

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PSICODRAMA

FUNDADA EN 1984

MIEMBRO DE LA ASOCIACIÓN INTERNACIONAL DE PSICOTERAPIA DE GRUPOS (I.A.G.P.)

LA HOJA DE PSICODRAMA

BOLETÍN INFORMATIVO DE LA AEP

Julio/Agosto 1.995

Año 3 N°12

SUMARIO

COMENTARIO. (PAG.2)

----- 00 -----

PÁGINA DEL PRESIDENTE. (PAG.3-4)

----- 00 -----

EL HUEQUITO DELIRANTE (PAG.5)

----- 00 -----

I ENCUENTRO IBEROAMERICANO DE PSICODRAMA (PAG.6)

----- 00 -----

EL TABLÓN

SECCIÓN INTERNACIONAL DE PSICODRAMA DE LA IAGP (PAG.7-8)

COMPARTIENDO LA EXPERIENCIA (PAG.9-12)

----- 00 -----

PSICOTERAPIA PSICODRAMÁTICA MORERIANA.

POR Dr. JÖRG BURMEISTER

COORDINADOR: DR. JOSÉ M^a LÓPEZ SÁNCHEZ (PAG.13-24)

----- 00 -----

LA ACREDITACION DE PSICOTERAPEUTA EN ESPAÑA Y EUROPA.

POR JOSE ANTONIO ESPINA BARRIO (PAG.25-31)

Editado por el Director de Publicaciones de la AEP Danilo Ubri, C/Bravo Murillo, 81-6ºD, 28003 MADRID. Telf: (91) 534.93.50

COMENTARIO

La publicación del libro de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas constituye una buena fuente para consulta de la situación de los psicoterapeutas españoles en los aspectos asociativos, de acreditación y formación, y viene a confirmar toda la información que durante los últimos tres años ofrecieron las directivas de las asociaciones a sus respectivos miembros, y a descartar aquellas infundadas, inexactas y confusas que circularon en su día.

El contenido de este primer documento público de la FEAP deja constancia de su formalización institucional con su acta fundacional, sus estatutos, su junta directiva, sus asociaciones miembro, las que están en trámite, y su reglamento de admisión.

En sucesivas ediciones la FEAP "promete la del Registro Nacional de Psicoterapeutas y los Documentos de las Secciones que se constituyan para cada una de las orientaciones científico-profesionales de la Psicoterapia".

El libro se distribuyó entre las asociaciones federadas para que le llegara a cada socio; la AEP la repartió conjuntamente con el último Boletín.

Es necesaria esta documentación como referente de información, de guía y de marco legal que regule nuestra actividad de psicoterapeuta, así como también es importante que se difunda a todos los asociados el mayor conocimiento no sólo de la FEAP sino de las demás federaciones de países de la Unión Europea que forman la Asociación Europea para la Psicoterapia (EAP).

Nuestro presidente, que tiene un lugar privilegiado para la información y nos privilegia transmitiéndonosla, ha organizado la documentación de la FEAP antes que saliera su libro, y ha elaborado un trabajo para la Asociación Castellano-Leonesa de Salud Mental, dependiente de la AEN, para un congreso en Valladolid, en el que recoge la historia de la FEAP y el panorama general de las federaciones europeas.

Consideramos oportuno incluirlo en La Hoja como documento también de referencia que viene a completar al del libro de la FEAP. Además, en su sección "Página del Presidente" ofrece noticias frescas de las asociaciones europeas que sirven de complemento de este trabajo.

Por otra parte, aparece en este número un manuscrito sobre Psicoterapia Psicodramática Moreniana, del Dr. Jörg Burmeister, psiquiatra suizo, que a nuestro entender muestra su trabajo de psicoterapeuta psicodramatista con formación en clínica fenomenológica y en la dinámica intrapsíquica, en la teoría sistémica y en la de Psicodrama (como cualquiera de nosotros que se lo ha currado o se lo esté currando), con la posición terapéutica predominante en la teoría del Psicodrama Moreniano, en la que integra los demás conocimientos a ésta.

Queremos con esto último que cunda el ejemplo de lo que a nuestro juicio requiere la FEAP para la formación de los psicoterapeutas psicodramatistas.

EL EDITOR

PAGINA DEL PRESIDENTE

Queridas/os socias/os:

Al volver de vacaciones y a punto de salir para Buenos Aires, me encuentro con que las noticias sobre Psicodrama no entienden de descansos y encuentro mi mesa llena de cartas y noticias que transmitiros.

El sueño de realizar un Encuentro Iberoamericano, organizado en forma de red con todas las Asociaciones, Federaciones, nacionales o internacionales que quieran colaborar, ha empezado a circular con fuerza en ambos lados del Atlántico. Como me sugiere Roberto Inocencio, seguiré con capacidad, perseverancia y fe en este sueño y mi anhelo es que se contagie a todos vosotros hasta que sea una realidad. Es una empresa difícil, pero no imposible, que requiere su tiempo para organizarla. De momento tengo preparado un borrador de contrato que intentaré se difunda lo más ampliamente posible, para ello cuento con vuestra colaboración, por lo que sale en este número de la revista. La tarea es ingente y la coincidencia de fechas con otras reuniones internacionales ha hecho prudente el posponer unos meses el Encuentro Iberoamericano que se celebrará en la primavera-verano de 1997.

El 21, 22 y 23 de Junio de 1996 tendremos nuestra XII Reunión que se celebrará en el Hotel Rias Altas, Sta. Cristina de la Coruña y será coordinada por Marisol Filgueira Bouza, desde aquí animo a todos los socios gallegos a colaborar en su preparación, ya que la realizada en Santiago de Compostela fue una organización modélica. El Título de la Ponencia es Diversas Culturas, una misma Escena y el coordinador científico es Francisco Delgado, por lo que se trata de un Encuentro preparatorio del Encuentro Iberoamericano, donde podemos analizar la diversidad de culturas de las diferentes nacionalidades. La fecha probable será a finales de Junio de 1996, para no coincidir con la Reunión de la Sociedade Portuguesa que será a mediados de Mayo en el Norte de Portugal.

Los III Talleres de Psicodrama, "Compartiendo la Experiencia", son ya una realidad y se celebrarán en Bakio (Vizcaya) del 29 de Septiembre al 1 de Octubre de 1995. Contamos con todos vosotros ya que es el mejor comienzo del curso.

En el orden internacional hay una serie de noticias interesantes. David Kipper me

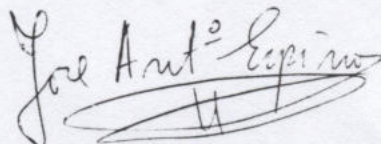
informa que hemos sido 80 los fundadores de la Sección Internacional de Psicodrama de la IAGP. Ha publicado una hoja, mucho más modesta que la nuestra, que acompaño para su difusión. A los miembros de la IAGP les animo a apuntarse a la Sección de Psicodrama, que celebrará, en el Congreso de la IAGP, dos mitines conjuntos con las otras dos, Psicoterapia de Grupo y Psicoterapia de Familia, en un ejemplo claro de integración dentro del respeto por las diferencias.

Otra noticia es que nuestra publicación de Informaciones Psiquiátricas ha salido en el Year Book of Group Psychotherapy 1993, lo que es un motivo de orgullo para todos nosotros.

El panorama europeo se encuentra un tanto dividido. En La Hoja anterior os proporcioné información sobre el Congreso Mundial de Psicoterapia organizado en Viena en Julio de 1996. Creía que la FEAP y la EAP se encontraban tras este evento. En realidad es la EAP quien organiza este "tinglado", pero es la EAP austriaca, que con las mismas siglas se creó hace unos años en Austria y que en Zurich, el 25 de Junio de 1995 ha creado a toda prisa un World Council for Psychotherapy (WCP), el cual trata de lanzar en este Congreso Mundial con el apoyo del escaparate de la ciudad de Viena. Creo que dicha EAP no tiene nada que ver con la EAP creada en los Países Bajos y que una vez más hablan de intereses de poder en vez de intereses conjuntos de realzar la profesion de Psicoterapeuta. Con esto aclaro provisionalmente la confusión y no desanimo a quien desee acudir a Viena, porque a la larga tendrán que unirse. Este asunto lo conozco por la documentación que la segunda EAP ha remitido a los directivos de la FEAP y que ahora os trasmito. En cuanto a la AEP creo que nuestra pertenencia a la IAGP y FEAP es suficiente y basta esperar para ver como se clarifica el patio entre las dos europeas.

Finalmente quiero felicitar a todos los participantes en esta Hoja porque están dando vida y cuerpo a un sueño con sus artículos, colaboraciones, informaciones, secciones, etc. De esta manera, poco a poco, La Hoja se engrosa y los socios tienen un ámbito abierto de comunicación.

Espero veros en los III Talleres en Bakio, hasta entonces un fuerte abrazo.



José Antonio Espina Barrio

Valladolid a 17 de agosto de 1995.

