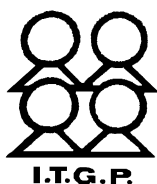


REVISTA VINCULOS

SEGUNDA ETAPA
Segundo numero

4^o cuatrimestre 2009



INDICE

- **Presentación de la Nueva Revista..... Página 3**
- **Mis búsquedas esenciales
(Elena Nosedá de Bustos)..Página 5**
- **Exclusión- Inclusión en la vida y obra de J.L Moreno
(José Fonseca Filho).....Página 15**
- **Mr Mutilock
(Sergio Perazzo).....Página 43**
- **Análisis transaccional, alcohólicos y grupo: una guía para
trabajo terapeutico
(Mario Colli Alonso).....Página 64**
- **Diversidad con Psicodrama: una experiencia de trabajo en los
Servicios Sociales de Base
(Yolanda Sancho)..... Página 90**
- **Noticias..... Página 101**

Presentación de la Revista Vínculos en su Segunda etapa
Primer número. 4º cuatrimestre 2009

Amigos de Vínculos,

Continuamos nuestra aventura de publicar Vínculos. Tenemos la satisfacción de que el primer número fue muy bien acogido, recibiendo elogios de los compañeros españoles y también de otros países. Nos sentimos estimulados e ilusionados con estos mensajes. ¡Muchas gracias!

Tenemos ahora material suficiente para varios números, pero son todos de “veteranos maestros”. Queremos mover, pedir, solicitar, trabajos de los jóvenes expertos. Estamos seguros de que aportareis trabajos originales, nuevos y refrescantes.

Gracias anticipadas.

Queremos recordar que los trabajos publicados en números anteriores permanecen en hemeroteca por lo que pueden ser consultados en cualquier momento.

En este número, podréis encontrar los siguientes trabajos:

Elena Nosedá de Bustos: “ Mis búsquedas esenciales”

Educadora especializada en Psico-Sociodrama en la Educación.

Pertenece al grupo pionero en la Argentina.

Sus experiencias en docencia e investigación se realizan en diferentes ámbitos institucionales públicos y privados del país y del exterior.

José Fonseca Filho: “Exclusión - inclusión en la vida y obra de J. I. Moreno”

Médico, doctor en psiquiatría por la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo; didata-supervisor de la Sociedad de Psicodrama de São Paulo; Coordinador de Daimon - Centro de Estudios de las Relaciones, São Paulo, Brasil.

Sergio Perazzo: “Mr. multilock “

Psiquiatra, psicodramatista, professor-supervisor-didata da Sociedade de Psicodrama de São Paulo (SOPSP), credenciado pela Federação Brasileira de Psicodrama (Febrap), autor de diversos livros e artigos de psicodrama.

Mario Colli Alonso: “Análisis Transaccional, alcohólicos y grupo: una guía para trabajo terapéutico “

Psicólogo clínico, Máster en Psicología Clínica, Catedrático del Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad del Valle de Guatemala, Miembro de la International Association of Group Psychotherapy.

Yolanda Sancho Hidalgo. “Diversidad con psicodrama: una experiencia de trabajo en los servicios sociales de base.”

Trabajadora social. Psicodramatista., Experta en Mediación

Mis búsquedas esenciales¹.

Autor: Prof. Elena Noseda

Educadora especializada en Psico-Sociodrama en la Educación.

Pertenece al grupo pionero en la Argentina.

Sus experiencias en docencia e investigación se realizan en diferentes ámbitos institucionales públicos y privados del país y del exterior.

Palabras claves

Historia profesional – reglas de oro – preguntas esenciales – encuadre pedagógico- entre la psicoterapia y la educación – ejemplo difícil

Sumario

A lo largo de más de 30 años de experiencia coordinando dramatizaciones didácticas en la Argentina y otros países sudamericanos, la autora aprende algunas “reglas de oro” que la orientan en el quehacer así como se formula preguntas esenciales que hacen al encuadre pedagógico y a otros dilemas, tales como la relación entre psicoterapia y educación o la aparición de nuevos conocimientos a finales del siglo XX y comienzos del XXI, que traen nuevos desafíos en sus nuevos contextos.

Finalmente relata y ejemplifica una situación de problemática resolución desde el punto de vista del encuadre.

Hace más de tres décadas que enseño con la metodología socio-psicodramática.

Supongo que el tiempo transcurrido me lleva a realizar una síntesis profesional de mis búsquedas en estos años para compartir algunas de ellas con ustedes.

Pero antes de continuar quiero decirles que estar en esta Mesa y en esta aula con colegas de todo el mundo iberoamericano, me estimula a aprender muchas cosas que no sé, lo cual alivia mi destino de educador que se muere inexorablemente en la conserva cultural cada vez que me aferro al estereotipo de enseñar *sólo lo que sé*.

Yo creo que mi valija más valiosa son las mil preguntas que tengo sin responder. Porque en honor a la verdad, tengo unas cuantas certezas y muchos más interrogantes que me inquietan, me deslumbran o me desasosiegan.

¹ Comunicación presentada en la mesa Psicodrama y Educación del IV Congreso iberoamericano de Psicodrama 2003.

Era muy joven cuando conocí a Moreno en su única visita a Bs.As. Luego lo visité en la mítica Beacon.

Pero mis maestros esenciales fueron Alicia Romaña inicialmente y de manera permanente Dalmiro Bustos, Zerka Moreno y Marcia Karp. Un especial encuentro de la cultura latina y sajona a la que le agregué mi propia sangre.

A comienzos de los 70' vivía en La Plata y aprendí a enseñar con socio-psicodrama muchos contenidos de mi especialidad a adolescentes y adultos del secundario: textos literarios, redacción, acentuación, síntesis, gramática, sintaxis, periodismo, evaluaciones orales y escritas. Por supuesto que hicimos teatro también.

Pero lo esencial era que nos divertíamos muchísimo, nos emocionábamos y la palabra espontaneidad era una aventura diaria para todos nosotros: estábamos vivitos y coleando aprendiendo a vivir a través del conocimiento.

-“*Profe...hacemos el teatrino?*” – así me esperaban mis alumnos en la puerta del aula.

Por otro lado, me iba quedando claro que no sólo cambiaba el método de aprendizaje sino que el grupo se transformaba y me transformaba. La famosa sociometría cuyos conceptos no entendía del todo, aunque iba haciendo ese trabajo práctico de manera intuitiva y acelerada.

Paralelamente muchos educadores, exhaustos de los métodos tradicionales, me requerían para aprender esta metodología más integradora y vital: profesores de francés, inglés, geografía, historia, filosofía, física, química, asistentes sociales, psicólogos sociales, etc.

Con ellos descubrí que además de aprender las técnicas y conceptos morenianos, necesitaban también revisar el rol de educadores que tambaleaba con semejante cambio. En realidad nacía el nuevo rol de educador psicodramatista, que implicaba la integración de lo corporal y sus emociones al quehacer tradicional.

La dictadura militar afectó el movimiento espectacular que había crecido en ese período, fundamentalmente en Córdoba y La Plata² donde desarrollé centralmente mi tarea.

La represión, el miedo a la muerte, la traición y la impotencia amordazaron dolorosamente la vida argentina por muchos años.

² *Ciudades universitarias de la Argentina.*

Entendí allí una regla de oro: *no siempre es adecuado dramatizar*.

Si el método era considerado subversivo no era el momento de la espontaneidad. Habría que guardarla amorosamente hasta que volviera la primavera. Emigré en mi propio país y abandoné la docencia oficial.

Me dediqué entonces a viajar y enseñar en otros países latinoamericanos. Donde aprendí otra regla de oro: *cada red sociométrica tiene su contexto social, su contexto grupal y su contexto psicodramático*. Lo que me parecía central acá, a veces no lo era tanto allá y viceversa. O resaltaban algunos aspectos que yo no consideraba particularmente interesantes, lo cual me estimulaba a iluminar otras zonas de los conocimientos y de la tarea. Yo tampoco era la misma cuando estaba lejos y miraba a mi propio país desde otra perspectiva, aprovechando la técnica del espejo³. Otra regla de oro: *aprendí a ser adecuada*.

A partir de la democracia de mediados de los 80' en adelante, regresé a las aulas oficiales argentinas y a la lenta reconstrucción de la educación: las escuelas pedían el trabajo en grupos, los asientos en círculos, los liderazgos democráticos, el consenso.

Pero la lucha entre la enseñanza tradicional y la nueva era despiadada. Si leías la dinámica grupal desde la sociometría, eras un profesor demagogo que iba atrás de la popularidad estudiantil. Si actualizabas los contenidos y las metodologías al interés de los alumnos eras oportunista y carecías de autoridad.

Irremediablemente vinieron los dos bandos: los tradicionales y los innovadores. Y tuve que elegir.

Aprendí otra regla de oro: *las personas tienen encuentros y desencuentros a través de los tres signos de la relación. Es normal que así sea. Y el criterio sociométrico define el vínculo*.

Para finalizar esta breve síntesis y ya viviendo en Buenos Aires, quedan los últimos quince años, los de la madurez profesional con nuevos contenidos a enseñar, en las carreras de grados y post-gradados de las universidades de Medicina.

Me refiero concretamente a la enseñanza de nuevos conocimientos de la ciencia médica: la **Bioética**⁴ y la **Medicina Paliativa**⁵ que llegan a la Argentina en

³ Técnica psicodramática que permite observar la escena desde una distancia adecuada.

⁴ **Bioética:** especialidad médica que analiza, sistematiza y fundamenta razonamientos éticos para la toma de decisiones en la cura, el cuidado de la vida o la salud de individuos y poblaciones.

⁵ **Medicina Paliativa:** especialidad médica que se ocupa del paciente terminal y de su familia.

esa época, de la mano de los adelantos asombrosos de finales del siglo XX: los trasplantes, la clonación, la fertilización asistida, los soportes vitales cada vez más sofisticados, la medicalización de la muerte, el cambio del paternalismo médico, etc.

Los dilemas bioéticos son apasionantes:

¿quién, cuándo y por qué se decide sacarle el respirador artificial al paciente? ¿cuándo está muerto? ¿qué se hace con un óvulo congelado? y así al infinito.

Y también los dilemas de la Medicina Paliativa:

¿cómo se llama Medicina sino cura? ¿no es que los médicos deben salvar a toda costa a sus pacientes? ¿qué verdad se le dice a un paciente terminal? ¿la muerte es una enfermedad? ¿dónde y cómo quiere pasar su último tiempo de vida? ¿puede elegir? ¿cómo dar malas noticias?

Ahora bien: estos temas se enseñan a través de la metodología de casos. En los Estados Unidos la consideran la manera más práctica y eficaz de introducir los conocimientos.

En Argentina le agregamos la metodología psicodramática. Es decir: los casos se transforman en escenas. El resultado es excelente.

Y así me fui especializando. Pero con los nuevos conocimientos en sus nuevos contextos, me fueron apareciendo nuevos desafíos.

Cuando miro retrospectivamente mi camino de psicodramatista veo que he ido girando alrededor de 4 o 5 preguntas esenciales que me voy contestando parcialmente para luego volver a preguntármelas y quedar un tiempo en silencio sin saber qué decir y así sucesivamente volver a empezar.

Algunas de esas preguntas son:

- 1 ¿qué diferencia esencial tiene el encuadre didáctico del psicoterapéutico?
- 2 ¿es lo mismo compartir emociones que hacer psicoterapia?
- 3 ¿cuál es el nivel emocional adecuado para una dramatización didáctica?
- 4 ¿cuáles técnicas son más efectivas para conseguir ese nivel adecuado?
- 5 ¿existen diferencias entre enseñar diferentes contenidos?

El encuadre como su palabra lo dice, es un espacio delimitado previamente por algunas reglas que al cumplirse permiten alcanzar el objetivo para el que fue diseñado. Yo lo imagino geoméricamente cuadrado, luminoso y orientador como una brújula.

La acción así enmarcada se desarrolla mediante escenas únicas o secuenciadas o la técnica que se quiera utilizar. Tiene como objetivo *construir* in situ ese conocimiento, aprender de manera integrada y espontánea. Y los roles centrales son los del alumno y sus complementarios.

Ahora bien -y citaré parcialmente un prólogo⁶ que escribí hace un tiempo:-

“...hoy la palabra *entre* define un nuevo vínculo sociométrico con el conocimiento: *entre* la educación y la psicoterapia, *entre* el blanco y el negro, *entre* la vida y la muerte, *entre* el maestro y el terapeuta. *Pero lo interesante es que al mismo tiempo son una cosa y no otra*. Es decir, aún con estos cambios revolucionarios en el pensamiento seguimos siendo un educador y un alumno.

Los bordes protegen, delimitan, discriminan, pero están para ser bordeados, navegados, conocidos, ampliados, anexados, transformados. A principios de este siglo la mirada transdisciplinaria de cuenta de ello: son desafíos, temas a desarrollar...”

Justamente las dos disciplinas médicas de las que hablé anteriormente se ubican en lo transdisciplinario.

Con esto quiero decir que el concepto de encuadre se me ha ido transformando.

De un cuadrado luminoso ha pasado a ser una ameba movediza y resbalosa. Y de ahí a una escalera caracol con puertas que se abren y se cierran. En fin: la aventura de conocer con sus consiguientes confusiones.

Por momentos me siento como pez en el agua siendo un educador psicodramatista clásico. Y entonces descubro que algunos conocimientos son menos perturbadores que otros. Y el juego y la alegría campean.

Pero cuando los conocimientos se refieren a temas centrales de la existencia, tengo que trabajar más arduamente para que el nivel de movilización sea adecuado al objetivo. Ejemplifico: están los alumnos de Medicina trabajando en un rol playing. El objetivo es que ejerciten el momento de darle a su paciente

⁶ Prólogo al texto “Jugando en serio”, Lic. María Carmen Bello, editorial. Pax México, 2002.

una mala noticia. Terminada la tarea, el grupo comparte. Una alumna llora porque su padre murió sin que nadie le explicara claramente lo que tenía. Otro está muy apenado porque tiene muy enferma a su hermana. Y así varios. Estamos transitando el momento del compartir con sus implicancias. Pero en algún momento, en *ese momento justo* que hay que encontrar y estimular, el clima grupal necesita recuperar su tono medio que le permite pasar secuencialmente de lo vivencial a lo conceptual *sin fracturas*. Y allí está la sabiduría de la coordinación. En ese contexto de la Facultad los alumnos necesitan terminar la clase más armaditos, más contenidos. No es sobreprotección, es adecuación al locus institucional al cual pertenecemos. A veces, por ej. ayuda alejarlos del presente y llevarlos al futuro, para que desde el rol de médicos con 10 años de experiencia, miren la tarea que acaban de realizar y expresen comentarios sobre sí mismos: “qué pichoncito que era en 2º año, tenía un susto!!!” La distancia adecuada en el momento necesario que permite recuperar el campo relajado.

Para finalizar y retomando el tema del encuadre, compartiré con ustedes una dramatización que me fue muy difícil de dirigir y dónde apelé a casi toda mi experiencia.

En una clase de formación de psicodramatistas para la educación, estaba haciendo una pasantía Marta, que era extranjera, monja, médica psicoterapeuta y psicodramatista. Un perfil interesante por su diversidad.

El último día de clase le ofrezco si quiere hacer una *escenita* de despedida. Ella me contestó que a lo mejor era una *escenota*. Yo me sonreí comprensiva y confiada y allá fuimos.

La *escenita* a medida que se desplegaba ante mis ojos, incluía una situación muy delicada: estando en su país, tiempo atrás, ella había ofrecido donar uno de sus riñones a otra monja muy enferma de su congregación. La donación se haría si no aparecía un donante por la vía habitual. Lo hizo por solidaridad aunque no se llevaban bien. Quedó planteado el problema para más adelante.

Luego Marta inicia un largo viaje de estudios por América y así es como llega a Buenos Aires. Habían transcurrido dos años y ahora el viaje estaba terminando. Pero recibe un mail donde la compañera le ruega que cumpla su promesa: no consigue donante y está moribunda. Y ahora Marta no sabe qué hacer.

Los temas y sub-temas del problema eran varios y todos importantes: miedo a la operación, miedo a que el rechazo sociométrico hacia su compañera se transformara en rechazo genético, miedo a vivir con un solo riñón, enojo consigo misma por haber hecho el ofrecimiento, evaluar si podía echarse atrás, tironeo entre sus roles de persona privada con el de monja y médica que la impulsaban a ser dadora y donante.

Bien: a esa altura mi problema era como ayudarla correctamente desde mi encuadre pedagógico. Estaba muy sorprendida y preocupada por la temática y su envergadura. No son temas habituales en mi tarea psicodramática ya que una cosa es enseñar dilemas bioéticos y otra que el dilema bioético sea personal. Lo acepté pero sabiendo que era un desafío trabajarlo adecuadamente.

Creo que a veces la desesperación me aconseja bien y el resto del grupo entre los que había una enfermera, colaboró maravillosamente.

Decidí encuadrar la tarea desde el rol playing investigando la toma de decisión que debía realizar. Ese era el pedido explícito de la protagonista. Y a medida que se fueron desarrollando las escenas incluí la psicoprofilaxis quirúrgica que en sí misma privilegia el aprendizaje. No viene al caso relatar todo lo que hicimos técnicamente pero les resumo la secuencia: escena de dos años atrás ofreciendo el riñón, paciente en diálisis con beeper siempre mudo que espera un donante salvador, incompatibilidades sociométricas entre donante-receptor, mediación a través de una colega monja, posterior viaje de estudios de Marta, mail que llega reclamando la donación y pidiendo tipo de sangre, dolor en la cintura al recibir la noticia, toma de decisión si dona o no, ambivalencia, decide donar, operación, hace de riñón y se mete en el cuerpo del receptor, siente rechazo y asco a la mezcla de sangre y al nuevo cuerpo, “no conoce”, el riñón comienza a funcionar, ¿habrá rechazo?... – la escena queda en suspenso-, regresa a su dormitorio y se siente muy sola, llama nuevamente a la monjita mediadora que aconseja: “*Cuidate, podés volver a pensarlo antes de decidir*”. Escena de cierre: recuesta su cabeza en mi pecho, le hago cerrar los ojos, le saco los anteojos y dejo que la

palabra “*Cuidate*” recorra todo su cuerpo por dentro. Y el resto del grupo conmigo incluida hicimos lo mismo.

Quedamos todo exhaustos tal cual supongo quedan los equipos noveles de trasplante.

Las técnicas utilizadas fueron las habituales: cambio de roles, interviú, concretización, soliloquio y espejo.

En el procesamiento le pregunté por qué había elegido este grupo y no otro con encuadre terapéutico en el que también realizaba su pasantía.

Me dijo que era el último día antes de partir, que ese día había recibido el mail y que sabía que yo trabajaba en Bioética y la iba a poder ayudar.

El grupo a lo largo del trabajo sintió que era un riñón vigoroso y sano jugando los si y los no, purificando y eliminando deshechos.

Años después me mandó un mail titulándolo: *Escenota*- había donado y estaba bien de salud-.

Reflexionando con ustedes ahora, creo que efectivamente era una *escenota* con mayúscula: ***la escenota del encuadre***.

No tengo dudas que investigar y ensayar salidas diversas a su dilema bioético, le produjo a Marta beneficios que se expandieron al resto de su persona. Eso ocurre siempre en cualquier encuadre por el efecto clusters. Pero para mí lo esencial era que cumpliéramos nuestro contrato dramático: ella que se explayara en sus búsquedas y yo que respetara mi encuadre, mi competencia profesional, lo que yo sé hacer y el objetivo de ese grupo de aprendizaje.

En un encuadre terapéutico la tarea podía tener otras implicancias, por ej. trabajar las causas psicológicas profundas y los aspectos biográficos de Marta que la impulsaban a la donación. La monjita mediadora se lo dice: “Vos **siempre** haciendo estas cosas, sorprendiendo a la gente, atropellando.” Esa palabra *siempre* abría otras escenas pero las dejé pasar para que las revisara en otro contexto. En cambio sí era pertinente detenernos en los aspectos referidos a la toma de decisión del rol de donante dudoso y de sus complementarios. Parece una sutileza pero hay todo un mundo de diferencia. El esquema de roles orienta siempre en estas situaciones grises.

Por eso insisto mucho con el encuadre en la formación de psicodramatistas educativos: es necesario tener en claro qué roles están disponibles para operar con ellos.

Sé que muchos pensarán:

-¿Pero cuál es el problema? La ayudaste, le sirvió y punto. Está todo bien.

Pero para mí no es así: está todo bien si yo cumplí lo que yo espero de mí, del encuadre que enseño y que protege y discrimina qué hacer y qué no hacer.

Conozco perfectamente lo que hacen algunos psicodramatistas educativos con este encuadre: transitan de la educación a la psicoterapia o viceversa en el momento necesario. Y si aparece una escena biográfica que obtura el aprendizaje la trabajan y luego vuelven. Pero estos coordinadores casi siempre son psicólogos. Yo respeto esa postura que también tiene su fundamentación teórica, ya que es el modelo clásico de aprendizaje moreniano.

Pero... ¿y los coordinadores que somos educadores? ¿podemos hacerlo también? Yo creo que no. La razón central es porque no tenemos preparación ni competencia profesional para ello. Y el argumento de que porque somos psicodramatistas hay que integrar todo lo que aparece, me parece poco riguroso, peligroso y confuso. La movilización emocional del protagonista ofrece abundante material tentador pero elijamos para trabajar aquello para lo que estamos habilitados y que nos conduce al objetivo. Lo demás queda contenido amorosa y respetuosamente pero sin ser abordado. Los alumnos son los que posteriormente agradecen estas discriminaciones que son nuestra responsabilidad. Muchas veces recibo alumnos que vienen “heridos” de otras dramatizaciones donde colegas han abierto inadecuadamente escenas dolorosas o íntimas que no estaban habilitadas en el contrato de trabajo inicial. Dejando como secuela una enorme desconfianza hacia el método psicodramático.

Como dice Dalmiro Bustos: “la psicoterapia y la educación tienen el objetivo de transformar, sólo que llegan a esas metas a través de caminos diferentes”.

Creo finalmente que la educación y la psicoterapia por momentos están tan cerca que casi parecen indivisibles y en otros momentos, son lejanas y muy diferentes. Transitar ese espacio móvil, ese *entre* y operar adecuadamente desde él me parece esencial aunque nos requiera de una extrema sutileza, prudencia y expertez.

Dejo entonces a ustedes mis búsquedas y experiencias agradeciendo enormemente el debate que nos hará cambiar algunas certezas por nuevas preguntas.

Este texto pertenece al libro El Psicodrama en la Psicoterapia y la Educación, de Bustos Dalmiro y Nosedo Elena, Ed. Vergara, Argentina, 2008, II parte, cap. VII, pag. 495.

EXCLUSIÓN - INCLUSIÓN EN LA VIDA Y

OBRA DE J. L. MORENO⁷

Autor: José Fonseca

Médico, doctor en psiquiatría por la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo; didata-supervisor de la Sociedad de Psicodrama de São Paulo; Coordinador de Daimon - Centro de Estudios de las Relaciones, São Paulo, Brasil.

