

Psicodrama: Un escenario al servicio de la clínica

Psychodrama: A stage at the service of the clinician

Teodoro Herranz

Asociación para el Estudio de la Psicoterapia y el Psicodrama, España

Resumen: En este artículo se aborda el uso del psicodrama como herramienta teórica y técnica en la atención de algunos de los síntomas y síndromes más complejos y devastadores del psiquismo: las alucinaciones auditivas, la ideación y la conducta autolítica, el estrés postraumático y el trastorno límite de la personalidad.

Este recorrido parte de las intervenciones del propio J.L. Moreno hasta los planteamientos más actuales. Moreno situó el sufrimiento en el escenario, dándole al paciente una segunda oportunidad para ocuparse de su vida a través de la representación.

El objetivo último de este artículo es mostrar cómo hacemos uso del escenario y la representación para enfrentarnos a las características particulares de algunos de los modos en los que se encarna el sufrimiento.

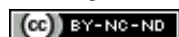
Palabras claves: Psicodrama y Psicopatología, Las Huellas de la Vida, Personas que oyen voces, Ideación Autolítica, Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT), Psicodrama Bipersonal, Organización Límite.

Abstract: This article addresses use of psychodrama, as a theoretical and technical tool for the care of some of the most severe symptoms and physical syndromes such as auditory hallucinations, autolytic ideation and behavior, posttraumatic stress and borderline personality disorder. This path takes into account the initial Moreno's contributions, as well as the most recent proposals. Moreno put suffering on stage to provide the patient with a second chance to take responsibility for his/her life through action. The final objective of the article is to show how we use stage and representation to face the specific characteristics of some of the ways in which suffering occurs.

Keywords: Psychodrama and psychopathology, The footprints of life, People who hear voices, Autolytic ideation, Posttraumatic stress disorder, Bipersonal psychodrama, Borderline organization.

Teodoro Herranz es Psicólogo Especialista en Psicología Clínica, Supervisor Docente en Psicodrama, Presidente de la Asociación para el Estudio de la Psicoterapia y el Psicodrama, Director de la Escuela de Psicoterapia y Psicodrama de Madrid.

La correspondencia sobre este artículo debe enviarse al autor al e-mail: info@psicodrama.es



Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND.

Moreno, el Psicodrama y la Psiquiatría

Para Moreno, el hombre es hombre en relación única e intransferible con su mundo. La posición de Moreno coincide con la de psiquiatras y psicoterapeutas existencialistas:

Moreno planteó que el hombre enfermo es el resultado de un sistema de vínculos deficitarios, donde lejos de estimular la fe en sí mismo y la espontaneidad, hace un culto a la sumisión, la dependencia y a la subordinación, a lo ya existente como intocable. (Bustos, citado en Fonseca 1999, p. 264).

Moreno no se acercó a los diagnósticos psiquiátricos clásicos, consideraba que aquellos términos que se utilizaban para describir la enfermedad de una persona, difícilmente sirven para explicar los procesos que se dan en los grupos, de tal modo que para él los términos neurosis y psicosis, perdían su valor cuando pensamos a una persona en su contexto, y los términos normativo o sociatríco serían más acordes con su modo de funcionamiento grupal.

Se podría pensar que su no utilización de la terminología psiquiátrica era fruto del desconocimiento y no de una manera diferente de entender la Psicopatología. Pero como es sabido, Moreno fue alumno del profesor Otto Pötlz y su interno en la Clínica Psiquiátrica de Viena. El propio Moreno dedica unas palabras de gratitud a Otto Pötlz en el prefacio de su libro *Psicoterapia de grupo y Psicodrama* (1966), “Con veneración a mi primer maestro de Psiquiatría, profesor Otto Pötlz, a mis colegas de la Clínica de Viena y a los impulsores del creciente movimiento de la psicoterapia de grupo”.

Si damos credibilidad a los propios textos de Moreno, no fue el desconocimiento lo que le llevó a separarse del uso de las taxonomías psicopatológicas clásicas, sino una actitud de oposicionismo a la psiquiatría tradicional, es contrario a la idea de recluir a las personas reacias, a funcionar dentro de los modelos impuestos por la llamada normalidad. Y cosificarlas con rótulos de “enfermedad”.

El ser con el otro, es el origen y el destino de su concepción de salud y enfermedad. Salud y enfermedad, tal y como se consideran en la psicopatología tradicional, no dejan de ser puntos en una dimensión.

Si partimos de la salud como el resultado de ser con los demás, desde que venimos al mundo el camino ya está trazado. Somos con otro que nos sostiene y agarra a la vida; de su capacidad, cuidado y amor partirán nuestros primeros pasos en el mundo.

El final de este trayecto es estar con otro, diferente, y conocido desde mi propio autoconocimiento. El final del trayecto es la capacidad de relacionarnos desde “la inversión de roles”, capacidad que conduce al encuentro.

El encuentro es el “ideal de salud”, como ideal no deja de ser una meta que guía nuestra conducta, pero solo en ocasiones se alcanza. El punto inicial del camino es el aislamiento relacional, en el otro extremo se sitúa el encuentro. El aislamiento se considera el lugar solitario, “los momentos psicóticos” en los que nos replegamos y alejamos de los demás y el encuentro representa los momentos benéficos y transformadores de salud.

Desde esta concepción interpersonal de la salud y la enfermedad mental, Moreno se presenta como el creador de otra psiquiatría, que el mismo ubicó en “la tercera revolución psiquiátrica”. ¿En qué consiste esta tercera revolución? En sus propias palabras:

Un estudio de las principales tendencias en el desarrollo de la psiquiatría de los últimos tres siglos se podría dividir en tres fases principales: La primera revolución psiquiátrica está centrada en el hospital, la segunda centrada en la psique, la tercera en la comunidad, centrada en el mundo. El concepto que lideró la primera fue la libertad, la segunda el inconsciente, y la que lideró la tercera fue la espontaneidad y la creatividad. La tercera revolución debe ser vista como una continuidad, cada una representa una etapa diferente de un proceso progresivo de liberación. (Moreno, 1964, p. 150).

Como podemos comprobar, en sus palabras, “la tercera revolución psiquiátrica” saca el sufrimiento de un lugar intrapsíquico, consciente o inconsciente, para situarlo “entre” las personas. Por lo que para él, el término psiquiatría debía complementarse, o quizás reemplazarse, por el de sociatría. Nos dice que la sociatría es un concepto de salud que trasciende la psiquiatría. La sociatría tiene por objetivo ser una ciencia de la normalidad y la patología de grandes grupos, de individuos, de comunidades y naciones enteras y quizás algún día en el futuro de todo el género humano. Probablemente para la mayoría de los mundos desde los que se piensa y se interviene en salud mental, la propuesta de Moreno no deja de ser una ilusión, una fantasía, o incluso la idea

de “gurú estrafalario”. Moreno era un soñador, sus sueños “su realidad surplus”, le llevaron a creer que intervenir con los grupos humanos, las grandes comunidades, permitiría que la destrucción, el desprecio a la vida, terminarían sustituyendo “el entre” enfermo y sádico, por un “nosotros”.

Esa filosofía llevada a la práctica se implementó en una técnica. Una técnica que no pretendía someter a las personas a una realidad externa, sino a construir una realidad que posibilitara la satisfacción de las necesidades más profundas de la personalidad, de nuestra sociedad y del mundo. Esa técnica la bautizó con el nombre de Psicodrama.

A estos métodos los denominados psicodrama in situ, esto es, no aplicados dentro de un setting terapéutico sino en el drama, sino en el “kairos de vivir”. En los desafíos diarios y en las transiciones dentro de uno mismo (técnica del soliloquio y monólogos), entre el marido y la mujer, los padres y los hijos, en la mesa para cenar, en el baño, en el taller donde se vive productivamente, apoyado por la inversión de roles, el doble, las técnicas de futuro. (Moreno, 1964, p. 152).

Dos preguntas me desconcertaron y no pude parar hasta encontrar una respuesta: ¿Cómo me puedo comunicar con el mundo entero, con todo el mundo, y como todas las personas se pueden comunicar conmigo?, ¿Cómo se puede hacer en el aquí y en el ahora?, ¿Cómo puedo emanciparme del pasado y crear en el presente y para el futuro, con las personas que me encuentro? Ahí y entonces el milagro apareció al menos en mi fértil imaginación “El encuentro”. (Moreno, 1964, p. 158).

Cada vez más psicodramatistas hemos puesto esta filosofía, teórica y técnica al servicio de la clínica. “Clínica es la palabra griega, *Klinikê*, que significa, lecho, o con más precisión “medicina ejercida al borde del lecho... lo que caracteriza la clínica psicodramática es la cualidad de la humanización de las relaciones exponenciadas en el diada paciente-profesional (medico, psicólogo etc.)”. (Castello de Almeida, 2012, p. 186).

En nuestro caso, el borde del lecho desde el que vamos a escuchar el dolor de las personas, se trasladará al borde del escenario. Será el lugar desde el que intentaremos dar sentido al sufrimiento, será el “entre” que busca el encuentro como alternativa de salud a los distintos modos de ser invadidos por la locura del aislamiento.

Vamos a levantar el telón de este texto, telón que por primera vez Moreno abrió ante el público en Viena el día 1 de Abril de 1921, día denominado en algunos países europeos “el día de los locos”, y que él consideró el día de la fundación del teatro espontáneo y la creación del psicodrama. (Salles, Wolff y Castello de Almeida, 1988).

Psicoterapia y alucinaciones: Un escenario para oír voces

Preguntarnos qué podemos ofrecer desde la representación a las personas que “oyen voces”, es en sí mismo una pregunta controvertida, da por supuesto que representar las alucinaciones auditivas tiene alguna utilidad para las personas que las padecen.

En la literatura sobre la enfermedad psicótica nos encontramos con dos actitudes. Una, a mi entender predominante, desarrollada por la psiquiatría biológica que mira la psicosis como el resultado de procesos bioquímicos cerebrales, por tanto no tiene sentido la búsqueda de significados más allá de los que la propia bioquímica le dan. Los psicoterapeutas, psiquiatras y psicólogos, queremos ver en la psicoterapia un modo de afrontar la experiencia psicótica.

Perry nos dice que “La naturaleza del drama con su tolerancia de lo irreal y lo imaginativo, atrae el self interno del esquizofrénico que está ocupado en la fantasía, para revelar alguna parte de sí mismo. El paciente encuentra que puede explorar con alguna libertad varios fragmentos de sí mismo mientras, al mismo tiempo, actualiza los otros. De este modo, el self interno toma contacto con el mundo y las fantasías individuales llegan a ser parte de la existencia objetiva.” (Perry citado en Casson, 2004, p. 9).