EL HUEQUITO DELIRANTE

Agradezco a Teo haber creado este huequito para compartir delirios que están presentes en nuestras relaciones interpersonales. Quiero agradecer y responder el artículo de D. Caronte de la Barca, buen amigo poeta. La razón por la cual no firmo el comentario que encabeza esta Hoja, tiene su origen en aquel día que narraste el encuentro fortuito y mitológico entre la diosa Irache y el príncipe de las tinieblas en la que éste le recitaba poesía como tuyas aparecidas en los libros anónimos y lo enviaron a tomar vientos por no saber que a pesar de que las ideas no tienen dueño la poesía sí, ya que la métrica, la música que tiene y el poder de síntesis sólo las puede escribir alguien que tiene un santo y seña para hablar con las estrellas. Cuando me contaba esta anécdota camino de la calle Topete, buscando una bebida espirituosa que quita todos los males, entre ellos olvidar esa historia que fue motivo de tu cambio de nombre y de residencia, me confiaba tu decepción por la falta de respeto a los poetas. Fue entonces que escandalizado decidiste mudarte de la sierra a un lugar sin horizonte, frente al mar, y que en vez de Victor el pagador de promesas ajenas como se te conocía en el norte, cambiaste por el actual que se puede estirar entre el cielo y el mar. Aquel mismo día fue cuando descubriste las chuletas de sajonia y me llevaste a ese lugar más allá de Pan Bendito, donde conociste a Pilar tu musa actual, y me explicaste la naturaleza de aquella ciudad dormitorio (donde Teo quería celebrar un encuentro) “con sus arbustos de la familia de las rosáceas, con tallos sarmentosos, arqueados en las puntas y de cuatro a cinco metros de largo, con cinco aristas y con agujones fuertes y ganchosos, hojas divididas en cinco hojuelas elípticas, aserradas, lampiñas por el haz y lanuginosas por el envés, con flores blancas o roseas en racimos terminales, y cuyo nombre viene de sarza...”. No recuerdo el nombre del sitio, pero estoy seguro que está antes de llegar a Leganés. Allí aprendí que los poetas de escapatate ponen su firma en todas las páginas que escriben porque no le basta con la del encabezamiento.

Danilo Ubri Acevedo

I ENCUENTRO IBEROAMERICANO DE PSICODRAMA

MADRID, 1997

La Asociación convocante (Asociación Española de Psicodrama) y la Asociación o Federación convocada abajo firmantes, suscriben el presente acuerdo de coorganización del I Encuentro Iberoamericano de Psicodrama, a celebrar en Madrid en 1997, que se regirá bajo las siguientes cláusulas:

1- Ambas organizaciones se corresponsabilizan de la organización del citado Encuentro de forma paritaria con aquellas otras Asociaciones que lo firmen, ya que la organización se hará en forma de red con aquellas Asociaciones que suscriban el presente acuerdo.

2- La organización convocada además de firmar el presente acuerdo ingresará en la cuenta de la organización la cantidad de 1.000 dólares convertibles en pesetas.

3- La organización convocada podrá elegir una ponencia y un coordinador científico de la misma o podrá participar en las ya existentes. En todo caso se comprometerá a nombrar dos ponentes invitados que participarán en el Encuentro. Los gastos de viaje correrán por cuenta de la organización convocada. El Comité Organizador les proporcionará alojamiento gratuito. Para los ponentes invitados de América, el Comité Organizador intentará conseguir subvenciones para el viaje, las cuales, si se consiguen, se prorratearán entre las Asociaciones coorganizadoras que envíen sus ponentes desde dicho continente.

4- La organización convocada deberá elegir un socio con funciones específicas en el Comité de Organización. Su función general será la de solicitar subvenciones de las instituciones públicas o privadas que deseen participar en la realización del evento. Estará al día de los presupuestos financieros del congreso, cuyo resultado, superavit o pérdidas, será repartido a partes iguales entre las Asociaciones organizadoras; por lo tanto tendrá voz y voto en el Comité Organizador. Si la Asociación convocada reside en la Península Ibérica, el socio nombrado participará con funciones concretas en el Comité Organizador; por lo cual se sugiere que resida en el lugar de la Reunión, ya que tendrá funciones directas en la organización del Encuentro.

5- A efectos de organización, el citado acuerdo será remitido a la Coordinadora de la Reunión, D^a ELISA LÓPEZ BARBERÁ, c/ San Martín de Porres, 12, B, Dcha. O - B, 28035 MADRID, Tfno: (9)1-3164216, Fax: (9)1-3164727s, y será efectivo cuando la organización convocada realice su ingreso en la cc/ de la Reunión, que será especificada por la organización, y nombre el miembro del Comité Organizador. En ese momento la organización convocada pasa a ser convocante por lo que se le envía una copia del citado acuerdo para que lo extienda a asociaciones o entidades profesionales sin ánimo de lucro que puedan interesarse en coorganizar el Encuentro.

Jose Ant^o Gypine

Fecha:

Organización Convocante
Pte AEP.

Organización Convocada

EL TABLON



IAGP PSYCHODRAMA SECTION NEWS

**BUENOS AIRES
HERE WE COME!**

The 12th International Congress of the International Association of Group Psychotherapy (IAGP) will be held next month, August 17 through September 1, 1995, in Buenos Aires, Argentina. The congress provides an opportunity to meet friends and colleagues we may have not seen since our 1992 International Congress held in Montreal, Quebec, Canada. There is still time to register for those who make plans at the last minute. Dr. Mirna Roth is the Argentinean Coordinator for Foreign Relations, Dr. Janine Puget is the President. Please write to them at 2475 Paraguay St., Buenos Aires, Argentina Tel: 54 (1) 961-3445, Fax: 54 (1) 963-5075. Aerolineas Argentinas is the official carrier for the congress. For hotel reservations and other arrangements, contact Mr. Juan Carlos Escudero, the coordinator for Empresa De Viajes Y Turismo; Leg. 2442 Res. 1089/1 Tucuman 540-19 Piso. Of. E.Y.F (1049) Buenos Aires, Argentina. Tel: 325- 803/ 3821/ 3737 Fax: 326-2848.

The theme of the Congress is: *Groups On The Threshold Of A New Century*. The congress will open with an inauguration ceremony on Sunday, August 27th at 18:00 hrs. The closing event will be held on Friday, September 1, at 17:00 hrs.

Among the many exciting features promised for the congress, two will be of

special interest to psychodramatists. This is the first time that the International Psychodrama Section (IPS) will have its own mini-program. For more information see the next article, below.

Psychodrama is very popular in many Latin American countries. Some of the largest psychodrama associations are in countries such as Argentina and Brazil. The 12th International Congress of IAGP offers a marvelous opportunity to meet many of our psychodrama colleagues from this part of the world. See you in Buenos Aires!

**THE PSYCHODRAMA SECTION
PROGRAM AT THE CONGRESS**

By David A. Kipper, Ph. D.

The psychodrama presentations at the congress will include many lectures and workshops by psychodramatists from all over the world. In addition, the IPS: the Psychodrama Section will have its own program which includes the following:

1. A Workshop conducted by **Zerka T. Moreno**. This program is for members of the IPS.
2. Members meeting to discuss issues concerning the programs our section ought to develop, and plans for membership recruitment.

There will also be a joint-sections symposium involving the three current IAGP Sections in existence.

EL TABLON

IPS

Continue from page 1.

The general theme of the symposium is: *Intimacy And Spontaneity In Group Psychotherapy*. The three presenters will be Dr. Malcolm Pines (Group Analysis, UK), Dr. Dalmiro Bustos (Psychodrama, Argentina) and Dr. Giulianna Prata (Family Therapy, Italy). The symposium is co-sponsored by the three sections, and it represents an attempt to foster an exchange of views; a mutual learning experience recognizing the importance of different theoretical approaches.

We have heard from many corners a call for moving towards a *pluralistic outlook* in group psychotherapy. The joint-symposium was developed in this spirit. Also it signals that the various approaches represented by the three IAGP Sections, are all parts of one whole.

The symposium will be chaired by three co-chairs each being a co-chair of one of the sections. These are Drs. Susana Bullrich (FT, USA) Juan Campos (GA, Spain) and David. Kipper (IPS, USA). The symposium is open to all.

AROUND THE WORLD

[We apologize to the many colleagues whose activities and accomplishments deserve to appear in this column. The few mentioned here were selected at random from the unsolicited formation we happened to receive. In the future we will try to do justice to many more.]

We heard that... Dr. Hun Jin Choi (Korea) is organizing a Korean Society of Group Psychotherapy and Psychodrama KSGPP. There are over 150 professionals practicing psychodrama in Korea. Any help will be appreciated..... **The Israel Psychodrama Association** was voted as an IAGP organization member... Congratulations! **Marcia Karp** (UK) was nominated to the

new IAGP Board ...Dr. Göran Högberg (Sweden) continues with his training program of Russian and Bulgarian psychodramatists and the **Moreno Institute** and Dr. **Grete A. Leutz** (Germany) is also involved in such projects....Dr. **Gabor Pinter** (Hungary) is an active member of the IAGP Research Committee....Dr. **Pierre Fontaine** (Belgium) and Dr. **Anne Ancelin Schutzenberger** (France) are active in EsCOPE; the European study group for psychodrama training programs. ESCoPE members met in June 1995...Dr. **Galabina Tarashoeva Marinova** (Bulgaria) heads the Orpheus psychodrama center in Sofia, Bulgaria, which hosted psychodrama trainer **Sue Daniel** (Australia). Two psychodrama books were published in Russian. One was the psychodrama book by Dr. **David Kipper** (USA) which appeared in 1993 and one by Dr. **Grete Leutz** (Germany) which was published last year...Dr. **James Sacks** (USA) published a comprehensive psychodrama bibliography (from inception to date) of articles in English.

IN MEMORIAM: We are deeply saddened by the death of three IPS founding members: **Mr. Michael J. Watson** (UK), **Dr. Marianne Schneider-Düker** (Germany), and **Dr. Leon J. Fine** (USA) passed away. We will miss them very much.