RESUMEN

El texto emplea el concepto de inclusión - exclusión social en el análisis de la vida y obra de Moreno. Su lucha por la inclusión social se revela en puntos distintos de su vida. Esa experiencia le habría inspirado para la creación de algunos conceptos teóricos y procedimientos técnicos psicodramáticos.

ABSTRACT

The text applies the concept of social inclusion-exclusion to the life and work of J. L. Moreno. The main moments of Moreno's life are highlighted, revealing his struggle for social inclusion. In the same way, some theoretical concepts and practical psychodramatic procedures are aimed toward the inclusion of the excluded beings.

PALABRAS - LLAVE

Inclusión - exclusión social, vida - obra de J. L. Moreno.

INDEX TERMS

Social inclusion - exclusion, Moreno's life - work.

⁷ Conferencia - tema del 63º Congreso Anual de la Sociedad Americana de Psicoterapia de Grupo y Psicodrama, Miami, 2005 (*Establishing Safe Harbors - Gateways to Inclusion*).

INTRODUCCIÓN

La expresión *exclusión social*, y en consecuencia su díada opuesta, *inclusión social*, se convirtió en una especie de neologismo frecuente en este mundo globalizado. Tuvo su origen en la descripción de dolorosas heridas de la sociedad contemporánea y remite tanto a las más groseras como también a las más sofisticadas injusticias sociales. También posee, por consiguiente, una connotación política y económica que no se puede despreciar. El concepto de exclusión - inclusión, sin embargo, extrapoló sus límites iniciales, en la medida en que los sentimientos emergentes en esas situaciones también pasaron a ser valorados: amor, odio, miedo, envidia, celos, culpa, vergüenza y otros. En este contexto ampliado, pasó a englobar los sentimientos que surgen cuando las personas no consiguen o les impiden alcanzar la condición de pertenencia. Todo el mundo tiene recuerdos de situaciones donde nos hemos sentido así - con la familia, en la escuela o en el trabajo - y de los amargos sentimientos que entonces nos acompañaron. Por otro lado, todos ya hemos tenido sensaciones de plenitud, satisfacción y alegría al sentirnos aceptados. Buscamos continuamente la inclusión en las relaciones duales y grupales. William Schutz (1971), trabajador grupal influido por las ideas de Moreno, coloca la inclusión como la primera fase de desarrollo de los grupos. Podemos visualizar esa tendencia gregaria humana en tres círculos concéntricos que se interpenetran representando los contextos personal, grupal y social.

Moreno enseña que el niño ya nace incluido en una red de relaciones con variadas influencias (genéticas, culturales, sociales, psicológicas, etc): la matriz de identidad. Enseña también, que en esas situaciones existen dos polos en juego: el del que busca la inclusión y el del que la acepta, la rechaza o se muestra

indiferente ante ella. Moreno afirma incluso, que estar verdaderamente incluido significa experimentar la reciprocidad de la relación que se manifiesta por la inversión de roles, por la tele y por el encuentro. El concepto de Encuentro, uno de los mayores ejes de la filosofía moreniana, podría también definirse como la posibilidad de estar totalmente incluido en el otro o en el *otro lado* de la relación. El trabajo de Moreno, ya sea en su perspectiva sociológica, educacional o psicoterapéutica, está fundamentado en el intento de ayudar a las personas a que se incluyan en sus relaciones.

Como vida y obra constituyen un *continuum* existencial, vale la pena hacer una breve incursión por la vida del creador de la sociología y considerar algunos puntos de su lucha personal por la inclusión, en términos de formación de su identidad psicosocial. Se revisarán algunos aspectos de la biografía de Moreno que, ciertamente, conocen, pero que aquí aparecerán ordenados de acuerdo con el tema de esta presentación.

INCLUSIÓN, IDENTIDAD Y MATRIZ DE IDENTIDAD DE MORENO

El proceso de formación de identidad es resultado de cómo el niño se incluye en su matriz de identidad. Aquí ella empieza a responder a dos preguntas básicas que se repetirán, en diferentes situaciones y circunstancias, a lo largo de toda su vida: *quién soy* y *cuánto valgo* (afectivamente, profesionalmente, socialmente, económicamente, políticamente). Veamos cómo el niño Jacques (como era llamado Moreno en su familia de origen) aprendió a contestar esas dos preguntas-llave.

La historia cuenta que Jacques era el preferido de su madre que, influida por las profecías de una gitana, incitó a la familia la idea de que él no era

solamente un niño fuera de lo común, sino que también estaba destinado a un futuro grandioso. Las investigaciones de Marineau (1992) apuntan para el hecho de que, incluso el histórico juego de ser Dios cuando se fracturó un brazo, era “reiterado y sistemáticamente apoyado por la madre de Moreno” (p. 31). El niño disfrutaba de una situación especial con respecto a sus hermanos, no obstante pagaba el precio de no poder sentirse como uno de ellos.

“Su relación era muy distinta con sus hermanos. No quería que lo llamasen por su primer nombre. Si uno de ellos usaba Jacob o Jacques, simplemente lo ignoraba. Esperaba para responder, hasta que lo llamasen de ‘tú’... Ese anonimato tenía raíces, como vimos, en un sentimiento de ser un caso especial de Dios” (Marineau, 1992, p. 33).

Moreno pagó aún un precio más alto, el de tener que cumplir la profecía de grandiosidad, que sólo pudo realizarse en la medida en que genéticamente fue agraciado con una inteligencia genial. En el caso de que no la hubiera poseído, tendría probablemente sucumbido psicopatológicamente al peso de un destino no realizado. Las características de esa peculiar inclusión familiar dejaron marcas, en su identidad, que trascendieron el ámbito familiar. Sus propias palabras no dejan duda de eso:

“Desde el tiempo en el que mi comportamiento se volvió extraño, al comienzo de la adolescencia, mientras me alejaba cada vez más de mi familia, también comencé a alejarme de mi nombre, es decir, de mi primer nombre. Parecía que buscaba una nueva identidad y, tal vez, un nuevo nombre que combinase mejor con mi nuevo status, esa nueva identidad” (Moreno, 1997, p. 37). “El secreto de mi identidad se volvió tan intenso en mi cabeza, que yo mismo comencé a dudar de cuál era mi verdadera identidad y mi nombre real. (...) Primero, cambié mi nombre de Jacques Levy para Jacob Levy, intensificando mi judaísmo; luego añadí el segundo nombre de mi padre, Moreno, Jacob Moreno Levy. De nuevo, más tarde, le di otra vuelta y me transformé en J. L. Moreno. Todas esas sutiles diferencias comenzaron a cansarme y, entonces, decidí abandonar mi nombre de una vez por todas y me volví completamente anónimo...” (Moreno, 1997, p. 111).

Aún adolescente, ya no se siente cómodo en el seno familiar. A los catorce años, al no adaptarse a la vida en Berlín, a donde su familia había emigrado, regresa a Viena con el permiso de sus padres. Alquila una habitación y empieza a vivir solo. Cuando su madre y sus hermanos regresan, al estar resentido con su madre (a causa de la separación de su padre), se niega a volver a vivir con la familia. En ese momento se identifica con Cristo, Buda y San Francisco de Asís, quienes también abandonaron sus casas y adoptaron la humanidad como nueva familia. Cuando visitaba a su familia el contacto parecía extraño:

“Mis hermanos me miraban con admiración y miedo. (...) Me quedaba encerrado en mi cuarto, comía solo, hablaba poco o simplemente no hablaba, preocupado con cosas que ellos no entendían. La tensión aumentaba” (Moreno, 1997, p. 42).

LUCHANDO POR INCLUSIÓN SOCIAL

El pueblo judío tiene larga historia de exclusiones, desde su huida de Egipto, en el siglo XIII a. C., pasando por la destrucción de Jerusalén, en el sigloVII d. C., y por una larga peregrinación de inclusiones parciales y exclusiones (*pogroms*) en distintas partes del mundo, culminando con el holocausto nazi durante la II Guerra Mundial. Los judíos sefardíes, agrupamiento étnico al que pertenecía Moreno, lograron, a lo largo de muchos siglos, una creativa inclusión entre los cristianos y los musulmanes de la Península Ibérica (*Sefarad*), pero, a finales del siglo XV, los Reyes Católicos, Isabel y Fernando, los expulsaron de España y Portugal. A partir de ese momento, los psico-dramáticos conocen el periplo de la familia Moreno a través

de Turquía, Rumanía, Austria, Alemania (Berlín y Chemnitz), nuevamente Austria y, al fin, Estados Unidos.

La condición de inmigrante fue una constante en la vida de la familia Moreno. Él mismo vivió intensamente la condición de ser extranjero, de ser inmigrante, y las dificultades para obtener una nacionalidad. Nacido en Rumanía, hijo de padre turco, emigra, todavía siendo niño, para Viena. La comunidad judeo-vieneses, que podría ser un puente de inclusión para los recién llegados, era mayoritariamente asquenazí. No siempre resultaba fácil la integración cultural de los sefardíes en la comunidad asquenazí. Los sefardíes, como vimos, poseen influencias latino (hispano - portuguesas) - arábicas, absorbidas por la secular convivencia árabe-judeocristiana en la Península Ibérica. La cultura asquenazí era predominantemente originaria de Europa Central y Oriental⁸.

Moreno describe las dificultades de inclusión social de su familia:

“Nuestra transformación en vieneses, sin embargo, nunca fue completa. Éramos una más de las típicas familias marginadas de origen judío que sobrevivían desarrollando un fuerte vínculo de vida familiar. A propósito de eso, nosotros éramos, en Viena, hasta casi el momento de mi partida a Estados Unidos, considerados extranjeros o refugiados. En el imperio austro-húngaro de aquel tiempo existían millares de familias como la nuestra, que eran toleradas por el gobierno mientras llevasen una vida tranquila, que no amenazase la estabilidad de la nación. Añádasele a eso, el que vivíamos en un ambiente de nacionalismo germánico agresivo, reforzado por un distrito fuertemente católico romano. Nuestra familia estaba fuera de la corriente principal de la vida austríaca en más de un aspecto” (*Moreno, 1997, p. 30*).
“Nosotros vivíamos en barrios mixtos, de judíos y no judíos, en Bucarest y Viena, expuestos a una variedad de influencias durante nuestra infancia. Los años que mi madre había pasado en el convento fueron útiles para ayudar a que nos relacionáramos con las personas en una cultura católica tan agresiva como era la de Austria durante mi juventud” (*Moreno, 1997, p. 31*).

⁸ El dialecto sefardí era el *ladino*, basado en el castellano medieval, incluyendo dialectos españoles y portugueses. Ya el dialecto asquenazí (perteneciente a judíos originarios del noroeste de Europa, con la inclusión posterior de comunidades de Europa Central y Oriental) es el yiddish, procedente del alemán con la inclusión de palabras hebreas y eslavas.

El ‘nacionalismo’ austríaco incluía un antisemitismo anterior al nacional-socialismo (nazismo) de Adolf Hitler. Durante su período universitario, en un determinado momento, los estudiantes “nacionalistas” le comunicaron al rector que los judíos no podrían asistir más a las clases ni tampoco frecuentar el espacio universitario. Téngase en cuenta que muchos profesores eran “nacionalistas” también. Los estudiantes judíos, en grupos de diez o veinte, intentaron entrar a la fuerza. A esto le siguió un gran conflicto “*con puñetazos, palos y hasta cuchillos*” (Moreno, 1997, p. 62). Hubo otro conflicto años después, en la estación ferroviaria de Baden, cuando un grupo de jóvenes pro-nazis se acercó de forma amenazadora a Moreno y a su compañera católica, Marianne Lörnitzo. Después de que Moreno le diese un puñetazo al líder y encarase al resto del grupo, los agresores se dispersaron. Moreno (1997) describe que, en ese momento, se sintió invadido por una intensa conciencia de su identidad, excluido por una parte y por otra incluido en la identidad judía que, en otras ocasiones, como otros judíos de esa época, había intentado esconder: “*había sido proverbial que los judíos escondiesen su identidad y se cambiasen de nombre*”(…). “*Supongo que yo me resistía a anunciar el hecho de que yo era judío*” (p. 111).

La inclusión de Moreno en Austria durante los años 20 se complicaba. En Bad Vösslau, ciudad donde ejercía su profesión, era molestado, de forma creciente, por los extremistas. Algunos proyectos profesionales fracasaron. Su mayor biógrafo, René Marineau (1992), sentenció: “*Moreno estaba aislado*” (p. 103). Moreno decide intentar una nueva inclusión en el Nuevo Mundo. Deposita sus esperanzas en América del Norte. Sin embargo todavía, según Marineau (1992, p. 104), “*Ninguna sinagoga estaba esperando por él, el profeta, ninguna*

universidad le ofreció un contrato como científico ni ninguna compañía teatral esperaba a Moreno, el revolucionario”.

Los primeros años en América fueron duros. Moreno confiesa que estuvo a punto de volver para Europa (p. 115).

Algunas relaciones establecidas durante los primeros años americanos funcionaron, no obstante, como un puente de inclusión social para Moreno. Se destacan personas como el Dr. Bela Schick, que se responsabilizó por el trabajo de Moreno en la clínica infantil del Hospital Monte Sinaí, incluso antes de que él obtuviera el título para ejercer la medicina en Estados Unidos; Beatrice Beecher, con quién se casó para obtener el visado permanente; William Bridge, futuro director de la compañía de danza de Martha Graham, que le abrió las puertas para iniciar la presentación del teatro espontáneo en escuelas, iglesias y universidades; Helen Jennings, que lo apoyó incondicionalmente en los proyectos de sociometría y Gardner Murphy, importante conexión de Moreno con la sociología y la psicología social americanas. Sin embargo, de entre todos ellos se destaca su hermano William, que había emigrado antes que él.

“¿Puede un hombre ser musa? Sin duda un hombre puede. Sin embargo, él no es la versión popular de una musa. Se puede pensar en Aarón como musa para Moisés, en Platón como musa para Sócrates. En mi vida, fue mi hermano William” (Moreno, 1997, p. 131).

Todas ellas fueron personas que no respondieron a Moreno con neutralidad o rechazo, emitiendo una señal positiva consistente de aceptación - inclusión.

INCLUYENDO A LOS EXCLUIDOS

Ahora podemos comprender cómo Moreno, a partir de sus errores y aciertos en la lucha por la inclusión social, desarrolló estrategias para ayudar a que los otros alcanzaran la misma meta.

Aun cuando muy joven funda con unos amigos la Casa del Encuentro y la Religión del Encuentro (de 1908 a 1914).

“(...)Todos nos comprometimos a compartir el anonimato, el amor y la donación, viviendo una vida concreta y directa en la comunidad con aquellos que encontrábamos. Dejamos nuestros hogares y familias y nos fuimos a las calles” (Moreno, 1997, p. 56).

Los años anteriores a la I Guerra Mundial, Austria vivía un período de inestabilidad política y económica que generaba gran número de personas llegando a Viena en busca de mejores condiciones de vida. El objetivo de Moreno y de sus amigos era dar cobijo y facilitar la obtención de documentación y visados de trabajo para esas personas. Después de la cena coordinaban reuniones en las cuales: *“los problemas se ponían de manifiesto y se deshacían los resentimientos”* (Moreno, 1997, p. 57). Tras eso, cantaban y bailaban. *“Participar de esos encuentros era una experiencia religiosa, algo muy alegre...”* (Moreno, 1997, p. 57). Esa forma de celebración nos remite a los rituales hasídicos de canto, danza y expansión de alegría en busca de comunicación con lo más alto.

En 1913, Moreno se dedica a la tarea de incluir socialmente a las prostitutas vienesas y hacer valer sus derechos como ciudadanas. Las palabras de Moreno (1997) hablan por sí solas:

“Yo tenía en mente lo que La Salle y Marx habían hecho por la clase trabajadora, dejando de lado la ideología. Ellos convirtieron a los trabajadores en seres respetables al darles un sentido de dignidad; los organizaron en sindicatos que elevaron el status de toda la clase...” (p. 65).

En el inicio de la I Guerra Mundial, Moreno es contratado por el gobierno austríaco para realizar, en un campo de refugiados tiroleses (Mittendorf), aquel que sería su principal trabajo pre-sociométrico. La sociometría, en su etapa diagnóstica, significa la posibilidad de revelar la situación de personas incluidas y de personas aisladas, excluidas, en una red de relación grupal. En la etapa terapéutica, significa que puede posibilitar a los excluidos la búsqueda de nuevas posibilidades de inclusión en el mismo grupo o en otros.

Sobre Mittendorf, Moreno (1997) relata:

“Utilizando los métodos de sociometría, aunque de forma muy primitiva, transferí familias de lugar, en función de afinidades mutuas. Así, el trabajo básico por medio del cual la comunidad estaba organizada fue transformado para mejor. Mi teoría fue apoyada por el hecho de que, cuando las personas pudieron vivir con aquellas por quienes se sentían positivamente atraídas, tendían a ser cooperantes entre sí y las señales de desajuste disminuyeron tanto en número como en intensidad” (p. 81).

Moreno, sin embargo, no guarda en secreto que el móvil emocional de su éxito en este trabajo fue su profunda identificación con los tiroleses que vivían una doble identidad nacional. Eran austríacos teniendo el italiano como idioma. Fueron arrancados de sus tierras por el gobierno austríaco, supuestamente para protegerlos del ejército italiano que avanzaba en aquella dirección. En realidad,

el gobierno austríaco no confiaba en que sus súbditos de lengua italiana pudiesen oponerse a los invasores de cultura similar. Moreno (1997) sabía que era el no poseer una identidad cultural bien definida:

“Empezé a identificarme cada vez más con los tirolese, aprendiendo su lengua como un nativo e igualmente buceando en sus vidas”. (...) “Nunca olvidaré el día en que volvieron a sus casas, recién creados ciudadanos italianos. Las mujeres y los niños vestidos con trajes de gala, que habían sido conservados a pesar de la escasez de los años de la guerra. Marcharon hacia fuera del campo, pecho inflado, llenos de alegría, cantando sus bellas canciones italianas. Una parte de mí quería irse con ellos...” (pp. 81 – 82).

Ya en Estados Unidos, Moreno siguió con sus trabajos sociométricos, entre los que estaban los caminos para la inclusión de los presidiarios de *Sing Sing* y de las jóvenes infractoras (entre 12 y 18 años) de la Escuela para la Educación de Jóvenes del Estado de Nueva York (Hudson), que es cuando lanza definitivamente los fundamentos de la sociometría. En un recorte estratégico de la población estudiada (505 chicas), Moreno enfoca con más detalles, a partir de los resultados del test sociométrico, una unidad social compuesta por cinco jóvenes, donde llama la atención el hecho de que una de ellas, Elsa, presenta una posición afectiva de grave exclusión grupal. Las cuatro chicas elegidas positivamente por Elsa en su propia casa (la comunidad estaba dividida en dieciséis viviendas) la rechazan, así como otras veintisiete compañeras, doce de su propia casa y quince de fuera. Moreno estudia los *motivos* de las elecciones de Elsa y de las otras involucradas, trabaja para aumentar el *volumen inicial de sus contactos* en la comunidad, ampliando sus posibilidades de relaciones; echa mano de procedimientos como el *role-playing* (o dramatización) y el *test de*

espontaneidad, con el fin de facilitar el espontáneo fluir y el aumento del coeficiente télico de la red de relaciones en cuestión. Se comprende entonces, que la exclusión de Elsa, así como sus actitudes transgresoras (mentiras, robos, etc), no resultan sólo de sus intrínsecas dificultades para relacionarse, sino también de la forma en cómo la dinámica de relación de su casa interactúa con ella. Elsa es sistemáticamente marginada y desamparada por el grupo. Knobel (2004) comenta que “*cualquier intento de ‘cura’ necesita involucrar a todas las niñas conectadas, directa o indirectamente con ella*” (p. 202). Esta autora comenta, incluso, que Moreno, como si de un médico clínico se tratase, diagnostica el problema, busca las causas y propone un campo terapéutico para tratar el *organismo social* enfermo. La estabilidad emocional del individuo está relacionada con su *status sociométrico* grupal. Los miembros aislados y periféricos serían más susceptibles de enfermar.

Finalmente Elsa, excluida de la casa ocho, logra la inclusión satisfactoria en la casa trece. Moreno, esta vez, no comenta nada sobre sus reacciones personales a la inclusión de Elsa (como hizo con respecto a los tiroleses), pero se deduce, por la experiencia anterior, que, al ayudar Elsa a la inclusión, él también se sintió un poco más incluido.

INCLUYENDO LA LOCURA

Veamos ahora como Moreno procede para alcanzar sus metas de inclusión en su trabajo psiquiátrico y psicoterápico. En psicoterapia se busca tanto la inclusión del individuo consigo mismo, o en otras palabras, la inclusión y la fluidez de la relación entre los diferentes *yoes parciales* que componen el *Yo*

global, como también facilitar una inserción adecuada del individuo en su red de relaciones sociales.

Algunos autores como Blatner (1996), Bustos (1975), Fonseca (1974) comentan el trabajo pionero de Moreno con respecto al movimiento de la *antipsiquiatría* (Laing, Cooper, 1972) de los años 60. Mucho antes, ya en la década de los 30, Moreno realizaba atenciones clínicas donde quedaba clara una actitud “antipsiquiátrica” en relación con la psiquiatría oficial. Proponía, por ejemplo, el *choque psicodramático* en contraposición a los choques eléctricos, los insulínicos y los cardiazólicos utilizados en aquella época. Su preocupación (a pesar de que esta no era una constante en sus protocolos clínicos), no era la de combatir directamente los síntomas, pero sí la de incluirlos, de manera armónica en la vida del paciente. Digamos que a la actitud de operar, extirpar y excluir síntomas, de la medicina occidental, Moreno proponía la actitud oriental de rescatar la energía creativa extraviada de delirios y alucinaciones, con la intención de incluirla en la vida del individuo. Él comenta que la medicina oficial trabaja para que el paciente recupere la condición anterior a la enfermedad. Pero, en psiquiatría, nos deparamos con situaciones en las que el paciente no puede renunciar a su psicosis. Este sería el resultado de muchos años de trabajo creativo desviado. La terapia psicodramática de la psicosis invierte entonces en la realización total de la psicosis, recordando el principio homeopático *similia similibus curantur* (la cura por lo semejante): la reconstrucción de la locura en el escenario psicodramático pasa a ser el instrumento terapéutico de la psicosis propiamente dicha. Locura curando la locura.

Elijo uno de los controvertidos casos clínicos de Moreno (1974), el “Caso Mary”, oficialmente denominado *Tratamiento psicodramático de una*

paranoia, para nuestra reflexión en términos del trabajo que él realiza en el sentido de reinsertar socialmente a su paciente. Durante cincuenta y una sesiones, realizadas en el transcurso de diez meses, Moreno trata a Mary, una joven de veintitrés años que enfermara hacía tres. Desarrolló un delirio en relación a un hombre, John, que supuestamente vió en una fiesta de Navidad. Comienza a buscarlo de manera obcecada y descontrolada por calles y ciudades. Su comportamiento raro llama la atención de la policía que la conduce a un hospital psiquiátrico. Mary se opone a cualquier tratamiento y es trasladada de hospital en hospital. La familia recurre entonces al *Beacon Hill Sanatorium* del Dr. Moreno.

