

EL PSICODRAMA EN LA UNIDAD DE AGUDOS DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO. ASPECTOS TECNICOS DIFERENCIALES

PABLO ALVAREZ VALCARCE

Médico Residente del Hospital Psiquiátrico Nacional, Leganés {Madrid}

HISTORIA DE LA ACTIVIDAD PSICODRAMATICA EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO NACIONAL DE LEGANES, MADRID

En 1981 se comienza en el Hospital de Día para enfermos en régimen de post-cura la actividad de un grupo de psicodrama.

Posteriormente, una vez creada la Unidad de Agudos (ver artículo en la revista de la *Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 1981), el médico encargado propone al que suscribe la creación de un grupo semanal de psicodrama para pacientes en crisis. Este grupo da comienzo en marzo de 1982, y se realiza los miércoles por la tarde, con tres horas de duración, fuera del horario laboral y contando con yo-auxiliares voluntarios. En la actualidad funcionan otros grupos ambulatorios con pacientes adolescentes y adultos.

ASPECTOS PROPIOS DEL ENCUADRE

Se trata de un grupo en el que el tipo de pacientes presentan una pato-

logía aguda; fundamentalmente esquizofrenias en brote, psicosis de distinta clasificación, neurosis graves, psicopatías, depresiones mayores con intentos de suicidio, toxicomanías, etc.

Es un grupo de psicodrama de intervención en la crisis, en el que el tiempo medio de permanencia de un paciente se sitúa en tres semanas, variando de una semana a tres meses. Por tanto, se puede dar el caso de un paciente que tan sólo asiste a una sesión al ser dado rápidamente de alta u otro en el que el paciente asiste a trece o catorce sesiones o incluso algunas más si continúa asistiendo una vez dado de alta.

El grupo es por tanto heterogéneo y abierto, y pretende usar el psicodrama para colaborar en la más temprana resolución de la crisis. El lugar donde se realiza es una amplia sala-sótano situada fuera de la Unidad de Agudos, cuya puerta tenemos que dejar abierta, pues muchos pacientes no aguantan el encuadre y tienen que salir. En este sentido, hemos tratado de incluir a todos los pacientes ingresados que querían asistir encontrando que las contraindicaciones eran muy pocas, limitándose a los estados de agitación y alguna otra circuns-

tancia, ya que en el grupo, a lo largo de la sesión, se daba un proceso de selección espontáneo, en el que los pacientes que por su estado depresivo o paranoide no estaban en situación de participar de forma comprometida, ellos mismos deciden ausentarse de la sala después de participar del caldeamiento activamente y pasivamente como público en la etapa de dramatización. El funcionamiento del recinto hospitalario como *espacio de contención* ha sido de capital importancia para el desarrollo de las sesiones.

Desde el punto de vista instrumental, utilizamos los elementos clásicos: Un médico director; yo-auxiliares que en un principio eran actores profesionales del grupo *Espacio-O* a los que se les brindaba un seminario formativo y que más tarde fueron psicólogos en formación postgraduada y A TS del propio hospital; escenario; protagonistas y público que estaba formado por personal hospitalario, asistentes y otros pacientes.

Los contextos son tres: el *contexto dramático*, el *contexto grupal*, formado por los pacientes que conviven en la Unidad de Agudos y el *contexto social* formado por el área de salud mental de Leganés, Fuenlabrada, Móstoles, Alcorcón.

RELACIONES CON OTROS TRATAMIENTOS

Todos los pacientes reciben tratamiento farmacológico adecuado a su patología específica. En nuestra experiencia pensamos que las dosis bajas de neurolépticos facilitan el trabajo con psicodrama con pacientes psicóticos agudos al reducir la ansiedad y la agitación y producir una menor sistematización de los delirios sin abortarlos, lo cual facilita la integración grupal y permite al tiempo trabajar psicodramáticamente con el mate-

rial psicótico *in vivo*. Todos los pacientes asisten al Grupo de Psicoterapia diario de la Unidad de Agudos. En este sentido es interesante resaltar la comunicación existente entre el equipo de psicodramatistas y el de psicoterapeutas de grupo en el sentido de poder trabajar con el material emergente del grupo, con el *momento grupal* de la Unidad en el sentido de tener en cuenta las necesidades del grupo, por ejemplo: la integración de algunos pacientes deprimidos, la conveniencia de *poder jugar juntos* cuando la unidad está muy *loca* con alto índice de autismo o el trabajo con un emergente grupal concreto.

La Unidad de Agudos trata de funcionar como una *comunidad terapéutica*, aunque esto no siempre es posible por problemas institucionales. La contención *espacial* y humana es un elemento básico.

Pensamos que el psicodrama, así como otras terapias activas y de grupo, es un elemento que permite al paciente experimentar su crisis y tratar de entenderla como algo propio en oposición a la contención exclusivamente física y farmacológica con la que se tiende a vivir la crisis como algo ajeno, extraño y de inexplicable origen.

EXPERIENCIAS Y TÉCNICAS

La sesión tipo

Siguiendo básicamente las tres etapas (calentamiento, dramatización, y comentarios), procuramos comenzar por un buen calentamiento físico a base de ejercicios de expresión corporal. Después de experimentar con una amplia gama, hemos elegido unos pocos ejercicios que son aplicados de manera progresiva tratando de reproducir el desarrollo evolutivo del lenguaje comunicacional preverbal y verbal. Esto nos permite por un lado vencer las enormes resistencias a

la actuación espontánea que se observan en gran número de pacientes (depresiones, esquizofrenias hebefrénicas, autismas, etc.), ya que lo que se consigue es un paso paulatino y casi imperceptible del juego empático a la actuación comprometida sin solución de continuidad. Esto último es de gran importancia a nuestro entender en el tratamiento de pacientes en crisis en una Unidad de Agudos ya que, debido al carácter abierto, heterogéneo y cambiante del grupo, no siempre es posible trabajar con lo grupal, con un protagonista único, con un emergente, sino que muchas veces se persigue la atemperación de cada uno de los participantes y su psicoterapia individual dentro del grupo a través de la expresión dramática.

En un primer momento no usábamos *objetos intermediarios* a fin de no invadir el sí mismo de los psicóticos. A cambio se fomentaba un ambiente claramente empático durante los primeros ejercicios usando técnicas teatrales del *histrión*, cuyo correlativo psicodramático sería la utilización espontánea y generalizada por el grupo de la *técnica del espejo*. Estas imitaciones burlescas de escasos segundos de duración y acompañadas de algún comentario asimismo burlesco, pronto prenden en todo el grupo que comienza a practicarlas al canzándose un buen nivel de conducta histriónica, donde la risa colectiva compartida funciona como catalizador de la experiencia grupal.

Creemos, por tanto, que es de suma importancia alcanzar este primer momento histriónico para que surja la empatía y comience a circular *el tele*. A este respecto nos ha llamado mucho la atención el estudio antropológico que F. J. PEDLER * ha llevado a cabo en las tribus

* Citado por A. R. RADCLIFFE-BROWN en *Estructura y función en la sociedad primitiva*, página 107.

patrilineales del Africa occidental y de Australia referente a las *relaciones burlescas* definidas como relación donde se combina atracción y rechazo y que se expresan formalmente por la burla imitativa y obscena. Estas relaciones son preceptivas entre determinados miembros de estas sociedades para los que existe tabú sobre la relación sexual.

Bien, así pues comenzamos la sesión por el juego del *transporte del gesto*, colocándonos todos los pacientes y todo el equipo terapéutico en círculo. La consigna es imitar el gesto facial que nos pasa la persona de un lado y pasárselo a la del otro lado.