The INTERNATIONAL
is published by the IAGP Psychodrama
Section,
David A. Kipper, Ph.D. Editor.
Correspondence, should be addressed to the
Editor c/o
**ACTION METHODS ASSOCIATES,
Ltd.**
444 North Michigan Avenue, Suite 810
Chicago, Illinois 60611, USA.
Tel: 312/ 464-9292 Fax: 312/ 464-1137

EL TABLON

"COMPARTIENDO
LA
EXPERIENCIA"

III TALLERES DE PSICODRAMA

PRE-PROGRAMA

29 y 30 de Septiembre
y 1 de Octubre de 1995

HOSTERIA DEL SEÑORIO DE BIZKAIA

BAKIO, VIZCAYA

ORGANIZA:

ASOCIACION ESPAÑOLA DE PSICODRAMA

EL TABLON

III TALLERES DE PSICODRAMA
"COMPARTIENDO LA EXPERIENCIA"

PRESENTACION

Después del verano y antes de meternos en la aboráGINE del trabajo, del curso escolar... podemos disfrutar unos días más de vacaciones y al mismo tiempo encontrarnos y *compartir la experiencia* en estos talleres que hemos organizado.

El lugar elegido para el encuentro es un pueblecito ubicado en la costa vasca, Bakio. Este litoral cuenta con una playa caracterizada por la bravura de su mar y por su entorno natural (Cabo Matxitxako, Isla de Izaro, San Juan de Gastelugatxe...), del cual todos los vizcaínos nos sentimos muy orgullosos. El pueblo está enclavado en un valle, cuyos bosques y verdes prados sugieren largos paseos, sin olvidar la zona del puerto para el descanso y el disfrute del famoso txakoli y la gastronomía vasca.

Los talleres se realizarán en la Casa de Cultura del Ayuntamiento. Nos alojaremos en la Hostería del Señorío de Bizkaia; un antiguo palacete vasco situado entre jardines y cerca de la playa.

NOS VEMOS EN BAKIO!!

EL TABLON

PROGRAMA

VIERNES, 29 de Septiembre

- 18.00 h. Acogida.
18.30 h. Taller: *Título a determinar.*
Pablo Población Knappe.

SABADO, 30 de Septiembre

- 10.00 h. Taller: "¿Qué pasa con tu cuerpo?"
Asunción Raposo Rodríguez.
Consuelo Carballal Balsa.
12.00 h. Descanso.
12.30 h. Taller: "*La Barbería*"
Mario Arnaldos Payá.
Jose Luis Molino Contreras.
14.30 h. Comida.
16.00 h. Taller: *Título a determinar.*
Elisa López Barberá.
18.00 h. Descanso.
18.30 h. Actividad a determinar grupalmente.
20.30 h. Cena.

EL TABLON

PROGRAMA

DOMINGO, 1 de Octubre

- 10.00 h. Taller: *"Siempre fue y siempre es teatro espontáneo"*
Angela Reñones García.
- 13.00 h. Comida.
- 15.00 h. **Procesamiento Grupal.**
- 18.00 h. **"DESPEDIDA Y CIERRE"**

INSCRIPCIONES

Las plazas de asistentes son limitadas hasta un **máximo de 35 personas**. Se realizarán las reservas por riguroso orden de inscripción.

El precio es de **25.000 ptas**. Los socios cuentan con una subvención de la **A.E.P. de 5.000 ptas**.

La matrícula incluye:

- * Cena y alojamiento del viernes día 29.
- * Alojamiento, desayuno, comida y cena del día 30.
- * Desayuno y comida del día 1.
- * Coffee-break.

PSICOTERAPIA PSICODRAMATICA MORENIANA

Dr. Jörg Burmeister (Psiquiatra; Kreuzlingen, Suiza)

Unidad de Docencia y Psicoterapia (4 de Junio de 1992).

Seminario nº 591. GRANADA (coordinador: Dr. José M^a López Sánchez)

Este manuscrito recopila y refleja brevemente algunas de las ideas básicas concernientes al Psicodrama clásico moreniano de mi trabajo terapéutico, concretizándolas a través de ejemplos de la practica clínica. Estas ideas elegidas se alimentan tanto de la obra de JL. Moreno como de uno de sus discípulos más eminentes dentro de los países de habla alemana, representados por G. Leutz, antigua presidente de la IAGP y directora del Instituto Moreno en Alemania, y por H. Petzold, profesor de la Universidad Libre de Amsterdam y uno de los fundadores del Instituto F. Pearls en Alemania.

La forma abierta de su presentación alrededor de palabras claves quiere invitar a la formulación de preguntas, a la profundización y a la matización del tema y a un diálogo. Aunque voy describiendo a veces efectos llamativos y éxitos terapéuticos considerables es lógico que el método en sí no engendre siempre estos resultados positivos. También abordaré brevemente los peligros del uso del Psicodrama clásico moreniano, según mi punto de vista.

Moreno, un judío de procedencia rumana, promovió -según sus propias palabras- la tercera revolución psíquica. Esa tercera revolución, después de Pinel y Freud, se centra en el significado sobresaliente del **aspecto internacional** para percibir, entender y ayudar adecuadamente a un ser humano considerado y apreciado solo a través de más vínculos psíquico-sociales.

Después del desafío para el hombre ilustrado renacentista y racional de liberar a la locura, y de hecho a la vez de este contrabando escindido e inadmisibile para su propia imagen, y de verse confrontado con el mundo oscuro e incontrolable de su inconsciencia, le escandaliza finalmente la idea de depender de los demás cobrando y salvaguardando su identidad sólo mediante el intercambio con su entorno psicosocial.

Esta ha sido la contribución clave de Moreno a la psicoterapia y ha podido abrirse paso a muchas escuelas terapéuticas de la actualidad haciéndose patente también en la importancia extraordinaria que reviste el grupo en la terapia psicodramática.

En el año 1914 en su obra prematura: "Invitación a un encuentro", Moreno formula otro concepto básico del Psicodrama, el denominado concepto de "Lage" o situación alegando tres preguntas decisivas para el desarrollo del proceso terapéutico ¿en qué consiste la situación / cómo se ha originado / y cómo se sale de ella? Ya se hace palpable también aquí el predominio de un análisis internacional en vez de un análisis intrapsíquico, ampliando el enfoque del trabajo terapéutico sin renunciar totalmente al estudio de fenómenos intrapsíquicos del individuo.

El proceso terapéutico dentro de la representación espontánea y escénica de conflictos intrapsíquicos o interhumanos que proporciona el Psicodrama suele discurrir por diferentes fases. Con respecto al individuo, dice Moreno que "el Psicodrama traslada, gracias a la ayuda del paciente, los acontecimientos intrapsíquicos al mundo exterior para objetivarlos en un universo palpable y controlable. Después de terminar esta fase de objetivación englobando al encuentro del protagonista consigo mismo, empieza otra fase de reorganización y reintegración de lo que fue objetivado". A raíz de este proceso, Moreno estableció el concepto del **encuentro**, otra entidad básica del Psicodrama ("Encounter or alienation - the basic question of Psychodrama-therapy", intervención de G. Leutz en 1989 en el X congreso del IAGP). Encuentro consigo mismo, con el otro, con los miembros del grupo, con su mundo vivencial del pasado, del presente y de un posible futuro. Encuentro que puede dar lugar a la experiencia consciente de sus conflictos, de su situación y a la posibilidad de cambiarlo dentro de la textura existencial de compartir estas experiencias con el grupo, el terapeuta, etc.

Allí radica también la importancia de una de las técnicas fundamentales del Psicodrama: el cambio de rol, que origina una "crisis del encuentro", que contribuye a "liberarse de conservas de roles", de pautas entumecidas y estereotipadas para llegar "a través de la espontaneidad desinhibida a una acción creativa". Cabe puntualizar que esta acción siempre quedaría introducida en una estructura interdependiente caracterizada por una responsabilidad mutua sobre la cual debería vigilar el terapeuta. Pero también el protagonista/paciente adquiere aquí el papel de su propio explorador, el que guía su drama, invitado a autoresponsabilizarse de su solución ("always be guided by the protagonist", Moreno). Eso podría significar ya un primer paso importante dentro de la terapia, eximiéndose de ser un mero objeto de estudios, de la investigación o de la terapia. Porque en su sentido filosófico existencial, el **encuentro** conduce a abolir la oposición entre sujeto y objeto sustituyéndolo por una situación fundamental de ser.

Otra faceta clave del Psicodrama moreniano es su carácter lúdico, el poder creativo del juego que dispensa al protagonista en el momento de la representación de su realidad diaria y le transfiere a otra realidad. Esa acción lúdica se destaca por poder conmover al ser humano con su fascinación inherente sin comprometer necesariamente a la realidad cotidiana del jugador (participante). Como juego, el Psicodrama puede fomentar el desarrollo de facultades creativas que están bloqueadas en un plano convencional. Así el psicodrama pone en valor nuevas posibilidades terapéuticas y anticipa en sus fundamentos una buena parte de terapias innovativas. Prueba de esta afirmación es también la inserción fructífera de elementos del teatro, de la música y de la pintura, así como del trabajo corporal dentro de las sesiones del Psicodrama en la actualidad.

La representación casi teatral con un vocabulario emanado del mundo de las musas hace resurgir los conflictos interpersonales dentro de la realidad grupal con un protagonista en acción que, sin embargo, nunca pierde la conciencia de participar en un juego incluso si se trata de un psicótico. De esta manera el mundo del "como si" del Psicodrama puede crear un aspecto experimental idóneo para preparar o recuperar pasos importantes hasta entonces frenados por el desarrollo. Pero este carácter ficticio y simbólico también condiciona el control, tanto sobre la regresión, deshaciéndola con el término del juego, como sobre las transferencias que se disuelven al ceder los roles conferidos por el protagonista. Debido a enfocar la dependencia del hombre de sus relaciones interpersonales, Moreno introducía en 1932 la psicoterapia de grupo. Contiene la sociometría para la investigación empírica del tramo relacional interhumano y el psicodrama para

la terapia interaccional. Ya que el Psicodrama también resucita no sólo contenidos conscientes, sino también inconscientes, Moreno lo denominó como terapia **profunda del grupo**.