A partir de entrevistas con la familia, Moreno estructura una cuidadosa estrategia terapéutica que obedece a tres fases: realización, sustitución y análisis del delirio. La familia es orientada para cambiar el comportamiento con relación a Mary y a aceptar la realidad de la psicosis participando en la búsqueda de John. Los padres le comunican que descubrieron un médico que es amigo de John. Mary exige que sea llevada ante él. Moreno expande el contexto dramático para la clínica y para la vida, recibéndola y comunicándole que tiene un telegrama de John para ella. El telegrama comunica que él está presentándose ante una Junta de Alistamiento Militar (la acción transcurre durante la II Guerra Mundial), pero que se encontrará con ella en dos días. William, un ego auxiliar profesional, también es presentado como amigo de John. Hay un “intercambio” de cartas entre Mary y John, preparado por el equipo terapéutico. Moreno advierte que un lego en la materia podría considerar ese procedimiento una mitificación, pero en el plano psicodramático tiene que ser entendido como un procedimiento terapéutico, cuidadosamente preparado *y* conducido por terapeutas experimentados *y*, esto lo añado yo, corriendo un gran riesgo.

William, el ego auxiliar, se convierte en el punto de contacto entre la paciente y el centro de su delirio, John. En las sesiones psicodramáticas, William está sistemáticamente escogido para ser John. Ella tiene la posibilidad de ser John a través de la técnica de inversión de papeles, o sea, de vivenciar su propia creación delirante. En una dramatización Mary representa a John como si él fuese también un embrión que ella lleva en su vientre. Una sala de partos es montada en el escenario psicodramático para que ella pueda dar a luz a su bebé. La trama psicodramática sigue: John es “convocado” por el ejército y el encuentro es siempre postergado. Las angustias de Mary aumentan. Ella escucha en la radio que se pueden celebrar matrimonios de militares ausentes por poderes. William representa a John y la boda se realiza en el escenario psicodramático. Mary es una linda novia, envuelta en lágrimas, que es besada por William - John. Durante los días siguientes, su angustia ante la llegada de John disminuye. La boda parece que significa el inicio de un distanciamiento progresivo de John.

En la realización de la psicosis la paciente puede vivir parte de la vida interior que antes era incompatible con la realidad. La antigua Mary es sustituida por una Mary II, pero una Mary III está a punto de surgir todavía. Mary transfiere sus sentimientos para los egos-auxiliares y se vuelve dependiente de ellos, ya que sólo a través de ellos consigue encontrar a John y su mundo imaginario. Mary demuestra el deseo de continuar la relación con las personas de los egos auxiliares tras las sesiones. Durante la acción dramática, una parte de William se desliza y se une con una parte de John, y esa combinación va progresivamente siendo aceptada por Mary. La máscara de John toma paulatinamente los rasgos de William. Cuando se encuentra con William fuera del teatro terapéutico, él es John con los rasgos de William. La

sustitución está en marcha. Mary desarrolla por William una unión mayor de lo que cabría esperar en una mujer “recién casada”. Lo invita a pasear y a ir al cine. La relación de Mary con William alcanzó la solidez suficiente como para permitir un nuevo y osado paso: ya es hora de que John muera.

Su muerte en el frente es anunciada. Mary tiene una crisis, permanece inaccesible durante algún tiempo elaborando su luto. Siguen algunas sesiones en las que, a través de la técnica del espejo, puede verse representada por una doble. El mundo transferencial va siendo sustituido, poco a poco, por el mundo télico. Empieza a realizar la distinción entre los médicos y enfermeros (yoes auxiliares) del mundo real con los personajes que ellos desempeñan en el escenario psicodramático.

En una dramatización en la que el terapeuta actúa con sus hermanas, la verdad es revelada: John nunca existió salvo en la imaginación de la paciente. Mary salta desde la platea hasta el escenario intentando agredir al médico. Pasado el ímpetu agresivo, pide disculpas y se siente preparada para proseguir el trabajo con escenas basadas en la disolución de sus delirios y alucinaciones.

El interés por William desapareció poco a poco cuando le dieron el alta hospitalaria. Pero el proceso aún no estaba finalizado. Moreno invita a un joven que se había sentido atraído por Mary, en el período anterior a su enfermedad, para participar. Entra en juego la sustitución final del proyecto afectivo: de John para William y, ahora, de este para George. Mary se casa con George.

Quince años después Mary sigue conviviendo con sus dos *dramatis personae* (personajes dramáticos), pero uno no interfiere en el otro. Encontró un compañero que complementa esa dualidad. A veces charla con sus personajes ficticios, pero si alguien se acerca, interrumpe el diálogo interior y explica que acabó de tener, en pensamiento, una conversación con alguien.

Realiza bien el camino entre fantasía y realidad. Esta doble vida no le impide desempeñar los papeles de ama de casa, madre (su hijo se llama John) y esposa. Sus tendencias anteriores al aislamiento y la inadecuación enfermizas, presentan ahora un aspecto normal. Preguntada por Moreno, por el hecho de no haberlo visitado, contesta que no es necesario, puesto que *“tú te has vuelto una parte de mí misma y hablo contigo en tu ausencia”*. El yo psicótico fue reinsertado en los otros *“yoes parciales”*. Según Moreno (1974):

“Nuestro fin debe de ser el de reintegrar en la cultura a nuestro enfermo y a sus normas de comportamiento aberrante, como si todo fuese comprensible y natural; de darle la posibilidad de que se revele en todos los campos de la actividad creativa” (p. 352).

Moreno (1997) no deja dudas en cuanto al hecho de haber experimentado en sí mismo su método de trabajo:

“El psicodrama de mi vida precedió al psicodrama como método. Yo fui el primer paciente protagonista y director de la terapia psicodramática, de una sola vez” (p. 44).

Y no guarda secreto sobre el hecho de que si no hubiera adoptado el procedimiento de vivir su propia locura, en vez de esconderla o analizarla, probablemente tendría sucumbido a la enfermedad mental:

“Me escapé del destino del esquizofrénico, que funciona en el vacío y tiene que rellenar el vacío con figuras alucinantes, hasta el punto de creerse él mismo que esas figuras interactúan con él” (p. 44).

“Por consiguiente, yo quería mostrar que un hombre que exhibía todas las señales de paranoia, megalomanía, exhibicionismo y otras formas de desajuste individual y social, aún podía estar bastante bien controlado y saludable” (Moreno, 1997, p. 53).

Moreno (1997) y sus compañeros de la Religión del Encuentro eran osados al incluir la locura en la concepción de Dios:

“Como el mayor crimen de nuestra cultura es ser patológico, comportarse de manera patológica, Él aparecería como un hombre patológico y exhibiría, humorísticamente, toda la parafernalia de la insanidad. Él diría: ‘Soy un enfermo mental; mírenme; dejen que vengan a mí todos los enfermos mentales’. Cristo oía voces. Todos nosotros oímos voces. Cualquiera que no oiga voces no es normal. ‘Esta vez Cristo estará desnudo’. Él oirá voces y las voces Le dirán qué hacer, y Él oirá las voces que oímos dentro de nosotros”
(p. 50).

Moreno construye, por lo tanto, una psiquiatría y una psicoterapia muy diferentes de las existentes en su época. Su osadía y atrevimiento le costaron mucha resistencia y oposición. Él no propone la actitud colonizadora de imponer al otro lo que cree que es cierto. Moreno cree que, en la locura, existe una potencialidad creadora para ser liberada y que, a partir de ahí, cada uno sigue su camino.

LA ÚLTIMA INCLUSIÓN

En agosto de 1973, en el Gran Hotel *Dolder* en Zurich, nueve meses antes de su muerte, Moreno concreta su último acto de inclusión. Preside la Asamblea de Fundación de la I.A.G.P. (*International Association of Group Psychotherapy*), institución que promueve la inserción de todos los terapeutas de grupo del mundo, sin distinción de líneas o escuelas. Allí se encuentran reunidos psicodramáticos, analistas de grupo, gestaltistas, psiquiatras,

psicólogos, pedagogos, religiosos, en fin, todos aquellos que se dedican al trabajo con grupos. Grete Leutz (2004), su amiga y seguidora, describe:

“Moreno sitting at the head of a long table, presided the assembly: at least twelve persons sat by his side. Facing the afternoon sun, he did not speak much, but smiling benevolently, he was very present and appeared satisfied” (p. 164)⁹.

Moreno (1973) escribe entonces una pequeña nota diciendo que realizara *“one of the major goals I have been trying to attain since 1951”* (p. 131)¹⁰. Él manifestaba la sensación de misión cumplida. Su sonrisa, presencia y satisfacción, tan poéticamente descritas por Grete Leutz, representaron su adiós a nuestra comunidad.

LA INCLUSIÓN DEL PSICODRAMA EN BRASIL

Las primeras experiencias con el psicodrama en nuestro país surgieron en una comunidad de excluidos buscando la inclusión. En los años 40 era fundado el Teatro Experimental del Negro. Su órgano oficial, el periódico “Quilombo”, ya en su edición de junio de 1949, y en ediciones subsiguientes, anunciaba las sesiones de psicodrama dirigidas por el sociólogo negro Alberto Guerreiro Ramos. Él había conocido el psicodrama en Estados Unidos, mientras era profesor en las universidades americanas. Llegó, por invitación de Moreno, a participar del consejo editorial de una de las publicaciones de *Beacon*¹¹.

Las experiencias que siguieron a las sesiones psicodramáticas dirigidas por Guerreiro Ramos estuvieron protagonizadas por dos inmigrantes que se

⁹ “Moreno, sentado en la cabecera de una gran mesa, presidió la Asamblea: por lo menos doce personas se sentaron a su lado. Con el sol de la tarde en su rostro, él no habló mucho, pero sonriendo benévolamente, estaba muy presente y parecía satisfecho”.

¹⁰ ... “una de las mayores metas que estoy intentando alcanzar desde 1951”...

¹¹ Para más información consultar el trabajo de Maria Célia Malaquias (2004).

instalaron definitivamente en Brasil: Pierre Weil, en Rio de Janeiro y Belo Horizonte, y Helena Antipoff en Belo Horizonte.

En São Paulo, el movimiento psicodramático nació en un contexto político y social específico. Al final de los años 60, vivíamos el inicio de una dictadura militar que se extendió a lo largo de veinte años. Muchas veces, nuestro grupo pionero levantó sospechas, o porque nos reuníamos, y los grupos pueden ser siempre subversivos, o porque atendíamos a personas que habían sido víctimas de tortura, o incluso porque éramos jóvenes y nos oponíamos al *establishment* de la psiquiatría clásica y de la psicología tradicional. Introducimos ruidosos grupos de psicoterapia de grupo en las silenciosas y serias salas de espera de las clínicas psicoanalíticas, utilizamos música y danza en sesiones terapéuticas, rompimos la formalidad y la distancia en el trato con los pacientes.

Ese comienzo cuestionador culminó con la realización del V Congreso Internacional de Psicodrama, en 1970, con la reunión de cerca de tres mil personas en el M.A.S.P. (Museo de Arte de São Paulo). Allí estaban no sólo jóvenes terapeutas en busca de nuevas ideas, sino también actores, bailarines, artistas plásticos, escritores, políticos y, como no podía dejar de ser, dadas las circunstancias, policías disfrazados de congresistas. Fue un congreso científico que ganó connotación política, no sólo por el gran número de personas reunidas sino también por la fuerza de sus desdoblamientos. El psicodrama trajo un soplo de libertad a nuestros corazones oprimidos. El Congreso de M.A.S.P., como acabó siendo conocido, trascendió los límites del psicodrama, constituyó un marco en la vida intelectual de São Paulo.

El psicodrama inició su recorrido en Brasil con una marca, la de la exclusión. Cuando no éramos hostilizados por jefes reaccionarios (tras el citado

congreso, por ejemplo, me prohibieron continuar con un grupo de psicodrama en un hospital psiquiátrico), éramos considerados superficiales, ya que decían que aplicábamos técnicas lúdicas sin poder terapéutico. Nuestra lucha por la inclusión en la comunidad científica fue ardua y larga. Hoy, contamos con un gran número de maestros y doctores titulados en las más prestigiosas universidades brasileñas, con más de cien libros de psicodrama publicados en portugués, y una organización nacional (F.E.B.R.A.P. – Federação Brasileira de Psicodrama / Federación Brasileña de Psicodrama), que une cerca de cuarenta asociaciones y que reúne un contingente de más o menos cuatro mil psicodramáticos.

En marzo de 2001, gracias a la iniciativa de Marisa Nogueira Greeb, el Ayuntamiento de São Paulo realizó cerca de ciento cincuenta psicodramas públicos, con el mismo horario y en diferentes sitios de la ciudad: guarderías, albergues, escuelas, plazas públicas, etc. El evento fue denominado “Psicodrama de la Ética y de la Ciudadanía”. El objetivo era promover una reflexión sobre cómo cada ciudadano puede vivir mejor en su ciudad y cómo contribuir para que su semejante también alcance esa meta.

“No es posible acercarse a la felicidad individual sin que eso involucre las necesidades de otros hombres. En otras palabras, el verdadeiro ejercicio ético sólo puede ser considerado eficaz cuando tiene en cuenta los derechos y deberes de toda una comunidad” (Feo, 2004, p. 1).

La experiencia del Psicodrama de la Ciudad proporcionó una reflexión más profunda sobre la misión comunitaria del psicodrama. Al final, el deseo de Moreno era llevar el psicodrama fuera de las consultas psicoterapéuticas. El número de compañías de teatro espontáneo y de teatro *playback* (*playback*

theather) aumentó. El Centro Cultural São Paulo, órgano del Ayuntamiento de São Paulo, comenzó a realizar semanalmente, bajo la coordinación de Antonio Carlos M. Cesarino, sesiones abiertas de psicodrama¹². El público está constituido por desempleados, amas de casa, jubilados, estudiantes universitarios, profesionales con sueldos bajos, y todos aquellos que, estando en el local para otras actividades, tienen la curiosidad despierta por un grupo de personas reunidas representando los dramas y las tramas de sus vidas.

EL LEGADO DE MORENO

El dolor de la exclusión social, en sus distintas manifestaciones, sirvió de inspiración para que Moreno creara instrumentos de ayuda para sus semejantes: la sociometría, la psicoterapia de grupo y el psicodrama. Su vida estuvo dedicada a los excluidos: pobres, prostitutas, refugiados, prisioneros y enfermos mentales. Él nos dejó un legado, y nos cabe a nosotros, psicodramáticos contemporáneos, el darle continuidad. El psicodrama, evidentemente, no logra abarcar todas las dimensiones de exclusión social, porque muchas de ellas trascienden nuestros límites de trabajo. No estamos invadidos por la utopía moreniana de querer tratar toda la humanidad. Nuestros instrumentos son suficientes, sin embargo, para dar continuación al trabajo que Moreno inició.

En esta dirección, existe una conexión entre los sentimientos individuales, grupales y socio-culturales. El filósofo holandés Espinosa (1957, libro II), judío sefardí como Moreno, discurre sobre democracia y libertad con base en los sentimientos humanos, proponiendo un sistema de ideas en el que lo

¹² El Daimon - Centro de Estudios de las Relaciones, São Paulo, realiza sesiones abiertas, ininterrumpidamente desde 1984.

psicológico, lo social y lo ético-político aparecen entrelazados. La psicóloga social Bader Sawaya (2003, p. 39) comenta que:

“esta opción representa un cambio en el paradigma de la acción transformadora, en dirección hacia una ontología y una epistemología que no separan la razón de la emoción, la organización socioeconómica de la configuración subjetiva, la esfera privada de la pública, tampoco la estética y la ética de la política”.

La metodología psicodramática promueve la facilitación de esa intersección (contextos social, grupal y dramático). Al trabajar con los sentimientos de vergüenza, tristeza y odio de un protagonista humillado, estaremos levantando, como en una espiral, las otras dimensiones involucradas (grupal, social y ético-política).

Paso a narrar una escena que sucedió en un teatro espontáneo realizado en un albergue público⁷. El público está compuesto por “hombres y mujeres sin techo”. La protagonista se siente triste y sola. Ve a las personas amando y ella no tiene a nadie para sí. En la primera escena aparece un hombre interesado, pero él enseguida quiere abrazarla y besarla. La protagonista lo rechaza. En la segunda escena surge un hombre romántico que respeta su timidez. Las escenas son largas, pero el público vibra con los “ahora no” de la protagonista en la primera escena y el cuidadoso permiso de aproximación de la segunda. Las mujeres presentes se identifican mucho con la historia, pero muchos hombres también se entusiasman con ella y gritan: “¡Así es, es por ahí!” Una asistente social informa que muchas mujeres empiezan a vivir en la calle aun siendo niñas, y que son sistemáticamente violadas a partir de ahí.

⁷ La escena narrada fue realizada por el grupo de teatro espontáneo Cia. Agruppaa, dirigido por Milene De Stefano Feo.

Los sentimientos individuales de la protagonista ganan eco en el grupo presente y en la condición social de todos los participantes. Trabajar los sentimientos personales de humillación, vergüenza, miedo y odio, además de permitir que la persona se apropie de su historia y contexto social, significa también llevarla a la dimensión colectiva de la exclusión. Apropiarse del propio cuerpo, tener una identidad, hacerse respetar por los semejantes, decidir cuándo y con quién mantener relaciones sexuales, probar la seducción de forma civilizada, era el deseo de todos en el grupo. El “no” de la protagonista era, también, el “no” del grupo a la desafirmación como personas, como sujetos del deseo y del derecho de optar.

Trabajar con los sentimientos del excluido no significa ayudarlo a que se sienta un poco mejor en su pobreza o anestesiar su dolor. Eso resultaría hacer oficial su sufrimiento. Tampoco se trata de exigir una falsa alegría. Los sentimientos de alegría y tristeza “*son buenos cuando corrigen el intelecto y no oscurecen la crítica social*” (Sawaya, 2003, p. 47). El objetivo es propiciar conciencia de la situación, permitiendo que se realicen nuevas búsquedas de inserción. Según Paulo Freire (1980), debemos considerar una etapa de transición entre la ‘*conciencia ingenua*’ y la ‘*conciencia crítica*’, pues es en esta que se sitúa la posibilidad de transformación de la realidad.

Confieso que antes de preparar este texto no tenía tan clara la importancia del eje *exclusión - inclusión* en Moreno. Esta revisión constituye, para mí, un verdadero *insight*, una nueva aprehensión de la teoría moreniana. Muchas entrelíneas pasaron a ser líneas y se me reveló una nueva óptica. Agradezco la invitación de la *American Society of Group Psychotherapy and Psychodrama* (A.S.G.P.P.) por el hecho de haberme propiciado esta relectura de Moreno.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BLATNER, Adam y BLATNER, Allee (1996). *Uma Visão Global do Psicodrama*. São Paulo, Ágora.

BUSTOS, Dalmiro Manuó (1975). *Psicoterapia psicodramática*. Buenos Aires, Paidós.

ESPINOSA, Baruch de (1957). *Ética*. São Paulo, Atena.

_____. (1973). *Ética (e outros)*. São Paulo, Abril Cultural. (Os Pensadores, v. XVII).

FEO, Milene (2004). “Ações socionômicas no resgate dos direitos humanos”. Trabalho apresentado no XIV Congresso Brasileiro de Psicodrama, Belo Horizonte.

FONSECA, José (1974). “O psicodrama e a psiquiatria, Moreno e antipsiquiatria”. In FONSECA, José (2000). *Psicoterapia da relação: elementos de psicodrama contemporâneo*. São Paulo, Ágora.

_____. (2004). *Contemporary psychodrama: new approaches to theory and technique*. Brunner - Routledge, Hove and New York

FREIRE, Paulo (1980). *Conscientização – Teoria e prática da libertação, uma introdução ao pensamento de Paulo Freire*. São Paulo, Moraes.

- KNOBEL, Anna Maria (2004). *Moreno em ato: a construção do psicodrama a partir das práticas*. São Paulo, Ágora.
- LAING, Ronald; COOPER, David (1972). *Razón y violencia*. Buenos Aires, Paidós.
- LEUTZ, Grete (2004). In FONSECA, José (2004). *Contemporary psychodrama: new approaches to theory and technique*. Brunner - Routledge, Hove and New York.
- MALQUIAS, Maria Celia (2004). “Revisitando a africanidade brasileira: do Teatro Experimental do Negro, de Abdias Nascimento, ao protocolo Problema Negro-Branco, de Moreno”. Trabalho apresentado para a obtenção do título de professor supervisor pela Sociedade de Psicodrama de São Paulo.
- _____. (2007). “Percurso do Psicodrama no Brasil: Década de 40 – O pioneirismo de Guerreiro Ramos”. *Revista Brasileira de Psicodrama*, vol 15, Nº 1, 2007.
- MARINEAU, René F. (1989). *Jacob Levy Moreno 1889-1974*. London-New York, Tavistock / Routledge.
- _____. (1992). *Jacob Levy Moreno 1889 - 1974*. São Paulo, Ágora.
- MORENO, JACOB LEVY (1973). “Open letter from J. L. Moreno in behalf of the International Association of Group Psychotherapy”. *Group Psychotherapy and Psychodrama*, XXVI, 3-4:131.
- _____. (1974). *Psicoterapia de grupo e psicodrama*. São Paulo, Mestre Jou.
- _____. (1978) *Who shall survive? - Foundations of Sociometry, Group Psychotherapy and Sociodrama*. Beacon, N.Y., Beacon House.

_____. (1989). *The autobiography of J. L. Moreno, MD*. Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama & Sociometry, volume 42, No. 1, Spring.

_____. (1997). *J. L. Moreno: Autobiografia*. São Paulo, Saraiva.

MORENO, JACOB LEVY and MORENO, ZERKA T. (1975). *Psychodrama – Third volume: Action Therapy and Principles of Practice*. Beacon, N.Y., Beacon House.

SAWAYA, Bader Burihan (2003). “Família e afetividade: a configuração de uma práxis ético-política, perigos e oportunidades”. In ACOSTA, Ana Rojas y VITALE, Maria Amália Faller (orgs). *Família: redes, laços e políticas públicas*. São Paulo, IEE/PUCSP, pp. 39-50.

SCHUTZ, William (1973). *Todos somos uno*. Buenos Aires, Amorrortu.

OTRAS OBRAS CONSULTADAS:

ALTOÉ, Adailton (2005). “Referenciais bíblicos e religiosos da experiência e criação de Jacob Levy Moreno”. Belo Horizonte. Apostila.

LEVY, Laurice (2000). *Integrando diferenças: possíveis caminhos da vivência terapêutica*. São Paulo, Agora.

MARTINS, José de Souza (2004). “Para compreender e temer a exclusão social”. *Vida Pastoral*, Ano XLV, no. 239. Editora Paulus, São Paulo, novembro-dezembro de 2004, p.3-9.

RODRIGUES, David (org) (2003). *Perspectivas sobre a inclusão: da educação à sociedade*. Porto, Porto Editora.

SAWAYA, Bader Burihan (1999). “O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão”. In SAWAYA, Bader Burihan (org). *As artimanhas da exclusão*. Petópolis/RJ, Vozes, pp. 97-118.