De este modo de pensar participa el psicodrama desde sus orígenes. Moreno desarrolló su trabajo en los años treinta con psicóticos, entendía que la representación del material psicótico permite al protagonista moverse gradualmente de la fantasía patológica a la realidad social.

El paciente se quejó amargamente de que el hombre que en Alemania se llamaba a sí mismo Hitler, estaba sacando todo de él, su alma, su inspiración, su energía. El hombre en Alemania incluso preten-

día haber escrito el libro “Mein Kampf”. Moreno agarró el teléfono y pidió a dos de sus enfermeros varones que vinieran. Cuando llegaron, les presentó como Mr. Goering y Mr. Goebbels. El paciente de hecho había llegado en un momento malo. Moreno tenía que dar una conferencia a algunos estudiantes en el teatro. Sin embargo aprovechó la oportunidad e invitó al paciente a hablar a su pueblo. El paciente siguió esta invitación de inmediato. (Moreno, 1983, p. 210).

En el caso de nuestro pseudo-Hitler, que era no cooperativo al extremo, fue posible caldearlo hasta alcanzar un nivel de comunicación cuando un ego auxiliar pasó a representar el papel de Goering en un episodio relevante en su mundo psicótico. En cuanto estableció relación con el terapeuta auxiliar, en el tablado psicodramático, fue capaz de desarrollar una relación con la persona particular que estaba tras el papel de Goering, persona ésta que no era sino un simple enfermero, con el cual empieza espontáneamente a comunicarse en un nivel realista. Este eje es muy semejante a las estrategias posteriormente asumidas por la antipsiquiatría. (Mascarenhas 1996, p. 285).

La actitud de Moreno hacia el mundo “de la locura” fue rotunda usando sus propias palabras:

Como consecuencia de nuestra adhesión a la idea del comportamiento sacionormal, nos inclinamos a la terapia de la realidad. Nuestra idea es la vuelta del paciente a la condición mental y física anterior a la enfermedad. Nuestro objetivo es el triunfo y la liberación de sus alucinaciones e invenciones y devolverle a la realidad. Pero el inconveniente es que el paciente, muchas veces no puede renunciar a su psicosis (...). La psicoterapia psicodramática, al aceptar la realidad de la psicosis, da un paso adelante importante. Pero esto no es suficiente desde un punto de vista más elevado. Nuestra meta debe ser integrar al paciente en todos sus patrones, aunque sean desviados, en su medio, como si fuese un hecho casi normal y casi natural y volverlo útil en varias actividades; esto es “terapia psicodramática” llevada a sus últimas consecuencias. Puede suceder que por nuestra obsesión con ideas conformistas paguemos un precio elevado de organizar instituciones mentales especiales. (Moreno, 1968, p. 37, citado en Fonseca, 1999, p. 269).

Pero a pesar de la vehemencia con la que en ocasiones habla Moreno, tenemos una pregunta previa ¿hay evidencia clínica o científica sobre la utilidad del psicodrama en el mundo de las alucinaciones auditivas y la psicosis? Roth y Fonagy (1996) revisaron la literatura sobre la investigación de la efectividad de la psicoterapia para comprobar por qué no se suele utilizar con personas que padecen de experiencias psicóticas. Los resultados recogen los datos de algunos estudios que muestran el beneficio de la psicoterapia, alguno de esos estudios en concreto se realizaron con alucinaciones auditivas.

Ahora bien, si nos detenemos en los elementos en los que los diferentes autores coinciden sobre qué tipo de terapia es útil frente a la experiencia psicótica, coinciden en señalar cómo la empatía, la mirada positiva del terapeuta, la relación con el terapeuta que se presentaba a sí mismo de un modo real, estaban asociadas a la mejoría, frente a las terapias interpretativas.

Recuerdo especialmente dos pacientes para los que Moreno me eligió como Yo auxiliar uno era un joven esquizofrénico que en psicodrama nos presentó a su familia. Según su presentación, su mujer y doce hijos estaban siempre con él en la cama. Cuando le rodeamos con su amorosa familia, él oía la voz de Dios. Mostrándonos el rol de Dios en la inversión de roles, él susurraba de manera benigna, mensajes tranquilizadores. Tomé el control de la voz susurrante que el paciente escuchaba con sus ojos cerrados y una sonrisa de dicha celestial en su rostro. (...) ¿Porque querría estar bien si en su estado actual él tenía un estado tan dichoso con su creador? Esta me parece una pregunta pertinente en terapia. O la terapia le da al paciente algo de igual valor como aquello a lo que tiene que renunciar, o le lleva a una gran desilusión. (Moreno en Casson, 2004, p. xii).

Si partimos de una posición esperanzada y aceptamos que la psicoterapia puede contribuir al bienestar de las personas con experiencias psicóticas, la siguiente pregunta es ¿cuáles son los objetivos a conseguir?

Esta respuesta la vamos a rastrear en dos lugares. El primero, la relación del paciente con sus voces; la segunda, la relación del paciente con el terapeuta. Con relación a la primera, Rome nos dice:

La actitud de la persona hacia las voces puede ser tan importante como las voces mismas (...) Si las voces son consejeras y por tanto aceptables, no tienen nada que ver con las voces diabólicas o persecutorias que torturan al sujeto. (Rome citado en Casson 2004, p. 39).

En relación a la segunda, Kruger responde desde su experiencia de 25 años trabajando como psiquiatra “ortodoxo”, y nos ofrece su visión del proceso que sigue la relación paciente- terapeuta cuando se enfrenta a la experiencia psicótica.

El paciente habla al terapeuta de sus experiencias psicóticas y su conducta “loca”, el psiquiatra intenta empatizar con el paciente, sin embargo cuando comienza a relacionarse empáticamente con las experiencias psicóticas, él mismo se siente en peligro o absurdo, esto le causa ansiedad, y empieza a alejarse con la terminología psicopatológica que Bleuler nos enseñó, “desrealización”, “despersonalización”. A continuación el psiquiatra lucha con la patología de sus pacientes “las voces que oyen”. Desde un punto de vista sistémico, el terapeuta se ha situado en el lugar de la verdadera realidad y el paciente ha quedado fijado en la única locura. El resultado es que o el paciente huye de la relación con el terapeuta en el aislamiento o aprende a vivir con su enfermedad mental, toma la medicación prescrita por su médico y excluye las experiencias psicóticas en su comunicación con el terapeuta. (Kruger, 2009 p. 105).

Llegados a este punto parece razonable pensar que nuestro objetivo terapéutico con pacientes aquejados de psicosis se situaría en “la relación con sus propias voces y con el terapeuta”.

Daniel, convive con su diagnóstico de esquizofrenia paranoide desde los 24 años, acude con interés a psicoterapia. Un día en sesión, me dice que se le ha activado la sintomatología, sus voces temidas. Se detiene y me dice, pero sabes, cómo yo sé que esas voces las he oído otras veces, y tú y yo hemos dicho que no son reales, que son producto de mi imaginación, yo sé que no son reales, aunque las oigo. Daniel añadió, “aunque he llamado a la psiquiatra para que me suba un poquito la medicación”.
¿La relación que Daniel mantiene con sus voces es psicótica?

En cuanto a la relación paciente-terapeuta ¿el terapeuta tiene que desempeñar el rol de portavoz de la realidad como un modo de sacar al psicótico de su fantasía?

Al inicio de los 50 Moreno vino a la clínica de la universidad de Viena para poder demostrar su método de terapia. Para la demostración los psiquiatras habían elegido una paciente con estupor depresivo. Los doctores fueron incapaces de llegar a esta mujer a través de las preguntas o por la conversación, debido a su enfermedad psicótica estaba muda. A pesar de esto, Moreno se abstuvo de ver a esta mujer antes de la demostración. Schindler informa “Cuando la mujer fue llevada a la sala de conferencias, ella se paró después de unos pocos pasos. Moreno sin dudar caminó junto a ella, la saludó y la tomó de la mano. Después le explicó que en la sala de conferencias había cierta clase de estudiantes, que deberían comprender, su propia visión de su situación. Casi como un comentario lateral Moreno le preguntó su nombre. Para nuestro asombro ella le dijo su nombre como si hubiese estado inhibida. Moreno repitió su nombre lentamente y lo encontró hermoso. El estupor pareció desaparecer y se inició una conversación acerca de su vida. Moreno apenas hizo preguntas, en vez de ello le ofrecía sus pensamientos e ideas y permitía que ella le guiara por sus correcciones. Así que en realidad “él era quien estaba siendo ayudado” por la paciente. (Moreno citado en Kruger, 2009. p. 109).

¿Cómo aplicar esta experiencia en la relación con nuestros pacientes? Moreno consideraba que el pronóstico era bueno si la persona podía desarrollar relaciones positivas con el terapeuta y otros auxiliares y de hecho, de ese modo, lograr expandir su red social. El psicodrama le otorga el derecho a explorar sus alucinaciones y delirios en el escenario. A representar y ser aceptado como un ser humano creativo. Moreno se sirvió en alguna ocasión del término “poeta poseído”.

Desde el rol de director, cómo podemos actuar con el mundo alucinatorio y delirante. Casson nos ofrece una excelente anécdota histórica de lo que los psicodramatistas hoy llamaríamos “doble” y “espejo”.

Cuando Phillippe Pinel, visitó el Asilo de Bicetre, en algún momento entre 1793 y 1794, fue testigo de la actuación de Madan Pussin, mujer del administrador, haciendo su versión de la psicoterapia. “Me quedé atónito viendo en el Bicetre cómo ella se aproximaba a maniacos furiosos para tranquilizarlos con palabras de consuelo y darles comida que ellos obstinadamente rechazaban. Un día un paciente enfermo, estaba en peligro de inanición por su obstinado rechazo a comer, se volvió contra ella y le lanzó la comida que le estaba sirviendo, vilipendiándola en términos escandalosos. Esta mu-

jer de manera rápida e ingeniosa al unísono con las ideas delirantes, saltó y bailó frente a él, y él le respondía con una sonrisa entonces ella le daba de comer y le salvaba la vida. (Casson, 2004, p. 104).

Esta conducta a día de hoy se denomina “actitud trans-real”. Kruger definió este modo de relación como trans-real, porque el terapeuta no está ni en la realidad común, ni totalmente en la fantasía, sino que va más allá de la realidad y de la fantasía. Veámoslo en un ejemplo que el propio autor nos facilita, sacado de un protocolo en psiquiatría de urgencias:

La escena transcurre después de que el dispositivo de emergencias psiquiátricas, acompañado de la policía acude al domicilio de una persona en estado “psicótico”.