Las tres fases del Psicodrama terapéutico constan del calentamiento o **warming-up**, del juego propiamente dicho y de la fase terminal. En la primera fase se trata de engendrar una atmósfera de referencias mutuas para estimular al grupo y al futuro protagonista favoreciendo la confianza en el grupo en general. Después de la fase de la escenificación, los miembros del grupo abren la fase terminal al comunicar al protagonista experiencias propias similares a las expresadas por el protagonista para respaldarle emocionalmente. En el feedback o eco de los roles, los portadores de los roles dan a conocer las experiencias vividas dentro de los distintos roles para complementar la visión de la escena. En el análisis del proceso, también llamado **processing**, se pasa a reflexionar sobre las interacciones en el juego, así como sobre los contenidos inconscientes que se encuentran muchas veces ya accesibles con mayor facilidad en virtud del juego espontáneo. Quizá se establezca al final una idea dramática de fondo que ha originado e inspirado a la serie de escenas manifiestas del grupo coincidiendo con una pauta del desarrollo inconsciente o latente que queda aclarada durante el proceso. Con respecto a la primera fase, al **warming-up**, cabe señalar aún que la resistencia al juego está en relación directa con la espontaneidad del grupo que a su vez depende mucho de la confianza recíproca dentro del grupo, objetivo de esta fase.

Las tres técnicas primordiales del Psicodrama moreniano, el cambio de rol, el doble y el espejo, son de un valor terapéutico especial. Corresponden a estadios decisivos dentro de la teoría de la espontaneidad del desarrollo infantil de Moreno. El **cambio de rol** entre el protagonista y el antagonista es la única técnica imprescindible del Psicodrama. Garantiza por un lado la continuación de la escena sin intervenciones previas, el juego improvisado y gracias a ello un acceso directo a lo inconsciente (Moreno), por el otro lado posibilita la experiencia de la interacción a través de todos los roles intervinientes. Esta experiencia activa, emocional y racional del contexto social se convierte para el protagonista en una experiencia evidente que facilita la comprensión de lo ocurrido. En suma, el cambio de rol despliega un significado y un efecto extraordinario tanto a nivel de psicología profunda como de psicología social. El doble requiere y radica en una facultad empática alta cuando los egos-auxiliares o el terapeuta lo ejecuten. Adoptando la posición corporal del protagonista detrás de él, se trata de identificarse con él expresando lo que sucede en el interior del protagonista sin que él pueda articularlo. El protagonista por regla general sólo aprovecha los mensajes del doble si corresponden realmente a su experiencia propia. El doble puede conducir a un efecto catártico fuerte a otra escena. El **espejo** es la técnica de confrontación más importante del Psicodrama. Se repite una sección de la escena mientras que el protagonista se observa a sí mismo y su propia conducta desde un lugar separado de su sistema de interacción asignando previamente a un miembro del grupo su propio papel. De esta manera adquiere la posibilidad de estudiarse y estimarse a través de un espejo vivo provocando muchas veces la idea de cambio.

Otro punto clave en el manejo de las técnicas psicodramáticas en la fase diagnóstica y para evaluar el efecto terapéutico consiste en esclarecer los esquemas de interacción del protagonista con las personas relevantes de su entorno. Para este propósito se emplea la reconstrucción del átomo social del protagonista o con egos auxiliares o con objetos pequeños, como p.ej. monedas, en el trabajo monodramático. La distancia entre las personas u objetos refleja a menudo fielmente la distancia interna del protagonista hacia las personas u objetos. El

número de relaciones en total, la relación entre interacciones positivas, negativas o indiferentes, su distancia hacia el protagonista en el centro, la cohesión de las personas dentro del átomo social entre sí y la posición del átomo social con respecto a otros átomos sociales permite la clasificación del átomo social. A partir de estas dimensiones se puede estipular p.ej. la capacidad de aguantar y superar una crisis para un individuo ya que depende entre otras cosas, mucho del grado de cohesión de su red social.

Los dos casos clínicos que voy a presentar a continuación tratan de iluminar algunos de los conceptos teóricos antes expuestos. Entre 1986 y 1990 trabajé tanto en una unidad de psicoterapia como en una consulta regionalizada de atención psiquiatra ambulatoria del Kanton Thurgau de Suiza. Algunos de los diagnósticos más generalizados de mis pacientes de entonces fueron trastornos de índole narcisista o con un nivel de organización de la personalidad Borderline. El tema central de estos trastornos gira alrededor de un Yo mal delimitado a base de una experiencia de demasiada o demasiada poca limitación representada por los aspectos negadores de las relaciones primarias. Resulta una mala integración de impulsos/emociones arcaicos destructivos con un sentimiento de fondo de abandono y ser excluido. En la dinámica relacional el individuo vacila muchas veces entre la búsqueda de una cercanía paradisiaca ideal y el temor ante un rechazo sádico, con una tendencia a distanciarse. Requieren un abordaje terapéutico especial tanto en al Psicodrama como en otras formas de terapia. Aparte de las conceptos morenianos mencionados anteriormente. baso mi trabado terapéutico también en las aportaciones de la teoría relaciona del "self" y de los objetos (Kohut. Kernberg), en la teoría intersubjetiva (Stern. Benjamin) y en el concepto del espacio de transición de Winnicott.

La unidad psicoterapéutica del Kanton Thurgau se sirve de un concepto integrativo de psicoterapia cuya orientación es fundamentalmente analítica. No existe una separación total entre el espacio terapéutico y el real. integrando también ideas de la comunidad terapéutica. Las actividades terapéuticas engloban tanto a grupos analíticos, psicodramáticos, de psicopintura, terapia corporal y de música como a trabajo individual en los ámbitos citados que se complementa según la indicación con terapia de pareja o de familia. La coordinación de la terapia y la integración de las distintas experiencias concebidas por el equipo terapéutico corre a cargo del médico mayor La Unidad abarca a unos 12 pacientes y la duración de la estancia media oscila entre tres o doce meses.

En el encuentro con pacientes con trastornos pregenitales a nivel de relaciones con objetos parciales destaca a menudo en su discurso una habilidad en la expresión a través de la acción y simbólica, que contrasta con su verbalización deficitaria. Aparte de la génesis de los trastornos se manifiesta también aquí un aspecto sociológico ya que la mayoría de los pacientes procede de circunstancias sociales precarias y posee muchas veces sólo una formación escolar pobre. Partiendo de esta situación. el Psicodrama clásico moreniano que está anclado en procesos de acción y simbólicos crea condiciones idóneas para transformar imágenes presimbólicas nunca emergidas hasta la conciencia en una lengua simbólica verdadera por medio de crear una acción escénica trasladada al espacio psíquico exterior y perceptible visualmente.

Ejemplo de la terapia psicodramática clásica moreniana en el grupo. enfocada en un caso clínica.

HISTORIA CLÍNICA DE LA PACIENTE O

La paciente O ingresa después de un intento de suicidio a la unidad de agudos de la clínica psiquiátrica correspondiente por ideas de suicidio perseverantes. La crisis crónica de su propia estimación se da durante los últimos cinco años y está vinculada en un primer plano con problemas crónicos de su matrimonio. Unos días antes de su intento de suicidio, el marido de la paciente solicitó el divorcio después de muchas amenazas por parte de ella de proceder a este paso. La paciente es intervenida psiquiátricamente por primera vez en el año 1980 durante su primer matrimonio y debido a una crisis depresiva severa. La primera hospitalización psiquiátrica se remonta a los años 87-88 por un cuadro de depresión hipocondríaca combinado con rasgos hipocondríacos delirantes y una sintomatología anancástica. Desde entonces se encuentra continuamente en una psicoterapia ambulatoria. Sus problemas se centran alrededor de sentimientos de ser exigida demasiado, fracasar constantemente y de la angustia de ser fea y repugnar a otras personas por su aspecto o bien asociándose con la sensación de un vacío crónico interno cuando se siente sola.

Su madre se casó tres veces. Ella procede del segundo matrimonio teniendo dos hermanastros del primer matrimonio y dos hermanos más pequeños. A la edad de dos años sus padres se separan debido a problemas alcohólicos de ambos. No tiene recuerdos activos de su infancia. Luego ingresa en un asilo infantil, mientras que sus hermanos quedan con la madre durante cuatro años. Después vive otra vez junto la madre por tres años sintiéndose abandonada muchas veces. A los doce años la madre contrae el tercer matrimonio. De repente tiene cinco nuevos hermanastros. Desde los trece años la paciente sufre abusos sexuales por el mayor de sus hermanastros. Presionada por la familia, se casa con él después de cuatro años y tiene dos niños. Debido a malos tratos, se separa de él conociendo ya a su segundo marido, a quien idealiza mucho en un principio. Coincidiendo con mayores actividades profesionales de él, desarrolla por primera vez el cuadro de depresión hipocondríaca.

Se aprecia una carencia masiva de seguridad, hasta el extremo de rehusarle prácticamente su derecho de vivir en un entorno francamente violento. Se adapta emocionalmente a las expectativas de los demás sobre ella. Por carecer del espejo materno primario no aprende a percibir sus estadios internos negando sobre todo sentimientos agresivos o de tristeza. ya que amenazan su supervivencia tanto hacia el exterior como hacia el interior con respecto a su estructura deficitaria de las representaciones internas del self. La pérdida de sí misma. del espacio intermediario. queda neutralizada con la sumisión a personas poderosas atribuyéndoles el poder del que se siente desprovisto totalmente. Es adicta a la conquista de espacios y de objetos externos sustituyendo la realidad externa e interna muchas veces por fantasías.