STOER, Stephen A., RODRIGUES, David, MAGALHÃES, António M. (2003). *Theories of social exclusion*. Peter Lang, Frankfurt am Main.

Dirección del autor:
jfonseca@terra.com.br
www.daimon.org.br

MR. MULTILOCK

Autor: Sergio Perazzo

Psiquiatra, psicodramatista, professor-supervisor-didata da Sociedade de Psicodrama de São Paulo(SOPSP), credenciado pela Federação Brasileira de Psicodrama(Febrap), autor de diversos livros e artigos de psicodrama.

Fechado em si mesmo, parecia atado à cadeira na sala de espera. Quase sumia a ponto de se destacar pelo próprio sumiço. Era um alto-relevo do seu próprio baixo-relevo. Precisava de alguma palavra-chave, algum gesto, algum convite que o desamarrasse momentaneamente para que produzisse alguns passos tortuosos parecidos com o de alguns personagens do Jerry Lewis ou outro ator de comédias de cinema, para dentro da sala de atendimento. O dramático se tornava quase cômico por tão desajeitado.

Eu que o acompanhava neste pequeno trajeto, como que acabava tropeçando em obstáculos imaginários e com o meu bom-dia era como se eu tentasse remover com manobras complicadas uma daquelas travas de aço antifurto de automóveis. Daí *Mr. Multilock*, o nome que me ocorria.

Era uma tortura para ele me encarar e encarar a si mesmo. Lembro que na primeira entrevista resumiu toda a sua vida em cinco minutos e ficou me olhando placidamente como que satisfeito e saciado esperando uma pronta solução. A flecha certa que eu dispararia no alvo de todos os seus males. Cão obediente esperando o osso.

Quem de nós, terapeutas, nunca se sentiu assim, num misto de *eu quero muito te ajudar e não sei nem por onde começar*, simpatia e desânimo duelando uma com o outro o tempo todo até o *já não sei mais o que fazer?* Até que nos transformemos em terapeutas contra-multilocks ?

Ai dos tímidos que se encolhem aos abraços, que gaguejam emoções e palavras e que ruborizam as mais óbvias trivialidades!

Ai dos rígidos de coração que nem tentam explicar o que nem sabem o que sentem!

Ai dos cimentados de corpo que nunca pularam de alegria ou no carnaval e que escondem embaixo da cama a sua tosca e fosca sensualidade nunca vivida!

Ai dos aparentemente insensíveis, eles próprios uma chaga viva de suas dores mais doídas!

Tende compaixão de nós! Rogai por nós! Ai de nós! Ai de mim!

Esta é uma oração que me ocorre e que nem de longe aponta um mínimo da vasta possibilidade de *travas* do ser humano.

Por que esta oração e não, de cara, uma classificação teórica, uma nomenclatura sofisticada que nos dê uma espécie de apaziguamento para aquilo que não entendemos ou não manejamos muito bem?

Porque, antes de tudo, tal confronto se dá entre a nossa empatia e o cerco de solidão que luta por não deixá-la entrar, ao mesmo tempo gritando um pedido mudo de socorro.

Se numa primeira entrevista estivermos procurando apenas os pontos que superficialmente nos aproximem de nossos pacientes, que será dos chatos, dos antipáticos, dos desagradáveis, dos sem-assunto? Estarão condenados a nunca acharem um terapeuta que se disponha a estar do seu lado?

A solidão humana assume as formas mais terríveis e mais estranhas na pele de nossos pacientes *díficeis*.

Só mesmo a convicção de estarmos a serviço do sofrimento humano e não de um diletante auto-conhecimento, nos habilitará a estabelecer um movimento empático na direção daquele que, se encontrássemos na rua, mudaríamos de calçada.

Enxergar a sua solidão por trás de sua *trava* é o único caminho de, numa perspectiva psicodramática, nos tornarmos capazes de nos colocarmos sempre em seu lugar e sofrer o seu sofrimento. Este é o nosso paciente mais

necessitado de nossos cuidados. E esta é a nossa função, a de ponte entre o isolamento e o mundo.

Se pudermos realmente abrir esta porta do nosso coração, o resto é percepção, presença, metodologia e técnica harmonicamente articulados entre si.

Por outro lado, hoje tenho a plena convicção de que na área de psicologia e psicoterapia há um excesso de teoria que, muitas vezes, se constitui na *trava* do terapeuta.

São falsas promessas de resolução de nossa impotência e de nossos impasses. É como se nos remetêssemos a uma espécie apócrifa de dicionário de homeopatia que nos dissesse: *...para paciente com pele rosa colonial, cuspe grosso, peido alto, caroço na asa do nariz e marca de biquíni, administrar **hybiscus pulverizatus**, 1 gota e meia 7 vezes e um quarto, de 47 em 47 minutos.*

Por mais que se tente enquadrar teoricamente o ser humano, ele sempre consegue driblar as mais pormenorizadas explicações.

O ser humano é único e singular e a sua criatividade é infinita, fazendo com que ele escape às mais sutis chaves classificatórias. Felizmente! Temos que aprender quando e como teorizar e quando parar de fazê-lo. É como *discutir a relação*. Tem hora de falar e tem hora de simplesmente amar. Sinto tanto prazer em aposentar os excessos teóricos quanto em clicar no *sim* quando o computador me pergunta pela janela aberta: *Tem certeza de que quer jogar na lixeira esta maravilha de programa que todo mundo adora?* Confesso que sinto até um certo prazer perverso nestas práticas, em que me sinto quase como um *gênio do mal* das histórias em quadrinhos.

E o paciente *travado*, ó meu, está enrolando só porque não sabe o que teorizar?

Proponho uma forma psicodramática de visão, em que privilegio a criatividade e as suas implicações, a complementaridade de papéis e a posição do sujeito no seu átomo social, como três vertentes, não as únicas, em que tal fenômeno pode ser visto e estudado com consequências técnicas e metodológicas diretamente delas derivadas.

Convido os leitores a co-criarem comigo.

À primeira vista, o que chama a atenção no paciente *travado*, não importa qual o tipo de *trava* que ele tenha, é um estereótipo que ele carrega para suas diversas relações.

Traduzindo para uma linguagem psicodramática, falta a ele a espontaneidade em seus mínimos movimentos existenciais, que são realizados sem ou com pouca criatividade. Ou seja, seu comportamento é conservado, preso a conservas culturais, a antítese da criatividade.

Estes movimentos existenciais pobres são visíveis na atuação de seus papéis sociais. Em complementaridade de papéis sociais simétricos ou assimétricos.

Por exemplo: complementaridade de papéis sociais de amigos, de irmãos, de amantes, de companheiros de trabalho (simétricos); de patrão-empregado, de paciente-terapeuta, de professor-aluno (assimétricos).

A migração deste movimento existencial conservado ou não movimento (se considerarmos as suas possibilidades criativas) se repete de uma complementaridade de papéis para outra pelo efeito cacho ou feixe de papéis.

Importa saber, numa primeira aproximação, se a *trava* (movimento existencial conservado ou não movimento, pouco ou não criativo) acontece apenas na complementaridade de papéis simétricos ou apenas assimétricos ou nas duas situações. Isto pode ter importância na caracterização da transferência (sob o ponto de vista psicodramático) que está em jogo na construção desta *trava*. Este modo conservado de atuar um papel social, que estamos chamando de *trava*, configura como que um personagem conservado (imerso num conjunto transferencial) que se *apossa* do sujeito como algo que o reveste de uma identidade especial como: *Ih! Lá vem o Mr. Multilock!* E assim por diante, transformando-se muitas vezes até em apelidos, tal a constância de sua configuração e de sua dificuldade.

É claro que, se pensarmos na vida como uma peça de teatro, um personagem conservado provocará nas pessoas que o rodeiam, a tendência a atuar complementarmente ao seu script repetitivo.

Assim, alguém diante do *Sr. Travado* ou *Mr. Multilock* se comportará também como alguém *travado*, mesmo que não o seja com os outros. Ou então como um *destravador* compulsivo, por exemplo, tentando arrastar *Mr. Multilock* para festas, para dançar, ou ridicularizando-o, etc, em

todas as variações de complementaridade de papéis sociais possíveis ou até deixando-o de lado, reação que *Mr Multilock* provoca, ressuscitando os fantasmas de cada um.

Conseqüentemente, dependendo da forma de complementaridade ou falta de complementaridade de papéis sociais diante deste personagem conservado, podemos ter como resultado, o que é freqüente nestes casos, um isolamento sociométrico no seu átomo social.

Ou seja, no seu mundo de relações interpessoais ou estarão presentes poucas pessoas ou este mundo estará pleno de incongruências de escolhas ou de mutualidades negativas de escolhas, um conceito sociométrico.

A sociometria ocupa um lugar de destaque na teoria do psicodrama e ela se fundamenta nas posições que as pessoas ocupam em qualquer grupo de que façam parte, que em seu conjunto denominamos átomo social.

Estas posições, mais ou menos isoladas, dependem das escolhas positivas e de rejeições que se estabelecem de uma forma mútua ou incongruente (escolha positiva de um lado e rejeição do outro que ocupa o lado oposto da relação), permeada por uma percepção adequada ou distorcida da escolha do outro em relação a si mesmo.

Disto decorre uma posição do sujeito mais integrada num grupo ou mais isolada.

O paciente *travado* tende a ocupar uma posição mais isolada num grupo pela própria configuração do seu personagem *travado* (*Mr Multilock*), que tende a ser rejeitado mais facilmente.

Por outro lado, a consciência de sua configuração *travada*, contribui para que possa predominar uma percepção de que sempre será rejeitado, o que, muitas vezes, pode se caracterizar como uma distorção perceptiva, que aumentará o seu grau de isolamento, favorecendo mais incongruências de escolhas ou mutualidades negativas.

Este é apenas um exemplo de como pode ser o mundo interno e o mundo relacional do paciente *travado*, apesar de nem sempre as coisas acontecerem deste modo.

Entre as categorias de papéis descritas pela teoria psicodramática, atualizadas pelos autores pós-morenianos (surgidos após Moreno, o seu

criador), a categoria papel imaginário define um papel conservado dentro do sujeito e não atuado.

No caso do paciente *travado* como o *Mr. Multilock*, seria o *personagem destravado* transitando livre e solto em todos os seus papéis sociais.

Ora, o conjunto transferencial a que me refiro se compõe, no mínimo, dos sinais indiretos da transferência como um todo (equivalentes transferenciais) nas mais diversas relações (complementaridades de papéis sociais diversos), do personagem conservado atuado pelo efeito cacho ou feixe de papéis nos mais diferentes papéis sociais, das lógicas afetivas de conduta que fornecem a pauta de atuação deste personagem conservado e do poder simbólico do personagem que configura o papel complementar nas relações primárias.

Simplificando com um exemplo hipotético, numa visão psicodramática, se descobre que o *Sr. X* atua como *Mr. Multilock* nas diversas situações relacionais em sua vida e este é o seu personagem conservado. Diante de uma mulher sente o corpo paralisado (sinal indireto de uma transferência ou equivalente transferencial). Diante do chefe fica mudo (outro equivalente transferencial), etc. Descobre-se que na infância ficava rígido e mudo diante da mãe (personagem que reveste o papel social complementar de uma relação primária e que aqui detém o poder simbólico na construção deste movimento transferencial do *Sr. X*) *para não apanhar e não sofrer mais* (lógica afetiva de conduta, do tipo *se eu ficar quieto e mudo quem sabe não serei castigado e poderei ser amado*).

Sob o ponto de vista teórico, rastrear psicodramaticamente este caminho na direção do *status nascendi* deste conjunto transferencial, ajudando a promover um substrato co-criativo e co-espontâneo através de uma realidade suplementar (atuação e co-criação na cena psicodramática do protagonista, no caso o *Sr. X*; do diretor, o terapeuta psicodramatista; e dos egos-auxiliares, os companheiros de grupo, se for uma sessão de grupo ou terapeutas auxiliares), é o instrumento suficiente para demolir o poder simbólico do personagem que reveste o papel complementar da relação primária e para desconstruir as lógicas afetivas de conduta, desfazendo com isso o personagem conservado pela transferência e permitindo o surgimento da atuação psicodramática espontânea

e criativa do papel imaginário conservado dentro do sujeito. Isto permitirá a inauguração de uma nova forma relacional, um novo movimento existencial em que *Mr. Multilock* não estará mais presente, pelo menos em alguma de suas dimensões.

Teoricamente é o que se espera e praticamente é o que se faz no contexto psicodramático como fundamento teórico principal.

No entanto, tudo isto faz parte de um processo.

Não se pode esperar que um paciente com tão fortes inibições (é claro que não estamos considerando aqui pacientes *travados* em decorrência de deficiência mental, quadros psicóticos graves e crônicos, pacientes com seqüelas neurológicas ou de doenças degenerativas) fique livre de suas amarras com uma única sessão de psicodrama.

As implicações técnicas, suas razões e suas bases, relativas a este tipo de paciente, a esta compreensão teórica ao longo de um processo de psicoterapia psicodramática estão apontadas para algumas direções fundamentais:

1. *A trava* do terapeuta.

Todo aquele que constrói dentro de si mesmo um personagem conservado, e o paciente *travado* não é diferente, *puxa* do outro com o qual se relaciona, num dado momento, uma forma particular de complementaridade à qual este outro se adapta ou não.

Costumo dizer que este fenômeno de complementaridade de papéis sociais se dá pelo positivo ou pelo negativo da fotografia.

Ou seja, se o nosso *Mr. Multilock* se nos apresenta como um personagem conservado a partir de um conjunto transferencial, tendo como alicerce uma lógica afetiva de conduta do tipo *vou me travar para não ser castigado ou rejeitado*, num claro movimento de proteção que estende para as suas relações de uma maneira geral, ele tanto pode provocar no outro uma reação de distanciamento, quanto de hostilidade, quanto de exagerada piedade ou excessivo acolhimento. Tudo dependerá da fisionomia do personagem conservado do outro.

Tanto ele (este outro) poderá se comportar reproduzindo as atitudes do personagem que reveste o papel complementar primário interno de *Mr. Multilock* (a mãe, no exemplo dado anteriormente), agindo com distanciamento ou o seu contrário (expressão do desejo de *Mr. Multilock*), incorporando uma atitude exageradamente acolhedora e compensatória de sua imensa solidão.

Ou mesmo, num dado momento, sob determinadas circunstâncias, se comportar de uma maneira e em outro momento de outra forma.

O que importa é percebermos o mesmo significado transferencial por trás de reações diferentes na vivência relacional através da mesma complementaridade de papéis.

Naturalmente, quando isso acontece na relação com o próprio terapeuta (relação assimétrica), tendo como resultado ele próprio se sentir *travado* e mesmo impedido de ajudar o seu paciente (impotente, exasperado, imobilizado, etc), esta compreensão poderá auxiliá-lo a objetivar na cena psicodramática a *trava* (de *Mr Multilock.*) e a *contra-trava* (a do terapeuta) como ponto de partida do desenvolvimento da cena psicodramática até o desvelamento da trama oculta do protagonista (*Mr. Multilock*) em seu conjunto tranferencial e a sua reversão, a não ser que o terapeuta também esteja imobilizado por seus fantasmas (suas transferências).

2. Solidão, transferência e posição sociométrica.

Noel Rosa e Orestes Barbosa já diziam:

*O amor vem por princípio, a ordem por base,
o progresso é que deve vir por fim.*

*Desprezaste esta lei de Augusto Comte
e foste ser feliz longe de mim. (Positivismo)*

O que é causa, o que é conseqüência e o que pode ser um processo de libertação de uma condição de isolamento?

That's the question, Hamlet!

Se considerarmos um sujeito num grupo(qualquer grupo), ele será menos isolado neste grupo, ocupando uma posição sociométrica central em relação aos demais membros componentes deste grupo, quanto mais relações de mutualidades de escolhas ele possa estabelecer.

Para isso não só os sinais (positivos, negativos ou indiferentes) de suas escolhas precisam ser emitidos claramente para que os outros os percebam com relativa facilidade, como também sua percepção quanto às escolhas dos outros direcionadas a si mesmo seja igualmente clara.

São, portanto, seus índices de emissão e de recepção de mensagens, de que nos fala Bustos, que devem estar desimpedidos e em pleno bom funcionamento.

Tanto a distorção de emissão de mensagens quanto da sua recepção implicam na maior possibilidade de escolhas incongruentes (positivas de um lado e negativas do outro, por exemplo), tendo como consequência um maior isolamento sociométrico. Uma posição periférica no grupo.

Por outro lado, o estabelecimento de relações de mutualidades negativas, embora, por definição, não desloquem o sujeito para uma posição isolada, também não o sustentam numa posição confortável. A mutualidade negativa sempre gera tensões dentro de um grupo e dentro de qualquer relação.

A transferência é o fenômeno intrapsíquico que se objetiva interrelacionalmente, comprometendo não só a emissão como a recepção de mensagens.

Logo, é ela a última responsável tanto pelas incongruências de escolhas como por certas mutualidades de escolhas negativas envolvendo as relações humanas.

Por que *certas mutualidades de escolhas negativas*? Porque algumas vezes as mutualidades de escolhas negativas, pelo menos teoricamente, podem ser estabelecidas num campo de adequação de escolhas e não num campo transferencial interferindo na clareza destas escolhas.

Portanto, se a transferência é responsável por tudo isso, é dela a *responsabilidade* pelas posições sociométricas periféricas e pelo isolamento sociométrico, enfim, pelos condicionantes da solidão.

No paciente *travado*, se a *trava* decorre de um *conjunto tranferencial*, é este conjunto que leva o sujeito à condição de solidão.

Sendo assim, tecnicamente importa considerar a solidão como um sinal indireto da transferência, um equivalente transferencial, que seja um ponto de partida da cena psicodramática que nos leve ao seu *status nascendi*.

Logicamente, por solidão como ponto de partida, entenda-se também poder partir de cenas da vida do sujeito em que suas incongruências de escolhas, suas mutualidades negativas de escolhas e o borramento de sua percepção em relação aos outros possa ser detectado no cotidiano do seu átomo social através da complementaridade de seus papéis sociais. Este é o fundamento teórico da aplicação da técnica dentro do método psicodramático.

3. Dramatizar ou não dramatizar com o paciente *travado*?

Para acalmar os psicodramatistas mais jovens:

Para qualquer psicodramatista, não importa quantos anos de prática ele tenha, é sempre difícil dramatizar com o paciente *travado*.

Obviamente, se ele é *travado* na vida, no seu átomo social, em seus diversos papéis sociais, porque ele não seria *travado* na sessão de terapia através dos papéis sociais cliente-terapeuta, o terapeuta já fazendo parte deste seu átomo social?

Por outro lado, a própria dramatização, mesmo numa sessão de psicoterapia psicodramática individual bipessoal, favorece a exposição do paciente.

Se já é difícil falar com o terapeuta, imaginem o que é dramatizar na frente deste mesmo terapeuta.

A situação é vivida como um teatro que *faço para o outro* e não como um meio de revivência de sentimentos e emoções. A tendência é a de *travar* de vez ou de se refugiar num desempenho meramente racional e distorcido e, deste modo, ineficiente.

O psicodramatista, então, nestes casos, irá se deparar com algumas questões fundamentais:

3.1 – O conceito de dramatização e a expectativa do psicodramatista.

3.2 – A utilização de técnicas auxiliares.

3.3 – O treinamento de papéis – técnicas de *role-playing*.

3.1 – O conceito de dramatização e a expectativa do psicodramatista

O aprendizado e o exercício do psicodrama tem como modelo básico inicial as vivências (*workshops*), por exemplo as realizadas em congressos, ou as sessões de psicoterapia psicodramática grupal, dirigidas, em geral, por psicodramatistas mais experientes, nas quais todos os instrumentos do psicodrama estão presentes (protagonista, diretor, egos-auxiliares e platéia).

Em geral estas dramatizações têm começo, meio e fim, ou seja, passam por todas as etapas de uma sessão de psicodrama (aquecimento inespecífico, aquecimento específico, dramatização e compartilhamento).

Desta forma, as dramatizações são muitas vezes empolgantes e ricas de criatividade.

É natural, portanto, que o psicodramatista busque sempre a excelência da dramatização que dirige tendo este modelo inicial como base, ficando muitas vezes decepcionado consigo mesmo e com o seu paciente quando isso não ocorre.

Primeiro, nem sempre há clima para uma dramatização acontecer por diversas razões:

- ou há algo para ser elaborado verbalmente para que possa ser restabelecido um clima protagônico;

- ou há algo a ser explicitado e resolvido na relação entre os membros de um grupo, incluindo o terapeuta; ou entre terapeuta e cliente no âmbito de uma sessão individual: são impedimentos de ordem sociométrica que exigem do psicodramatista uma intervenção sociodramática para restabelecer o clima protagônico que precede a dramatização.

São alguns exemplos de ocorrências com possíveis obstáculos ao ato de dramatizar.

Por outro lado, se o atendimento é individual, a aplicação técnica do método psicodramático é mais difícil, exigindo do psicodramatista um apuro técnico quanto ao início e à manutenção do aquecimento do protagonista.

É fundamental também que se considere que um processo psicoterápico qualquer é um texto com subtexto e, no psicodrama, particularmente, é uma ação dramática também com texto e subtexto, que se

continua em pequenos parágrafos, que são as sessões, encerrando capítulos temporariamente, sempre abertos a revisões e modificações, num livro sempre por se completar escrito co-criativamente a quatro mãos nas psicoterapias individuais e a várias mãos quando no grupo.

Ou seja, tudo pode ser retomado e nada está inteiramente fechado.

Há livros que são escritos rapidamente e outros que demoram anos para serem terminados. E o mundo está cheio de obras inacabadas. Assim é o ser humano.

A expectativa alta do psicodramatista quanto ao que deve ser e como deve ser uma dramatização acaba impedindo que ele veja como dramatização pequenos recursos técnicos que até ele utiliza e não valoriza ou que não utiliza porque ele espera sempre a emocionante dramatização com começo, meio e fim.

3.2 – A utilização de técnicas auxiliares – pequenas dramatizações

O paciente *travado* até nas dramatizações que lhe propomos, é um bom exemplo de indicação de recursos técnicos psicodramáticos auxiliares a que estou chamando de pequenas dramatizações.

Enfatizo aqui que quando o psicodramatista utiliza este procedimento ele não está deixando de dramatizar, apenas ele dramatiza de outra forma, sem deixar de ser dramatização.

Como no teatro. Peças há de três atos em duas horas. Em um ato em meia hora. Com cenários luxuosos. Sem cenários. Com figurino elaborado. Com roupas comuns. Com música. Sem música. Existem pequenas atuações performáticas em bares, festas, etc, etc. Nada disto deixa de ser teatro.

Em psicodrama é a mesma coisa. Podemos percorrer um vasto arsenal de recursos técnicos que vai do mais simples ao mais complexo.

Exemplos: utilização de jogos dramáticos simples, utilização da técnica do duplo, de brinquedos, de desenho, de argila, etc.