El hombre de 50 años está de pie mirando al cielo.

“El médico se coloca junto a él, a su izquierda y mira hacia el cielo y habla en voz alta: “Hay un montón de estrellas esta noche”.

El hombre responde: “Sí”.

El médico: “Hay que estar alerta”.

El hombre: “Sí”.

El médico: “Tiene usted que estar pendiente de lo que pasa en el cielo, tiene que tener cuidado”

El hombre: “Ahora hay un Ufo tomando tierra”. Hace un gran movimiento con su brazo del cielo a la tierra hacia su derecha.

El doctor imita el momento haciendo de doble: “Estoy diciéndole al ufo cómo tomar tierra”.

El hombre. “Si, yo estoy dirigiéndole”.

El doctor: “Tiene usted mucha responsabilidad. Debe estar al límite, exhausto.”.

El hombre suspira, mirando fijamente el cielo: “Se lo puede usted creer”.

El doctor sigue observando el cielo, de repente señala con su mano a la izquierda: “Ahí, hay un Ufo, para aterrizar, no lo has visto.”

El hombre: “Oh no”, y realiza un gesto amplio de izquierda a derecha, señalándole dónde tomar tierra.

Después de algún tiempo el doctor le dijo: “Yo no puedo ver otro UFO. ¿Puede verlo usted?”

El hombre: “No”.

El doctor: “podemos irnos ahora”.

El hombre responde afirmativamente y camina con el doctor a la largo de la casa hasta la ambulancia y se sienta sin ninguna resistencia. (No hubo intervención policial).

En ocasiones he escuchado a mis pacientes hablarme del recuerdo traumático que todavía les acompaña asociado a las contenciones físicas que experimentaron en alguno de sus ingresos. Quizás un poco de locura psicodramática como la que este médico de urgencias jugó podría contribuir a evitar un sufrimiento añadido al sufrimiento psicótico.

¿Cómo se juegan las voces en el escenario? y ¿Qué beneficio le proporciona al paciente?

Se ayuda al paciente a hacer el papel de sus alucinaciones de un modo concreto- tono de voz, ritmo, intensidad, fraseología. Alternativamente un auxiliar puede jugar el papel de las alucinaciones. Este personaje puede ser entrevistado e incluso se puede negociar con él. Cuando la situación se elige por el propio paciente, esta acción no fortalece el proceso psicótico porque la implicación activa presenta una medida de control voluntario que tiende a neutralizar algo de ese sentido de la victimización (Blatner y Blatner, 1988, p. 166).

De este modo la externalización de la alucinación en una representación dramática del mundo interno de las personas lleva a un empoderamiento y aporta un mayor sentido de control (Kipper 1986, Herranz, 1995).

Estos juegos psicodramáticos son curativos ya que combinan tanto la realidad como la fantasía al servicio de la persona. Llevan a las personas a compartir su experiencia y experimentar el apoyo de los demás, esto les permite romper el aislamiento.

En psicodrama, los oyentes de voces pueden hablar a sus voces jugadas por otras personas, negociar, dialogar, cambiar los guiones, externalizar sus dramas internos. La relación entre las voces y el

oyente de la voz puede ser esculpida (dispuesta de modo simbólico en el espacio) utilizando otros miembros del grupo u objetos, empoderando a la persona para examinar las dinámicas de su propio mundo interno y explorar los posibles significados e identidades de las voces (Casson, 2004, p. 123).

Psicodrama, ideación y conducta autolítica: Un escenario al servicio de la vida

“El suicidio es un grave problema de salud pública y supone una tragedia que afecta a comunidades y países, con efectos duraderos para los allegados y familiares de la persona que lo comete. Así describe la Organización Mundial de la Salud esta problemática que, según estima, se cobra anualmente cerca de 800.000 vidas” (Goldsmith et al, citado en Villamarín, Castilla C. de Vicente y Berdullas, 2018, p. 4).

¿De qué manera este problema afecta a los terapeutas? “Los terapeutas a menudo se asustan cuando trabajan con pacientes suicidas. De hecho una encuesta nacional de terapeutas encontró que el miedo del que se informa con más frecuencia (ratificado por el 97 % de la muestra) fue la posibilidad de que un paciente muera por suicidio (Pope y Tabachnik, citado en Joiner, Kimberly, Van Orden, Witte y Rudd, 2009, p. 3).

A mí no me preguntaron, pero si lo hubieran hecho hubiera sido uno más de los que se asustan cuando un paciente suicida dice o no dice que quiere quitarse la vida.

Lucia me hizo llegar una postal en Navidad con una fotografía de su perra, cargada de buenos deseos. Lucia acudía a psicoterapia con una frecuencia semanal, enviada por un médico que la atendió cuando tuvo que extraer el feto de 8 meses que murió en su vientre. Yo creía que Lucia se había enfrentado a la pérdida de su hijo y pensé que estaba volviendo a colocar sus intereses en la vida. Se iba a cambiar de domicilio y a reincorporarse a su puesto laboral. El día 24 de diciembre, su marido me llamó diciendo que después de celebrar el día de Nochebuena, él se ausentó para llevar a casa a su padre, tardó dos horas. El tiempo suficiente para que Lucía llevara a cabo un ritual de suicidio planificado y oculto a la vista de los que la rodeábamos, llenó su bañera de velas, y se cortó las venas. Afortunadamente el tiempo que tardó su marido en volver fue breve, y su desconocimiento sobre el modo de quitarse la vida, permitió que su planificado intento de quitarse la vida solo fuera un intento fallido.

Creo que es razonable que todos los terapeutas tengamos en el suicidio de nuestros pacientes la mayor de las preocupaciones dado lo irreversible e irreparable de este tipo de conductas. Parto del riesgo que supone atender a estas personas, pero también de la confianza en que podemos constituirnos como un resorte que les permita aferrarse a la vida. La primera pregunta que nos surge es cómo sabemos que una persona quiere quitarse la vida. Hace tiempo me sirvió de guía para entender la conducta suicida el texto de Bernard y Trouvé (1978), una guía que dota de significado estos comportamientos. Nos señala distintas rutas posibles. El suicidio como conducta heteroagresiva que incluye la conducta autodestructiva, el suicidio como salida a una situación insuperable e insostenible, el suicidio como chantaje, el suicidio como llamada que no se puede expresar verbalmente, el suicidio como herida narcisista, el suicidio como reacción de huida, y la última poco esperanzadora el suicidio sin aparente sentido.

Esta guía me servía como un modo de paliar mi angustia cuando mis pacientes expresaban sus deseos de morir o matarse, pero más allá de la comprensión necesitaba saber qué hacer.

Recientemente por azar y necesidad conocí la obra de T. E. Joiner (2009). Realizada desde un punto de vista pragmático y con un fuerte apoyo clínico y experimental, parte de una afirmación obvia. Las personas que se mueren por suicidio son aquellas que pueden y quieren quitarse la vida, es decir, tienen el deseo de hacerlo y saben cómo hacerlo. Al leer esta afirmación resonaban en mí las palabras de José Bleger “La ciencia avanza no dando respuestas, sino haciendo preguntas” (1983, p. 12)

Las dos preguntas que se desprenden de la afirmación de Joiner, son ¿qué hace que una persona desee quitarse la vida? y ¿Cómo aprende a hacerlo? La respuesta del autor a la primera es claramente asumible por la teoría interpersonal del psicodrama. Se quiere morir aquel que se siente una carga para los demás, es decir, aquel que piensa que su muerte aportará más que su vida a las personas que le rodean. El fatídico cálculo mental que realizan en su mente se formularía en una frase “mi muerte vale más la pena que mi vida para mi familia, amigos, sociedad, etc.” (Joiner et al., 2009, p. 6).

A este convencimiento de ser una carga para los demás añade un segundo elemento, el sentimiento de no pertenencia, considerar que ha fracasado en su condición de ser con los demás.

Ej. Sí, mi familia dice que les importo, y que me quieren, pero yo no lo siento. (Daniel cuenta en su historial clínico con seis intentos de suicidio).

Para Joiner, la co-ocurrencia de estos dos factores explicaría el deseo de quitarse la vida, pero como el autor añade, matarse no es fácil. Hay que saber y poder hacerlo. Nuestro organismo se enfrentará a nuestro psiquismo en la lucha por preservar la vida. Luego para matarse hay que poder hacerlo, por lo que la respuesta sería que pueden hacerlo aquellos que a través de la habituación han adquirido la capacidad para realizar una conducta autolesiva.

¿Cómo evaluar el riesgo con técnicas psicodramáticas? El uso de la representación y el espacio psicodramático

Hace tiempo que vengo utilizando una estructura de acción que permite, al paciente y al terapeuta, conocer el lugar en el que situar sus deseos de morir y su miedo a vivir (Herranz, 1999b, p. 189). La acción contribuirá a esclarecer la distancia entre el deseo de morir y la decisión de matarse. Esta estructura debe su origen a mi propia sospecha cuando en el motivo de consulta fue: “ayudar a informar a mis hijas de la muerte de su madre por suicidio”, suicidio que él presenció y no pudo impedir. Mi sospecha es que tuve la sensación de que él no se incluía en el proyecto de futuro de sus hijas.

En psicodrama hay un principio que rige la intervención, trabajar con el suficiente nivel de intensidad para que la persona viva la situación que tiene que resolver, y con la suficiente distancia emocional para que pueda entender lo que está viviendo. Mucho después este principio rector encontró su más firme aliado en el concepto de ventana de tolerancia (Ogden, Pain y Fisher, 2006).

La estructura se inicia haciendo uso de un espectrograma. Los dos extremos del mismo, simbolizados por almohadones, representan la vida y la muerte. El paciente se sitúa en un lugar intermedio entre los dos polos. Se le da tiempo para que se deje sentir y reconocer el sentimiento desde ese punto intermedio antes de iniciar la actividad. Se puede fingir en la acción, pero no es fácil hacerlo de un modo que pase desapercibido. La primera consigna, es que se dirija hacia donde sienta que quiere ir. Una vez iniciado el camino. Es frecuente que en el trayecto hacia el almohadón que simboliza la muerte la persona se detenga y diga que no quiere hacerlo, que se ve atrapado, atascado. La ideación solo es una fantasía paliativa del sufrimiento.