En este ejercicio se cumplen diversos objetivos; a saber:

- a) Se favorece el surgimiento de la risa como antes se ha dicho.
- b) Se desbloquea la musculatura facial, musculatura esta donde, como han demostrado las escuelas Guestáltica y bioenergética así como MEYERHOLD en el campo del teatro, existen afectos asociados a *sus* distintos estados de contracción tónica.
- c) Se favorece el encuentro con la mirada del otro en una relación que por las características del juego trata de ser especular. Esto recuerda los primeros juegos imitativos entre madre y bebé.
- d) Permite la observación de las distintas conductas caracterológicas.

En segundo lugar se procede a la *imitación de formas de andar*. La consigna es imitar la forma de andar de la persona que te ha elegido, variarla y elegir a otra persona del círculo.

Con este ejercicio se consiguen diversos objetivos:

- a) Las propuestas físicas y los reflejos bio-mecánicos se amplían a la musculatura de todo el cuerpo con el consiguiente desbloqueo.

b) Aumentan la empatía y el histrionismo, favoreciéndose los aspectos exhibicionistas de la personalidad, condición que creemos indispensable para superar la primera fase persecutoria del grupo y que favorece el compromiso yoico.

Esto es fundamental con pacientes en crisis y en grupos de composición tan cambiante. Los yo-auxiliares tienden a proponer, en su turno, formas de andar de movimientos abiertos, desinhibidos, incluso dentro de la categoría infantil de *lo indecente* (por ej., contorno de la cintura pelviana, etc.).

Esto recuerda un proceso de narcisización normal en la que el paciente se siente apreciado por lo que realmente es, en el momento de su expresión integral. El *corro* ríe las gracias, comenta las rigideces, en definitiva resuena y apoya la libre expresión en un primer remedo de lo que será luego la función del público en la etapa de dramatización.

Se logra una sensación de pertenencia al grupo.

c) Este juego funciona como un *test sociométrico objetivo* para el director que puede observar el carácter de las elecciones, las situaciones y sobre todo la formación de parejas y la aparición ya de sujetos excluidos.

Este test es de importancia capital para la designación directiva de las parejas en los siguientes juegos de improvisación en pantomima y dramática.

Teniendo claro en todo momento la situación sociométrica del grupo (esto es básico en el pensamiento de MORENO), se minimizan los *handicaps* y se elevan los rendimientos de la labor necesariamente directiva que en este tipo de grupos ha de tener el director.

Hasta ahora el ambiente ha sido de juego en el contexto grupal. Los pacientes ya están preparados para comenzar con los juegos dramáticos, con la interpretación de papeles. Su cuerpo está caliente; el campo, tenso al principio, ya se ha relajado.

El siguiente ejercicio es el *pasaje por el escenario*.

Hemos tomado este ejercicio descrito por PAULOVSKY, MOCCIO y MARTÍNEZ en el ámbito psicodramático y ampliamente utilizado en la preparación de actores, por ofrecemos diversos objetivos:

a) En primer lugar, la creación del escenario, del lugar de lo imaginario donde será posible el *como-si*. Para ello hacemos subir y bajar dos escalones imaginarios a cada lado del espacio escogido como escenario. Cada paciente lo cruza individualmente.

b) Según el test descrito por PAULOVSKY (*Psicodrama*, pág. 91) se detectan las ansiedades paranoides y los primeros movimientos resistenciales. Hay que decir que en este momento estamos investigando en la correspondencia entre las distintas respuestas al test y los distintos cuadros nosológicos. Se detectan también las defensas frente a lo real y lo imaginario.

Como vemos aquí, es una constante de nuestro trabajo el utilizar simultáneamente cada técnica para la atemperación del paciente y para la investigación psicodiagnóstica, sociométrica y del esquema de roles.

El siguiente ejercicio es el *cruce en el escenario*, en el que dos personas *suben* una por cada lado al escenario, teniendo la consigna de *simplemente llegar al otro lado*.

Es curioso observar cómo en este punto los pacientes ya atemperados preguntan: «¿Pero hay que hacer algo arriba o solamente pasar?». Indicaría este tipo de comentarios un deseo de encuentro, pero hemos encontrado utilidad en normativizar este *no encuentro* en el escenario:

a) En primer lugar, porque nos sirve para comprobar mediante el lenguaje preverbal lo acertado o errado de nuestra percepción sociométrica. Por ejemplo, nos

confirmará la existencia de una pareja si cuando al hacerla subir al escenario, se establecen un flujo de comunicaciones preverbales. Entre estas, hemos observado que prevalecen las siguientes:

- Igual entendimiento o no entendimiento de la consigna.

- Coincidencia temporal de la subida de los escalones imaginarios.

- Mismo ritmo de andar.

- Miradas, roces, pequeña parada o ceder el paso en el momento del cruce.

b) En segundo lugar, actúa como una paradoja comunicacional. Como describe J. HALEY en su libro *Uncommon therapy* al hablar de las técnicas de hipnosis de MILTON H. ERIKSON, al apoyar positivamente la respuesta resistencial (en este caso «no interactuar en el escenario»), la única respuesta que le queda al sujeto que quiere escalar simétricamente con el terapeuta, es actuar con el otro. Esto es de tal importancia en los pacientes esquizofrénicos gravemente afectados en sus funciones lógicas, que a veces ha sucedido el surgir de un protagonista y el ulterior desarrollo de la etapa psicodramática ya desde este ejercicio, cuando el paciente se negaba a interactuar con una consigna directa de interacción.

Una vez llegados a este punto, y antes de pasar a describir los ejercicios de improvisación, hay que hacer hincapié en el carácter normativo de esta etapa de calentamiento.

Hemos comprobado que para trabajar con un grupo de psicóticos en pleno brote, donde el *acting-out* patológico es una costumbre de boicot a cualquier valor grupal, es imprescindible formalizar una actividad grupal que esté orientada en primer lugar a la creación de una axiología grupal.

Para ello, el mejor método que hemos encontrado hasta ahora es *el juego dirigido*. En él, el director-líder propone una actividad lúdica que al ser gratificante

es respetada y apoyada por la mayoría del grupo creándose un tele positivo en el sentido grupo-director. Como en los juegos espontáneos infantiles, ahora es el propio grupo gratificado el que se encarga de sancionar cualquier conducta desviada de la regla de juego que amenace con dar al traste con la gratificación vivida y esperada.

Así pues, creemos absolutamente necesario para trabajar con psicodrama con un grupo de psicóticos agudos, el establecer una axiología grupal aquí y ahora cuya fuerza real reside en primer lugar en la capacidad del director de provocar la *catarsis histriónica* y gratificar al grupo en la primera fase del calentamiento.

Una vez establecido el espacio-escenario, pasamos a las *improvisaciones en pantomima*. A menos que surjan elecciones espontáneas, el director elige las parejas en base a su percepción de las relaciones *tele* establecidas en los juegos precedentes. La consigna es la de que *no valen las palabras*.