A técnica do duplo para o paciente *travado* pode ser utilizada freqüentemente no transcurso de uma sessão inteira ou quase inteira. O psicodramatista pode fazer o papel do seu paciente, mesmo sem sair do seu lugar, expressando o conteúdo latente de sua fala ou de sua pouca fala,

expressando como se fosse ele as emoções e sentimentos não visualizados ou não visualizados claramente. A repetição desta técnica numa seqüência de sessões num processo psicoterápico pode ajudar o paciente *travado* a se soltar aos poucos, perdendo o medo de se expressar mais profundamente.

A utilização do desenho em psicodrama, técnica introduzida entre nós por Altenfelder Silva F^o e de brinquedos, uma contribuição de Arthur Kaufman, são utilizadas em psicodrama como uma dramatização. Ou seja, não se trata de uma ilustração para uma interpretação, mas sim um desenrolar de cenas psicodramáticas da mesma forma que são desdobradas no cenário psicodramático, só que objetivadas no papel ou com brinquedos, incluindo falas dos personagens e encadeamento de várias cenas. São mais fáceis de ser realizadas pelo paciente *travado*.

A argila pode ser utilizada para o mesmo fim. O suporte teórico para estas três técnicas é o princípio psicodramático de objeto intermediário.

A técnica criada e desenvolvida por Fonseca, psicoterapia da relação, embora o nome não deixe claro, não passa da utilização da função ego-auxiliar do diretor de psicodrama.

Nela o psicodramatista, sem deixar de ser diretor porque continua controlando o tempo da sessão, fazendo todas as interrupções necessárias e comandando a direção dos procedimentos, cumpre uma função de ego-auxiliar, que eu denomino, por estas razões, de função ego-auxiliar do diretor. Esta função ego-auxiliar, no caso da terapia da relação, consiste em tomar o papel dos personagens do átomo social do paciente (neste caso, do paciente *travado*) dialogando diretamente com ele e propondo, conforme o desenrolar do diálogo, trocas de papel, em que o terapeuta passa a ser o paciente e o paciente passa a ser os personagens de seu mundo interno.

Como parêntesis, a técnica do duplo é uma outra função ego-auxiliar do diretor, quando é ele (o diretor) que a utiliza.

A técnica do psicodrama interno, que nada mais é que uma dramatização que privilegia tecnicamente a utilização dos iniciadores ideativos (na classificação de Bustos, substituindo o termo iniciador mental de Moreno) como ponto de partida e como desenvolvimento psicodramático, é um outro recurso muito útil para aplicação com o paciente *travado*, embora a *trava* também apareça com freqüência na vigência deste recurso técnico.

Cabe deixar aberta a discussão, no caso da utilização de desenhos, brinquedos, psicoterapia da relação e psicodrama interno, se mais do que técnicas estes procedimentos poderiam ser considerados como variantes metodológicas do psicodrama.

3.3 – O treinamento de papéis – técnicas de *role-playing*

Numa comunicação pessoal, numa jornada de psicodrama, Wolff me surpreendeu reeditando Moreno criativamente.

Moreno descobriu as possibilidades terapêuticas do psicodrama com o caso Jorge-Bárbara, caso conhecido por todos os psicodramatistas.

Quando Moreno, em seu teatro espontâneo, pede a Bárbara que deixe de fazer os papéis de heroínas do *bem* e passe a atuar como personagens do *mal* (bruxas, prostitutas, madrastas, etc), Bárbara começa a melhorar sua relação com Jorge, seu marido, passando gradativamente do personagem conservado a *megera* para um desempenho, na vida real, em casa, do papel de esposa mais dócil, mais carinhosa e mais cordata. Um resultado criativo de um treinamento de papéis que posteriormente passou a ser incorporado como técnicas do método de *role-playing*, aqui, com Bárbara, por seu oposto (treinamento de papel de esposa pela repetição de seu lado ruim e caricato).

Wolff, numa sessão individual com um paciente *travado* resolve aplicar este recurso de Moreno também utilizando a função ego-auxiliar do diretor.

Ele propõe ao paciente ir com ele para a cena psicodramática com a cena aberta, como num teste de espontaneidade.

Nela Wolff assume os mais diferentes e aleatórios papéis psicodramáticos, jogados na cena psicodramática, puxando do seu paciente *travado* qualquer complementaridade para cada um daqueles papéis que ele atua diretamente na ação do psicodrama.

Utiliza esta forma de emprego da técnica apenas com a finalidade de treinar e de exercitar a espontaneidade e a criatividade do seu paciente *travado*.

Uma outra maneira de se atingir o mesmo resultado é a utilização da técnica do espelho e da técnica de dramatização do chamado *teatro de reprise*, com variações.

Numa situação de atendimento individual, uma variante que pode ser utilizada é a de, também cumprindo uma função ego-auxiliar, o diretor ir sozinho para o cenário psicodramático tendo o seu paciente como platéia.

Uma vez no cenário, ele atuará os diversos personagens do seu paciente *travado*, como um teatro espontâneo de um único ator fazendo vários papéis para um único integrante de uma platéia. Isto desencadeará *insights dramáticos* em seu paciente, que poderá ser convidado a entrar na cena se quiser e quando quiser para interatuar livremente com qualquer personagem de sua vida, um princípio do *teatro de reprise* aplicado ao atendimento individual.

Esta mesma forma de trabalho pode ser utilizada com o paciente *travado* numa situação de atendimento grupal. A única diferença é que os personagens de sua vida nas diversas cenas são desempenhados por seus companheiros de grupo, seus egos-auxiliares naturais, acrescidos ou não de egos-auxiliares profissionais.

Cabe aqui uma crítica à prática comum, em nossos dias, do chamado *teatro de reprise*.

Esta forma de psicodrama privilegia a atuação de egos-auxiliares profissionais que passaram a ser chamados de atores de *teatro de reprise* e que treinam, até duramente, este seu papel de *ator espontâneo*.

O protagonista fica sempre de fora numa situação de espelho e, para mim, fica parecendo um *touro de rodeio* escoiceando o cercadinho, doido para entrar na arena e contido a duras penas, proibido de fazê-lo.

Há quem diga, no psicodrama, que esta situação é benéfica porque provoca uma ação reflexiva numa situação de espelho.

Discordo. Protagonista é e sempre será protagonista. É ele que carrega em si o drama privado de cada membro do grupo e o drama coletivo do grupo. Por isso mesmo será seu principal transformador e desencadeador do compartilhamento, ou seja, da emergência do co-inconsciente grupal a partir do co-consciente grupal.

Da forma como o *teatro de reprise* vem sendo feito comumente, o protagonista fica impedido de transformar seu próprio drama. Nada mais

antipsicodramático do que isso. E, sobretudo, os atores espontâneos acabam fingindo não serem egos-auxiliares do protagonista (embora estejam ali para isto). E não é dizer que são *apenas* egos-auxiliares. São egos-auxiliares. Digam isso de boca cheia porque ser ego-auxiliar não é uma atividade secundária. É co-construir uma realidade suplementar a serviço do protagonista, impulsionando-o para uma explosão espontânea e criativa. Não é pouco.

Não é de hoje que a falta de compreensão destas atribuições e da importância do ego-auxiliar acaba por levá-lo a *invejar* o diretor. Ele *põe a mão na massa* com o protagonista na cena psicodramática e é o diretor que *leva os louros*. Muitas supervisões dos profissionais de psicodrama revelam isso.

Esta situação agravou-se nos anos 80, no Brasil, quando os egos-auxiliares profissionais passaram a ser menos utilizados, só começando a reaparecer, nos anos 90, com outra cara, com o movimento crescente da revitalização do *teatro espontâneo* em suas diversas formas.

Pois bem, levando em conta tudo isso, até parece que o *teatro de reprise* é um troco tardio e histórico dos egos-auxiliares profissionais *obscurecidos* durante tantos anos pelos diretores de psicodrama, enfim relegados a uma mera função de mestres de cerimônias no *teatro de reprise*. Parece filme de suspense no estilo de *A volta das aranhas assassinas*. Ou melhor, *A vingança dos egos-auxiliares 2*.

Assim como está sendo feito, em boa parte das vezes, o *teatro de reprise* deixa de ser psicodrama de fato e mais se parece com um teatro amador.

Isto fica claramente evidenciado quando, no fim do *espetáculo*, os atores espontâneos se comportam como atores do teatro tradicional, vindo à frente da cena juntos para agradecer os aplausos. O protagonista desaparece completamente nessa hora.

Ora, tal prática denota que o foco nem é o protagonista nem um trabalho de ego-auxiliar. O foco passa a ser o teatro e seus atores. Um ego-auxiliar, no psicodrama, está apenas, repito, a serviço do protagonista e é regido por uma ética não explícita, em que é ele que deve desaparecer no fim da dramatização, os holofotes se direcionando todos para o protagonista e, depois, na etapa de compartilhamento, também para a platéia, à qual o ego-auxiliar apenas deve se misturar.

A revolução de Moreno foi justamente a de romper drasticamente a divisão entre a cena dramática e o público.

A meu ver, quatro determinantes contribuem para este foco exagerado nos atores espontâneos-egos-auxiliares em detrimento do protagonista: a insuficiência de treinamento do papel de ego-auxiliar nos cursos de formação de psicodrama; o fator econômico que torna caro o emprego de egos-auxiliares profissionais no contexto das psicoterapias, o que reduz a oportunidade de trabalho e de treinamento como ego-auxiliar; a dificuldade de definição do campo de trabalho dos psicodramatistas sócio-educacionais (o nome é impreciso, uma saída retórica, como se só os psicodramatistas não psiquiatras e não psicólogos estivessem habilitados para dirigir sociodramas e atuar na comunidade), de modo que esta forma de trabalho psicodramático a meio-caminho acaba funcionando como uma solução tampão que encobre a questão fundamental que é a definição do campo de atuação dos profissionais de diferentes fontes de formação profissional que atuam no psicodrama; e, finalmente, a importação acrítica e colonizada do modelo americano (onde se originou o *Playback Theatre*, pai do *teatro de reprise*) de trabalhar publicamente com o psicodrama de uma forma mais distanciada, mais protegida e menos comprometida (nos Estados Unidos tudo dá processo).

Por estas razões, defendo veementemente o ponto de vista de que o *teatro de reprise* só se tornará de fato psicodramático (alguns colegas chegam a não considerar o *teatro de reprise* como psicodrama) se soltarmos o protagonista do seu cercadinho de *touro de rodeio*, libertando-o para a ação psicodramática transformadora, co-construindo a sua realidade suplementar conjuntamente com os atores espontâneos que, aí sim, se tornarão, de fato seus verdadeiros egos-auxiliares. E, com isso, promover, após a dramatização, um compartilhamento da platéia com o protagonista. Uma ressonância explícita.

Mas tudo isso é outra história, é outro capítulo de um livro de psicodrama.

Ao paciente *travado* em grupo, esta técnica, derivada do *teatro de reprise*, compreendida e realizada desta forma é uma boa saída técnica grupal, desde que não o transformemos num *touro de rodeio* no cercadinho, dando-lhe a verdadeira liberdade que o protagonista deve e precisa ter, com ampla oportunidade de compartilhamento e ressonância, trazendo o grupo para um

mergulho direto do que era há pouco, antes da dramatização, o seu co-inconsciente configurando seu drama coletivo. Uma esperança real de *destravamento*.

O mesmo recurso aplicado ao atendimento individual e a ele adaptado, nada mais é que um misto de *teatro espontâneo* e de sua variante técnica o *teatro de reprise*, focado numa técnica de espelho aprimorada, na *função ego-auxiliar* do diretor e na *função platéia* do protagonista. É claro, também sem *touro de rodeio* no cercadinho.

4. A indicação de grupo

Um grupo de psicodrama é uma reação química com reagentes desconhecidos.

Isto é uma máxima sociométrica.

Existe uma literatura especializada inútil que nos faz perder um tempo precioso procurando pré-determinar como deve ser a composição de um grupo para que ele funcione bem, etc.

Ora, a sociometria nos diz, indiretamente, que só quando as pessoas vivenciam as relações, não importa se este vivenciar é curto ou longo, é que elas estabelecem vínculos onde estão presentes as mutualidades e incongruências de escolhas sociométricas.

Em se tratando de ser humano não dá para fazer previsões do tipo *Fulano não vai se encaixar no grupo A, é ideal para o grupo B, etc, etc.*

Não é possível prever tais coisas porque nunca se sabe que transferências podem ser levantadas de parte a parte com a entrada de um elemento novo no grupo e se estas transferências poderão ou não ser desfeitas com o trabalho psicodramático.

Por analogia, o mesmo se aplica à indicação de grupo para o paciente *travado*. Também não é possível prever.

Configurações sociométricas grupais felizes e imprevisíveis podem ajudar e muito o paciente *travado* a se *destravar*, bem como configurações desfavoráveis podem *travá-lo* mais. Isto não é sistematizável. É tentar e comprovar. Seguir adiante ou ter a humildade de voltar atrás e retomar o atendimento individual. Obviamente cada caso é um caso.

Igualmente inútil é a tentativa de categorização do paciente *travado* em teorias de desenvolvimento que nada têm de psicodramáticas, de que é exemplo a *teoria da matriz de identidade*.

Comumente esta dita *teoria*, tão de agrado dos psicodramatistas, é mais imobilizadora e conservada que criativamente vivenciada nos movimentos existenciais do ser humano.

Deixando uma crítica mais elaborada à parte, assunto do qual já me ocupei diversas vezes, lembro apenas que o psicodrama é puro movimento relacional que contraria francamente o estancamento em fases do ser humano vista pela perspectiva da matriz de identidade.

Teorizar sobre a criatividade deve deixar margem à própria criação, inclusive na construção de uma teoria.

Só para provocar um pouco os seus defensores, e pararei por aí, proponho uma visão diferente, com algum movimento, caso eu utilizasse este referencial que me atravessa a garganta.

Dizer que Beltrano está na fase do duplo, ou na fase do espelho, ou na fase da relação em corredor é, para mim, ´ puro imobilismo que restringe a visão do homem. É como dizer que o ser humano é uma besta quadrada que estancou o seu desenvolvimento no tempo, inclusive o seu desenvolvimento neurológico, esperando apenas que lhe coloquemos o babador.

Para o mesmo critério, se eu utilizasse este referencial, eu diria que Beltrano num momento relacional específico, para uma complementaridade determinada de papéis sociais, por alguma forma de intromissão transferencial, dentro de um campo sociométrico também específico, no andamento de um projeto dramático determinado, se comporta, momentaneamente, pelo comprometimento de sua espontaneidade e criatividade, como se estivesse na fase de desenvolvimento infantil do duplo ou do espelho ou da relação em corredor, etc.

Caso contrário, é o terapeuta que fica *travado* diante do seu paciente *travado* com tal *trava* da teoria.

Se teorizamos sobre criatividade é fundamental que se saiba quando parar de teorizar. O resto é com a própria criação. Não acha *Mr. Multilock*?

Bibliografia

1. Aguiar, M. O teatro terapêutico: escritos psicodramáticos. Campinas, Papirus, 1990.
2. Baiocchi, A. O poder simbólico e as relações co-inconscientes e co-conscientes dos vínculos familiares: história de vida de uma jovem/mulher na construção de um sucesso escolar. Trabalho apresentado no IV Congresso Ibero-americano de Psicodrama, Buenos Aires, maio/2003.
3. Bustos, D.M. Novos rumos em psicodrama. São Paulo, Ática, 1992.
4. Bustos, D.M. O teste sociométrico: fundamento, técnica e aplicações. São Paulo, Brasiliense, 1979.
5. Bustos, D.M. Psicoterapia psicodramática. Buenos Aires, Editorial Paidós, 1975.
6. Calvente, C. O personagem na psicoterapia. São Paulo, Ágora, 2002.
7. Cukier, R. Psicodrama bipessoal: sua técnica, seu terapeuta e seu paciente. São Paulo, Ágora, 1992.
8. Fonseca, J. Psicodrama da loucura. São Paulo, Ágora, 1980.
9. Fonseca, J. Psicoterapia da relação: elementos de psicodrama contemporâneo. São Paulo, Ágora, 2000.
10. Kaufman, A. O jogo em psicoterapia individual. *Revista da Febrap*, ano 1, nº 2: 82-86.

11. Knobel,A.M.A.A.C. O teste sociométrico centrado no indivíduo.
Monografia apresentada à Sociedade de Psicodrama de São Paulo, 1981.
12. Moreno,J.L. Fundamentos de la sociometria. 2ª edição, Buenos Aires,
Editorial Paidós, 1972.
13. Moreno,J.L. Psicodrama. 2ª edição, São Paulo, Cultrix, 1978.
14. Naffah Neto,A. Psicodrama: descolonizando o imaginário. São Paulo,
Brasiliense, 1979.
15. Nery,M.P. Vínculo e afetividade. São Paulo, Ágora, 2003.
16. Perazzo,S. Ainda e sempre psicodrama. São Paulo, Ágora, 1994.
17. Perazzo,S. Fragmentos de um olhar psicodramático. São Paulo, Ágora,
1999.
18. Perazzo,S. Transferência e personagem. Trabalho apresentado no XIV
Congresso Brasileiro de Psicodrama, Belo Horizonte, 2004.
19. Santos,G.S. Ação dramática: seu sentido ético e suas roupagens
ideológicas. In: Vários autores – *J.L. Moreno, o psicodramaturgo*. São
Paulo, Casa do Psicólogo, 1989, cap.X.
20. Silva Fº,L.M.A. Psicograma: o uso do desenho na psicoterapia
psicodramática. *Psicodrama*, ano IV, ago/1992, nº 4: 56-77.
21. Wolff,J.R.A.S. Comunicação pessoal.

São Paulo, 27 de março de 2005

Endereço: Rua Artur de Azevedo, 1767, cj. 131, Pinheiros
05404-014 São Paulo - SP

Tel: (11)30675931 e 30675938
E-mail: serzzo@terra.com.br

Análisis Transaccional, alcohólicos y grupo: una guía para trabajo terapéutico(*).

Autor: Mario Colli Alonso ().**

Resúmen:

Se exponen elementos del Análisis Transaccional(A.T.)de Eric Berne, y de otros clásicos del A.T, para posteriormente explicar cómo se pueden aplicar estos a la Psicoterapia de grupo con pacientes alcohólicos y poliadictos. Se exponen los diagramas del Análisis Estructural de Berne, y del Análisis Transaccional propiamente dicho aplicados al grupo de alcohólicos y poliadictos, con el objeto de ofrecer una pequeña guía para el trabajo de grupo con este paciente. Se cierra exponiendo las ventajas del grupo de A.T. en este tipo de paciente.

palabras clave:

Análisis Transaccional, psicoterapia de grupo, dinámica de grupo.

Abstract:

The author discuss elements from Transactional Analysis(T.A.)from Eric Berne, and others classics from the T.A. too, for later to explain how we can to apply these to group psychotherapy with alcoholics and polydrug- addicted, with the subject to offer a guide to group work with this patient. It finish discussing the advantages of the T.A. group to this patient.

key words: Transactional Analysis, group psychotherapy, group dynamic.

Introducción:

Eric Berne fue un psiquiatra nacido en Canadá, de origen judío (Bernstein) que estudió y ejerció la Psiquiatría y la Psicoterapia en los E.U.U. en California.

Berne a decir de su discípulo el psicólogo Claude Steiner, quien tiene una obra sobre el A.T. aplicado a alcohólicos (Steiner, 1970; Steiner, 1979; Steiner, 1992), fue un psicoanalista frustrado en su empeño de serlo, ya que fue rechazado en su petición de entrenarse como psicoanalista, no se sabe exactamente por qué,

pero su petición fue denegada por el Instituto de Psicoanálisis de Chicago en esa época. Es posible que las ideas revolucionarias de Berne hayan influido en esto. Su personalidad fue contradictoria con la calidad de su vida, debido al manejo brillante de sus pacientes, como asesor en comunicación para varias empresas en E.U.U., y como profesor de Psicoterapia para psiquiatras y psicólogos,

(*)Se agradece al Profesor R. Kertesz, experto en A.T., y Rector de la Universidad de Flores, la revisión de este artículo

(**)M.Sc. en Psicología Clínica, psicoterapeuta de grupos de Alcoholismo y Poliadicciones. Miembro de la IAGP, y catedrático del Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad del Valle, Guatemala.

email: mcolli2007@yahoo.es

Ya que murió solo, en su casa, de un infarto en 1972. Su muerte fue muy llorada en el mundo entero y su obra ha sido traducida a muchos idiomas como el Francés, Portugués y Español. Sus aportes a la Psicoterapia han sido brillantes como la Teoría del P- A- N, Padre – Adulto- Niño, los guiones, los juegos, entre otros. En este breve resumen de su teoría, se intentará dar la esencia de la misma con algunas aplicaciones realizadas a partir de su método, al campo de la terapia grupal con pacientes alcohólicos.

Fue también un terapeuta de grupos, o defensor del tratamiento de grupos, como le llamó él, los cuales dirigió en la clínica, y en las organizaciones, llegando a escribir un excelente manual de A.T. en grupos, Introducción al Tratamiento de Grupos, que constituye hoy por hoy una valiosa herramienta para todos los profesionales que trabajan con grupos(Berne, 1978).

Este trabajo describe nuestro modelo con el A.T. en los grupos terapéuticos de alcohólicos y poliadictos, que ya ha sido comentado antes en trabajos anteriores nuestros (Colli, Prendes, 2001; Colli, Zaldívar, 2002; Colli, Rubalcaba 2004), aunque es por vez primera descrito acá más extensamente acá. Debe señalarse que los grupos de Análisis Transaccional o la Psicoterapia de grupo basada en el Análisis Transaccional, ha sido aceptada y referida en la literatura más seria

sobre el tema de la Psicoterapia de grupo en ambiente anglosajón (Kaplan, Sadock, 1998, Corey, 1995, Trull, Phares, 2003), incluso S. Scheildinger, decano de los terapeutas norteamericanos en Psicoterapia de grupo, incluye el Grupo de ‘‘Redicision’’ (Redecisión), que es una combinación del A.T. en grupo con la terapia Gestalt, como una de las modalidades de grupo en terreno norteamericano en su excelente y más reciente clasificación sobre el tema (Scheildinger, 2004), y también en terreno hispano ha sido incluida como una modalidad (Navarro Góngora, 1995, Colli, Lorenzo, 2004).

Debe señalarse que el enfoque de este autor es muy similar al de F. Domínguez, psiquiatra y psicodramatista argentino, y su equipo, de la Escuela de Psicodrama de Barcelona (Domínguez, 1999), con quien tuvimos la oportunidad de recibir un entrenamiento en La Habana, Cuba, hace algún tiempo, y que combina el Psicodrama, con la Gestalt y el A.T. Debo señalar como elemento importante que existen varias corrientes de Análisis Transaccional, como desarrollos de la original escuela de Berne, y que según el profesor y Director del Instituto de Análisis Transaccional de Roma M. Novellino (Novellino, 2004, Novellino, 2005), son las siguientes según su clasificación:

1)La Escuela Clásica: Steiner, Dusay, James, Karpman, aplicaban los principios bernianos de grupo prevalentemente desde un punto de vista comportamental, con un trabajo dedicado al reconocimiento de los estados del Yo, al análisis de las transacciones y de los juegos psicológicos en grupo, a la investigación de una energización del estado del Yo Adulto.