Llegado a este punto se le pide que se gire y ponga su vista en dirección a la vida y se le pregunta ¿para qué querías morirme? La respuesta más frecuente empieza con un porqué, porque no puedo más, porque no me soporto, porque siempre fracaso... El terapeuta, escucha, contiene y repite la pregunta ¿para qué?, si el paciente recibe la pregunta, mirando a la vida, la fantasía de muerte pasa a ser comprensible en el contexto vital de la persona, y se desvelan frente a nosotros los conflictos y el dolor que le hacen sentir indefenso. Desde el punto de vista del cómo hacerlo, es necesario que la impulsividad no sea la que conduzca la actividad, nuestra intención es acercarle a la integración de los elementos disociados, su deseo, su emoción, su conducta y las consecuencias de la misma.

Si la persona no se detiene y continúa en dirección a la muerte y llega al almohadón que la simboliza, la intensidad del deseo de morir es mayor que el deseo que le aferra a la vida. “Uh ya está” es la respuesta que con más frecuencia escuchamos.

La siguiente consigna está influida por la idea “un suicida no es un homicida” (Pichón Rivière, 1977) y aunque parece evidente que en el suicidio, el agente a su vez es la víctima, no es bizarro pensar que en la ideación suicida se olvida que la persona que realiza el acto de matarse se muere. Por eso nuestra siguiente pregunta es ¿Le quieres matar? En este paso el miedo puede invadirnos, podemos tomar distancia, para regular la intensidad emocional, salir del ejercicio y a continuación repetir la pregunta. Las respuestas, tanto corporales, como verbales de las pacientes les llevan a conectar con la obiedad que significa que morir no es sinónimo de matarse. Sus respuestas, pueden ir desde el derrumbe emocional, “No puedo más”, al sentimiento de empatía hacia sí mismo “Joder, si es una buena tía” o a pedir ayuda “No sé qué hacer”. El terapeuta

contiene y regula la emoción, en estos momentos se puede recurrir a alguna técnica psicodramática, como el doble contenedor, o simplemente ejercicios para acompañar la respiración, hasta conseguir que el paciente se estabilice y no le venza el pánico o la rabia. En este punto volvemos a preguntarle ¿para qué querías que se muriera? y lo hacemos de nuevo colocando su mirada dirigida hacia la vida, hacia el dolor que le supone vivir, hacia los conflictos que considera aplastantes e irresolubles, hacia la impotencia que siente para abordarlos, hacia la extenuación y el agotamiento de vivir en la confusión, en la parálisis, en la cristalización de la tristeza. Si el para qué, encuentra una respuesta en el paciente, el terapeuta le recuerda que ahora no está solo para iniciar un nuevo camino.

Si la respuesta no fuera la que esperamos, si el paciente continúa afirmando que quiere matarle/se, estamos al final de nuestro camino imaginario. Le pedimos entonces que, de manera muy lenta, represente su conducta homicida, frente a una silla vacía que le representa a él mismo. El terapeuta le dice que al menos le debe una explicación a su víctima, ya que le va a quitar la vida que le diga “para qué lo va a hacer”. En pocas ocasiones utilizando esta estructura hemos llegado a este extremo, aquellas personas que ponen en acción una conducta dirigida a quitarle/se la vida, el terapeuta tiene que estar atento al nivel de disociación con el que actúa. Al volver a formular el para qué, volvemos a darle la posibilidad de mirar hacia la vida.

Nuestra experiencia en el uso de esta técnica de acción y en el que de ella se han hecho en múltiples ocasiones es esperanzadora. El miedo a que la técnica tenga el efecto contrario al que buscamos, participa del mismo temor que a veces nos dificulta preguntar sobre el suicidio.

¿Cómo contribuir a restaurar el deseo de vivir? El uso del espejo para generar empatía por la propia vida

Desde el psicodrama podemos contribuir a detener el camino ya iniciado hacia la muerte. Carnabucci y Ciotala (2013) diseñaron un trabajo grupal que denominaron “dramatizar una historia conocida”. Lo utilizaron en grupos de pacientes con severos trastornos de alimentación. La estructura que se propone a los miembros del grupo es participar en una dramatización a partir de una historia, en su caso les presentaron la vida de Karen Carpenter, historia que va acompañada de sus imágenes y canciones. Karen murió a los 33 años por un problema cardíaco como consecuencia de un T.C.A.

Tras la presentación pide a los miembros que jueguen roles. Eligen los roles que desean desempeñar con relación a Karen, pueden jugar a ser su hermano, su agente, su padre, su terapeuta, su fan... El director, a través de la entrevista al personaje (entrevista en el rol), se asegura que han comprendido la actividad. Una vez que los personajes están preparados, la directora les dice que por un momento imaginen que Karen tuviera la oportunidad de oírles antes de fallecer, como si tuviera “una segunda oportunidad”. Y desde el rol, les pide a los miembros del grupo que compartan con Karen, todo aquello que quieran decirle. Es haciendo como se aprende a hacer, y en esta técnica luchando por la vida de otro, es como se aprende a luchar por la propia. Es a través del otro como estas personas doblan la esquina para iniciar un camino hacia el amor a sí mismas.

¿Cómo reconciliarnos con la vida? El cambio de roles

Los trabajos realizados con personas suicidas han mostrado que la percepción que tienen de sentirse una carga para los demás y de estar apartados de ellos, tiene más que ver con su vivencia que con los datos de realidad. Quizá una manera de devolverles el deseo de amar su vida, puede partir “de un cambio de roles”, de que puedan verse desde el lugar del otro y desde el sentimiento de los otros hacia él.

Fue el propio Moreno, quien diseñó el modo de intervenir con aquellas personas que han llevado a cabo sus deseos autolíticos. Moreno estaba convencido de que la representación del suicidio era la mejor manera de impedir su realización fuera del escenario. Hay que recordar que los pacientes de Moreno, estaban ingresados en el sanatorio de Beacon. Por lo que más allá del escenario, su vida contaba con un espacio de seguridad y protección.

Moreno trabajaba representando la propia muerte en el escenario, pero no sin tomar precauciones, tanto durante la acción en sí misma como después. Una de las aproximaciones después de haber representado el suicidio, es dar la cara a las consecuencias de este acto haciendo la siguiente pregunta: ¿Quién será el más afectado por tu muerte? La respuesta aporta la clave para la siguiente escena, el paciente está caldeado en el rol del más afectado y se invierten roles, puede ser un hijo, un amante, un compañero, un padre. Un yo auxiliar es colocado en el rol del paciente. En la posición de rol invertido, el paciente es confrontado con su propia conducta así como con los temas que desencadenan el suicidio y el torbellino interpersonal que el suicidio engendra. Cuando el paciente es incapaz de contestar a esta pregunta, o niega que le afecte a alguien, se necesita un átomo social de la vida, tiene que explorarse para encontrar suficientes apoyos disponibles para reavivar los contactos con agentes de ayuda potenciales en su vida. Mirar hacia la muerte debe ser neutralizado por un compromiso productivo en la vida. (Moreno, Z y Moreno, J. D. 1984).

Viñeta Clínica

Lucia era una mujer de 50 años, acudió a consulta con el diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor Recidivante Crónico. Sus conductas suicidas formaban parte de su desesperado deseo de huir de la vida. En una ocasión, en el escenario psicodramático, situó como personaje a una niña de 5 años, sola en su casa, esperando a que su padre regresara del hospital donde su madre estaba hospitalizada. Su padre no llegó hasta la mañana siguiente y cuando lo hizo le dijo que su madre había fallecido. Lucia representó este recuerdo en el escenario y tuvo la capacidad suficiente para calmar a la niña herida que frente a ella se mostraba simbolizada por un almohadón.

Lucia sigue padeciendo un trastorno depresivo, pero no desea morir. Cuando se dio por concluida la psicoterapia me dio una carta de la que entresaco algunas frases de su escenario al servicio de la vida.

“He aprendido a vivir para mí, a no ser un apéndice de la vida de los demás, a conocer los problemas de los otros pero a sentir realmente los míos, a ayudar a los que están a mi alrededor de una forma más lógica de lo que lo estaba haciendo, a ayudar dentro de un orden, sabiendo que el problema es suyo y no mío; y sobre todo a reconocer los míos y no sentirme culpable por intentar solucionarlos. En una palabra, he descubierto que existo, que soy una vida, y que estoy aquí para algo más que obligaciones, que debo vivir para mí”.

Psicodrama y trauma: Un escenario para drenar las burbujas del pánico

En ocasiones atendemos a personas a las que la realidad ha aplastado sus vidas. Los psicoterapeutas nos encontramos con personas que han sido víctimas del abuso o la violencia. Se han sentido indefensos frente al ejercicio gratuito del poder de otros sobre sus propias vidas.

¿Qué sentido tiene representar escenas donde se muestre la violencia, el maltrato, la negación de la condición de ser humano?. Para los psicodramatistas, la palabra retraumatizar es una palabra tan temida como injustamente atribuida al uso de la acción en psicoterapia. Pero la pregunta es ¿tiene sentido volver a exponer a una persona a sus tragedias vitales? Nuestra respuesta es afirmativa. Pero ¿cómo hacerlo? Cómo implementar una terapia psicodramática para abordar el trauma, con personas que padecen de TEPT.

Kate Hudgins (Hudgins y Kipper, 1988; Hudgins, 1998; Hudgins y Kellerman, 2000; Hudgins, 2002) hizo de esta pregunta el punto de partida para crear un modelo de psicodrama adaptado al TEPT, que denominaron el Modelo de Tratamiento en Espiral (Therapeutic Spiral Model, TSM). El Método parte de una metáfora, “la burbuja del trauma”. En el tratamiento vamos a intentar drenar un sufrimiento aterrador y encapsulado, pero tenemos que crear las condiciones para que esa burbuja no estalle, inunde y aplaste la conciencia del protagonista.

Kate Hudgins considera que las personas víctimas de trauma, organizan su psiquismo en torno a tres roles: el rol de Víctima, el Rol de Agresor, y un tercero que denomina Autoridad Abandónica, que define como la

vivencia de un mundo que no nos protege. La dramatización se realiza tomando decisiones clínicas, para ello cada una de las sesiones está estructurada. Antes de enfrentarnos al trauma, necesitamos ir con la mayor seguridad, para lo cual recuperaremos otros roles del propio protagonista; aquellos que se quedaron paralizados por el suceso traumático. Es decir, sus recursos, fortalezas, capacidades personales, interpersonales y transpersonales. Lo harán acompañados por un equipo terapéutico entrenado, en especial dos terapeutas auxiliares realizarán la función de reguladores emocionales a los que la autora denomina “doble contenedor” y “doble corporal”.