Tratamos aquí de nuevo de escalar el nivel de compromiso a fin de no invadir a los pacientes. Esta técnica es de gran utilidad en psicóticos agudos y otros cuadros de crisis graves.

a) En las esquizofrenias hehofreno-catatónicas hemos encontrado ya varios casos en los que la riqueza gestual contrasta en su claridad y precisión comunicacional con la pobreza e incoherencia del discurso verbal. Es aquí donde a veces se usa la técnica de la «interpolación brusca de resistencias». En la 37.ª sesión, Ser., que tras permanecer dos semanas en actitud catatónica se integró al grupo con una pantomima en la que utilizó al yo-auxiliar como muñeco, manejándolo, inflándolo, dejando que lo manejaran y explotando ambos finalmente. A partir de ahí pudo protagonizar algunas escenas de exclusión grupal.

b) En las psicopatías con alto nivel de agresividad, se viene observando que cuando los sujetos pueden expresar una escena agresiva sobre el escenario psicodramático, disminuye su conducta agresiva en la Unidad de Agudos. Estos pacientes suelen elegir la pantomima y un yo-auxiliar con el que han establecido un tele positivo para dramatizar su agresión con un propósito consciente de desdramatizarla.

En la 34." sesión, L. improvisa una pantomima de *metralletas* en que él es un mercenario al que luego le castigan con un fusilamiento. En la 28." sesión, J. tiene un enfrentamiento agresivo callejero con el yo-auxiliar para pasar inmediatamente a realizar otra pantomima en la que abraza al otro como amigos de toda la vida.

e) En las crisis psicóticas de las historias fálicas (delirio celotípico), que tienen una actitud devoradora y de boicot al comienzo de la sesión, hemos observado que tiene gran efecto la actuación por parte del yo-auxiliar masculino de una pantomima provocativa y obscena, ante la cual la paciente relaja su ataque al grupo o sale fuera de la sesión aparentemente excitada y enfadada para relajar luego su conducta en la Unidad de Agudos. En la 35." sesión, E. se muestra ambivalente ante los gestos provocativos del yo-auxiliar para finalmente hacer un soliloquio: Este es un tío bandera. Un español con dos ea ... No, no me toques que somos hermanos pero no primos. No puedo besar a un tío, me da asco (escupe). Todos los tíos son unos ca ... (gritando). Como ese h. de p. de mi marido que se pone a f... con otra. Yo no puedo f... con ese h. de p. y he tenido cuatro hijos. Ca ... es». Aquí el director corta la escena para intentar instrumentar un cambio de roles pero E. lo insulta y se va de la sala. Dos horas más tarde está tranquila y razonable en la Unidad de Agudos.

d) En las psicosis puerperales hemos encontrado de gran utilidad que el yo-auxiliar realice una pantomima de los actos de amamantamiento e higiene del

bebé, para posteriormente pasarle el bebé imaginario a la paciente. El desconcierto de la paciente en pleno brote es tal que las reacciones más comúnmente observadas son: El rechazo violento, la inhibición (el no entender), la transformación del bebé imaginario en otro objeto imaginario con el que la paciente juega preferencialmente en el *área cuerpo* de su *núcleo del yo*. En todos los casos, en el soliloquio posterior se observa una menor sistematización de las ideas delirantes.

e) En los síndromes oposicionistas de la edad madura de las neurosis caracteriales graves con rasgos de personalidad obsesivos y preferentemente en mujeres, ha sido de gran utilidad la pantomima del *robo del jersey*. En elJa el yo-auxiliar le quita el jersey a la *señora* en un tono corporal juguetón pero dominante. Esto provoca una salida del tono depresivo que habitualmente aparece en estas personas durante su ingreso. Normalmente suelen utilizarse ya palabras en estas improvisaciones donde se vuelcan todos los contenidos implicados en la recuperación de "lo que alguna vez nos fue robado». Suelen producirse aquí soliloquios sobre la culpa y la agresión. Se movilizan los efectos.

f) Otras veces, cuando en estos síndromes oposicionistas de la edad madura aparecen caracteres psicóticos tales como percepciones delirantes en un cuadro de depresión mayor unipolar, la técnica descrita del *robo de la chaqueta* no produce la buscada movilización afectiva. En estos casos, se ha revelado de gran utilidad que el yo-auxiliar incite al paciente a *jugar a gatas en el suelo* una serie de escenas primitivas, basadas en el intercambio de toques y pellizcas, con alternancia rápida de cambio de papeles entre agresor y agredido, todo elJo en un clima de juego donde el yo auxiliar mantiene un gesto, postura y actitud *burlescas*.

Esta técnica rompería la resistencia caracterológica en un sentido Reichiano del término, a través de la modificación física del encuadre permitiendo al paciente vivir otros afectos en su representación psicodra-

mática. Esto da lugar a la apertura de dramatizaciones que ligan el síntoma delirante actual con la escena nuclear conflictiva, las cuales son aprovechadas por el paciente para una mejor comprensión de sus problemas, gracias a la previa movilización afectiva. Entroncamos aquí con la necesidad del *recordar con afecto* como condición indispensable de todo proceso terapéutico. En el caso de R. este tipo de juego rompió la resistencia caracterológica, ablandó su oposicionismo y nos permitió entrar a dramatizar las escenas de su delirio así como *las escenas infantiles* a él asociadas.

g) En las psicosis esquizofrénicas infantiles, en preadolescentes cuya integración en el grupo de psicodrama ha sido muy difícil por su alto grado de autismo, nos ha facilitado la tarea el uso de algún producto del paciente que fuera de su preferencia comunicacional (por ejemplo, poemas, dibujos o canciones) y su representación en pantomima con posteriores *cambios de roles*, integraciones corporales y soliloquios. Funcionaría esto como un verdadero *objeto intermediario*. En la 26." sesión, J. A. nos ofrece dos poemas: «En el taller del relojero, las piezas de relojería se mueven como la cabecita de un grillo». «Por la noche hay reunión de grillos en el campo». A través de encarnar los diferentes personajes (piezas de relojería, grillos, etcétera) descubrimos que una de las *piezas* es su propio padre, que se da golpes en la cabeza cuando hace cosas que «no son malas pero le dejan débil» (masturbación), que sus fantasías sexuales son hombres y mujeres vestidos de cuero que se tiran por el suelo. Este material, es asimismo dramatizado.

h) Es frecuente en las pantomimas, detectar los pedidos de ayuda, los movimientos de seducción. las *escaladas simétricas*, las represiones. las inhibiciones, la proyección masiva de sentimientos agresivos, etc. Es decir, que tienen un gran valor explorativo y psicodiagnóstico.

i) En los síndromes con deterioro orgánico, se observa una gran tendencia a la

imitación y repetición de las actitudes y gestos inmediatamente precedentes. Después de cada pantomima se les pide a los pacientes que realicen un *soliloquio* sobre lo que han actuado, y al resto del grupo, convertido en espectadores, que hagan la crítica de lo que han visto o que al menos le *pongan un título* a lo representado. Muchas veces ha ocurrido que a raíz de una pantomima o de su posterior soliloquio, el equipo ha creído ver al protagonista y se ha comenzado con la fase de calentamiento específico para jugar una escena psicodramática.

En este trabajo con pacientes en crisis, donde es frecuente la inhibición de los mismos si no producida por su enfermedad sí por la medicación neuroléptica y por su situación de internado, resalta la necesidad que tiene el yo-auxiliar de proponer o dirigir la primera fase del juego en base al conocimiento de la historia clínica y a su percepción *te/e*.

En el caso de que no surja el protagonista en la fase de las pantomimas se pasa al siguiente ejercicio de *improvisaciones con palabras*.