2)La Escuela Redecisional: Bob y Mary Goulding proponían un trabajo de tipo emotivo–catártico, el cual tramita una integración entre los principios teóricos del A.T. y las técnicas de la Gestalt de Perls, esta escuela ha dominado el interés de los analistas transaccionales por casi unos veinte años:

3)La Escuela Reparentalizante: el grupo fundado por J.L. Schiff ha aplicado el Análisis Transaccional al tratamiento en comunidad terapéutica de psicóticos y personalidades antisociales.

Actualmente se enfrentan dos corrientes:

1. La Escuela Integrativa: Erskine y Clarkson, han ampliado los principios de la escuela redecisional integrando primero un trabajo de tipo corpóreo, y después asimilando algunos principios de tipo psicodinámico.

2. La Escuela Romana de Análisis Transaccional Psicodinámica: los trabajos de Novellino y Moiso han llevado a una amplia recuperación de las bases psicoanalíticas bernianas, sea en el sitting de grupo que en aquel individual, algo que él ha llamado Psicoanálisis Transaccional (Novellino, 2004).

Debo señalar que aunque pienso que mi enfoque está indudablemente dentro de la escuela Integrativa de Erskine et al, reconozco el papel de los elementos psicodinámicos rescatados por Novellino, y que son un fuerte elemento de la Escuela Romana Psicodinámica que él lidera, sin estos no hay Psicoterapia válida.

Desarrollo:

Principios del Análisis Transaccional.

Análisis Estructural:

Según Berne (Berne, 1985), todos los seres humanos manifiestan tres tipos de estados del Ego:

1) El derivado de figuras parentales o estado del Padre. En este estado el siente, actúa, piensa, y habla y responde igual que lo hacía su padre cuando era pequeño. Se manifiesta cuando el educa a sus hijos.

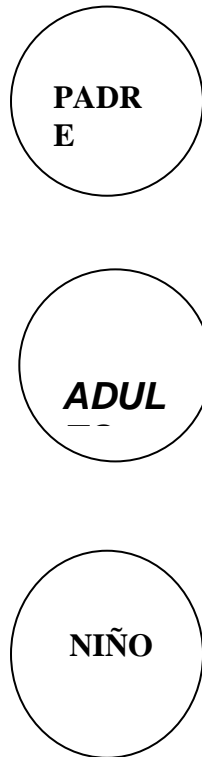
2) Estado del Adulto:

Al estado del Ego en el cual el aprecia objetivamente lo que le rodea, y calcula sus posibilidades sobre la base de la experiencia pasada, recibe el nombre de Adulto.

3) Estado del Niño:

Todas las personas llevan adentro un niño o una niña, que siente, piensa, actúa, habla y responde igual que lo hacían él o ella cuando eran niños de una cierta edad. Este estado recibe el nombre de estado del Niño. El niño se considera infantil y no inmaduro, ya que es como un niño que oscila entre los dos y los

cinco años en circunstancias ordinarias. Para el individuo es importante conocer su Niño(P- A- N), no sólo porque va a acompañarlo toda la vida, sino también porque es la parte más valiosa de su Personalidad. En un diagrama quedaría así:



De dónde salen estos estados ?, pues el Estado del Padre sale de los estados del Padre del Padre, de la Madre, de los abuelos, de todos los adultos que hayan estado presentes en la casa cuando este hombre era pequeño.

Comunicaciones del estado del Padre:

Son comunicaciones a menudo rígidas que no dejan salida al interlocutor a elegir, son imponentes, y a veces de doble vínculo.

-'' ! Sale de ahí i ''

-'' ! Los hombres no lloran ! '' -

-'' ¡Las niñas no juegan con varones i '' –

-'' ¡ A las personas mayores hay que saludarlas i ''

Implican reproducciones de información que estaban guardadas y que son activadas por el individuo en momentos necesarios.

Comunicaciones del Estado del Niño:

- ''No sé nada de nada'' -
- ''No puedo hacerlo, no soy capaz'' -
- ''Tengo miedo'' -
- ''Me siento inseguro'' -
- ''No sé si seré capaz'' -

Comunicaciones del Estado del Adulto:

Este estado a veces está ausente por completo, sobre todo en personalidades inmaduras, inseguras, donde falta un análisis de errores, y de capacidades, como ocurre en los alcohólicos. Es posible de crear a partir de la terapia, si es posible transaccional, ya que esta educa en estos valores.

- ''Lo he pensado, pero no creo debo intentar'' -
- ''Mamá a veces está equivocada, pero Papá también en otras'' -
- ''Mi esposa no me entiende, pero es real que yo a veces me ofusco y no la comprendo a ella tampoco'' .
- ''También puedo tener razón, y comprender que tú no te das cuenta'' -

Estos elementos son de imprescindible conocimiento por el paciente alcohólico y adicto, ya que le va a ayudar a tomar sabias decisiones, a comprender errores que pertenecen a otros estados, como el Padre y el Niño. Para este autor el alcohólico y otros adictos van a viajar del ''Padre Cerdo'', nombre que es un aporte de C. Steiner (Steiner, 1992), y que identifica a la parte más negativa, grosera, sucia, agresiva del alcohólico (y de las personas en general), al Estado Niño, sin hacer escala en el Adulto, ya que este está bloqueado. En un diagrama se vería así:

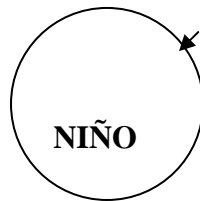
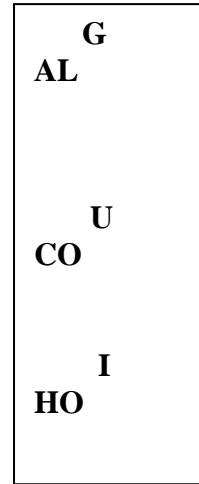
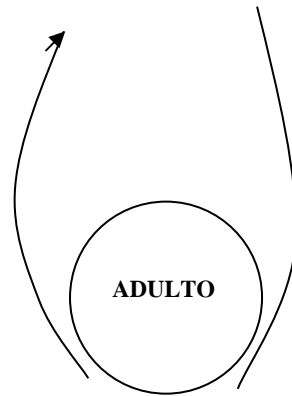


Diagrama creado por el autor.

El alcohólico está durante años en este periplo sin escala, donde el estado del Adulto no aparece, mientras tanto va afectando a todas las personas que se relacionan con él, principalmente a las de su familia, siendo los más afectados sus hijos y su esposa. Este periplo o viaje está directamente relacionado con el guión del alcohólico, el cual veremos a continuación.

Este diagrama es original de mi análisis a lo largo de casi diez años de trabajo grupal con alcohólicos y sus familias dentro del grupo mixto, en los cuales he podido identificar este periplo.

Los Guiones de vida.

Es parte del conocimiento del Análisis Transaccional el conocimiento del Guión de vida. Berne (Berne, 1985), ha dicho que el guión puede tener la influencia psicológica de los patrones conductuales de los progenitores, pero también ha hablado de la influencia de la cultura para el guión. Esto significa que en familias racistas habrán niños racistas, en familias agresivas habrán niños agresivos, en familias donde existe una conducta sexual desajustada esto dará lugar a niños que cuando sean adultos o adolescentes tendrán probablemente una conducta sexual desajustada. El guión siempre tiene un héroe que es el protagonista de su propio cuento, y según Steiner (Steiner, 1979), el guión es: ``esencialmente el plano del desarrollo de una vida``. Dice este autor que como la tragedia teatral, el guión del alcohólico sigue los principios aristotélicos de la dramaturgia, ya que según Aristóteles, el argumento de una buena tragedia contiene tres partes: prólogo, clímax, y catástrofe. Estas tres etapas del guión corresponden al comienzo, transcurso y efecto de una enfermedad, y es por esto que ha sido posible caracterizar el desarrollo de la vida como una enfermedad. El prólogo es la vida del alcohólico en su infancia y los protagonistas son sus dos padres. El clímax es el periodo de la edad adulta en que el alcohólico lucha contra el guión y parece escapar a su destino o catástrofe, este es inestable, y representa la batalla entre dos fuerzas: el guión o tendencia a la autodestrucción y el deseo de evitar la catástrofe. Steiner es partidario de que el Alcohólico es realmente un guión, así como este de carácter destructivo, y no exactamente una enfermedad. Si seguimos su lógica entonces, si el alcohólico pudiera y fuera capaz de cambiar su guión entonces sería ya una persona capaz de beber con control, lo cual realmente no podemos compartir, a pesar de que compartimos la idea de que hay mucho de esto en los alcohólicos y otros adictos, es decir de un guión errado y destructivo. Compartimos la idea también de este autor de que al cambiar el guión destructivo con la terapia el alcohólico es otra persona, pero que debe mantener la regla de la abstinencia total.

Entonces el guión se basa en una decisión hecha por el adulto en la persona joven que, con toda la información de que dispone en ese tiempo, decide que cierta posición y cierto curso de vida constituyen una solución razonable al predicamento existencial en que se encuentra, el cual surge del conflicto entre sus propias tendencias autónomas y las órdenes recibidas de su grupo familiar.

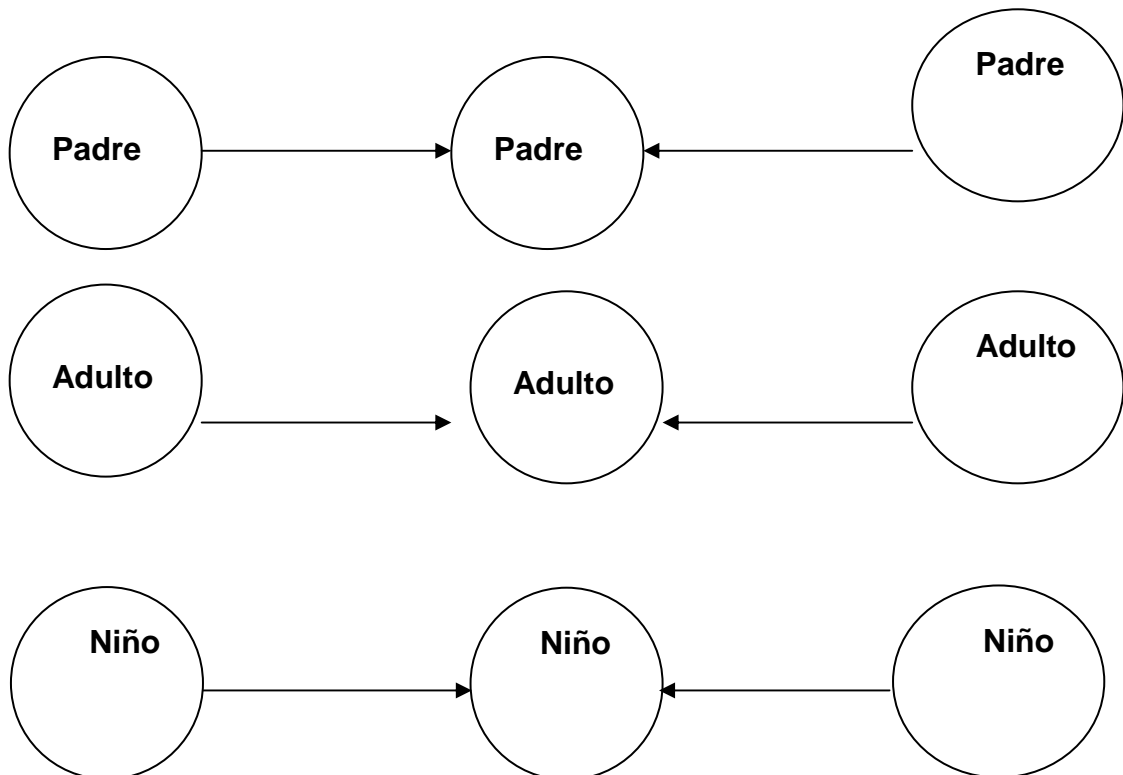
De dónde se origina el guión ?

Padre:

Hijo:

Madre:

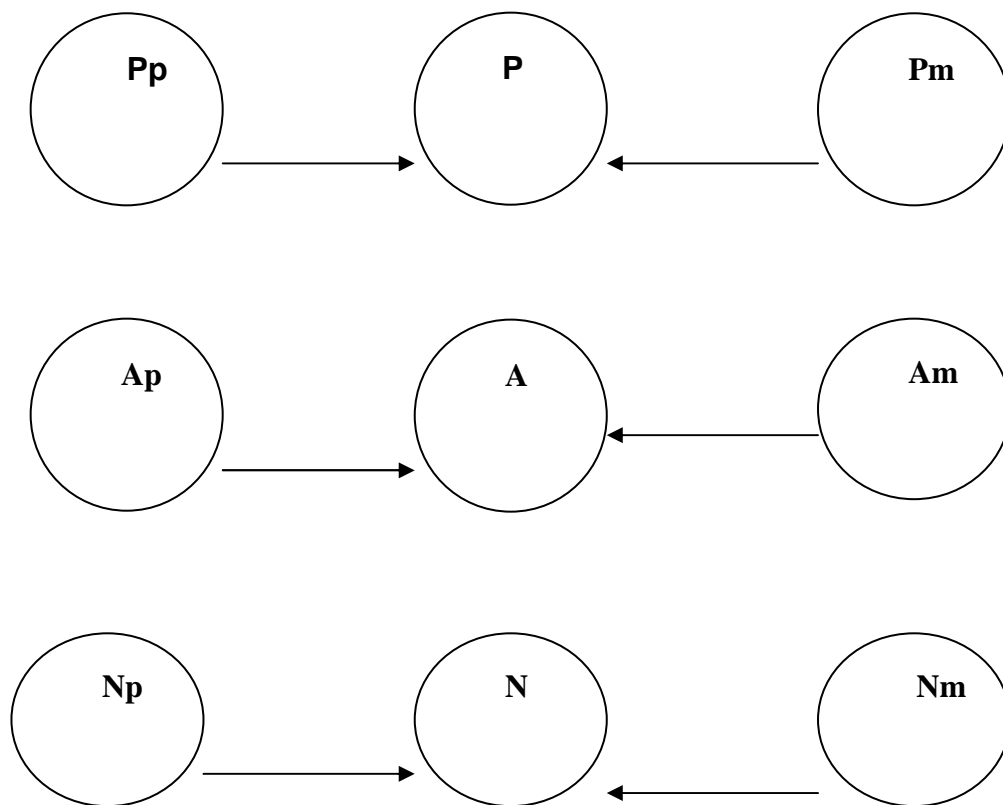
(Abuelos, parientes).



Las presiones en el Guión.

Las presiones en el guión generalmente vienen de los padres, hay padres que le trazan al niño lo que debe ser el niño va a ser médico, la niña va a ser bailarina, el va a ser ingeniero. No cuentan con la persona y deciden su vida, creando imposiciones que a la postre casi nunca se cumplen, pues el niño estudió Medicina pero no terminó, la niña estudió ballet, pero no baila, no le gusta.

Steiner quien tuvo una experiencia de trabajo con alcohólicos durante años, dice que los alcohólicos provienen de hogares ‘‘ hamartiagénicos’’ de ‘‘hamartia’’ o error en griego. El destaca de que al Alcoholismo es sólo una de las fallas que satisfacen los requisitos del guión hamártico, también la drogadicción, obesidad, fumar en exceso, suicidio, enfermedad mental, y ciertas desviaciones sexuales autodestructivas pueden formar parte de guiones hamárticos. Steiner ha introducido dentro del A.T. lo que se denomina Matriz de guión, que se ve así:



Matriz del Guión, tomado de Steiner(1979).

La Psicoterapia y el paciente alcohólico y/o adicto.

La Psicoterapia es la única forma de poder cambiar al paciente alcohólico, es la que permite transformar el guión, y eliminar del mismo el alcohol, las relaciones con él, las amistades que se relacionan con él, los lugares relacionados con él. Uno de los líderes de mi grupo me dijo en una ocasión que si hacía un libro sobre los alcohólicos, no me olvidara hacer un capítulo del Análisis Transaccional, pues este diagrama que he dibujado aquí el no lo olvidaba, y lo tenía presente siempre en su vida actual como paciente alcohólico rehabilitado. A través de la Psicoterapia y sus análisis en grupo es que se produce la salida del Estado Adulto hacia la superficie, lo cual ha sido imposible durante años. Los pacientes de estos grupos son identificados por los de Doble A.A. por sus referencias a los estados del Padre Cerdo, Adulto, Niño, y al discurso sobre la meta de cambiar el guión dentro del grupo. Es curioso ya que de esto se deduce que esta terapia y su lenguaje son fáciles de aprender.

¿ Cómo aplicar este A.T. al grupo ?

1)Se explica el Análisis Estructural en pizarra estilo conferencia pequeña, explicándose detalladamente los estados, y pidiéndosele a ellos que se identifiquen, o que identifiquen escenas que recuerden de la niñez donde estaban presentes los estados. Una vez entendido el A. Estructural se pasa a explicar el Análisis Transaccional.

2)Se puede hacer un ejercicio de visualización estilo Gestalt, donde se recuerde una escena, con ojos cerrados, donde aparecía alguna manifestación del estado Padre Cerdo en sus padres cuando eran niños.

Beneficios de estos ejercicios:

Estos métodos han servido durante años para que los pacientes exploren los orígenes de su relaciones patológicas en la adultez, y también para conocer simultáneamente las causas de su Alcoholismo, que pueden estar dadas en estas relaciones no superadas con la figura paterna, o materna.

Simultáneamente enseñan otro tipo de comunicación: la comunicación Adulto-Adulto, que es la máxima aspiración del ser humano.

Los pacientes incorporan el lenguaje del A.T., se apropian de este conocimiento, para posteriormente devolverlo a las relaciones con sus compañeros de grupo, en las sesiones, y también en la casa con la familia.

En las sesiones de grupo, el P-A-N del terapeuta se va a enfrentar a las relaciones grupales con los pacientes y el P-A-N- de estos, sería un esquema más o menos así, en el cual se daría un diálogo grupal más o menos así también:

(Las T significan las intervenciones del terapeuta, y las P son intervenciones de los pacientes).

T 1: ``Se ha entendido esta miniconferencia del A.T. hoy?``.

P 1(líder): ``Si Doctor, pero me gustaría preguntarle, si hay posibilidades de cambiar el guión que usted explica tenemos?``

T 2: ``Por supuesto, ud. cuando se inicia en la terapia comienza a desarrollar su estado Adulto, el cual ha quedado rezagado en este desarrollo, con este desarrollo necesariamente va a crear un nuevo guión, donde no hay alcohol, no hay consumo de sustancias como la marihuana(o cannabis), el crack, es decir, ahora comienza una nueva vida, en la cual es preciso añadirle al guión cosas que no tenía en el tiempo libre, como asistir a teatros, al cine, a eventos deportivos, a vistas familiares, todo ello ayuda a crecer, al paciente, a su esposa, y a su familia``.(Int. del estado Adulto).

P 2: ``Pero a mi no me gusta el teatro, ni el cine, y entonces ?, tengo que ir obligado a estos lugares?, por qué no puedo seguir yendo a casa de mis amistades, vaya, y no tomo, o es que no puedo?``(Int. del estado Niño).

T 3: ``En varias ocasiones hemos explicado que el paciente, como parte de su rehabilitación debe cambiar de amistades que antes bebían o consumían con él, debe llenar su tiempo libre, es decir el de su guión con cosas que dejó de hacer o que nunca ha hecho, esto es más saludable que reunirse de nuevo con aquellos factores que incitan al consumo, y que incluso puede llegar a desafiar al paciente a que rompa el tratamiento médico- psicológico``. ``El modelo de Marlatt-Gordon (Marlatt, G., Gordon, 1985; Marlatt, Parks, Marlatt, 2001) en terapia

cognitivo- conductual es un elemento excelente para aprender esto de manera práctica´´.

P 3: ´´Yo quiero decirle algo al Paciente 1, realmente hace falta que ud. atienda todo lo que se está hablando, y trate de grabarlo, no de desafiarlo, no se trata de hacerlo que ud. entiende, porque ud. no sabe nada de esta enfermedad, y es por eso fundamentalmente que está aquí, para dejarse ayudar, en mis seis años de abstinencia, he atendido todo lo que mi terapeuta dice, lo he grabado, lo he procesado, he interpretado la terapia, la he tratado de enseñar para uds. los nuevos cuando llegan a aquí. Debe dejarse ayudar, sino no recogerá mucho aquí dentro. La vida me llevó muy recio, llegué a hacer cosas graves para mi y la vida de mis seres queridos, a partir del alcohol, y me he convertido en su gran enemigo. Pero el es más fuerte que yo, y tengo que mantenerme siempre alerta. Por ello asisto semanalmente, y me parece poco a veces. A lo largo de seis años, siento que he nacido otra vez, me comprende ud. camarada ?´´

P 4: ´´Yo siento que entiendo a P 3 bastante, es decir siento que yo también he pasado y sentido lo mismo que él, pero que tengo remedio, que no estoy desausiado, no soy un traste, oyendo a P 3, siento que yo también puedo, si le sigo los pasos. Y quiero decirle a P 1 que P 3 tiene la experiencia, que él sabe mucho más que todos nosotros, y que por tanto P1 debes hacerle caso. Sino puedes virar hacia atrás, no sé hasta adonde´´. (Int. Adulto).

P 5: ´´Yo soy la esposa de P1, y quiero decirle a P4 que le agradezco sus palabras, porque hasta a mi me está ayudando, lo que dice ud. y lo que ha dicho´´.

P 3: ´´Lo que he pasado junto a él en estos últimos años ha sido terrible, nadie puede imaginarlo, de esto tengo que aprender que esta es la última oportunidad que le doy, no hay más´´.(Int. Adulto).

P 6: ´´Yo también quiero decirle algo al psicólogo, mi hijo, yo soy el Padre de P1, no tenía que haber escogido ese rumbo, en mi casa no aprendió a beber, ni me vió nunca hacerlo delante de él. Yo me he sentido muy abochornado de él aquí

por todo lo que ha hecho, no tienen uds. idea de lo que es tener un hijo con este problema´´.(Int. estado Padre).

T 4: ´´ Papá, ud. es una persona honesta al hablar así, y comprendemos su dolor, pero debe conocer que las cosas que su hijo ha hecho las ha hecho debido a su enfermedad, y que no es bochornoso ser alcohólico o adicto a sustancias. Estas son enfermedades, como las demás, de las cuales es posible rehabilitarse. Ayudaría mucho si ud. con ese amor de padre que le tiene, le diera un voto de confianza, para que él creyera un poco en él, sería muy útil, pienso. Hay pacientes que no pueden contar con la familia, pero ud. ha demostrado que se puede contar con ud. porque está aquí y eso le honra, porque está ayudando a su hijo. Yo le felicito, y le insto a que siempre le ayude, ellos sin consumir son personas mejores que cualquiera que no consume´´.