Se dedicarán varias sesiones a la preparación y entrenamiento de los roles protectores antes de iniciar “el drenaje de la burbujas de trauma”. El camino empezará por sesiones donde solo se utilizarán las palabras, se narrarán los sucesos y se modificarán los nombres para evitar el daño y la confusión de las propias palabras. Después se observa, el yo observador pensará desde la distancia física, alejado del escenario y de la emoción potenciando la reflexión sobre lo vivido. Por último nos acercaremos a las escenas con el propósito de restaurar y dar por finalizada la “tragedia vivida”.

“Hay en psicodrama un modo de experiencia, que va más allá de la realidad, que provee al sujeto con una nueva experiencia más amplia de la realidad, una realidad surplus” (Moreno, 1964, p. 212).

Psicodrama en un grupo de mujeres víctimas de violencia de género

La neurociencia ha venido avalando la necesidad de utilizar terapias no verbales frente al estrés postraumático. Van der Kolk nos dice que las memorias sensoriales almacenadas en el hemisferio derecho del cerebro no tienen palabras (Van der Kolk y van der Hart y Marmar, 1996).

La puesta en práctica del T.S.M. se realizó y adaptó a un grupo de mujeres que habían sido víctimas de maltrato. El equipo estaba constituido por la directora psicodramática, una yo auxiliar, un supervisor y seis mujeres.

La primera sesión se dedicó a construir los objetivos del grupo, presentar el modo de trabajo, a desechar los miedos de su participación en el grupo, el compromiso que suponía y dar el primer paso hacia la creación de un sentimiento grupal de pertenencia. Para ello, recurrimos a técnicas de presentación psicodramáticas facilitadoras, “el otro me presenta” y la creación de un personaje que se denominó “la mujer con fortalezas”. Se les pidió que nos contaran las fortalezas que cada una de ellas sentía que les caracterizaba y a continuación se pusieron en común.

La segunda sesión, se dedicó a la construcción de roles protectores. A concretizar las fortalezas y los recursos de las personas que constituían el grupo. Las fortalezas se organizaron en torno a dos personajes “la cuidadora” y “la defensora”. Se las puso en acción pidiéndoles que jugaran el rol, para ello se le solicitaba que buscaran en sus recuerdos una situación donde se vieron actuando desde ese rol con otro. Una vez activado el recuerdo, se pasó a la escena donde con ayuda de alguna otra persona del grupo ponían en juego “sus fortalezas”.

A partir de la cuarta sesión, se inicia el trabajo con las escenas traumáticas de las pacientes, usamos el espectrograma en la versión adaptada de Coleman (2011). Se divide la sala en tres lugares imaginarios, donde se les dice que se coloquen que se sitúen en función de cómo se sienten en el momento actual para enfrentarse a sus recuerdos traumáticos. a) Quién siente que es imposible absolutamente acercarse a ese recuerdo, b) quién siente que con ayuda podría acercarse y c) Quién siente que se siente capaz de enfrentarse al recuerdo. Las participantes en el grupo eligieron las dos primeras opciones, situándose tres en cada una de ellas.

A continuación, se decidió fortalecer el sentimiento de cohesión y apoyo grupal, para lo cual se les invitó a participar en un juego dramático que denominamos “el regalo mágico”. El juego consistía en que cada miembro del grupo daría sin palabras un regalo a la compañera que lo solicitara. El regalo se transmitiría poniendo las manos en los hombros de quien lo pidiera. Cada persona tenía que buscar el regalo de sus recuerdos, algo que en alguna ocasión, les ayudó, tranquilizó, les transmitió ilusión... El escenario estaba disponible, el equipo terapéutico en sus roles de doble contenedor y doble corporal también.

El grupo continúa presentando las situaciones que van a trabajar.

- La escena de su marido borracho amenazándola con una pistola.
- El miedo que vivió cuando descubrió una carta de su marido dirigida a un detective para vigilarla.
- El dolor que le produce recordar un momento, estando embarazada de seis meses, trata de bañar a su hija de un año y pide ayuda a su marido. El coge a la niña la sube en una estantería, a la que ella no puede alcanzar mientras se mofa de ella.
- La angustia que le produce la imagen de su marido pegándola en presencia de su hijo.
- El miedo que vivió cuando su marido la tiró del coche en marcha y la indefensión que sintió cuando al contarle la agresión vivida a sus padres no la creyeron y le dijeron que su marido era una buena persona.

Las sesiones se trabajaron siguiendo siempre la misma secuencia. La protagonista decía como quería ser cuidada antes de situar a los personajes en el escenario. Se ensayaba la conducta de cuidado y a continuación de pie junto a su figura de protección y el terapeuta auxiliar (dispuesto para el desempeño de doble contenedor) observa la escena frente a ella en el espacio dramático.

Con posterioridad se le sugiere que entre en la escena y rescate a la protagonista de esa situación (a sí misma encarnada por su doble). Una vez fuera del espacio psicodramático, se le propone que ejerza el rol de protectora frente al agresor.

Las últimas sesiones se dedicaron a evaluar lo que habían adquirido en el grupo y a despedirse de los personajes reales e imaginarios en los que se habían convertido unas para otras. De sus propias palabras escritas en cartulinas recogemos algunas frases.

“No tienes derecho a tratarle así, ella no tiene la culpa, si le pegaste no fue porque se lo mereciera sino porque eres un cabrón insensible que no haces más que mirar su propio ombligo”.

“No merece que le trates como una mierda, y nuestro hijo se dará cuenta del padre que tiene”.

“Ahora sé que puedo encontrar a alguien que me quiera, yo me quiero...me hiciste mucho daño pero ahora estás fuera de mi vida, ¡déjame en paz!”.

“No lo intentes...no me creo tus mentiras, nunca volverá contigo.

“No te voy a consentir que sigas haciéndome daño, ya puedo vivir sin ti”.

“Ya no te tengo miedo, me da igual lo que cuentes a la gente...no podrás hacerme más daño”.

“Sé que no quiero alguien como tú a mi lado, eres un sinvergüenza”.

Psicodrama bipersonal: Un escenario frente a la esclavitud de la dependencia

“El niño pequeño es el único de su especie que no puede hacer nada por sí mismo y vivirá en un estado de total dependencia respecto de lo que le rodea” (Nacht. 1967, p. 18).

Podemos estar más solos, pero no significa que seamos más libres. Como estar con el otro sin que nos atenece el terror de la absoluta dependencia, es la razón de ser última del método que en psicodrama se denominó, psicodrama bipersonal.

Se designa como psicodrama bipersonal el abordaje terapéutico que tiene su origen en el psicodrama que no se sirve de roles-auxiliares y atiende sólo un paciente cada vez, creando así una relación bipersonal, o sea, un paciente y un terapeuta. (Cukier citado en Herranz, 1999a, p. 34).

¿Dónde situamos el origen del psicodrama bipersonal? Aunque los psicodramatistas tendemos a ocultar nuestro trabajo en atención individual, hasta tal punto que en algunas épocas y países como el nuestro adoptáramos una actitud cercana a la clandestinidad intelectual, el psicodrama bipersonal forma parte del psicodrama desde su origen. Nos consta que Moreno trabajó en terapia individual. El trabajo más conocido de Moreno en el uso del drama en terapia individual lo realizó entre 1908 y 1912 con Elisabeth Bergner. Al principio trabajó individualmente con ella potenciando su espontaneidad y creatividad a través de la poesía y el juego dramático, después le invitó a unirse al grupo de teatro de niños (Marineau, 1989, p. 35). Elisabeth llegó a ser una de las más famosas actrices del escenario alemán del siglo XX y agradecía el papel de Moreno en el desarrollo de su creatividad. Pero existen otros casos de terapia individual documentados:

Sabemos que por lo menos en dos casos Moreno utilizó el tratamiento bipersonal en el caso de Ruth y en el psicodrama de Adolfo Hitler. Sin embargo, esos casos clínicos no parecen haber hecho mucho

impacto en su obra ya que en ningún momento Moreno formalmente prescinde o cuestiona la función del yo-auxiliar (Cukier, 1995, p. 14).

Pero más allá de recurrir a la historia para legitimar la utilización del psicodrama bipersonal, nuestra justificación debe responder al menos a dos preguntas ¿Es el tratamiento de elección para algunas personas como alternativa al psicodrama en grupo? Y la segunda, ¿esa propuesta psicoterapéutica es compatible con una epistemología ortodoxamente moreniana?

Antes de decidir para quién el psicodrama bipersonal puede ser el tratamiento de elección, necesitamos realizar un breve apunte teórico que dé sentido a nuestras respuestas. El crecimiento relacional e interpersonal no está exento de heridas. Heridas que dejan huellas, y que Dalmiro Bustos denomina “Huellas de la Vida” (Bustos, 2007). Si la propia vida nos permitió generar recursos protectores de nuestras heridas, la huella influirá en nuestro modo de hacer, ser y actuar, serán nuestras sensibilidades y vulnerabilidades. Ahora bien, si las heridas se convirtieron en organizadoras de nuestro mundo psíquico, nuestra vida se subordina a la necesidad de protegernos del sufrimiento y nuestra conducta deja de tener el objetivo de vivir, para convertirse en el de “sobrevivir emocionalmente”.

Las heridas no se han producido en aislamiento, somos a través de los roles que desempeñamos. “Los roles no funcionan aislados sino que tienden a formar clusters (ramilletes). Hay una transferencia de (espontaneidad) desde los roles no actuados a los que son actuados en el presente. Esta influencia se denomina efecto Cluster”. (Moreno citado en Bustos, 2007, p. 83).

El primer clúster, donde los roles del bebé se encuentran con una figura de cuidado lo denominamos clúster materno o de sostén, el complementario es la madre o el adulto que desempeñe esa función. Un bebé es un estado masivo de necesidad con una programación biológica que permite la transmisión de la necesidad a un receptor capaz y disponible para su recepción. De tal manera que la función esencial que desempeñará ese receptor es la de cubrir las necesidades, en un código co-construido con el bebé y su necesidad, rotulará esa necesidad con palabras, y pasará a cubrirlas de un modo predominantemente satisfactorio, si bien nunca será completo. Será un doble.

No hay nada que el bebé pueda hacer en esta fase de su desarrollo para conseguir lo que desea, solo confiar en obtenerlo; confianza que le proporciona la seguridad, el afecto y la valoración que el adulto le regala cada vez que lee, nombra y cubre su necesidad.