Desde el punto de vista secuencial, la consigna es: «Bueno, ahora vamos a hacer lo mismo que antes; subir uno por cada lado del escenario, encontrarnos en el centro e inventamos una situación con el otro. Pero ahora ya valen las palabras, ya vale todo».

a) Las escenas más simples de todas, que son realizadas hasta por los sujetos más deteriorados, son las escenas de saludo-pregunta general y despedida. En elJas se exploran las actitudes, posturas y gestos. Las salidas charlando juntos y hacia un lugar común o, por el contrario, la salida cada cual por su lado. Los contactos físicos y la temática de las respuestas en la interacción pueden servir de claves orientativas para sucesivas dramatizaciones. En nuestra experiencia, aproximadamente en el 50 % de las sesiones, surgió el prota-

gonista en este ejercicio y se entró de lleno en la etapa de dramatización propiamente dicha, con inclusión de yo-auxiliares jugando otros papeles citados en el discurso verbal y realizando después calentamiento específico para nuevas escenas relacionadas. Prima en la dirección la investigación en la vertiente motivacional del rol jugado en las improvisaciones, a la búsqueda de escenas nucleares conflictivas en el pasado reciente o remoto del paciente. Es muy frecuente que los propios pacientes propongan ellos la puesta en escena de un suceso conflictivo de su pasado inmediatamente anterior al ingreso en el hospital psiquiátrico.

b) Con los adolescentes esquizofrénicos, es común la propuesta por parte del yo-auxiliar de un encuentro entre dos adolescentes en el que charlan sobre su realidad actual familiar y social, sobre amistades, el sexo, el trabajo, las drogas, etc., en el que el yo-auxiliar toma un papel simétrico al del paciente dándole un personaje en espejo al cual el paciente se ve en obligación de dar réplica. En la 6.ª sesión, A., se pone nervioso con la yo-auxiliar femenina:

-A.: Habría que hacerla ya.

-Yo-auxiliar: ¿El qué?

-A.: Pues eso (gesticula).

-Yo-auxiliar: Ya.

-A.: Y cómo lo hacemos.

-Yo-auxiliar: Yo tengo muchas ganas.

-A.: Podemos preguntarle a ese señor (señala a alguien a sus espaldas). Mejor no, yo no sé cómo se hace. Además puede ser policía secreto.

-Yo-auxiliar: Pero ¿cómo se hace qué?

-A.: (Risitas). Pero no se puede hacer, que luego hay que ... (gestos de comer). -Yo-auxiliar: ¿Comer? ¿Quieres comer?

-A.: No, que luego hay que ... (gestos de embarazo y de comer).

-Yo-auxiliar: (Fingiendo no entender). Bueno, pues si quieres comer, venga, sentémonos.

-A.: (Soliloquio). No, no, no puedo. Mi padre murió hace cinco años, mi ma-

dre no me entiende. No he sido hombre más que una vez y no lo volveré a ser. Yo no quería hacerle daño. (A. fue ingresado por morderle una oreja a su madre durante un brote psicótico).

c) Es importante, al trabajar verbalmente con pacientes psicóticos, que el yo-auxiliar imite fidedignamente el lenguaje corporal del paciente. Hemos podido constatar cómo esto favorece las identificaciones aumentado el nivel de compromiso con el rol jugado.

d) En las depresiones mayores bipolares, sobre todo en mujeres adultas con repetidos intentos de suicidio, nos ha llamado la atención la aparición de escenas de crítica mordaz al psicodrama con frases tales como «Estos actores estarán en paro, porque si no de qué iban a venir aquí. Nos traen al teatro para reírse de nosotras». Sin embargo, si se dejan continuar estas escenas pronto surge un movimiento de reparación en el discurso.

e) Otras escenas frecuentemente improvisadas son las que tienen que ver con el dinero prestado o pedido. A veces aquí pedimos que se repita la escena pero eligiendo otra cosa como deuda: un objeto real o imaginario, una persona, una acción, etcétera. Cuando sucede en un paciente con rasgos de carácter claramente obsesivos, le pedimos que monte una escena sobre el tema *La deuda*, donde más adelante un yo-auxiliar encarnará el personaje *La deuda*. Como vemos, aquí las posibilidades técnicas de desarrollar hacia la etapa psicodramática estas improvisaciones, son múltiples, con 10 que se va logrando el compromiso de una manera paulatina y progresiva sin saltos bruscos que podrían provocar resistencias por excesiva invasión del *sí mismo psicológico*. Es precisamente este calentamiento bien desarrollado y este *tele* que circula efectivamente, 10 que nos ha permitido utilizar técnicas y modos de actuación de los yo-auxiliares que poseen un alto valor catártico, a pesar de ser evidentemente invasivas como nos ha señalado el propio doctor ROJAS BERMÚDEZ.

Sólo relajando el campo y produciendo una retracción del SMP podemos conectar con el psicótico y comprometerle en el rol dramático. Los *objetos intermediarios* son un camino. El «Sistema de Atemperación Progresiva» por nosotros utilizado es otro, donde quedan incluidos determinados elementos que funcionan como objetos intermediarios o intra-intermediarios.

f) En las psicosis histéricas donde aparece un rol muy teatralizado de *beata*, así como en los delirios místicos, hemos encontrado de gran utilidad la interpretación por parte del yo-auxiliar de un rol aún más exagerado de *beato* o *sacerdote*, que funcionaría desde el lugar del super-yo o de los héroes en el teatro terapéutico de MORENO y que le hemos llamado el *super-yo payaso*, pues sería la encarnación de ese aspecto de la personalidad histérica. En la sesión 17.^a, J. nos dramatiza uno de sus múltiples accidentes caseros:

-J.: (Resbala, se cae quemándose con el aceite). ¡Copón! Me he quemado. ¡Ay! ¡Ay!

-Hijo: ¿Qué pasa?

-J.: Nada, nada, no te asustes.

-Hijo: Te has quemado. Siempre te están pasando cosas malas y desgraciadas. -J.: Sí, hijo mío, yo no sé que pasa, son esas voces, esos monstruos que veo. -Hijo: Pues ¿sabes quién pone obstáculos para que tu tropieces?

-J.: ¿Quién?

-Hijo: ¡El demonio! Y todo porque no rezas bastante.

-J.: ¡Ay! ¡No! Tú sabes que yo rezo.

-Hijo: Pero no rezas en serio. Te ríes cuando rezas. Yeso a la Virgen no le gusta.

-J.: (Excitada). No, hijo; eso es mentira. Yo rezo con devoción.

-Hijo: Pero poco y mal. A ver, reza una salve ahora mismo.

-J.: (Comienza a rezar y se equivoca).

-Hijo: Lo ves, no te sabes la salve, te ríes de Dios y de la Virgen, por eso te castiga el demonio.

-J.: No hijo, yo no.

-Hijo: Entonces ¿por qué oyes esa voz?

¿Por qué te hace sufrir la Virgen? Por no rezarla bastante.

-J.: (Cambiando de actitud). Eso no es verdad. Y además, esta semana casi no la he oído. Sólo la oí una vez cuando lo de mi hermana.

g) En determinados cuadros histéricos graves en mujeres jóvenes, hemos encontrado: trado una técnica para explorar el fondo homosexual latente, a través de la representación, por parte del yo-auxiliar masculino, de un individuo *travestido*. Esta escena es seguida por otra donde se le pide a la paciente que le cuente a su madre el encuentro con el individuo sexualmente ambiguo que acaba de tener en la escena anterior. En la sesión 33.^a M., después de una improvisación en la que llama *chico guapo* a una yo-auxiliar femenina, se le da la consigna a un yo-auxiliar masculino, que interprete una mujer vulgar y que trate a M. como si se tratase de un hombre.

-Yo-auxiliar: Hola guapo, vaya porte que tienes.

-M.: Y tú qué eres.

-Yo-auxiliar: Es que no se nota. Anda ven a tocarme, que necesito un hombre. -M.: Pero si no tienes pechos. Estás listo si quieres que te toque (sigue un diálogo obsceno).