En resumen. existe una tendencia a borrar el límite entre fantasía y realidad. a adoptar posiciones de sumisión con respecto a otros. Con el objetivo de apoderarse mecanismos de fusión y dependencia. Desconfía de sí misma de su derecho a vivir, ser deseada y digna, ser querida.

En la primera sesión del grupo, ella se sienta a mi lado mirándome continuamente. Describe una fragilidad interna, inhibiciones fuertes hacia el juego o la idea de jugar. Entonces el coterapeuta interviene comunicándole que conoce esos sentimientos muy bien de sí mismo. que no es nada raro en el principio de un grupo y que estima su franqueza y su valor de admitirlo delante

del grupo. Este tipo de apoyo empático encaja muy bien con la función del doble que es integrativa, existencial e identificatoria según Moreno y que reviste, sobre todo, en el comienzo del grupo una importancia enorme. Después de la intervención del coterapeuta, la paciente está, de hecho, visiblemente mejor. A continuación, se procede a un experimento sociométrico que refleja el tema de la dinámica grupal de la primera sesión, es decir: miedo al contacto, el lugar para la posición de cada uno en el grupo. Se trata de que cada uno busque su sitio dentro de la sala, andando y dejándose guiar por los encuentros fugaces con los otros durante la prueba. Una vez terminado el ejercicio, se puede, si se quiere todavía, corregir el sitio elegido en relación con los sitios de los demás. La paciente O aprovecha esta oportunidad para alejarse del centro hacia la periferia, comentando durante el **feedback** siguiente que se sentía expulsada por los hombres del grupo. Otros miembros del grupo, sin embargo, responden que ella misma se ha situado fuera del círculo interno, lo que provoca sorpresa en la paciente. Ya se articula en el sociodrama del grupo la tendencia de la paciente a aislarse y a echar la culpa de ella a otros y, en particular, a la violencia de los hombres. Asegurada por otra comunicación del coterapeuta, ella añade entonces que se siente muchas veces como la cenicienta, sin haber encontrado hasta ahora el príncipe bueno. Aparece aquí un concepto seductor para los terapeutas de intentar cumplir con este deseo ilusorio de la paciente que traslada, solución del problema y la acción hacia afuera, lo que por el momento, sin embargo no se comenta. Resumiendo se puede afirmar que mediante la empatía y un comportamiento afectivo moderado es posible iniciar un "encuentro curativo" para la paciente reduciendo en la actualidad del grupo un poco su soledad usual y su aislamiento.

En las sesiones siguientes, ella protagoniza un psicodrama que aborda el motivo de su separación de su marido y de sus niños, y la designación de papeles importantes en otros psicodramas. En su propio juego desemboca el conflicto de la separación en una escena imaginaria con el divorcio ya efectuado y una reunión feliz con sus niñas. Corresponde a la pseudorealidad y el cumplimiento simbólico del deseo. Este cumplimiento simbólico de deseo, transmite al paciente de una manera natural la sensación de una saciedad completa, lo que le permite afrontarse con sus sentimientos (pasados y futuros) de carencia. Y en la última parte de ese psicodrama, ella se atreve entonces por primera vez a clarificar la relación con su marido utilizando la técnica de las dos sillas para representar su ambivalencia y su escisión interna. Casi no aguanta el encuentro con la faceta destructiva y humillante de su marido concentrándose en los aspectos positivos. Asimismo, rehuye todo sentimiento agresivo de su parte. Refleja bien su "Lage" emocional verdadero y sus mecanismos de defensa. En esta fase temprana de la relación terapéutica, renunció a interpretar estas circunstancias y prefirió sólo llamar la atención sobre ello, para memorizarlo mejor. También durante esta fase me "confunde" con su marido diciendo que nos parecemos mucho, lo que no es así en la realidad. Aparte de una transferencia pura, ella realiza aquí un intento de fusionarse con un objeto "poderoso" porque en este tipo de trastornos a menudo se tiende a ver a otros como uno los necesita, debido a motivos internos. También aquí se desenlaza la situación mediante una comparación escénica entre marido y terapeuta, para reforzar la capacidad diferenciada entre objeto interno y externo.

Pasando por papeles caracterizados por dependencia, sentimientos depresivos y un aturdimiento general, ella asimila cada vez más roles que están impregnados de más responsabilidad y competencia social o relacional. En el proceso grupal se genera en esta fase el tema de la compenetración y el miedo hacia el aislamiento y el abandono junto con el conflicto entre autonomía y adaptación, entre el self verdadero y falso, entre deseo y realidad. Como se ha dicho, la paciente desempeña ahora papeles con una capacidad elevada para establecer contactos

y asumir deberes sociales. Actuando en roles de antagonista, ella prepara y actualiza su propio rol futuro.

Después de cuatro meses de trabajo psicoterapéutico, es capaz de afrontar y dar forma a un conflicto entre su mundo imaginario y las limitaciones reales enmarcado por el escenario psicodramático, desembocando en una imagen muy temprana de su infancia. En la sesión descrita ahora, expone su propia desestima respecto a su aspecto físico, el odio hacia sí misma, su fealdad, deseando su propia desaparición y por el otro lado, impulsos de fusionar para fundirse con su hija menor y su ciudad natal, a la que atribuye recuerdos "dorados" de la infancia. La paciente trata de protegerse frente a experiencias insultantes y de pérdidas por la regresión a una fase simbólica temprana. Responde a las exigencias de la realidad por medio de un apartamiento de ella misma. Protagonizando su juego psicodramático, la invito a simular para exteriorizar sus cuatro áreas de conflicto sobre el escenario (representando relaciones objetales parciales). Esta intervención facilita la orientación y el distanciamiento creativo de la paciente, lo que es necesario en el tratamiento de índole Bordeline. Forma una escultura sin dinámica entre las cuatro partes: un rol o parte corresponde a la ciudad de Basilea, a la ansiedad de una nueva felicidad en el amor y su infancia alegre, otro rol o parte lo reserva para su hija menor representando a su tarea de responsabilizarse como madre y finalmente un rol o parte lo asigna a las posibilidades de un nuevo trabajo. Sobre la posición del espejo, ella misma puede decidir que la confrontación con su fealdad debe anticipar el trabajo con los otros temas. Para establecer un contacto con esta faceta fea, elige la forma de exploración silla enfrente de silla. Sentada en la silla puede recordar escénicamente, dejándose llevar por lo emocional, que el tema está conectado con los comentarios de sus hermanastros y su madre cuando tenía catorce años. Mediante la técnica de cambio de rol (entre su fealdad y ella misma) crece su conmoción. Cerrando los ojos y concentrándose en el afecto mayor y en las sensaciones corporales evocadas, ella, de repente, visualiza una escena temprana de su infancia que se plastifica sobre el escenario. Sólo escuchando la voz de su madre por la puerta cerrada, que propone el ingreso de su hija en un asilo porque es muy mala y no vale nada, ella se pone a llorar y huye hacia la caseta del perro que está en el patio. El perro le da calor y seguridad. Pero esta seguridad es engañadora porque comenta que su padre atormenta a los perros. Y si ella libera a un perro de sus cadenas (llamando a los perros compañeros de infortunio), después de un rato vuelve el perro a la finca para ser fusilado por el padre. Ante esta perspectiva, le permito disfrutar de lo que tiene en el perro ahora. No procedo en este momento a un cambio de rol, ya que acercaría a la protagonista demasiado a sus tendencias suicidas referidas al principio de la sesión, porque la sesión está a punto de terminar y porque también yo me encuentro, debido a mi biografía, no totalmente libre y aún enredado en el tema. Goza de la situación con el perro, vive una felicidad narcisista, profundamente sentida. Esta restitución narcisista representa en muchos casos la condición imprescindible para un comienzo nuevo verdadero y proporciona también esta sensación de saciedad sobre cuya base el paciente se atreve a admitir sus necesidades verdaderas.

En la catarsis con la madre se abren sentimientos soterrados y estructuras solidificadas dando paso a nuevas visiones. En el procesamiento se resalta la circunstancia de que la misma paciente que había realizado el papel de la infancia dorada luego asume el papel de la madre (insinuando la ambivalencia entre infierno y paraíso plasmada en la relación con ella). También es importante el **feedback** de la portadora del rol de la ciudad de Basilea que no ha podido penetrar empáticamente en este papel, lo que refleja la incongruencia y la imposibilidad de este rol, es decir, su carácter imaginario. Pero lo que más aflora entre los participantes del grupo es la

identificación con la protagonista en cuanto a la amenaza permanente de ser excluida y la mezcla de amor y violencia. La conclusión para la paciente permite diferenciar entre el pasado y el presente, la importancia de las posibilidades de influir sobre los acontecimientos ahora y la oportunidad de abrir la puerta hacia el recuerdo y los padres introyectados dentro del grupo psicodramático. Renuncio a interpretar en el mismo grupo las diferentes lecturas del juego psicodramático para la paciente. Me abstengo de resaltar el vínculo entre ser expulsado y rehusado con el tema del despido, la confirmación de que la separación y autonomía no pueden ser buenos, sino que reflejan la fealdad de la paciente, es decir, su rebeldía o su protesta contra un sentimiento total. En esta visión coartada de la paciente sólo existe un asomo de la felicidad en una relación simbiótica incluso con un animal. Pero también esta vez se rompe la simbiosis a base de la violencia masculina. Aunque la huida tenga en un primer momento el carácter de una estrategia supervivencial. luego es un tema relacionado con la muerte.