Toda esta interacción grupal en forma de diagrama se vería así:

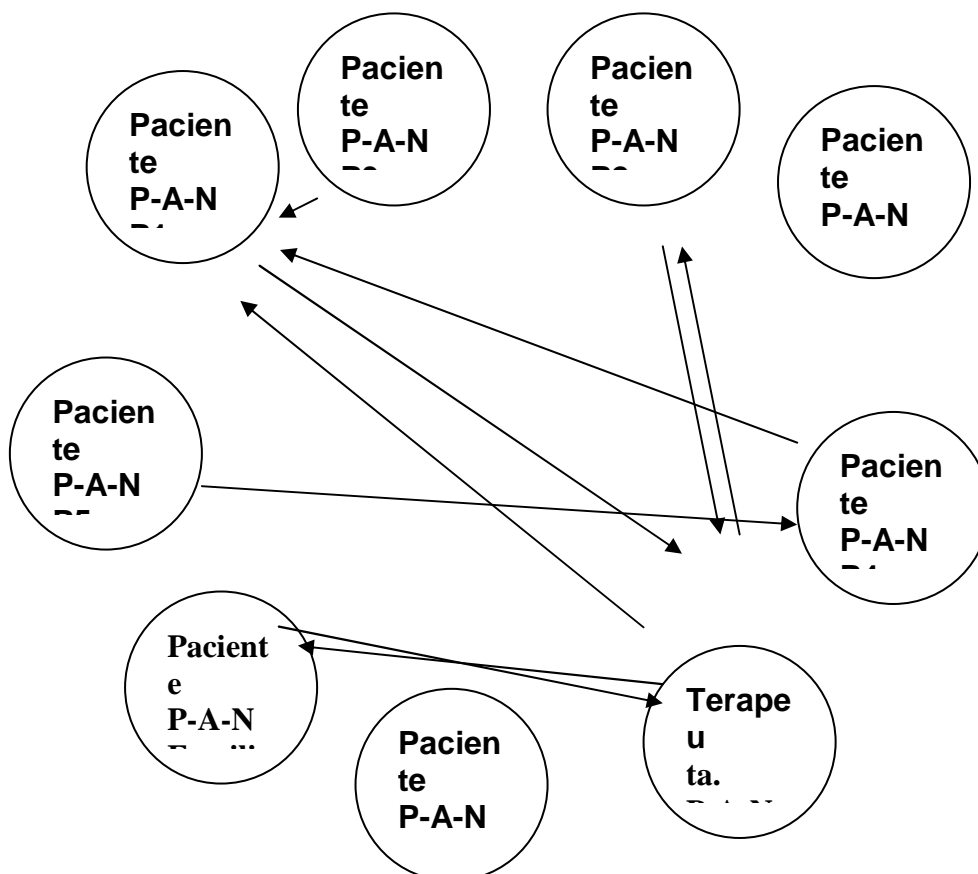


Diagrama de Interacción Grupal creado por el autor.(Nota: los pacientes descritos arriba en el gráfico con sus respectivas interacciones, se corresponden con los que aparecen con el mismo número en el diálogo anterior.)

A.T. y Dinámica grupal:

Esto se va a producir en medio de la acción de los Factores Curativos de grupo, donde ejercen su acción de grupo y que han sido magistralmente descritos por Yalom(Yalom, 1986), y comentados por este autor en el capítulo sobre psicoterapia de grupos. Aquí es muy veloz la comunicación de los estados del Yo de pacientes líderes, quienes trabajan la mayor parte del tiempo desde el estado Adulto, produciendo acciones terapéuticas de aprendizaje en los pacientes nuevos, que todavía hacen gala de su Padre Cerdo (Steiner), o de su estado del Niño. Todo esto va a ocurrir simultáneamente. Nuestros grupos son mixtos como ya se ha descrito, y significa que el paciente trae sus familiares al grupo, los cuales son sometidos a la misma acción, y por ende aprenden con el paciente. Los familiares que no vienen a los grupos, no se recuperan igualmente de rápido, no con la madurez que alcanzan los que si son entrenados en grupo.

En un grupo puede un aprendizaje de estas habilidades comunicativas, pero es realmente cuando el paciente sale a la calle y se enfrenta a la vida cuando se pone en acción el Análisis Transaccional. Un diálogo en la calle del paciente con alguien pudiera ser más o menos así:

1-´´Hola Raúl, cómo va la cosa ? !(Paciente Pepe). ´´ Bien y tú Jaime, hace ya bastante tiempo no sé de ti, dónde estabas metido ?,

2-´´Me gustaría Pepe invitarte a tomarte unos tragos conmigo como en los buenos tiempos, qué me dices ?´´

3-''Bueno, iría contigo a compartir, pero no puedo beber, me lo tienen prohibido, el médico me ha dicho que no puedo beber más, me ha explicado que la bebida me hizo daño porque abusé mucho de ella, y que ya no puedo darme ni uno, comprendes?. Pero puedo ir contigo a conversar de los buenos tiempos''. En este caso, el paciente desde el Adulto declina la invitación a beber, aunque acepta ir con su amigo a conversar.

4-''Pero, cómo es eso?, que no puedes beber más?, estás jugando amigo, nadie te puede quitar el placer de la bebida, ni el médico !''. Aquí el amigo del paciente hace uso de su estado Niño, él insiste, desafía al Adulto, trata de desobedecer, desde su Niño desobediente.

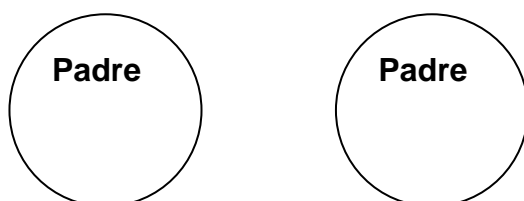
5-''Amigo sería un placer, pero no puedo, creo que mejor nos vemos otro día, y nos ponemos de acuerdo''. Aquí el paciente reitera que no puede beber, y se prepara para terminar la conversación de la manera más adecuada, sin caer en discusiones apasionadas, ni en explicaciones muy trágicas, ni sentir su hombría lastimada, lo que generalmente abunda en estos momentos, cuando alguien que no está preparado por el A.T, se ve en estas situaciones.

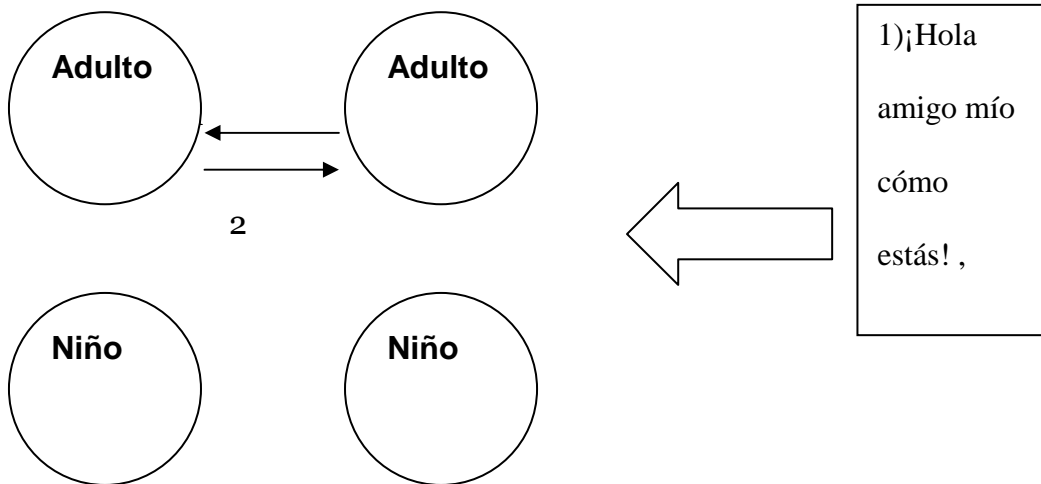
6-''Desde que yo existo, el hombre para ser hombre debe beber, emborracharse, y no se debe dejar guiar por más nada, qué pasa contigo viejo?''. Aquí el amigo del paciente, hasta ahora Niño desobediente, se torna en un Padre rígido que vocifera normas de hombría que ha incorporado a su guión y no puede dejar de reproducir.

A continuación reproduciremos al estilo del A.T. estas interacciones

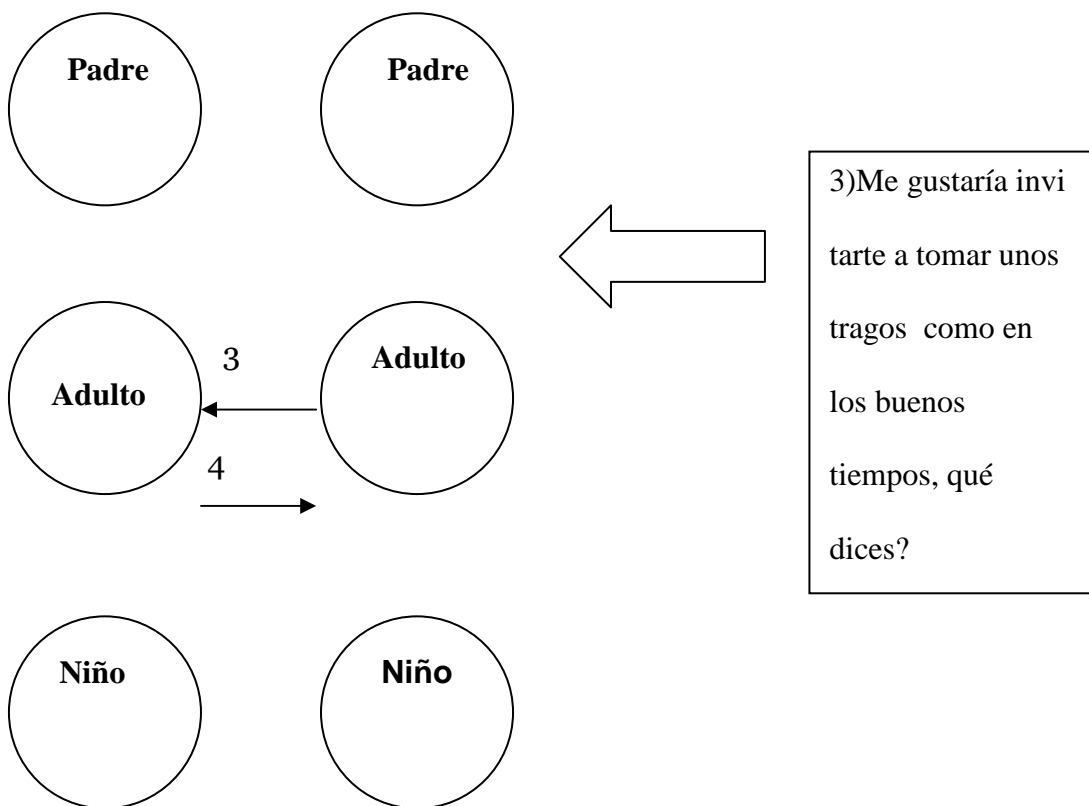
1- 2, 3- 4, y 5- 6:

Interacción 1- 2:

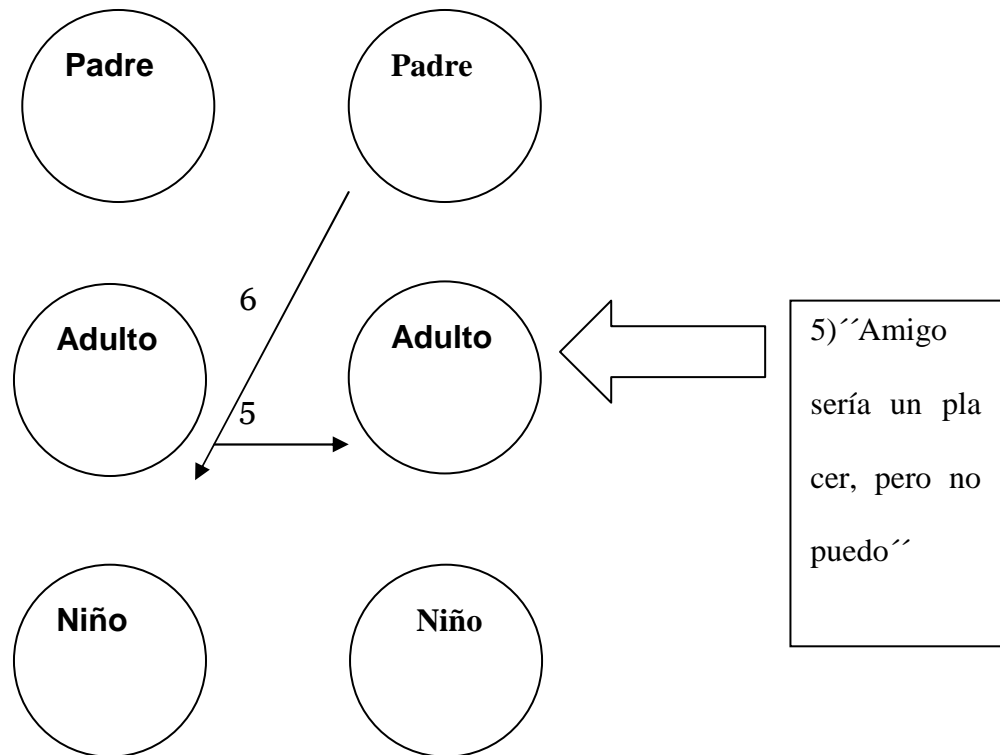




Interacción 3- 4:



Interacción 5- 6



Diagramas creados por el autor.

El Triángulo de Karpman aplicado al grupo de alcohólicos.

El Triángulo de Karpman(Steiner, 1992), se refiere a los juegos que juega el paciente, y que en el caso del alcohólico tienen lugar en el marco familiar la mayoría. El Paciente en su etapa activa-agresiva es el Perseguidor, en este caso el Estado del Padre Cerdo juega un papel importante, se convierte en el azote de su familia, de sus amigos, de sus vecinos, entre otros. El rol de la víctima es el que asume cuando al otro día de la borrachera, o embriaguez alcohólica,

despierta y es el blanco del juicio, y del ataque de los familiares que ayer fueron sus víctimas.

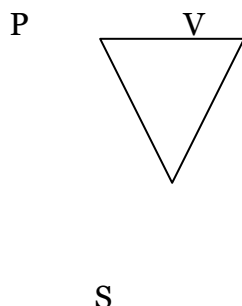


Diagrama del Triángulo de Karpman, tomado de Steiner(1992).

El Salvador, o Rescatador, se produce cuando trata a través de este rol de ayuda, de obtener una gratificación por todo el desastre que ha hecho. El triángulo de Karpman se convierte en un poderoso instrumento para el trabajo grupal, porque constituye una retroalimentación de la conducta del paciente, y una explicación de qué pasa con él a nivel individual y grupal. Es muy probable que durante años vaya de Perseguidor a Víctima sin darse cuenta, y es interesante que cuando es el Perseguidor, la familia es la Víctima, y cuando la familia hace de Perseguidor él es la Víctima. Este autor considera que cuando está en el rol de la Víctima se corresponde con el Estado del Niño, y aquí salen todos sus miedos, inseguridades, temores de qué hizo, y a lo desconocido de él, mientras que en el rol del Perseguidor se corresponde con el Estado del Padre Cerdo. Esta explicación en grupo puede lograr efectos muy positivos para la autocomprensión, y además propicia que el paciente aprenda para también comprender a su familia, y familiares dañados.

Ahora bien gran parte del trabajo del terapeuta depende del trabajo que este haya hecho y haga con los líderes de grupo, pero esto depende mucho de las cualidades y técnicas que el mismo emplee como líder, ya que estos guían al grupo a los temas, que el terapeuta propone, pero también pueden proponer sus propios temas. Las funciones del líder de grupo en A.T. ha sido excelentemente

descritas por el experto en A.T. y Profesor argentino R.Kertesz (Kertesz, Atalaya, Kertesz, 1997), las que por su importancia expondremos y comentaremos:

- 1) Si el grupo es pequeño (no más de 12), sentarlos en círculo para que todos se vean las caras.
- 2) Conocerse y llamarse por el apellido o nombre (es una gran caricia).
- 3) Fijar previamente los objetivos y escribirlos en lugar visible para todos. En caso de ir fijándolos en conjunto, ir anotándolos en lugar visible (pizarrón, portafolio). Luego hacer copias para todos de lo resuelto.
- 4) Trabajar punto por punto, logrando un cierre y conclusiones para actuar, antes de seguir con otro tópico. Si no es posible seguir por falta de datos u otro motivo, dejar esto sentado y postergar el punto para otro día.
- 5) Invitar a todos a hablar. Aunque los aportes no sean relevantes o aplicables, dar caricias por el hecho de haber aportado. Interrumpir amablemente al que se extienda o se vaya del tema, señalando el punto alcanzado y el transcurso del tiempo.
- 6) Dar más caricias positivas que correctivas, tanto directamente a la persona como al grupo.
- 7) Tomar en cuenta los diferentes canales de comunicación: Visual, Auditivo, Cenestésico, empleándolos adecuadamente para cada participante.
- 8) Tener presente si el grupo está en Actividad (tarea) o en Proceso .
- 9) Usar el estilo de Liderazgo adecuado para cada situación: Conductor, Protector, Racional, Espontáneo / creativo. El Padre dice lo que debe decir. El Adulto, la verdad. Es el líder efectivo. El niño, lo que la gente quiere escuchar (es el líder carismático, a veces demagógico).
- 10) Facilitar un liderazgo fluctuante: el líder en cada momento es el que posee la información o la influencia que se necesita para proseguir el trabajo del grupo, sin importar su posición en el organigrama. Esta flexibilidad del líder formal requiere una buena maduración previa del grupo, para no caer en la lucha por el poder y el control.

Ventajas de los grupos de A.T. para alcohólicos.

También ha sido Kertesz (Kertesz, Atalaya, Kertesz, 1997), quien ha señalado 16 ventajas de los grupos de A.T., que por su gran relevancia para nuestro trabajo las expondremos a continuación con su aplicación al grupo de alcohólicos:

1) Facilita la ruptura de la dependencia del terapeuta, a superar rivalidades infantiles entre hermanos, a escuchar más de una campana.

Siempre he dicho que el paciente adicto aprende más del grupo que del terapeuta, realmente el otro adicto es el modelo perfecto de cambio para él, y no el terapeuta. Sin embargo, he observado que pacientes líderes se portaban parecido al terapeuta, imitaban la seguridad, la entonación de la voz, los razonamientos, el estilo de liderazgo. Lo cual me dice que también el terapeuta es un modelo de aprendizaje para el paciente, sin embargo no es así para todos.

2) Provee un grupo de pertenencia. Su grupo, donde recibirá protección y afecto y correcciones bien intencionadas. Como lo dijimos antes, una nueva familia.

Ya en Yalom (Yalom, 1986), esto está comentado, el grupo pequeño reproduce la familia, el grande la sociedad. Allí recibe la aprobación y/ desaprobarción que el Niño necesita, la del Padre o de la Madre, en la figura del terapeuta, o de algún líder de grupo. El paciente llega al grupo como niño pequeño que necesita una gran ayuda para poder desarrollar su estado Adulto.

3) Más modelos para imitar y aprender. El terapeuta tiene un solo sexo y edad. Aquí va a tener varios modelos, los varios líderes son varios modelos, he tenido la suerte de tener al menos tres o cuatro líderes por grupo.

4) Permisos para crecer y apoyo dentro y fuera del grupo, no sólo del terapeuta.

5) Caricias, caricias, y más caricias. Un tópico crucial. Con la batería cargada y el estómago lleno es más fácil cambiar.

Los cambios no son nunca pasados por alto, el terapeuta, y los líderes se encargarán de felicitar a los pacientes que cumplen meses, años de abstinencia, y no sólo ello, sino a los que cambian de conducta con pacientes, familiares, a los que piden perdón a quienes han dañado. También a aquellos que se piden perdón a sí mismos.

6) Práctica de un verdadero ‘laboratorio social’ en situaciones muy variadas: asertividad, confrontar, y ser confrontado, respetar el tiempo de los demás, hablar en forma breve y clara, pedir directamente, mirar a los ojos, aprender a proteger.

Los grupos enseñan una educación que el paciente a veces no tiene, enseñan espiritualidad, que a veces está dormida, enseñan a amar al prójimo, que no sólo se lo debemos dejar a las religiones.

7) Expresar emociones libremente, percibiendo la aceptación grupal.

8) Hablarán en público, superando fobias.

Los tímidos se convierten en líderes que discursen sobre cualquier tema, este es un fenómeno especial de grupo, pues los modelos de aprendizaje sirven para ello, esto es los líderes.

9) Aprende a captar lo verbal y lo no verbal en la comunicación.

10) Aprender cómo hacer amigos, dentro y fuera del grupo.

11) Enriquecer la habilidad para resolver problemas, viendo cómo los demás lo hacen, y ayudando. En el grupo todos son terapeutas, aunque haya uno o dos oficialmente.

El paciente se vuelve hábil en grupo, es como si sumara las habilidades de todos los demás, a partir de los errores de estos.

12) Información agregada a la del terapeuta en ciertos campos:

legal (si hay abogados como compañeros), contable, médica, etc. El terapeuta no es perfecto. Si se equivoca o se ´´engancha´´ en algo personal, está el resto (8 - 10)para compensarlo.

La información médica es generalmente impartida por el terapeuta, pero también aceptamos contribuciones de otros campos de la economía, la política, etc.

13) Feedback (retroalimentación)social sobre el propio aspecto físico, modo de comunicarse, etc.

Generalmente digo a mis pacientes sobre su cambio por leve o insignificante que parezca, ´´hoy ud. se ve mejor ud. hoy, está mejor vestido, ha participado muy bien´´. Estas son caricias que ellos agradecen.

14) Cotejo de valores y normas con los del grupo.

Generalmente estos valores pueden cambiar y de hecho mejorar.

15) Flexibilidad en le manejo de roles previamente rígidos: siempre nunca líder, Perseguidor, Víctima, la ´´buenita´´, el rebelde, etc.

Un paciente líder, Alexis, después de cinco años de estar sin beber y haber participado activamente en casi todas las terapias grupales bajo mi dirección durante estos años, sólo había comentado en el grupo de su Alcoholismo, pero

no se sus adicciones a drogas no legales, al confesar que también había consumido marihuana, cocaína, u hachís, el grupo se estremeció, hubo comentarios que dijeron que nunca hubieran pensado esto sobre él, pero que esta confesión le daba más valor a su liderazgo, ya que era una persona valiente al expresar esto en grupo.

16) Mejor costo y mayor duración de la sesión.

Conclusiones:

1) El A.T. clasifica como una de las terapias dinámicas y cognitivas más funcionales para el paciente alcohólico y /o poliadicto por su similitud con el lenguaje de la vida cotidiana.

2) En el A.T. es posible transmitir el lenguaje del terapeuta al paciente sin cambiar prácticamente nada.

3) El A.T. es aplicable al grupo de terapia, pero constituye una magnífica herramienta de trabajo para la psicoterapia individual también.

4) El A.T. es una teoría de la Personalidad, de la Psicoterapia y de la comunicación humana, que proporciona al paciente alcohólico y poliadicto otro programa o guión vital, otro tipo de comunicación, y la posibilidad de entender su vida para rectificar decisiones anteriores de sus Estados del Ego, el Padre-Adulto-Niño.

5) Todos los programas de terapia grupal en Alcoholismo y Adicciones debieran incluir el A.T., por todas las ventajas que este ofrece al paciente en grupo.