-M.: Anda, ven aquí fuera que quiero saber si eres hombre o mujer. (Aquí se usa una técnica de trabajo con imágenes, poniendo al protagonista y al yo-auxiliar frente a frente, los pies juntos y tomados de las manos se echan para atrás realizando movimientos en equilibrio que muestran lo que M. pensaba hacer *allí fuera*). En la escena en que trata de contarle a la madre su encuentro, se sucede la incomunicación hasta que M. excitada dice: «No te puedo contar nada nunca. Tú siempre ocupada con tus tonterías, atendiendo a mi hermana, a la casa, a la ropa. No nos contamos las cosas. No sabía si me sentía hombre o mujer. Tú no entiendes nada Yo me voy por mi camino».

h) En las depresiones mayores con intentos de suicidio, hemos encontrado de gran utilidad explorar los sentimientos de

culpa a través de improvisaciones en las que el yo-auxiliar acusa al paciente de haber sido el causante de su dolor, por ejemplo de haberle dado comida envenenada.

Cuando, después de estas improvisaciones, no ha surgido el protagonista como sucede aproximadamente en el 50 % de los casos y básicamente debido a la presencia de pacientes muy inhibidos, muy medicalizados o a un mal calentamiento, solemos usar dos técnicas o dramatizaciones exploratorias:

1. La foto y la comida familiar, donde después de la clásica foto estática y los soliloquios desde cada rol, se monta una comida familiar indicando el paciente el tema de conversación si no está muy inhibido, o introduciéndolo directivamente a partir del conocimiento de su historia clínica y su motivo de ingreso. En este punto normalmente se entra en una escena psicodramática con otras escenas asociadas para las que se realiza calentamiento específico.

2. Las improvisaciones sobre una emoción humana básica.

La envidia, los celos, el miedo, la agresión, la alegría, indecisión, la intranquilidad, la prudencia, la ira, el ausente, el fracaso, la soledad, etc.

En ellas son los propios pacientes los que definen la situación, eligen los personajes y pasan a jugar los roles. Sobre ello se introducen yo-auxiliares y se procede a aplicar cambios de roles, dobles, etcétera.

Verbalización y comentarios

Lo descrito anteriormente sería la estructura de una sesión donde después de alcanzada la etapa psicodramática en sentido estricto se pasaría a la etapa de verbalización y comentarios donde se abre muchas veces un discurso grupal

específico sobre el tema planteado por el protagonista, con fenómenos de resonancia que a veces exigen la vuelta al contexto dramático para multiplicar la escena.

Podemos decir que, en nuestra experiencia, sólo en un 20 % de las sesiones se logró plenamente el fenómeno de la *catarsis de integración*, y a pesar de las especiales condiciones del grupo, pensamos que un mayor estudio sobre la técnica y el encuadre podría aumentar este porcentaje. En la sesión 37.^a, donde se ha integrado a un cata tónico, donde un esquizofrénico infantil ha dramatizado su primera respuesta agresiva a la madre devoradora fusional, donde el tema de la represión sexual ha estado presente, surge en la etapa de comentarios una mujer recién salida de un brote delirante de depresión mayor que le dice al adolescente catatónico: «Lo que te pasa es que tienes miedo. Tú te crees que tus padres te tienen cariño pero no es verdad. A mí me pasó lo mismo. Siempre hay una espada sobre la cabeza. A mí me pegaron mucho y yo pego a mis hijos. Todos decían que estaba loca, pero ahora lo veo claro. Mis padres tienen la culpa y los padres de mis padres y así todos los padres. A mí me reprimieron tanto que no me gustaba hacer el amor con mi marido, y eso me producía violencia que descargaba luego con mis hijos. Luego me ponía a llorar, quería morirme y me tomaba pastillas». J. A. le responde: «No, yo no, mis padres me quieren, me trajeron al sanatorio. Yo no valía para estudiar. Le doy cariños a mamá. Mi padre me encerraba. No, no me encerraba. Yo protejo a mi madre».

Temas que se han repetido mucho en las verbalizaciones finales han sido: La madre devoradora, la sexualidad, la agresión que genera el abandono, la agresión física de los padres, la agresión machista, la culpa y la venganza.

Normalmente no interpretamos las intervenciones y solamente hacemos señalamientos referidos al material concreto que ha aparecido en la sesión o sesiones anteriores.

Otros juegos dramáticos alternativos

El director propone eventualmente la realización de distintos juegos dramáticos que hemos encontrado de gran utilidad para integrar o provocar determinadas situaciones grupales complejas que suelen producirse al trabajar con psicóticos en fase de crisis. Entre ellos podemos citar los siguientes:

a) La realización de la historia psicodramática, según el modelo de la Escuela Argentina, es de gran utilidad para explorar a pacientes recién ingresados, cuyo nivel de recuerdo e integración es mínimo.

b) La construcción de máquinas entre los miembros del grupo que definen el tipo de máquina y pasan a interpretar las distintas piezas realizando posteriormente soliloquios. En este juego, a través de las imágenes físicas, detectamos los emergentes grupales al tiempo que se hace circular la integración o desintegración grupal. Es de gran utilidad para tratar conflictos específicos surgidos de la convivencia en la unidad de agudos.

e) Juegos para aumentar la percepción de lo no-verbal.

El juego de los bolígrafos cruzados a paralelos, se realiza sentados en el suelo en círculo y la frase a pronunciar mientras se pasan es «Yo los recibo cruzados/ paralelos y los paso cruzados/paralelos». Es un juego del absurdo donde la clave de la secuencia de movimiento está en otro lugar del cuerpo, por ejemplo, en las piernas que están cruzadas o paralelas en el momento de recibir los bolígrafos y en el momento de pasarlos. Pueden proponerse muchas secuencias con diferentes claves. El director va señalando el correcto y el falso.

Por una parte, sucede tanto entre individuos en crisis como en individuos sanos que parte del grupo comienza a darse cuenta de la clave (se pide que no se delate) mientras que el resto trata de encontrarla.

Por otra parte, estos juegos producen en el que lo acaba de jugar la sensación y la intención de estar más atento al lenguaje gestual de los otros, situación que es muy conveniente a la hora de pasar a interactuar psicodramáticamente en una escena nuclear conflictiva donde queremos que el yo-auxiliar subraye gestualmente todo un *subtexto* que contrapunte los mensajes verbales que está emitiendo.

También hemos utilizado esta técnica para la formación de yo-auxiliares en los que la capacidad para leer el lenguaje corporal es una pieza fundamental de su trabajo.

d) La calle imaginaria, donde el resto del grupo forma dos líneas paralelas dejando un espacio central. Se pide al paciente que recorra este espacio imaginándose una calle y todo lo que en ella hay. Posteriormente verbaliza lo imaginado, pudiendo emplearse ese material proyectivo para ulteriores dramatizaciones.

e) El abrazo es una técnica que consiste en situarse espalda contra espalda dos individuos de similar complexión, cerrar los ojos y respirar profundamente sintiendo la respiración del otro durante un rato para luego volverse frente a frente, abrazarse fuertemente hasta que uno de los dos se relaja completamente, teniendo el otro que sujetarlo poco a poco hasta dejarlo en el suelo.