En esta situación conflictiva existencial palidecen las posibilidades reales del individuo de ser feliz y de ser considerado como un objetivo realmente valioso. Por el contrario, la paciente empieza a dirigir sus esperanzas hacia el reencuentro con su objeto donante simbiótico aún no manchado por la mácula de la decepción. Pero en la escena se perciben ya las primeras tendencias de una transformación. Aparte de la función catártica ya comentada por la protagonista en la coincidencia de los roles "de los recuerdos buenos de la infancia" y "la persecución de la madre mala" se anticipa el reconocimiento de la ambivalencia hacia la madre y su integración interna.

En las sesiones siguientes el grupo confiere a la paciente varias veces el papel de una mujer luchando por su espacio de realización contra un predominio masculino. Se ve fortalecida por este voto y se acerca más a la exposición activa de sus intereses. Amplifica y ensancha su repertorio de roles con respecto a la adquisición de roles antagonistas. Con el reforzamiento de la identidad grupal, producido por algunas técnicas particulares del **warming-up**, se establece una crisis del encuentro que contribuye a perfeccionar la unidad y correspondencia mutua del grupo facilitando la disputa individual con temas difíciles. En esta fase del grupo se experimentan los primeros intentos de integrar y diferenciar sentimientos e impulsos agresivos o destructivos. La protagonista aprovecha estas oportunidades y se atreve a confrontarse con su papel difícil lleno de sentimientos de culpabilidad de madre.

En el último tercio del grupo se multiplican las actividades externas de los miembros señalando un mayor desarrollo de su autonomía. Aparte de progresos reales en este ámbito, también contribuyen a disminuir el significado de la separación cercana del grupo y sirven para poder escapar de una reacción emocional profunda. En una de estas sesiones la paciente presenta una carta de su hija que describe su situación actual. La paciente experimenta efectos de impotencia, de rabia y tristeza porque no puede influir en la situación de su hija. Aprobado por el grupo, la paciente empieza un psicodrama percibiendo, mientras da el "paseo psicodramático" delante de su ojo interno, la imagen de su hija que está sentada en el suelo. Antes de comenzar el juego sugiero a la paciente elegir un doble ya que da la impresión de estar muy conmovida y frágil. Elige el mismo miembro del grupo que representada antes el perro de ella. Durante un diálogo con muchas lágrimas entre las dos y basándose en la técnica del cambio de rol, ella pasa de una relación de mutua dependencia a demostraciones aún inseguras e inciertas de su amor. Pero la paciente, sin embargo, aún tiene el suicidio como una solución posible. Finalmente, el punto máximo de la catarsis emocional se impone a causa de una conversión verdaderamente dramática, el conocimiento de que el suicidio aun agobia más a la propia hija. Es capaz de realizar lo que sólo

una madre digna de confianza, viva y sana, puede cumplir cuanto antes con las necesidades de su hija. En esta situación tampoco hace falta una convivencia inmediata para asegurar la compenetración mutua y el afecto sentimental. La paciente se alza del suelo un poco obnubilada y articula espontáneamente que ahora ve con claridad lo que vale la vida y que quiere estar sana.

En este juego de espontaneidad desatada a una acción creativa, lo que significa en el sentido moreniano: curarse. El cambio del títere al creador permite la expulsión y el distanciamiento de la enfermedad o de la pauta entumecida de interacciones en el curso de la representación escénica. Por medio del cambio de rol frecuente se han esclarecido los límites entre el self y el objeto haciéndose patente que los otros hombres no existen sólo en el sentido de portadores de funciones, sino como centros de una motivación autónoma, lo que fomenta el deseo de individualizarse. Al mismo tiempo el cambio de rol representa una técnica extraordinaria para el desarrollo secundario de funciones del yo que exigen un cierto grado de independencia interna y externa del individuo. En este juego la paciente puede crear una visión diferenciada de la relación con su hija, en la cual la autonomía no traiciona necesariamente al otra. Además, el **sharing** del grupo que gira alrededor de una conmoción profunda de los miembros, imita al brillo del ojo de la madre. En el **feedback** del rol, la portadora del rol de la hija comenta cómo el cambio de la postura de la paciente la revaloriza para la hija posibilitando de nuevo la creencia en su amor mutuo.

En las sesiones restantes se estabiliza este progreso disolviendo la fijación en el otro cada vez más, llegando a un encuentro verdadero con el otro, asimilando a la vez conmociones u objetos parciales hasta entonces esparcidos. El carácter imaginario del juego reproduce escenas y afectos, las separa por momentos de la represión y animada por la resonancia y el respaldo del grupo, la paciente madura emocionalmente progresando a una conducta más flexible, sobre todo en cuanto a su madre. El "rito de iniciación" del juego y el espejo del grupo han contribuido a corregir su propio espejo deformado, lo que conduce a una disminución del efecto de la transferencia de la madre. Con respecto al proceso grupal, la paciente ha avanzado del rol impotente de cenicienta, localizado en el margen del grupo, a una exponente de la coherencia del grupo, de la capacidad vincular y de una mujer luchadora. Tres meses después del término del grupo, abandona la clínica, empieza a trabajar viviendo sola por primera vez en su vida. Ahora bien, ignora la catamnesis de la paciente a largo plazo, por lo que no se puede evaluar el grado de transferencia real de los pasos evolutivos revisados en la terapia psicodramática. Claro está, además, que los progresos llamativos de la paciente no sólo son fruto del psicodrama, sino de la concepción terapéutica global, pero es en psicodrama donde se aprecia y se evidencia la evolución de la paciente con más claridad.

A continuación me dedico a describir el tratamiento de una paciente con el psicodrama clásico moreniano en una terapia individual. Me he esforzado en matizar algunos aspectos de esta forma especial del psicodrama denominado **monodrama** durante la descripción concreta de la terapia.

A pesar de que parece ser una contradicción poner en relación al fundador de la psicoterapia de grupo y de la sociometría con la terapia individual, Moreno mismo ya proporciona indicaciones para el uso de elementos psicodramáticos en un tratamiento individual. Exceptuando la divulgación de ese planteamiento, en Francia (terapia individual psicoanalítica,

p.ej. Basquin, Lebovici, Lemoine) sin embargo, solo se localizan apuntes dispersos sobre la práctica del monodrama en la literatura psicodramática.

La paciente Y es admitida después de un intento de suicidio a los veinte años. Tiene una larga historia clínica con la primera hospitalización psiquiátrica a los catorce años. A partir de este tiempo ostenta un síndrome de suicidio crónico con diversos intentos, sobre todo a base de intoxicaciones con medicamentos psicotropos. Aparte se automutila con hojas de afeitar y con un spray que provoca una reacción alérgica dermatológica en su cara, toma drogas de todo tipo incluyendo heroína, sufre de ataques bulímicos y no ha terminado ninguna formación profesional. Lleva sólo espacios cortos de algunos meses fuera de la clínica, con un estado de crisis constante. En su biografía presenta una madre perseguidora y dominante que la reprochó como la mayor de sus cuatro hijos por ser ella la culpable de su desastre personal, obligándola a contraer su primer matrimonio infeliz por acercarse su nacimiento, es decir, por el mero hecho de existir. La paciente fue educada con violencia corporal y con mecanismos netamente sádicos. Debía cuidar a sus hermanos menores, era culpable de sus fallos, denegándole a la vez todo reconocimiento y condenándola de esta manera a una trampa vincular del tipo "double bind". El padre abandona a la familia cuando ella tiene cuatro años.

Mi primer contacto con ella tuvo lugar en la unidad de psicoterapia Después de un año de tratamiento individual en esta unidad, sigue acudiendo durante los tres años siguientes a mi consulta ambulatoria. No es posible reseñar toda la evolución clínica en este espacio limitado, pero basta con imaginarse que la paciente trabaja desde hace ya más de dos años como ayudante de clínica, que se abstiene de drogas desde hace tres años, ya no se mutila y que después de una interrupción del tratamiento por un año y medio ha vuelto a mi consulta en la actualidad para reflejar y anticipar en una serie de conversaciones terapéuticas los posibles conflictos que pueda provocar su participación en un grupo terapéutico autoorganizado para reducir peso. Las dos escenas y las intervenciones correspondientes que quiero describir ahora, pertenecen a una fase intensiva de la terapia individual un año y medio después de comenzar el tratamiento. En el monodrama suelo trabajar fundamentalmente con la técnica de la silla vacía, objetos pequeños representando simbólicamente a las personas ausente, a estadios o sentimientos internos con carácter de objeto parcial. Al hablar ella con palabras sencillas sobre su experiencia de la negativa de su madre a continuar la terapia de familia, menciona un sentimiento difuso de pánico y de angustia obsesiva que le inhibe también en ese instante a concentrarse.

En las sesiones anteriores ella evitaba toda expresión de sentimientos agresivos o de odio hacia la madre porque, por un lado, el fallo de la terapia familiar (conflictos de lealtad abiertos, confrontación en el plano real demasiado temprano con rasgos de rivalidad insoportables), por otro lado, escindía esta clase de sentimientos por su carga arcaica destructiva. Basándose en nuestra relación terapéutica con un carácter de confianza mutua, en vez de expresar claramente el contenido latente vinculando mis observaciones y escenas internas con lo descrito sobre ella, continúo mi trabajo con una técnica del monodrama que ella ya conocía. Enfocando el sentimiento y no la sensación corporal, la invito a imaginarse en la silla vacía que esta delante de ella: ese sentimiento difuso, que lo visualice. Yo me siento a su lado en posición de doble. En ese momento de espera, es necesario abstenerse de no esforzar al paciente confiando que se pueda manejar y resolver la situación en una forma constructiva, lo que también exige una estructuración previa clara. Si el terapeuta duda de ello, es mejor renunciar a una técnica abierta, ya que precisa sobre todo una relación terapéutica, segura y estable. Ella empieza a ver "algo".