Referencias bibliográficas:

1) Berne, E. (1978) Introducción al Tratamiento de Grupo, Ed. Grijalbo, Barcelona.

- 2) Berne, E. (1985) Qué dice usted después de decir hola ?. Ed Grijalbo, Barcelona.
- 3) Colli, M.; Prendes, M.(2001) Terapia de grupo en Alcoholismo: proposición de un modelo para su abordaje ambulatorio en Cuba. En The International Forum of Group Psychotherapy, Vol. 9, N. 1, pp. 23 - 28.
- 4) Colli, M.; Zaldívar, D.(2002) Factores Curativos en psicoterapia de grupo: su evaluación y análisis en una muestra de alcohólicos rehabilitados. En Adicciones (España), Vol. 14, N. 3, pp. 381-391.
- 5) Colli, M.; Rubalcaba, C. (2004) Psicoterapia de grupo en el campo de las Adicciones. Clínica y Análisis Grupal (España). Vol. 26, (2) pgs., No. 93 Julio/Diciembre.
- 6) Colli, M., Lorenzo, M.(2004) Psicoterapia de grupo: Revisión histórica. Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana 2004 ; 1(1).
- 7) Corey, G.(1995) Teoría y Práctica de la Terapia Grupal. Ed. Desclée de Brouwer, Barcelona.
- 8) Domínguez, F. et al.(1999) Curso Psicodrama - A.T de la Escuela de Psicodrama de Barcelona. Hospital Joaquín Albarrán, La Habana.
- 9) Kaplán, H., Sadock, B.(1998) Terapia de Grupo. Ed. Panamericana, Buenos Aires.
- 10) Kertesz, R., Atalaya, C., Kertesz, A.(1997) Capítulo 13: Aplicaciones del Análisis Transaccional. En Análisis Transaccional Integrado, 11 Ed., Ed. IPPEM, Buenos Aires.

- 11) Marlatt, G., Gordon, J.(1985)Relapse Prevention, American Psychiatric Press, Washington, D.C.
- 12) Navarro Góngora, J.(1995)Terapia de grupos: Modalidades, Dinámica y Evolución. Univ. de Salamanca.
www3.usal.es/~master_psiapia/ppersonales/art_jng/2c.pdf
- 13) Novellino, M.(2004)Le radici dell`opera berniana e il suo valore attuale. En L`Approccio Clinico dell`Analisi Transazionale, Epistemologia, metodologia e psicopatologia clinica. Psicoterapie, Franco Angeli, Milano.
- 14) Novellino, M.(2005)El modelo del Análisis Transaccional Psicodinámico en la moderna Psicoterapia de grupo. En Psicoterapia de grupo en Iberoamérica, Colli, M. y Zaldívar, D., comp.(en prensa)
- 15) Novellino, M.(2004)Psicoanalisi Transazionale. Ed.Franco Angeli, Milano.
- 16) Parks, G., Marlatt, G.A.(2001)Chapter 29: Relapse Prevention Therapy. En International Handbook of Alcohol Dependence and problems. Ed. by N. Heather, T.J. Peters and T. Stockwell, John Wiley and Sons, Ltd, pp. 575- 592.
- 17) Steiner,C.(1970) Games alcoholics plays. Ed. Ballantine Books.
- 18) Steiner, C.(1979)Alcoholismo: una aplicación práctica del Análisis de Transacción. Ed. V siglos, México 21, D.F.
- 19) Steiner, C.(1992) Los guiones que vivimos. Ed. Kairós, Barcelona.
- 20) Scheildinger, S.(2004)Group Psychotherapy and Related group helping today: an overview. En American Journal of Psychotherapy, vol. 58, n. 3, pp. 265-280.

21) Trull, T.J., Phares, E.J.(2003)Terapia de grupo, terapia familiar, y terapia de pareja. En Psicología Clínica. Conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión. Ed. Thomson and Learning, México, D.F., Sexta Edición.

22) Yalom, I.D.(1986)Teoría y Práctica de la Psicoterapia de Grupo. Ed. Fondo de Cultura Económica, México, D.F.

DIVERSIDAD CON PSICODRAMA

Una experiencia de trabajo en los Servicios Sociales de Base.

Autora: Yolanda Sancho Hidalgo.

Trabajadora social. Psicodramatista.

Experto en Mediación.

CONCEPTOS CLAVE

Diversidad cultural

Asimilación vs Integración

Identidad

Empoderamiento

Stress Aculturativo.

Choque Cultural.

Inclusión/Exclusión

Etnocentrismo

RESUMEN

El presente documento trata de exponer una experiencia de trabajo dentro del contexto de los Servicios Sociales de Base en el municipio de Parla, y más concretamente dentro del ámbito específico del trabajo con población migrada y de la aplicación de las técnicas y metodología psicodramática, tanto a nivel de atención individual como en el contexto de intervención grupal. En el transcurso de esta descripción se irán desarrollando los conceptos clave, que se encuentran contenidos en el contexto de las intervenciones.

CONTEXTO:

El municipio de Parla, donde vengo desarrollando mi andadura profesional desde comienzos del año 2000, se caracteriza por ser uno de los municipios mayormente receptores de población migrada, siendo actualmente una de las poblaciones dentro del ámbito de la Comunidad de Madrid con mayor porcentaje de población extranjera, suponiendo este hecho que existe un 27% de población empadronada a día de hoy de origen extranjero respecto de la población autóctona, conviviendo de alguna manera en un espacio territorial relativamente reducido.

En relación a países de procedencia, este elevado porcentaje se compone de población en su mayoría de Marruecos, seguido de los distintos países que aglutina América Latina (Ecuador, Colombia, Perú, República Dominicana) y finalmente Subsahara (en su mayoría población de Nigeria, R.D Congo), teniendo en cuenta que los denominados países del Este como Rumanía y Bulgaria están ya incluidos dentro del espacio de la Comunidad Europea.

Este alto porcentaje de población tan diversa y sus características me plantea la necesidad de llevar a cabo un abordaje de intervención específica que trate de dar un nivel de respuesta adecuado a las circunstancias de la misma.

CARACTERÍSTICAS

A continuación pasaré a describir algunas de las características que responden a la tipología de población con la que trabajo en el contexto de los Servicios Sociales de Base y que es objeto de atención en este artículo, sin ánimo de realizar una descripción exhaustiva ni de extrapolar o generalizar dichas características a toda la población extranjera. Añadir además que muchas de estas características pueden ser compartidas por el resto de población autóctona. Dentro de esta numeración se incluyen dos tipos de características: aquellas que responden al perfil de la población con la que se trabaja o tipología de casos, y aquellas que hacen referencia a los procesos psicosociales que

atraviesan, pudiendo reunir una misma familia varios de los perfiles y/o características que se describen.

Casuística:

- Población reagrupada: dentro de la población con la que trabajamos encontramos a familias que han sido reagrupadas, con el matiz forzoso en algunas de ellas de que sus miembros se han visto de alguna forma “arrastrados” a venir al país de acogida, fundamentalmente estoy hablando del caso de los hijos menores y en algunos casos, de los cónyuges de los reagrupantes.
- Por el contrario, así mismo nos encontramos ante la situación de mujeres y hombres solos, que han dejado a sus respectivas familias en los respectivos países de origen, con la situación de encontrarse como familias segmentadas.
- Familias reconstituídas, entendiéndolo por éstas las familias formadas en las que alguno de los dos cónyuges (o ambos cónyuges) aportan hijo/s de una relación anterior.
- Parejas mixtas, “una pareja es transcultural o mixta , cuando entre sus miembros existen diferencias culturales significativas: nación, religión, lengua o etnia (...) o en las prácticas de género, pertenencias políticas, estrato social, costumbres y otras” (1).
- Personas que quieren retornar a su país de origen.
- Familias monoparentales: la mayoría mujeres solas con un hijo o varios a su cargo fruto de una misma relación o de distintas relaciones, y en el menor de los casos hombres solos con uno o varios hijos a su cargo.

Problemática que presentan:

- Carencia de redes socio-familiares de apoyo. En algunos casos la familia o personas tienen familia extensa en el país receptor, aunque la situación de precariedad que atraviesa la misma hace que no sean vividas como un apoyo.
- Personas en situación de aislamiento.

- En muchos casos, bajo nivel de capacitación académico-profesional que les permita el acceso al mercado laboral normalizado. En otras (las menos), situaciones de desclasamiento.
- Situaciones de **estrés aculturativo**, entendido éste como la experiencia estresante surgida del contacto con otra cultura (aprendizaje de nuevos códigos, nuevos roles...) , donde pueden influir además otros componentes como la nostalgia, el duelo migratorio (“**Los siete duelos**” que describe J. Achotegui refiriéndose a 7 áreas: familia y amigos, lengua, cultura, tierra, status social, contacto con el grupo nacional y por último, los riesgos físicos), la experiencia de ser discriminado...(2) o , siguiendo a Buendía (1993) “ el desequilibrio entre las capacidades de adaptación del sujeto y las demandas del medio” .
Duelo, como proceso de reestructuración de la personalidad que tiene lugar cuando se pierde algo que es significativo para el sujeto. (3)
- Situaciones de **Choque Cultural**, donde el esquema de referencia de una persona queda en entredicho por el de otra en relación a un punto en concreto, que suele responder a **zonas sensibles** desde el punto de vista y de construcción de la identidad. En las emociones que dicho choque genera pueden aflorar juicios de valor y de rechazo que condicionan de entrada y negativamente la relación con otra persona. (4)
En este sentido, el **proceso de aculturación** tiene lugar cuando dos o más grupos entran en contacto (5), donde generalmente una de las dos culturas posee un status superior mientras que la otra es considerada inferior.
- Situaciones de crisis. Los chinos representan el concepto de crisis con dos ideogramas, el de Peligro (en el sentido de riesgo) y el de Oportunidad.
- Roles mermados. Estancamiento.
- Problemática de salud asociada a su forma de vida en el país de acogida (horarios laborales excesivos, forma de alimentación inadecuada, precariedad económica y de vivienda, hacinamiento...). Tal y como señala Achotegui, J, “Sólo cuando la migración se vive en malas condiciones personales y sociales afecta de modo negativo a nivel psicológico” (6).

- Cambio en los roles que desempeñan dentro de su contexto familiar y en su entorno social.

A cerca de los motivos y causas de la inmigración podemos encontrar el desarrollo de los mismos en numerosos artículos, por lo que no voy a hacer una descripción de los mismos, aunque sí que reseñaré el aspecto de la globalización como elemento presente en la sociedad que influencia a los flujos migratorios y que genera diversos estratos de exclusión.

Fonseca Filho en su comunicación “Exclusão-Inclusão na vida e obra de J.L. Moreno” hace referencia a estos procesos y señala la manera en que Moreno, dentro de su propia experiencia vital como inmigrante que le acompaña a lo largo de su existencia, inicia y desarrolla acciones tendentes a la inclusión de población extranjera, prostitutas...llevando a cabo para ello distintas estrategias: “Muito jovem funda com amigos a Casa do Encontro e a Religião do Encontro (1908-1914).

“(...) Todos nos comprometemos a compartilhar do anonimato, co amor e da doação, vivendo uma vida concreta e direta na comunidade com aqueles que encontrávamos. Deixamos nossos lares e famílias e fomos para as ruas”. (Moreno, 1997, p.56).

O objetivo de Moreno e seus amigos era dar abrigo e facilitar a obtenção de documentos e vistos de trabalho para essas pessoas. Após o jantar coordenavam reuniões nas quais “ *os problemas eram levantados e os ressentimentos desfeitos*” (Moreno, 1997, p.57). Depois disso cantavam e dançavam. “*Participar desses encontros era uma experiência religiosa, algo muito alegre...*” (Moreno, 1997, p. 57). Essa forma de celebração nor remete aos rituais hassídicos de canto, dança e expansão de alegria em busca de comunicação com o mais alto” (7).

Las características anteriormente mencionadas forman parte del motor que me impulsa a plantearme una intervención específica, tanto a nivel como grupal, por lo que desde el año 2002 tiene lugar la puesta en marcha de distintas acciones grupales en las que participan personas de diferentes nacionalidades. Por tanto, los distintos grupos que se van generando tienen carácter heterogéneo y homogéneo.

- Heterogéneo en el sentido de pertenencia a diferentes nacionalidades (incluida la española), sexo, edad (la media se calcula entorno a los 32-35 años como mayor grupo de la muestra), estado civil, situación jurídico-administrativa (con o sin permiso de trabajo), tiempo de residencia en el país receptor (salvo en el grupo de acogida que entraré a describir más adelante), así como distintos momentos respecto del proceso migratorio en que cada componente del grupo se encuentra.
- Homogéneo en el sentido de que todos sus integrantes comparten características más o menos que les son comunes incluyendo la motivación en cuanto a participar del grupo.

En ambos niveles se trata de alguna manera de dar respuesta a las distintas situaciones que se nos presentan, relacionadas con las situaciones psicosociales de carencia y malestar que viven en base a las características que anteriormente he descrito. A partir de aquí lo que se genera tanto a nivel individual como grupal, son acciones tendientes a: proporcionar una información adecuada de acceso a los distintos recursos y prestaciones así como facilitar el acceso, la integración y participación adecuada en los mismos, y a la par, explorar la trayectoria migratoria, historia de vida, (utilización de la técnica del genograma familiar), proyecto migratorio, proyecto de vida, así como de recrear con la utilización del role-playing pedagógico aquellas situaciones de dificultad surgidas a partir de su experiencia vital cotidiana en el contexto del país de acogida para buscar dar una respuesta

adecuada a sus necesidades personales dentro del medio en que se desenvuelve la persona. Por ejemplo, suelen representarse situaciones temidas que hacen referencia a relaciones de poder (hacer una llamada telefónica para buscar trabajo, escenificar el día que va a tener la entrevista de trabajo, en la consulta del médico expresarle a éste los motivos de la consulta, ir a un determinado organismo a solicitar una prestación...), situaciones algunas de ellas que remiten a la propia casuística del individuo, por lo que habría que distinguir las dificultades surgidas de un lado por choque cultural, stress aculturativo...en definitiva, las propias que pueden desencadenarse a raíz del hecho migratorio, de las propias dificultades que ya traía consigo y que remiten a la propia escena interna del individuo, teniendo en cuenta que estas últimas pueden verse potenciadas ante situaciones de stress aculturativo o choque cultural.

A nivel grupal, el grupo es entendido como un micromundo, un pequeño espacio de laboratorio donde poder mostrar, compartir, ensayar y entrenar roles y situaciones, que a nivel experiencial las personas puedan posteriormente extrapolar a su cotidianeidad.

Los grupos se van ir configurando a partir de las derivaciones surgidas de las distintas atenciones individuales que se van llevando a cabo en los distintos dispositivos de base, en las que posteriormente se remite a las personas a un espacio grupal. Los grupos que desde entonces se han ido configurando han sido diversos: primeramente, grupos de inserción sociolaboral que tuvieron su desarrollo durante dos años consecutivos, posteriormente grupos de acogida (personas con un tiempo inferior de 9 meses de residencia en territorio español) y la más reciente, grupos de madres. Por tanto, hay dentro del desarrollo de los mismos una parte informativa-formativa (de acceso de recursos y prestaciones) y una parte de acción-participación con respecto a los componentes del mismo, alternándose ambas partes durante el transcurso de las sesiones.

La duración de los grupos ha sido de 9 meses, y todos con carácter abierto, pudiendo incluirse durante el desarrollo de los mismos nuevos participantes, haciéndose el reparto de las sesiones con carácter quincenal en el grupo de orientación laboral, con carácter mensual en el caso de los grupos

de acogida y con carácter bimensual en el grupo de maternaje, sin haber excluido la posibilidad de crear paralelamente otros grupos de similares características sólo con la población de un determinado país con escaso manejo del idioma, acciones puntuales que se llevaron a cabo con la ayuda de traductores (marroquí, rumano y búlgaro).

Tanto el grupo de acogida como el de maternaje surgen a partir de las propuestas de las coordinadoras de servicio correspondientes.

El último de los grupos (maternaje), se diferencia de los anteriores en q de un lado, ha estado vinculado al acceso de la prestación (viceversa) y de otro, no ha habido un único profesional q lo dirige, si no la rotación de otros 3 profesionales (trabajadoras sociales) que a su vez han sido derivadoras de personas hacia el grupo. En este grupo tuvimos la experiencia por parte de las participantes de explorar la vivencia del maternaje desde distintas culturas de procedencia : Marruecos (y dentro de Marruecos, distintas procedencias como Rabat, Tánger...), Nigeria, R.D del Congo, Ecuador..., y dentro de cada cual, de ver la variedad de formas de hacer dentro de la misma, las distintas formas de hacer dentro de una misma cultura dentro de lo común que es la experiencia de maternaje en el contexto de un país que no es el de origen, y en la mayoría de los casos sin tener en España a sus respectivas familias de origen en dicho momento vital. Se recupera la propia historia, a través de la historia de vida y se toma contacto con otras historias.

Encontramos también, que el protagonista es el mismo grupo como representante de un colectivo.

OBJETIVOS

- Facilitar los procesos de integración social en el municipio.
- Generar un espacio de clima de confianza.
- Fomentar la creación de redes de apoyo mutuo.
- Ampliar el abanico de roles, ensayando nuevos roles y entrenando roles ya existentes. Se espera que los inmigrantes abandonen sus características distintivas en lo lingüístico, cultural o social y se conviertan en indistinguibles de la mayoría de la población (8), adquiriendo valores y creencias del país receptor, es decir , renunciar a la

cultura de origen en aras de integrarse a la de recepción (9), prevaleciendo de esta manera la idea de homogeneidad. Estas situaciones hacen referencia a la prevalencia de culturas asimilacionistas que tienden a anular o reducir la identidad del individuo en contraposición con la perspectiva integradora.

- Descentrar a la persona, que vive su problema como único, a través del intercambio de experiencias y el cambio de roles. Siguiendo a Cohen Emerique, descentración como “proceso que permite a las personas tomar conciencia y distancia de sus referentes culturales para llegar a una relativización de sus propios puntos de vista, para de este modo acceder a una cierta mentalidad cultural que no es sinónimo de negación de su identidad, si no al contrario, un reconocimiento dominado de su identidad” (10). En definitiva, tomar distancia de uno mismo para poder identificar los propios marcos de referencia y el de “los otros”, relativizando puntos de vistas personales, sin imponer los valores propios o modos de vida. Esta idea enlaza con el término **etnocentrismo**, entendiendo como tal la tendencia (generalmente de superioridad) a hacer de la cultura propia el criterio exclusivo (según las normas, valores y estándares con los que hemos sido socializados) para interpretar lo que hacen las personas de otra cultura, en lo que queda implícito la “creencia de que una sola cultura es la que tiene valores universales” (R.Panikakar), el ver a los otros desde las propias referencias (una sola visión del mundo), la valoración de la propia cultura y exclusión de las otras (fundamentalismo cultural) (11). En ocasiones encontramos que muchas de las intervenciones que se hacen tanto por parte del profesional, como por parte de las personas que intervienen en un grupo, aluden a este último concepto.

- Empowerment. Empoderar a las personas, a través del ensayo y entrenamiento de roles, ayudar a que las personas vayan generando sus propios recursos que le sirvan para afrontar situaciones nuevas desconocidas o ensayar nuevas respuestas a situaciones ya existentes.

Se alude de esta manera al fomento de la espontaneidad.

“El empoderamiento es un concepto multidimensional, que se refiere a la habilidad de las personas para ganar comprensión y control sobre su

propio potencial y recursos personales, sociales, económicos y políticos, con la finalidad de actuar para producir cambios que permitan mejorar su situación (...). Se trata de reducir la vulnerabilidad y aumentar el propio poder como potencial personal, favoreciendo el desarrollo de las capacidades personales y la autonomía” (12).

- Responsabilizar a las personas como agentes de su propio cambio (no situaciones de delegar).
- Conocer claves culturales, tanto del país de origen como del país de acogida.
- Facilitar el acceso a los distintos recursos.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Eduardo Brik. “Psicoterapia con parejas transculturales o mixtas: características, dinámicas e intervención”. Revista ecosistémica.
- 2.- Francisco Collazos, Adil Qureshi, Montserrat Antonin y Joaquín Tomás-Sábado. “Estrés aculturativo y salud mental en la población inmigrante”. Papeles del psicólogo, 2008. Vol 29 (3), pp 307-315.
- 3 y 6 - Joseba Achotegui. “La depresión en los inmigrantes: una perspectiva transcultural”. Barcelona 2002. Ed. Mayo.
- 4.- Moyerman, D.R. y Forman, B.D. (1992). Acculturation an adjustment: a metaanalytic study. Hispanic Journal of Behavioral Sciences, 14, 163-200.
- 5.- Guía Sara. CEPAIM.
- 7.- José de Souza Fonseca Filho. “Exclusão-Inclusão na vida e obra de J.L. Moreno”. Comunicación libre. VI Congreso Iberoamericano de Psicodrama: Psicodrama en síndromes y conflictos culturales. 2007.
- 8.- María Bruquetas y Blanca Garcés. “Reflexiones sobre el fracaso del multiculturalismo y el advenimiento de las políticas asimilacionistas en Holanda. V Congreso sobre inmigración en España”. Valencia, 2007.

- 9.- Pau Pérez Sales. “Psicología y psiquiatría transcultural. Bases prácticas para la acción”. Ed Desclée de Brower.
- 10.- Cohen Emerique (1997). “La negociación intercultural, fase esencial para la integración de los inmigrantes”.
- 11.- “Comunicación Intercultural”.-. Equipo Interculturalia.
- 12.- Ana M^a Fernández Espinosa. “Psicodrama para el cambio: desde la vulnerabilidad al empoderamiento”. Congreso FEAP. Segovia 2006.
- 13.- Elisa López Barberá y Pablo Población. “Introducción al role-playing pedagógico”. Ed. Desclée de Brower. 2000.

Otras obras consultadas:

- 14.- Pablo Población. “Las relaciones de poder”. Ed Fundamentos.
- 15.- “Psicodrama y diversidad cultural”. XIX Reunión Nacional de la AEP.

NOTICIAS:

El pasado 23 de octubre nuestro compañero chileno el Dr. Pedro Torres nos ofreció un taller sobre “Textos dramáticos/ textos terapéuticos. Trabajo vivencial con técnicas de dramaterapia y psicotrauma”.

Pedro Torres es Médico Psiquiatra, Terapeuta Sistémico y Psicodramatista Fundador y Director Escuela de Psicodrama y Dramaterapia de Santiago de Chile, Edras.

El material correspondiente a este curso se publicara en 2010. Esperamos que en esa fecha el Dr. Torres nos lo facilite para trasladarlo a la Revista Vínculos. Los esquemas teóricos que nos proyectó al final del taller, acompañados de unas bellas fotos de Chile, serán enviados a todos los asistentes a dicho taller.

El taller comenzó con un caldeamiento original y eficaz. Continuó con un desarrollo o dramatización, dentro de las coordenadas de la dramaterapia y en relación al trauma vicario.

Finalizó con un eco de grupo, y posteriormente, un aporte teórico, proyectado en forma de esquemas muy clarificadores.

Felicitamos al Dr. Torres por la realización de este taller que fue calidamente aplaudido.