Por una parte, con este juego se estimula el contacto físico entre los pacientes y por otra sirve como test para observar la tendencia a jugar roles activo-dominantes y pasivo-dependientes.

f) La imitación de movimientos en espejo por parejas, es una técnica que usamos como calentamiento específico para la técnica de «hablar con la propia imagen en el espejo», a la que más adelante nos referiremos.

g) Andar en círculo o utilizando todo el espacio imitando a uno, es una técnica de calentamiento general que favorece la aparición de protagonismo en los más inhibidos.

h) Psicodanza con música grabada y en vivo.

j) Ejercicios de voz que tienden al grito, provocan un desbloqueo y una descarga de la tensión acumulada en la convivencia en la unidad de agudos.

j) Ejercicios de relajación y fantasía guiada, en los que las inducciones son: 1. Estoy disfrazado de algo. 2. Llego a un lugar donde hay mucha gente y 3. De entre la gente se destaca alguien a quien conozco y que viene a mi encuentro. Nos saludamos.

Con este ejercicio se explotan por una parte las posiciones y modos de resistencia al *rapport*, y de otra parte el material proyectivo que puede ser luego dramatizado como si se tratara de un sueño.

k) La identificación con un objeto de la sala y efectuar un soliloquio desde él.

l) La silla caliente nos sirve para explotar conflictos grupales surgidos de la convivencia en la unidad de agudos.

ll) Los juegos de reacción como el del ratón y el gato, en el que un pacienterón se sitúa enlazado a otros por las manos formando círculo y otro pacientegato debe intentar cazarlo desde fuera del círculo mientras los compañeros del *ratón* giran en círculo tratando de evitar la caza. Este juego provoca una gran descarga neuro-muscular en el grupo al tiempo que, a nivel psicológico, fomenta la aparición de lo persecutorio, y solemos utilizarlo cuando el nivel de ansiedad paranoide es muy alto en el grupo, pues o bien se logra descarga o bien fomenta la aparición de escenas psicodramáticas de contenido persecutorio.

m) En el *role-playing* de situaciones cotidianas o de pares de roles sociales, se destaca el juego del juez y el condenado que suele abrir un discurso sobre las si-

tuaciones de mutua acusación en los pares familiares (esposos, padres-hijos, etc.).

n) El *cajón mágico* se ha revelado como una técnica muy eficaz en la investigación de las escenas nucleares conflictivas sucedidas en las distintas matrices de identidad y familiar. De todos los objetos reales o imaginarios, tenidos o deseados, solemos elegir el o los más conectados con momentos clave de la vida del paciente, ya sea por el conocimiento previo de su historia clínica o por el modo, tiempo y actitud al sacarlos del cajón. A partir de este objeto se realiza un calentamiento específico y se pasa a dramatizar.

ñ) Técnicas de proyección al futuro, como la lectura de un periódico pasados unos meses o años, son útiles para valorar cómo vive el paciente su período de ingreso en el hospital psiquiátrico en relación a su futuro.

o) Canciones y palmas a coro, son muchas veces propuestas por un paciente y seguidas por el resto del grupo.

p) Las improvisaciones musicales con instrumentos de percusión y gestos sonoros, son un buen método de calentamiento general y un buen lenguaje de integración para los esquizofrénicos con defecto.

TECNICAS ESPECIFICAS CON PSICOTICOS AGUDOS

El shock psicodramático

MORENO describe esta técnica como procedimiento que consiste en reintroducir a un paciente que ha salido de una psicosis en una segunda psicosis experimental, a fin de que el paciente pueda adquirir paulatinamente un control sobre la parte psicótica de su personalidad, comprender la significación del episodio y evitar así las recaídas.

Nosotros hemos utilizado esta técnica en tres variantes distintas, teniendo todas ellas como punto en común con la ori-

ginal de MORENO, el hecho de que los yo-auxiliares se adentran en el mundo psicótico utilizando el mismo lenguaje del paciente aunque en un principio les sea incomprendible.

Shock psicodramático en pleno acceso psicótico

Utilizamos esta técnica por imperativos de la tarea al tener que trabajar muchas veces con pacientes en pleno brote psicótico a los que la medicación neuroléptica sólo había conseguido reducir la angustia y la agitación psicomotriz pero no el delirio.

Se nos ha criticado algunas veces la inclusión en el grupo de pacientes delirantes, aconsejándonos esperar a que la medicación rompiera el delirio. Sin embargo, somos de la opinión de que al trabajar con pacientes en pleno brote con técnicas psicodramáticas se consiguen dos cosas: Por una parte, que el paciente logre vivir plenamente su psicosis en un marco continente adecuado con lo que se evita que el episodio sea vivido como algo ajeno, extraño e incomprendible; por otra parte, al normativizar con el encuadre psicodramático las actuaciones y los juegos, pueden los *acting-out patológicos* tratar de ser reconducidos, *in situ* e *in vivo* hacia *acting-out* terapéuticos. Trabajando así *in vivo*, tenemos a nuestra disposición, y el paciente a la suya, una cantidad de material y de compromiso afectivo que más adelante nos servirá para el siempre más costoso trabajo *in vitro*.

Un factor fundamental para el trabajo psicodramático con pacientes en brote psicótico, es la existencia de un marco continente adecuado (en este caso la Unidad de Agudos) donde el paciente pueda seguir estructurando y elaborando su delirio después de la sesión psi-

codramática. Al hablar de la Unidad de Agudos como marco continente, nos referimos no sólo a la contención física del internamiento, sino básicamente a la contención humana que supone el grupo de personal y pacientes intentando trabajar en régimen de comunidad terapéutica, a pesar de los problemas institucionales existentes. En la 2.ª sesión se entremezclaron los delirios de una esquizofrénica de 30 años con una depresión mayor bipolar de 52 años. De forma flexible y espontánea los yo-auxiliares interpretaron los papeles de su delirio hasta que, al aparecer en ellos personajes de su átomo-social, el director pudo instrumentar unas escenas con C. de 52 años como protagonista, la cual revivió intensamente afectada escenas de su adolescencia y de su vida matrimonial con un apasionado soliloquio al final de la sesión. Durante todo el día siguiente, continuó dramatizando las escenas de su vida en el grupo de role-playing del Hospital de Día y después de ponerle medicación sedante amaneció normotónica y sin actividad delirante.

Nos contaba lo que le sucedió, así: «En el psicodrama me había quedado en los 17 años, no podía esperar a la siguiente sesión. En el Hospital de Día llegué a los 25, mi casamiento. Esta noche me masturbé; por primera vez tuve un orgasmo desde hace mucho tiempo. He seguido creciendo hasta mi edad actual. Sí, estoy algo excitada. Sí, entre diez y cero el cinco es la mitad; yo estoy en el 7,5. Lo ideal sería estar moviéndose de 4 al 6. Siempre en el 5 seríamos como autómatas».

La representación de alucinaciones

Esta técnica correspondería más exactamente a la descrita por MORENO como shock psicodramático.

Como ejemplo podemos tomar el caso de R., una mujer que tuvo un delirio psicótico dentro de un cuadro de depresión mayor y que venía al grupo de la Unidad como ex-paciente pero que continuaba con alucinaciones que hacían dudar sobre la conveniencia de un nuevo ingreso. En la sesión 25." R. está atemorizada por sus alucinaciones, en las que dos hombres, y luego una mujer, se le aparecen para decirle que se mate, que coja un cuchillo o las pastillas. Dos yo-auxiliares interpretan los personajes de su delirio y luego otras voces que ella oye. Después de varios cambios de roles estando R. hablando sobre la mujer que le quitó su primer novio, le pedimos que interprete la voz de sus alucinaciones después de lo cual soliloquia así: «Se vende todo el cuerpo. Me obligan a hacerla por la noche. Me daban miedo los hombres, yo no sé por qué. Desde los 17 años que tuve el primer hijo estoy sufriendo. Ya no quiero que me devuelvan aquel novio. Tengo a mi marido y tengo que tenerle respeto».