Le propongo plasmar este algo en forma de una figura, es decir, orientar su percepción hacia un plano simbólico. De repente, se asusta y dice que ve a un demonio verde gigante que quiere destrozarla. No se atreve a mirarle directamente. Antes de cada paso me pregunto a mi mismo si me siento capaz de compartir esta visión con ella, asegurando el desenlace benigno y centrándome en la estructura de la situación terapéutica. Le digo que somos dos afrontando al demonio, (una forma del shering o de doble activo) y si está dispuesta a ponerse en contacto con el demonio. Para mejorar mi orientación, la invito a ejecutar una descripción exacta de la imagen del demonio, lo que contribuye a reducir la tensión psíquica, apoderándose de alguna manera del demonio. Dice que tiene la piel de reptil, áspera y abollada, con brazos enormes, casi como zarpas con uñas largas, con una cabeza feroz, con ojos salientes y una boca semiabierta que le recuerda a un abismo volcánico de color rojo. Le pregunto si sabe lo que quiere de ella. No lo sabe. Recordándole otra vez que somos dos, la invito a preguntarle. Le pregunta mirándole con pudor y angustia. En ese momento sugiero un cambio de rol correspondiendo al primer paso de identificarse con este objeto parcial bajo la presencia protectora del terapeuta. Luego hago una entrevista con ella en el rol del demonio interesándome por los motivos de su relación devastadora con ella. Dice desde su papel de demonio que quiere castigarla porque no obedece, porque es presumida y pretende ser algo grandioso. Ella exhibe en el papel del demonio un odio visible hacia la silla vacía de enfrente. Dice que la está cazando ya varios años y que quiere destruirla por fin. Dice que no conoce el amor y que no tiene edad ni nombre. Vuelta en su papel de protagonista confiesa su temor ante este demonio. Entonces le pregunto si quiere que el demonio la venza. Responde que no, pero que se siente demasiado impotente ante la amenaza. Entonces respaldo su deseo de controlar al demonio, pero respeto a la vez que la continuación de encuentro le parezca inaccesible por ahora. Se despide del demonio anunciándole otra visita en el futuro. Sin recurrir a analizar aspectos transferenciales, concluimos la sesión. En el trabajo procesal siempre se repite y recalca lo experimentado y lo vivido aquí y ahora y los diferentes roles complementándolo con el **feedback** de identificación del terapeuta como doble del protagonista. Aquí la paciente ha creado algo tercero como un símbolo concreto, con el que se puede seguir trabajando. El primer paso ha sido explorar y concretar su deseo de liberarse de ese demonio. En las sesiones siguientes comienza a descubrir vínculos entre conflictos actuales, p. ej. con su madre y la presencia del demonio creando imágenes nuevas, nacidas de éste. Con el tiempo también va perdiendo peso y puede ir reintegrándolo en unos conceptos de la realidad mas maduros. En palabras generales, se puede añadir que la dramatización de la relación transferencial en el contexto arcaico intensifica también la participación emocional de la paciente. Ambos, paciente y terapeuta, comprenden ahora mejor el significado subjetivo de la escena. Pero, sobre todo, la calidad de la relación terapéutica cambia: el compartir la misma escena establece entre los dos un proceso de "tele", como hombres expuestos al mismo nivel (Lage) del encuentro.

Otro tema clave de la terapia ha sido el abordaje de sus impulsos de suicidio con el monodrama. Un método eficaz en ese sentido consiste en anticipar jugándolo el éxito del suicidio, ya que puede aclarar una parte de los motivos y fantasías subyacentes a este acto deseado. Mientras se escenifica el momento del suicidio, se realiza al mismo tiempo una entrevista con la paciente, con el fin de orientar y reflejar los procesos internos. Después de contemplar la escena con el método del espejo y recurriendo también al cambio de rol desde fuera para pasar finalmente a la representación dramática del entierro porque ahí se aprecian a veces aún con mas claridad los lazos interpersonales atados al deseo de suicidarse. La paciente logra de esta manera la externalización de tendencias autoagresivas también en forma de una descarga catártica. El compartir el terapeuta estas escenas de suicidio extingue a la vez un poco la coartación

interaccional de la paciente, con lo que se contrarresta aún el proceso anterior al suicidio, descrito por Henseler.

En el caso de la paciente pudo formular por primera vez el papel de su madre, sus impulsos agresivos contra ella. En la posición del espejo, pudo admitir asimismo por primera vez ese sentimiento también en si misma. Es imprescindible también resaltar que esas intervenciones requieren una cautela extraordinaria, por lo que quedan reservadas para situaciones de crisis y precisan existencias de energías positivas concebidas ya antes por el terapeuta. Asimismo sólo pueden ser ejecutados de una forma profesional, si el terapeuta no teme el suicidio en ese momento preciso, ya que en una escenificación psicodramática también pueden ser liberadas energías autoagresivas. Pero a pesar de lo que de aquí se podría teme, no he experimentado nunca que este juego sustente la lógica del suicidio, sino que siempre ha ayudado a lo contrario, es decir, a desmetificarlo.

Para terminar esta pequeña sinopsis sobre el monodrama, me parece importante remitir otra vez al valor enorme del átomo social (p. ej. con silla vacía o moneda) sobre todo en el diagnóstico, y también a la hora de decidir sobre el foco del trabajo terapéutico centrándolo en los diversos ámbitos conflictivos. Aquí, mediante una simple técnica de cambio de rol, se consigue una impresión inofensiva de la manera de las interacciones del cliente, lo que crea, según Moreno, la condición indispensable para toda forma de psicoterapia. Para variar el acceso al paciente también es recomendable tener en cuenta sensaciones corporales como el llamado "archivo del cuerpo", ya que esta memoria específica puede a veces llenar las lagunas del recuerdo consciente evocando a la vez emociones soterradas. Finalmente quiero comentar las varias funciones que ejerce el terapeuta durante el monodrama: es el único lazo del cliente con la realidad. No debe sumergirse totalmente en los acontecimientos escénicos. El final de la escena psicodramática ha de incluir el desmontaje de los medios auxiliares (p.ej. arrimar las sillas en sus posiciones iniciales), abrir la ventana y una orientación consciente en el espacio y el tiempo. Es obligatorio que la escena interna ya no solape la escena real dentro del espacio terapéutico. Otro peligro se debe a la tentación de actuar demasiado como terapeuta mediante la adquisición de funciones de yo auxiliares y del doblaje del cliente. Lo idóneo consiste en hallar el equilibrio entre un acompañamiento emocional y el manejo de las funciones directivas del terapeuta contrastando en los dos extremos con el procedimiento usual del análisis. Mientras que en el psicoanálisis el terapeuta sustituye y rellena los huecos para llegar a la escena latente mediante sus fantasías y escenas internas, evocados y memorizados en él mismo durante el discurso del cliente, funcionando como una membrana o pantalla del inconsciente de este, en el psicodrama se desarrolla el proceso escénicamente y en una acción libre creativa donde se cuadran escenas en dirección vertical u horizontal, según el enfoque elegido.

Esta exposición muy restringida sobre la acción terapéutica en el psicodrama clásico moreniano, tanto en el trabajo individual como en el grupo, deja pendiente muchas cuestiones, puede provocar protestas, suscitar discusiones o quizá animar a acercarse a este método psicoterapéutico. En el mejor de los casos puede iniciar un encuentro verdadero en el sentido moreniano, lo que no supone conformidad, pero sí una estimación mutua mínima.

LA ACREDITACIÓN DE PSICOTERAPEUTAS EN ESPAÑA Y EUROPA JOSÉ ANTONIO ESPINA BARRIO¹

1- LA PSICOTERAPIA EN ESPAÑA

Las diversas corrientes de psicoterapia se encuentran dispersas en distintas escuelas de formación con exigencias muy dispares. Este panorama caótico se encuentra desprovisto de una normativa legal o profesional que lo ampare. Según la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP), la Psicoterapia es:

Todo tratamiento de naturaleza psicológica que, a partir de manifestaciones psíquicas o físicos de sufrimiento humano, promueva el logro de cambios modificaciones en el comportamiento, la adaptación al entorno, la salud física y psíquica, la integración de la identidad psicológica y el bienestar bio-psico-social de las personas y grupos tales como la pareja a la familia. El término Psicoterapia no presupone una presentación o enfoque científico definido, siendo considerado denominativo de un amplio dominio científico-profesional especializado, que se especifica en diversas y peculiares orientaciones técnicas, prácticas y aplicadas.

El término *Psicoterapeuta* es compartido multiprofesionalmente por titulados universitarios diferentes, que han adquirido los niveles de formación y experiencia mínimos ... (ESTATUTOS FEAP, Art. 6).

Este marco ha carecido hasta ahora de límites. La amplitud de la definición y el repartirse entre varias profesiones no bien definidas hace que la identidad del psicoterapeuta se difumine.

La realidad actual permite que cualquiera pueda denominarse Psicoterapeuta, sin que se vea importunado por requerimientos sobre la naturaleza de sus estudios o el grado de formación. Dicho en términos más duros, la Psicoterapia se encuentra al mismo nivel que el curanderismo, el chamanismo o las sectas religiosas. Basta que uno se autorice a sí mismo, como afirma LACAN sobre el psicoanalista, para poder ejercer la Psicoterapia.