¿Y si esas necesidades no se cubren de un modo predominantemente satisfactorio? Entonces las insatisfacciones se convierten en heridas de las que los recursos psíquicos más primarios del bebé intentarán protegerle. Entonces y ahora, la huella, se convierte en herida, y la conducta adulta se verá influida cuando no determinada por “el efecto cluster”. Estos adultos necesitarán una relación terapéutica restauradora de las vivencias más tempranas. Necesitarán un terapeuta lector, rotulador de nombres y reparador de necesidades, a lo que tendrá que añadir la capacidad para descubrir “tras las máscaras de las conductas defensivas” las peticiones no expresadas.

La vivencia del bebé en este cluster materno conlleva un aprendizaje imprescindible para el crecimiento emocional “disfrutar dependiendo”. Esta relación tiene que ser diádica, el encuadre terapéutico tiene que proporcionar la suficiente seguridad para que el paciente se permita atravesar el miedo de re- vivir la necesidad de dependencia no cubierta.

La segunda pregunta la podríamos formular así ¿Es compatible el psicodrama bipersonal con una epistemología ortodoxamente moreniana? No hay respuesta única, porque no hay un único modo de realizar psicodrama bipersonal (McDonald, 2009). El psicodrama bipersonal tal como aquí se muestra tiene su punto de partida en el pensamiento de Bustos (Bustos, 1975, 1985, 1991, 1992) y su sistematización por el autor de este artículo (Herranz, 1990, 1991, 1992a, 1992b, 1993, 1995, 1998, 1999a, 1999c, 2000, 2001a, 2001b, 2004a, 2004b, 2008, 2011, 2012, 2017).

El psicodrama bipersonal tal y como aquí se presenta incluye dos elementos teóricos tomados del psicoanálisis. La idea de proceso frente a acto y el modo de participación del psicodramatista en la acción.

La concepción moreniana del psicodrama es una terapia de actos, cada sesión se inicia y se acaba, de tal modo que la siguiente será una nueva sesión. El psicoanálisis nos ofreció una concepción de la psicoterapia como secuencia, en última instancia como una sucesión pautada de modos de interactuar que caracterizan las

diferentes etapas del tratamiento. El psicodrama bipersonal, se sostiene en una relación diádica que necesita proporcionar la mayor seguridad posible a los pacientes, por eso el proceso interpersonal, la relación paciente terapeuta es en primera y última instancia el agente esencial de cambio, la acción se subordina a la relación.

En segundo lugar, la pregunta que nos hacemos atañe a los roles y funciones que pueden desempeñar paciente y terapeuta. Si entendemos una relación diádica como un grupo de dos, coherente con la teoría sociométrica moreniana, la puerta está abierta para que el terapeuta participe como yo auxiliar en la dramatización y en el desempeño de las técnicas psicodramáticas. A mi modo de ver, el cuidado de los componentes transferenciales que van a surgir a lo largo del tratamiento, requiere que el terapeuta tanto en lo verbal como en la acción, limite su actuación a los roles que son acordes con las funciones que hemos considerado pertenecientes al “cluster materno”. En concreto, el terapeuta dentro y fuera de la escena desempeñará los roles del doble y el espejo.

Psicodrama bipersonal en la atención a Trastorno Límite de Personalidad

¿Cómo se implementa el trabajo en psicodrama bipersonal con personas diagnosticadas como T.L.P.?

Antes de dar una respuesta, y aunque no profundicemos en las características del TLP (véase Bateman y Fonagy, 2016; Fonagy, Luyten y Allison, 2015; Gunderson, Fruzzetti, Brandon, y Choi-Kain, 2018; Kernberg, 1967; Linehan, 1993).

¿Por qué elegimos una intervención desde una relación diádica paciente- terapeuta frente a una grupal? y ¿cómo podemos manejar la técnica adaptada a las características particulares de las personas con funcionamiento límite?

Si revisamos las diferentes teorías sobre TLP comprobaremos que cada autor pone el énfasis en un núcleo central sobre el que explica la psicopatología y organiza el tratamiento. Las teorías más relevantes que rivalizan entre sí a la hora de establecer qué es lo central en los trastornos límite nos dicen lo siguiente: “Un exceso de agresión, la desregulación emocional, un fracaso en la mentalización o la hipersensibilidad interpersonal” (Gunderson et al., 2018, p. 148).

Para Kernberg (1967) la agresión es un instinto humano básico, su exceso como se observa en el TLP, puede estar genéticamente determinado o se debe a una excesiva frustración durante la infancia. En cualquier caso, el uso del paciente de esta agresividad trasladada a la psicoterapia sitúa al terapeuta frente a una agresividad excesiva e inapropiada que oscila entre su manifestación y su supresión, dirigida hacia los demás o hacia sí mismo. Este será sin duda uno de los elementos complejos que se trasladarán a la relación terapéutica y exige del terapeuta saber reconocer el lugar desde el que intervenir sin verse atrapado por la violenta propuesta relacional que ocasionalmente ofrecen este tipo de personas.

La teoría de Linehan (1993) considera la dificultad en la regulación emocional, el elemento nuclear y organizador del funcionamiento límite. Para Linehan, el sufrimiento de los TLP está esencialmente ligado a la deficiente capacidad para regular la emoción. Esta deficiencia en el manejo y regulación de las emociones, cree que se debe a una predisposición neurobiológica que se observa y se hace evidente en las intensas y prolongadas manifestaciones emocionales de las que hacen gala este tipo de personas. Junto a la predisposición, que apunta Linehan, añade otro componente interpersonal que complementa e intensifica el riesgo potencial que conduce al funcionamiento límite. Este segundo elemento lo define como la falta de validación emocional, la incapacidad para regular las emociones se hace especialmente evidente cuando los niños pre-borderline tienen la experiencia de no ser validados. En la intersección de la predisposición neurobiológica y la invalidación emocional, Linehan piensa que se encuentra el desencadenante de las conductas y los problemas interpersonales de los pacientes.

Fonagy, pone la lente de su teoría en un elemento que introduce y define como mentalización. Quizás la teoría de la mentalización es la que ha tenido mayor expansión recientemente, por su capacidad de implementar procedimientos de evaluación y la eficacia en la intervención en TLP. Mentalizar se refiere a “la capacidad de comprender las acciones tanto de los demás como de uno mismo en términos de nuestros pensamientos, sentimientos, deseos y anhelos; se trata de una capacidad muy humana que sustenta nuestras interacciones cotidianas”. (Bateman y Fonagy, 2016, p. 28).

En esta teoría, el fracaso en la mentalización se refiere a la inhabilidad para identificar estados mentales (ej, actitudes y sentimientos) en uno mismo (atención plena, introspección) o hacia otros (empatía) y reconocer cómo estos estados mentales se influyen mutuamente. Esta limitación, nos dicen los autores, se inicia en las etapas tempranas del desarrollo debido a la incapacidad parental para ayudarles a identificar verbalmente sus sentimientos o los que evocan. De la mano del concepto de mentalización, Fonagy (2015a, 2015b), añade el de “Confianza epistémica”. Este concepto llega después de una rotunda obviedad, “la mayoría del conocimiento que adquirimos” alguien nos lo enseña, luego más nos vale que podamos fiar de aquellos que nos lo transmiten. En sus propias palabras, “La teoría de la confianza epistémica, la cual, dicho, resumidamente, enfatiza la importancia de la confianza que depositamos en la información que nos transmiten otras personas sobre el mundo social, es decir, el grado en que podemos considerar que el conocimiento es genuino y personalmente relevante para nosotros” (Bateman y Fonagy, 2016, pp. 55). Cómo ayudar a pensar y pensarse en relación al otro será el foco central de este modelo en la intervención con los TLP.

La última de las teorías más relevantes sobre TLP, es la de Gunderson et al. (2018). El autor nos dice que el elemento esencial explicativo del TLP, se ubica en la Hipersensibilidad Interpersonal. Considera que la hipersensibilidad y la reactividad excesiva a las señales interpersonales son una disposición genética. Cukier en nuestro lenguaje psicodramático, define los TLP como niños sin piel emocional. “Imagínese una persona que por algún error constitucional naciese sin piel, cualquier roce, por más leve que fuera, provocaría dolor y una intensa reacción. Así es el borderline, lo que le falta es una “piel emocional” (Cukier, 1998, p.82).

Gunderson se detiene en la comprensión de las reacciones de los TLP, nos dice que sus reacciones ante los fracasos percibidos en el apoyo de los demás los sienten como cruelmente injustos, y eso le conduce a dos interpretaciones, o el otro es malo o él es inherentemente malo. En última instancia el pensamiento de Gunderson nos habla de una persona que sostiene su conducta en mecanismos de defensa primarios como la escisión y la proyección. Cuando estos mecanismos no tienen la capacidad de paliar el sufrimiento, el sentimiento de soledad es intolerable, y se desencadena un estado disociativo o paranoide o actúa de un modo desesperadamente impulsivo que obliga a los demás a involucrarse.

Junto a estos modos de entender los TLP, la pregunta a responder es, ¿Y qué aporta un escenario en la intervención con estas personas?

Pasemos a contextualizar y dar sentido teórico a nuestra respuesta. La respuesta desde nuestra teoría es que, dada las necesidades a restaurar, es necesaria una relación de dos que proteja de la esclavitud de la necesidad afectiva a nuestro paciente. Junto a la necesidad de estas personas nos encontramos su incapacidad para estar en grupo. Estar en grupo supone haber aprendido la complejidad de la relación y al menos llegar a entender que las relaciones no son absolutas, como escuchamos muchas veces en sus peticiones. Ej. ¿Qué te tranquilizaría para no recurrir a las autolesiones?, la respuesta fue tan radical como potencialmente incapacitante para la terapia “un abrazo eterno”.

¿De qué son incapaces las personas con un TLP? De participar en relaciones “complejas”, no han adquirido la capacidad suficiente para participar de relaciones triangulares, entendiendo por tales “Aquellas en las que el niño puede aceptar una realidad, que los otros tienen relaciones entre ellos e independientemente de él, y eso no significa que estén bajo amenaza de pérdida o retirada de cariño. Las relaciones yo-tú incluyen al Él” (Fonseca, 1980, p. 93).

Por estas razones entendemos que los TLP no han accedido a la lógica de la inclusión, por lo que el tercero, en este caso el grupo, se viviría desde el sentimiento de exclusión y el abandono.