En la verbalización nos dirá: «He sentido como si fuera de verdad». En los días siguientes a esta sesión, aunque no logró dormir bien, no se le presentaron estas alucinaciones.

La catarsis alucinatoria en psicodrama

Más que una técnica, se trata de un fenómeno que a veces ocurre en las sesiones, dándole un brusco giro a la situación. Como en la técnica de shock propiamente dicha, también es aquí la postura corporal la que conduce al paciente a la región psicótica de su personalidad.

La diferencia estriba en que aquí se produce de forma inesperada al interactuar el paciente en determinada postura corporal en la que ha sido fortuitamente obligado a colocarse durante los juegos

de calentamiento físico o pantomima. Este estado corporal inducido por el yo-auxiliar desencadena el proceso de revivificación de la escena traumática presentándose ante el observador clínico como una pseudo-alucinación o ilusión delirante. El paciente revive espontáneamente la escena traumática en el sentido moreniano de esa «verdadera segunda vez que produce la liberación de la primera». En la sesión 29." Is., paciente de 34 años ingresada por intento de suicidio, se integra bien el calentamiento. En la pantomima, el yo-auxiliar interactúa con ella tratando de agarrarla desde el suelo simulando una pedida de ayuda. De pronto lanza un grito y entra en una alucinación de la violación que sufrió a los 15 años en su pueblo. Ve al hombre que la violó. El director entra en escena y tomándola de las manos trata de que vea al actor-terapeuta, pero al acercarse éste, vuelve a entrar en pánico, confundiéndole con el violador. El público está totalmente comprometido. El director le pide que mire al público (ella no reconoce a nadie) y le da la sugestión de que entre todas esas personas hay alguien, probablemente una mujer, que es su amiga. En ese momento una mujer sale del público y acercándose recibe a I. en sus brazos, donde ésta se lanza desconsoladamente y se acurruca y llora como un bebé. Pasado un rato, ella comienza a conocer la sala y la gente; soliloquia largamente sobre su infancia, sobre los hombres, sobre su vida actual, sobre su condición de madre soltera. En la sesión se continúa realizando escenas resonantes por parte de otros pacientes. Al día siguiente Is. está nomotímica, mantenemos una entrevista con las personas de su átomo-social donde, tras transformar su actitud depresiva en otra de enfado y exigencia, ella misma pide el alta que se le dará dos días más tarde.

La sesión de trabajo corporal con psicóticos

Este tipo de sesión en la que no se llega a entrar en la etapa psicodramática, está muy indicada cuando más del 80% de los pacientes de la Unidad de Agudos son psicóticos muy desestructurados con un alto nivel de *acting-out* patológico. Lo que se persigue es brindarles una matriz de campo relajado en la que puedan *jugar juntos*, lo que conlleva una disminución de las ansiedades paranoides y una mayor integración grupal.

Este tipo de sesiones comienza con una movilización corporal intensa a base de ejercicios de caminar, convertirse en distintos animales, correr al galope, etc., seguidos por ejercicios de relajación, técnicas de voz, contactos físicos en el suelo, el juego de la palpación de estatuas, el juego del abrazo, el movimiento reflejo a los sonidos del otro y a las palabras, los juegos de reacción como el del gato y el ratón, danza, etc.

Hablar con la propia imagen en el espejo

Para usar esta técnica, realizamos como calentamiento previo el juego de imitación de movimientos en espejo.

La consigna situacional suele ser «te levantas por la mañana, vas al cuarto de baño y observas tu imagen en el espejo. Ella te habla y tú también le hablas a ella; tú sigues los movimientos que hace tu imagen pues ha cobrado vida».

Es importante, en esta técnica, que el yo-auxiliar mantenga el *rapport* a través de movimientos discretos y sencillos pero continuados, del tipo de rascarse la cara o inclinar la cabeza. Esto produce un incremento de la identificación vivido a nivel pre-verbal, lo cual libera el diálogo verbal entre partes escindidas de la

personalidad como si se tratara de una técnica del doble.

Es importante para el buen desarrollo de esta técnica, que el yo-auxiliar conozca la historia clínica del paciente.

Escenas de doble vínculo en psicodrama

En pacientes esquizofrénicos jóvenes, una vez pasado el brote y dados de alta en la Unidad de Agudos, pasan a recibir un doble tratamiento: por una parte se inicia una terapia de familia de orientación sistémica en el ambulatorio y, de otra parte, continúa asistiendo durante un tiempo (meses) al grupo semanal de psicodrama. El material que aparece en la terapia familiar, sobre todo las relaciones de doble vínculo a las que la familia somete al paciente, pueden ser investigadas y mejor comprendidas utilizando técnicas psicodramáticas. La representación de estas escenas familiares de doble vínculo le hacen *poner distancia* al paciente viéndose finalmente obligado a metacomunicar sobre ellas y encontrar salidas en un modo de ser o rol resuelto, alcanzando la tercera etapa de la catarsis de integración que MENEGAZZO llama *catarsis axiológica*, donde el paciente encuentra un nuevo valor propio y desarrolla un nuevo rol sobre este valor, lo que le permite en lo sucesivo no caer en la trampa del doble vínculo.

En la 10." sesión A. nos representa una escena en la que es requerido por su padre para arreglar un enchufe. El padre lo descalifica. La madre lo requiere para arreglar las camas y también lo descalifica. Acaba en bronca teniendo que interponerse la madre delante del chico. A continuación representa una escena en la que su padre lo baña (ya tiene 19 años) expresando claramente en el cambio de roles su deseo de bañarse sólo.

En la 25." sesión, representa una es-

cena en la que estando mirando desde el pasillo cómo se desnuda su madre en el cuarto de baño, su padre le acusa de obsceno y se lían en una pelea-abrazo ambivalente. En el, cambio de roles, A. desde el rol de padre le dice a la madre. «Oye, por qué no cierras la puerta. Si la dejas abierta es normal que A. quiera mirar».

El trabajo con los sueños

No usamos la metodología clásica en el sentido de ubicar al paciente en la postura de soñante para que recuerde el sueño. Sino que, cuando un paciente insiste en relatarnos un sueño en la sesión o lo ha relatado en el grupo de la Unidad de Agudos, se pasa a dramatizarlo interpretando los yo-auxiliares los personajes del sueño. Tratamos de representar a continuación alguna escena del pasado remoto del paciente que tenga una estructura psicodinámica similar a la del sueño.

La interpolación brusca de resistencias en la esquizofrenia hebefrénica

Hemos encontrado de cierta utilidad en la recuperación de este tipo de pacientes el usar, durante las improvisaciones, múltiples y bruscas interpolaciones de resistencias, a fin de provocar una salida de su indiferencia afectiva, y lograr un compromiso con algún rol. Posteriormente ya tenemos uno o dos roles sobre los que investigar las escenas a ellos asociadas. En la 12.^a sesión J. y un yo-auxiliar representan la siguiente:

-Yo-auxiliar: (Tirándose al suelo, rebotándose) ¡Ay! ¡Ay! Me duele, ayúdame.

-/: ¿Qué te pasa? Estás mal (no se motiva).

-Yo-auxiliar: (Continúa en el mismo tono) (se acerca a J.).

-/: (Más motivado). A ver, a ver. (Se entrelaza con el yo-auxiliar y ambos caen al suelo).

-Yo-auxiliar: (Poniéndose boca abajo).

Aquí, aquí, clame aquí.

-/: (Manipula físicamente la espalda del yo-auxiliar). Así, así, (cuando más motivado está, el yo-auxiliar se levanta bruscamente cambiando la expresión y de tono de voz).