¿Hasta dónde han llegado en su comprensión y vivencia de las relaciones? Siguiendo el esquema evolutivo de Fonseca Filho, situaríamos el funcionamiento relacional del mundo límite en una dimensión que va desde la indiferenciación ocasional “me pegó un tiro o se lo pego a mi padre”, a la preinversión de roles “puedo imaginar que otros vean el mundo de otra manera, pero seguro que están equivocados”. Entre ambos extremos de la dimensión, se encuentran las relaciones simbióticas, las dificultades en el reconocimiento del yo, el reconocimiento del tú, y las relaciones en corredor. Las relaciones en corredor son una hermosa fantasía infantil, “los otros existen” pero solo cuando están conmigo y para mí.

Con relación a las técnicas psicodramáticas en las que participará el terapeuta, entendemos que las más adecuadas son el Doble y El Espejo, que no dejan de ser la implementación en psicoterapia de un modo de estar

con el otro en una relación suplementaria. Esto es, las dos funciones básicas que se desempeñan en la relación padres hijos, en la etapa que en psicodrama denominamos “cluster materno” (Bustos, 2007).

Moreno nos ofrece las siguientes definiciones de doble y espejo.

“La definición más corta es que dos personas A y B son una misma persona (...) la técnica del doble es la terapia más importante para la gente solitaria, por lo tanto, es importante para niños aislados y rechazados. Un niño solo, como un paciente esquizofrénico, nunca puede ser capaz de invertir roles, pero puede aceptar un doble” (Moreno, citado en Herranz, Silva y Herranz, 2014, p. 54).

“Cuando el niño se da cuenta de que la imagen en el espejo es de él, este es el punto de inflexión en su crecimiento, un importante punto de inflexión en su concepto de sí mismo” (Moreno, citado en Herranz, 2004, p. 55).

En última instancia, ¿qué funciones cumplen el doble y el espejo? Si usamos la imagen de una madre o un padre con su bebé, observamos con sorpresa cómo ante un gesto o balbuceo, los padres “expresan” la necesidad del bebé, “tiene sueño”, ponen en voz alta la necesidad, le ponen nombre, y pasan a cubrirla, le acuestan. Esa es la función esencial a cubrir con un paciente TLP. La segunda, la de espejo, consiste en ver a nuestros pacientes, devolviendo una imagen lo más completa y benéfica posible de sí mismos, no exenta de las limitaciones y frustraciones.

Intervención en psicodrama bipersonal con TLP

El azar hizo que se encontrara un mismo pensamiento presentado de un modo complementario en la misma mesa del primer congreso iberoamericano de psicodrama (Cukier y Herranz, 1997; Herranz, 1997). Dos frases complementarias que recogían una misma manera de comprender el funcionamiento borderline y desarrollar la intervención con los TLP “te odio por favor no me abandones” (Cukier, 1997) y “La identidad inestable de las personas con funcionamiento límite se debe a que ni en la fantasía pudieron creerse dioses” (Herranz, 1996).

En estas frases se recoge la dificultad que conlleva la relación terapéutica, “te odio no me abandones”. Cuál es el lugar desde el que situarnos para cubrir la necesidad de nuestros pacientes sin ser maltratados. La segunda frase señala la exigencia que se traslada a la intervención, “son personas que ni en la fantasía pudieron creerse dioses”. La fragilidad narcisista de estos pacientes nos lleva a la necesidad de construir una identidad estable que impide la oscilación entre la omnipotencia y la impotencia, la depresión y la hipomanía, que caracteriza sus vidas y frena el progreso del tratamiento.

¿Qué técnicas aporta el psicodrama que pueden facilitar la intervención?

La más eficaz y protectora es el escenario, llevar al lugar del como sí, las dificultades que se presentarán a lo largo de todo el proceso terapéutico. ¿Por qué el escenario? La propuesta terapéutica que ofrecemos se encuentra dentro de unos límites, espaciales, temporales, conductuales, pero el mundo límite es el mundo de la necesidad masiva. Por lo que el terapeuta se verá puesto a prueba, transgrediendo el encuadre, “no me voy de sesión porque no he acabado”. El escenario permite llevar a la representación las dificultades de aceptación del encuadre sin crear un ambiente tenso en la relación paciente terapeuta.

El terapeuta tiene que ser fiable, es cierto que tiene que serlo desde la conducta en todo el proceso terapéutico. La confianza epistémica, que seamos figuras fiables para ellos requiere que nos podamos enfrentar a su miedo al abandono, a volver a ser amorosamente defraudados, “Yo no temo el abandono, temo quererte y que tú también me defraudes”. Llevar a la representación el temor, reestablece la seguridad.

El doble mensaje ha predominado en muchas de las infancias de nuestros pacientes, eso exige del terapeuta la máxima claridad. Disimular el cansancio, o negar una distracción se puede convertir en una situación de difícil solución sino se tiene la humildad de aceptarla. El cambio de roles puede venir en ayuda de la relación terapéutica invitando al paciente a ver al terapeuta con sus cualidades y limitaciones.

Los ataques de rabia, que pueden desencadenarse frente a la mínima frustración, exigen que el terapeuta pueda trabajar desde un lugar “seguro”, el lugar del tercero excluido. La técnica de concretización cubre de modo especialmente eficaz este objetivo. Cuando una persona se llena de rabia, le pedimos que la rabia se convierta en un personaje; “Hulk”, lo denominaba con humor una paciente llamada Julia. Sacar al escenario a Hulk, es un modo de preservar la relación paciente-terapeuta, de esa manera, tendremos tres personajes en la escena, Julia y su terapeuta unidos frente al tercero, Hulk.

Trabajar desde el rol del yo observador. Recientemente nos encontramos en la literatura psicodramática un nuevo nombre, “el psicodrama mentalizador” (Napier y Chesner, 2014). Bajo este término lo que se dice es que potenciemos la reflexión, frente al desborde emocional que puede inundar la escena con la violencia o el miedo. Es sabido que la acción moviliza la emoción, en múltiples ocasiones la regulación de la intensidad emocional de los TLP viene de la mano de potenciar la capacidad de reflexionar sobre lo que sucede “enfriando” la escena, o dicho de un modo más actualizado, facilitando la mentalización en la representación.

Viñetas Clínicas

Aprender a amar sin odio, es una de las metas restauradoras que seguimos en nuestro escenario. En esta ocasión el escenario era grupal. Su protagonista era una mujer joven que no alcanzaba los 30 años, a la que llamaremos Elena, en un taller demostrativo con el título de “Miedo al cambio y la fidelidad al sufrimiento”. Elena nos dice que ella ama el odio. Su propuesta se sitúa en el espacio y el tiempo psicodramático, siendo niña fue víctima de maltrato físico, su padre era un hombre violento y explosivo que la castigaba físicamente o la sometía a situaciones de terror como encerrarla en la bodega. Allí de una manera que no podía prever estaba hasta que su padre iba a sacarla, nadie se atrevía en su casa a enfrentarse a la autoridad sádica de su padre a quién ella amaba y odiaba.

La escena se aborda desde la protección de lo simbólico, “la realidad surplus”, la fantasía que rescata el dolor de la historia pasada. Le pedimos a Elena que invite a nuestro escenario a una figura “que sepa querer bien, sin hacer daño”, le proponemos una figura mística, un dios, o una diosa, una heroína. Elena elige un ángel. Nos apoyamos en dos miembros del grupo que desempeñan las figuras del ángel (yo auxiliar), y el doble de Elena. Iniciamos el trabajo en espejo, situando a Elena con la suficiente distancia emocional para que el terror no la sobrepasara ante la observación de su propia escena. El yo observador con el apoyo del terapeuta, ve como “un ángel bueno”, coge en sus brazos a una niña asustada, la saca de una cueva de aislamiento y amenazas, y la mece. Después se la invita a ser la protagonista de la escena de sus recuerdos. Desde el rol de niña, se deja abrazar y mimar por un ángel bueno que sabe querer bien. Después se le pide que invierta roles con el ángel y “la niña del escenario” es reemplazada por su doble. Elena pasa a ser un ángel que quiere bien. Desde los ojos de un psicodramatista, Elena se encontraba realizando el papel de sostén, seguridad, afecto y valoración característico del cluster materno. Usamos en alguna ocasión más el cambio de roles, para que la vivencia de ser cuidada – querida se integrara con la de cuidar y querer.

Finalizamos la escena dirigiéndonos al otro modo de querer, al de “abrazarse” desde “el pánico” al maltratador- salvador. Se trabajó con la distancia simbólica, para que la violencia del padre no aplastara sus primeros pasos. Elena desde el rol del “ángel que quiere bien”, puso en voz alta una frase, todavía titubeante y temblorosa “Ya no quiero más tu cariño”.

Referencias

- Bateman, A. y Fonagy, P. (2016). *Tratamiento basado en la mentalización para trastornos de la personalidad. Una guía práctica*. Bilbao, España: DDB.
- Bernard, P. y Trouvé, S. (1978). *Semiología Psiquiátrica*, 1º Edición. Madrid, España: Toray Masson.
- Blatner, A. y Blatner, A. (1988). *Foundations of Psychodrama: History, Theory and Practice*. Nueva York, Estados Unidos: Springer.
- Bleger, J. (1983). *Psicología de la Conducta*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

- Bustos, D. (1975). *Psicoterapia Psicodramática*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Bustos, D. (1985). *Nuevos Rumbos en Psicoterapia Psicodramática* (pp. 40-57). La Plata, Estados Unidos: Editorial Momento.
- Bustos, D. (1991). Libertad y esclavitud. *Vínculos*, 3, 13-34.
- Bustos, D. (1992). Ejemplo del manejo de la relación transferencial, en una sesión de psicodrama individual. En autor, *El Psicodrama. Aplicaciones de la técnica psicodramática*. Buenos Aires, Argentina: Plus Ultra.
- Bustos, D. (2007). *Manual de Psicodrama en la Psicoterapia y en la Educación*. Buenos Aires, Argentina: RV Ediciones.
- Carnabucci, K. y Ciottola, L. (2013). *Healing Eating Disorders with psychodrama and other action methods. Beyond the silence and the Fury*. Londres, Reino Unido: Jessica Kingsley Publishers.
- Casson, J. (2004). *Drama, Psychotherapy and Psychosis. Dramatherapy and Psychodrama with people who hear voices*. Nueva York, Estados Unidos: Routledge.
- Castello de Almeida, W. (2012). *Rodapes psicodramáticos. Subídios para ampliar a leitura de J. L. Moreno*. Sao Paulo, Brasil: Agora.
- Coleman, B. (2011). The Willingness Exercise Structural Psychodrama. *The journal of Psychodrama, Sociometry and Group Psychotherapy*, 60(1), 79-86.
- Cukier, R. (1995). *Psicodrama Bipessoal. Sua técnica, seu terapeuta e seu paciente*. Sao Paulo, Brasil: Ágora.
- Cukier, R. (1998). Eu te odeio... Por favor não me abandones! O paciente borderline e o psicodrama. En AUTOR, *Sobrevivencia emocional. As dores do infancia revividas no drama adulto*. Sao Paulo, Brasil: Ed. Ágora.
- Cukier, R. y Herranz, T. (1997). Cuando Narciso descubrió la vida. *I Congreso Iberoamericano de Psicodrama*, (pp. 573-601). Salamanca, España: Instituto de Estudios de Iberoamerica y Portugal.
- Fonagy, P., Luyten, P. y Allison, E. (2015a). Epistemic petrification and the restoration of epistemic trust: A new conceptualization of borderline personality disorder and its psychological treatment. *Journal of personality Disorders*, 29, 575-609. <https://doi.org/10.1521/pedi.2015.29.5.575>
- Fonagy, P., Luyten, P. y Allison, E. (2015b). Traslattion: Mentalizing as treatment target in borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research and treatment*, 6, 380-392. <https://doi.org/10.1037/per0000113>
- Fonseca, J. (1980). *Psicodrama da loucura. Correlações entre Buber e Moreno*. Sao Paulo, Brasil: Agora.
- Fonseca, J. (1999). Revisitando Moreno (1974-1992). En *Psicoterapia da relação. Elementos de psicodrama contemporâneo*, (pp. 261-289). Sao Paulo, Brasil: Ágora.
- Gunderson, J. G., Fruzzetti, A., Brandon, U. y Choi-Kain, L. (2018). Competing theories of borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*, 32(2) 148-167. <https://doi.org/10.1521/pedi.2018.32.2.148>
- Herranz, T. (1990). Psicodrama individual y bipersonal. Aspectos teóricos y metodológicos. *Vínculos*, 1, 47-102.
- Herranz, T. (1991). Psicodrama Bipersonal. Aspectos Clínicos. Etiopatogenia vincular del fenómeno masoquista en la mujer. *Vínculos*, 2, 37-68.
- Herranz, T. (1992a). Procesos, estructuras y emociones en psicodrama. *Vínculos*, 6, 19-32.
- Herranz, T. (1992b). Tu circularidad y la nuestra. *Informaciones psiquiátricas*, 126-127, 400-495.
- Herranz, T. (1993). Psicodrama bipersonal y personalidades masoquistas: el significado de las crisis de angustia y la sexualidad perversa. *Informaciones psiquiátricas*, 132, (2º Trimestre), 41-64.
- Herranz, T. (1995). Cartas a Daniel. *Informaciones Psiquiátricas*, 140, (2º Trimestre), 251-256.
- Herranz, T. (1996). Trastornos narcisista y borderline: Una frontera permeable. *Revista Brasileira de Psicodrama*, 4, (fascículo II), 49-60.
- Herranz, T. (1997). Las escenas deseadas del terapeuta. *I Congreso Iberoamericano de Psicodrama*, (pp. 651-661). Salamanca, España: Instituto de Estudios de Iberoamerica y Portugal.
- Herranz, T. (1998). ¿Psicoterapia individual y/o sistémica? *Mosaico*, 13, 16-18.
- Herranz, T. (1999a). Estrategias de intervención en situaciones de riesgo para la vida del paciente. En Autor, *Psicoterapia Psicodramática Individual*, (pp. 179-192). Bilbao, España: Desclee de Brouwer.
- Herranz, T. (1999b). *Psicoterapia Psicodramática Individual*. Madrid, España: DDB.

- Herranz, T. (1999c). ¿Qué psicodrama sobrevivirá? En *Psicodrama y otras psicoterapias*, (pp. 139-158). Barcelona: Libro de Actas XV Reunión Nacional de la Asociación Española de Psicodrama.
- Herranz, T. (2000). *Integrações: Psicoterapia psicodramática individual e Bipessoal*. Sao Paulo, Brasil: Agora.
- Herranz, T. (2001a). La formulación de un deseo desde una posición de encuentro. En T. Herranz, *Psicodrama y Salud*, 277-289.
- Herranz, T. (2001b). *Psicodrama y salud*. Madrid, España: Universidad Pontificia de Comillas.
- Herranz, T. (2004a). Psicodrama Bipersonal. En T. Herranz, *Psicodrama Clínico, Teoría y Técnica*, 41-77. Madrid, España: Ciencias Sociales.
- Herranz, T. (2004b). Psicodrama en los trastornos narcisistas y borderline. En T. Herranz, *Psicodrama Clínico, Teoría y Técnica*, 159-177. Madrid, España: Ciencias Sociales.
- Herranz, T. (2008). Lo psicodramma bipersonale. Modi e tecniche secondo un approccio pragmatico ma aperto a suggestione psicodeinamiche. *Psicodramma classico. Quaderni dell'associazione italiana psicodrammatisti moreniani*, Anno X, (12), Noviembre, 21-42.
- Herranz, T. (2011). El Cambio en Psicoterapia Psicodramática: De la Acción a la Reparación. *Revista Clínica Contemporánea*, 2, 57-72. <https://doi.org/10.5093/cc2011v2n1a5>
- Herranz, T. (2012). El final de un principio: un modo de pensar y hacer psicodrama. *Revista de Psicoterapia y Psicodrama*, 1, 77-87.
- Herranz, T. (2017). Una teoría interpersonal: un mapa para el trabajo personal. En T. Herranz, *Manual de trabajo personal para terapeutas de familia*, pp. 53-75. Madrid, España: Psimática.
- Herranz, T., Silva, L. y Herranz, M. (2014). *Psicoterapia con niños y psicodrama: la cura por la Alegría*. Madrid, España: Síntesis.
- Hudgins, M. K. (1998). Experiential psychodrama with sexual trauma. En L. S. Greenberg, J. C. Watson y G. Lietaer (Eds), *Handbook of experiential psychotherapy* (pp.328-348). Nueva York Guilford Press.
- Hudgins, M. K. (2002). *Experiential Treatment for PTSD*. Nueva York, NY, Estados Unidos: Springer Publishing Company.
- Hudgins, M. K. y Kellermann, P. F. (2000). Introduction. En P. F. Kellermann y M. K. Hudgins (Eds.), *Psychodrama with trauma survivors: Acting out your pain* (pp 11-22). Londres, Reino Unido: Jessica Kingley Publishers.
- Hudgins, M. K. y Kipper, D. A. (1998). Introduction: Action methods in the treatment of trauma survivors. *The International Journal of Action Methods*, 51(2), 43-46.
- Joiner, T. E., Kimberly, A., Van Orden, Witte, T. K. y Rudd, D. (2009). *The interpersonal theory of suicide. Guidance for working with suicidal clients*. Washington, Estados Unidos: American Psychological Association.
- Kernberg, O. (1967). Borderline personality organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15, 641-685. <https://doi.org/10.1177/000306516701500309>
- Kipper, D. A. (1986). *Psychotherapy Through Clinical Role Playing*. Nueva York, Estados Unidos: Brunner Mazel Publishers.
- Kruger, R. T. (Agosto, 2009). *Why learning to play is important: an up to date "disorder specific psychotherapy" for people with psychosis according to Moreno*. Ponencia presentada en the IAGP congress, Roma.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Nueva York, NY, Estados Unidos: Guilford Press.
- Marineau, R. F. (1989). *Jacob Levi Moreno 1889-1974*. Londres, Reino Unido: Tavistock.
- McDonald, J. (2009). From One-to-One Psychodrama to Large Group Socio-Psychodrama: More Writings from the Arena of Brazilian Psychodrama [Book Review]. *Australian and Aotearoa New Zealand Psychodrama Association Journal*, 18, 100-102.
- Mascarenhas, P. H. (1996). El «psicodrama de Adolfo Hitler», un paradigma de grupo, y su relación con la multiplicación dramática, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XVI, (58), 285-288.
- Moreno, J. L. (1964). The third psychiatric revolution and the scope of psychodrama. *Group psychotherapy, A quarterly journal*, XVII, 149-172.

- Moreno, J. L. (1966). *Psicoterapia de grupo y psicodrama: introducción a la teórica y la praxis*. Mexico: F.C.E.
- Moreno, J. L. (1983). Psicodrama de Adolf Hitler, en *Fundamentos do Psicodrama*. Sao Paulo: Summus, 207-220.
- Moreno, Z. T. (2004). Foreword. En J. Casson (Ed.), *Drama, Psychotherapy and Psychosis*, (pp. xi-xiii). Hove, Reino Unido : Brunner-Routledge.
- Moreno, Z. T. y Moreno, J. D. (1984). The psychodramatic model of Madness. *Journal of the British Psychodrama Association*, 1, (1), 24-34.
- Nacht, S. (1967). *La presencia del psicoanalista*. Buenos Aires: Proteo, Biblioteca Persona y Sociedad Buenos Aires. Recuperado de <http://www.elpsicoanalistalector.com>
- Napier, A. y Chesner, A. (2014). Psychodrama and Mentalization: Loosening the illusion of a Fixed Reality. En P. Holmes, M. Farrall y K. Kirk (Eds.), *Empowering Therapeutic Practice. Integrating Psychodrama in other therapies*, (pp 35-60). Londres, Reino Unido: Jessica Kingsley Publishers.
- Pichón Riviére, E (1977). *La psiquiatría, una nueva problemática. Del psicoanálisis a la psicología social*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Vision.
- Ogden, P., Pain, C., Fisher, J. (2006). A Sensorimotor Approach to the Treatment of Trauma and Dissociation. *Psychiatric Clinics of North America*, 29, 263-279. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2005.10.012>
- Roth, A. y Fonagy, P. (1996). *Whats works for Whom? A critical review of psychotherapy Research*. Nueva York, NY, Estados Unidos: Guilford Press.
- Salles, Gonçalves, C. Wolff y J. R., Castello de Almeida, W. (1988). *Lições de Psicodrama. Introdução ao pensamento de J. L Moreno*. Sao Paulo, Barsil: Agora.
- Van der kolk, B. A., Van der Hart, O. y Marmar, C. R. (1996). Dissociation and information processing in post-traumatic stress disorder. En B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane y L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body and society* (pp.303-327). Nueva York. Estados Unidos: Guildford Press.
- Villamarín, S. Castilla, C. de Vicent, A. y Berdullas, S. (2018). El suicidio, un problema silenciado. *Infocop*, 31, 3-8.