-Yo-auxiliar: (Acusatorio). ¿Qué ha^c ces en el suelo? ¿Qué haces encima de mí?

-/: No sé ... yo ...

-Yo-auxiliar: (Cambiando de voz).

¡Ay!, ¡ay! Otra vez, me duele, ayúdame. (Así continúa la escena, observándose cada vez mayor compromiso afectivo y una mayor creatividad en J.).

El murmullo incitador del doble

Consiste esta técnica en un desdoblamiento del doble como fuente emisora de comunicación en el sentido de un espejo dentro del doble. El yo-auxiliar doble comunica unas veces con el yoauxiliar que representa a una persona del átomo social del paciente, como si se tratara del protagonista mismo según la técnica clásica del doble. Pero otras veces, cambiando su lenguaje analógico, comunica con el propio protagonista en una especie de diálogo interior o desdoblamiento. Técnicamente es muy importante el cambio en el lenguaje analógico a la hora de murmurarle al protagonista. En el murmullo se ha de expresar el conflicto entre deseo y represión con un lenguaje directo y a veces cruel. Este murmullo no debe ser oído nada más que por el protagonista y debe ir intercalado con las expresiones que el doble dirige al antagonista. Esta técnica, así combinada, tiene un claro efecto de provocación a la acción. Es de gran utilidad en los esquizofrénicos jóvenes con gran

componente de angustia ante una figura de *madre devoradora*.

Para su uso, debe el yo-auxiliar alcanzar un alto grado de credibilidad en su lenguaje de doble, lo mismo que el yoauxiliar que hace de antagonista, que si combina su personaje manifiesto con breves soliloquios o apartes a manera de su propio doble y siempre que se haya logrado un alto nivel de compromiso en la escena, lograría disociarse y por tanto explicitarse el clásico esquema psicodramático de intercomunicación. En la 11.^a sesión el doble le murmura a M. A. frente a su madre *devoradora*.

Doble: Es una bestia que me quiere devorar. Por eso siento al llegar a casa un perro royéndome el pecho por dentro. La mataría, la dejaría, la devoraría yo también. ¿Por qué? ¿Por qué? ¿Por qué la necesito tanto? ¿Por qué vuelvo todas las noches a su casa? ¿Por qué no puedo separarme? ¿Por qué me dan miedo las mujeres? ¿Cómo? ¿Cómo? ¿Por qué?

Imitación e identificación en los yo-auxiliares

Una de las polémicas actuales en cuanto a la técnica del yo-auxiliar es la que se sostiene acerca de la conveniencia de que el paciente interprete primero los roles complementarios de su átomo social en una escena dada, a fin de que el yo-auxiliar pueda tomar una referencia y actuar unos personajes convincentes. Este proceder que se da sobre todo en el psicodrama psicoanalítico con pacientes neuróticos, juega con los sentimientos contratransferenciales que experimenta el yo-auxiliar delante del personaje del átomo social representado por el paciente para poder luego transferirlos cuando lo interprete él delante del paciente-protagonista.

Sin embargo, trabajando con psicóticos

o en general con individuos gravemente afectados, preferimos que el yo-auxiliar represente directamente el papel de antagonista con tan sólo unas breves indicaciones de caldeamiento específico dadas por el protagonista. De esta manera el yo-auxiliar se ve obligado a agudizar su *percepción-tética* a fin de captar los indicios tanto verbales como pre-verbales que demandan una complementariedad específica. Más allá, hemos observado que la mayoría de los rasgos de complementariedad demandados pertenecen a roles o aspectos caracterológicos del paciente que son habitualmente proyectados fuera del yo (esto podría llamarse el *contrarol oculto*). Desde el punto de vista dramático, estos rasgos de complementariedad que percibe como adecuados el yo-auxiliar y que trata por tanto de ponerlos en práctica, estarían ya contenidos o esbozados en matices muy sutiles del lenguaje pre-verbal del protagonista.

Es decir, que determinado rasgo de carácter no admitido por el protagonista como propio, consigue ser proyectado fuera a través del esbozo del gesto que a ese rasgo corresponde pero contándolo rápidamente, sin dejar que llegue a desarrollarse hasta una postura y una actitud comunicacionalmente evidentes y precisas.

Esta observación sobre el lenguaje preverbal de nuestros pacientes nos llevó a utilizar la técnica de imitar gestualmente estos esbozos poco desarrollados de su lenguaje corporal para llegar así a la identificación con ese aspecto no juzgado del carácter del protagonista, de tal modo que eventualmente podría alcanzarse la situación tal que en una escena donde, a nivel verbal, consciente y de rol social, el yo-auxiliar está representando a, por ejemplo, el padre del paciente, para el inconsciente de éste, está *formalmente* representando una parte de

sí mismo habitualmente proyectada sobre esa figura paterna (y por extensión a todas las figuras paternas), por no poder admitirla, por configurar un rol insuficientemente desarrollado. De esta forma puede lograrse un mayor compromiso en la interacción y facilitarse también el compromiso en el cambio de roles al quedar facilitada por la imitación la identificación del paciente con su antagonista, hecho este de gran dificultad en los pacientes gravemente enfermos.

Psicólogos y actores como yo-auxiliares

En nuestro trabajo comenzamos trabajando con actores profesionales como yo-auxiliares y más tarde se incorporaron psicólogos a la tarea. Así hemos podido comprobar que para trabajar con pacientes en una Unidad de Crisis, y sobre todo con psicóticos, es absolutamente fundamental tener un conocimiento y experiencia suficientes en el trabajo actoral.

Preferimos trabajar con buenos actores con poco o ningún conocimiento de psicología que con buenos psicólogos con poco o ningún conocimiento de técnica actoral. Lo ideal, por supuesto, sería trabajar con yo-auxiliares profesionales, pero esto actualmente no siempre es posible.

En cualquier caso somos de la opinión de que la formación actoral debe tomar un papel claramente preponderante en la formación de yo-auxiliares.

Con respecto a las técnicas clásicas, hay que decir que así como los actores profesionales funcionan mejor en el espejo, el cambio de roles y la interpolación de

resistencias, son los psicólogos con formación psicodramática los que mejor funcionan en la técnica del doble.

Conclusiones

El psicodrama, en nuestra experiencia, ha demostrado ser una actividad terapéutica de gran interés en el tratamiento de pacientes en crisis aguda. Su máxima eficacia se consigue al quedar el grupo de psicodrama integrado en una *estructura terapéutica* a la que pertenecen todas las demás actividades y personal de la Unidad de Agudos. De esta manera, el material movilizado en las sesiones puede ser recogido en los grupos de psicoterapia verbal y en las entrevistas individuales y familiares. Para su realización es básico contar con una estructura continente arquitectónica y humana donde los pacientes ingresados convivan en régimen de *comunidad terapéutica*. El trabajar con psicodrama con pacientes psicóticos agudos, exige unas condiciones especiales de la unidad funcional *directora-yo-auxiliares* que deben adentrarse en el mundo y el lenguaje del psicótico utilizando para ello todos los re-

ocursos técnicos que han quedado expuestos en este trabajo. Hay que hacer especial mención en este sentido a los trabajos del doctor J. G. ROJAS BERMÚDEZ, de la Escuela Argentina, sobre la utilización de los *Objetos intermediarios* (títeres, máscaras, etc.) y del trabajo con *imágenes suficientemente elocuentes*, campo en el que nos encontramos investigando en estos momentos dentro del Grupo de Estudios de Psicodrama de Madrid.