Cuando reina el caos y la dispersión los seres humanos tienden a asociarse para enfrentarse a las dificultades exteriores. Por eso, desde hace poco más de dos décadas, diferentes profesionales se reunieron para crear asociaciones que defendieran, promovieran y extendieran las distintas corrientes de la psicoterapia.

¹ Doctor en Medicina. Psiquiatra Servicios Salud Mental de Valladolid. Presidente de la Asociación Española de Psicodrama. Miembro de la Junta Directiva de la Federación Española de Psicoterapeutas. Miembro de la A.E.N. y de la AC.I.S.M

La carencia de un marco regulador ha motivado que varias Asociaciones de Psicoterapia se uniera a principios de los 90 para intentar poner límites al campo. Las fronteras pueden parecer injustas en sus extremos, pero crean un orden y delimitan una función que antes era confusa y contradictoria. Estas reuniones iniciales culminaron en la necesidad de crear una Federación de Asociaciones que se encargará de definir el mínimo común denominador para ser considerado Psicoterapeuta

1.1 Origen de la FEAP

El 25 de Septiembre de 1992, en la sede del Colegio Oficial de Psicólogos en Madrid, nos reunimos más de 35 Presidentes de Asociaciones de Psicoterapeutas. El objetivo de la reunión era fundar la FEAP, aprobar los Estatutos iniciales y elegir una Junta Directiva. Las asociaciones fundadoras tienen orientaciones muy diversas desde el psicoanálisis al conductismo, pasando por gestalt, humanista, sistémica, psicodramática, integradora, etc..

Contó con el auspicio, como Socios de Honor, del Colegio Oficial de Psicólogos, la Asociación Española de Neuropsiquiatría y la Asociación Española de Psiquiatría.

A destacar una ausencia significativa, el Consejo General de Colegios de Médicos que no se si fue invitado, pero que tras la petición de los Médicos Psiquiatras de la FEAP se le ha ofrecido ser Miembro de Honor, sin obtener una respuesta positiva. Esta renuencia de los Colegios de Médicos puede tener graves repercusiones futuras, en tanto que deja el campo de la Psicoterapia para otras profesiones e impide una salida profesional digna para los miles de médicos en paro. Además representa una renuncia tácita a que el médico practique la psicoterapia, cuando ha sido dicha profesión la pionera de la misma y la que la ha dado un rango científico.

Las sociedades fundadoras son miembros provisionales hasta que adaptan sus Estatutos a los mínimos de la FEAP. En seguida se detectaron insuficiencias en los Estatutos iniciales, lo que abocó a un largo proceso constituyente. Se planteó una Reforma de Estatutos que se aprobó a finales de 1994 y los miembros provisionales pasarán a definitivos en Junio de 1995.

Este período fundacional tan dilatado lleva consigo el peligro que Sartre anuncia para toda institucionalización: El Burocratismo. Al exceso de papeles, que entorpece el funcionamiento dinámico y ágil de una institución, se ha sumado una rigidez excesiva en las condiciones de acceso.

Como ocurre en todo movimiento pendular, se ha pasado de la ausencia de normas a tal embudo que casi ningún psicólogo puede ser acreditado como titulación de base, por carecer de la reciente especialidad en Psicología Clínica. El papel de los Diplomados Universitarios no tiene un consenso global existen asociaciones más restrictivas y más abiertas. Estas contradicciones e indefiniciones ha llevado a establecer una Disposición Transitoria que permita una adaptación de los Estatutos a la realidad.

El 11 de Noviembre de 1993 se realizaron unas Jornadas de Debate Interno en las que se trató de integrar las distintas asociaciones en Secciones, se comentó la especificidad de las mismas y permitió agruparse libremente a unas con otras.

De este movimiento surgieron las siguientes posibilidades: Psicoanálisis, Psicoterapia de Grupo y Psicoterapia de Familia. La orientación conductual no podía formar secciones por haber sólo dos secciones en la FEAP y el mínimo exigido es de tres. También se comentó, en una Mesa Redonda General, la Reforma de los Estatutos.

Otras actividades de la FEAP durante este proceso constituyente han sido:

- Informar a la Comisión Nacional de Especialidades, en concreto a la de Psiquiatría, sobre los requisitos mínimos para la capacitación como Psicoterapeuta dentro de la especialidad de Psiquiatría.
- Invitar al Consejo General de Colegios de Médicos para ser Socio de Honor de la FEAP.
- Difundir en la prensa la necesidad de regular la psicoterapia frente al intrusismo de los profanos. Estos últimos pueden causar un desprestigio en la profesión y un perjuicio a las personas que atienden.
- Realizar una publicación que difunda los fines de la FEAP y un resumen de las actividades de las Asociaciones miembro (En prensa).
- Reunirse con la Directiva de la Federación Europea de Asociaciones de Psicoterapeutas (EAP) para la creación de criterios comunes, en Febrero de 1995 lo hicieron en Madrid.

1.2 Acreditación de los Psicoterapeutas según la FEAP

Las sociedades miembros acreditan ante la FEAP a aquellos de sus socios que cumplan los requisitos mínimos para ser acreditados como Psicoterapeutas. Por lo tanto son las sociedades las que discriminan los mínimos que los socios han de tener para ser acreditados como Psicoterapeuta, que han de ser iguales o superiores a los exigidos por la FEAP. También son las Asociaciones las responsables de que los miembros acreditados cumplan los requisitos exigidos. Por lo tanto ningún profesional puede ser acreditado individualmente por la FEAP, ya que la acreditación siempre se hace a través de las sociedades miembro. A continuación se transcribe el Título V, Artículo 21 de los Estatutos de la FEAP en los apartados relativos a la Acreditación de Psicoterapeutas:

1- Poseer una titulación de rango universitario para acceder a la formación como Psicoterapeuta. La Licenciatura en Psicología y la Licenciatura en Medicina y Cirugía son consideradas adecuadas para el acceso a la formación. Los Médicos que no hayan cursado la especialidad de Psiquiatría y los Psicólogos que en su curriculum no hayan cursado las materias propias del perfil de especialidad en Psicología Clínica, habían de cursar un conjunto de materias propias de la Salud Mental, que será definido por la Junta Directiva de la FEAP o su Comité de Admisión. Otros titulados de primer y segundo ciclo universitario podrán acceder a la formación en Psicoterapia mediante los mecanismos de completamiento de curriculum y homologación que establezca la FEAP.

2- Un mínimo de tres años a tiempo parcial, en el período de post-grado universitario, dedicados a la formación teórica, técnica y clínica en Psicoterapia y a la adquisición de las habilidades

básicas del psicoterapeuta, a través de cursos y seminarios, con un mínimo total de 600 horas. Incluirá -si no ha formado parte de la formación universitaria de acceso- al menos 50 horas de conocimientos fundamentales de las diferentes modalidades y orientaciones de la psicoterapia. Los contenidos mínimos de la formación serán propuestos por la Junta Directiva y aprobados por la Asamblea General de la FEAP en función de los compromisos suscritos por la FEAP con asociaciones y federaciones de rango europeo y/o internacional y la experiencia acumulada en la formación de psicoterapeutas en España.

3- Un mínimo de dos años de práctica profesional como psicoterapeuta, debidamente supervisada. Al menos incluirá el tratamiento de dos casos y un mínimo total de 300 sesiones de tratamiento y 100 sesiones de supervisión de dichos tratamientos (de las cuales al menos 50 serán supervisiones individuales en las modalidades de psicoterapia individual) (El término "sesión " si ha de computarse en horas o viceversa, será considerado equivalente a aproximadamente 45 minutos). En las modalidades de psicoterapia que así lo permitan, podrá desarrollarse la práctica profesional supervisada conjuntamente con coterapeutas expertos. Las secciones de la FEAP podrán elaborar unos criterios mínimos que deberán reunir los supervisores, de acuerdo a la especificidad de cada sección, y así mismo determinar si la práctica profesional a que se hace mención en este epígrafe debe venir precedida de parte de la formación teórica técnica y clínica y en qué cuantía.

4- Un mínimo de seis meses de actividades prácticas en entornos públicos o privados de Salud Mental, en los cuales el psicoterapeuta en formación puede tener experiencia directa de la clínica psicopatológica, permitiéndole tomar contacto directo con las diferentes formas de manifestación de los trastornos mentales, y los distintos profesionales que intervienen en la Salud Mental.

5- Las Secciones. una vez hayan sido constituidas, elaborarán criterios sobre la realización por los candidatos a psicoterapeutas de psicoterapia personal u otros procedimientos que garanticen la capacitación personal del terapeuta, durante un período suficiente, así como la adquisición de las condiciones que les permitan un pleno aprovechamiento del proceso de formación y como condición para un ejercicio profesional saludable y ajustado a las exigencias éticas con el paciente.

6- Los conocimientos y habilidades prácticas de los psicoterapeutas en formación serán valoradas, al menos al final del proceso de formación. Superar dicho proceso de valoración otorgará la certificación para el ejercicio profesional de la psicoterapia en una orientación o especialidad.

Los Estatutos dejaban algunos puntos indefinidos o que es necesario perfilar para pasar de la indefinición a una ordenación rigurosa. Se precisa un período transitorio que tenga más amplitud que los artículos definitivos y que posponga para un futuro decisiones que hoy se ven inciertas o no consensuadas. Para ello se elaboró la Disposición Transitoria Tercera que se encargó a un grupo de trabajo de la Directiva y que fue coordinado por mí. La redacción definitiva es la siguiente:

a) Hasta el 31 de Diciembre de 1998 podrán acceder a la formación y acreditarse como psicoterapeutas los Licenciados/Titulados en Medicina y Cirugía y los Licenciados/Titulados en Psicología, que tienen derecho a colegiación profesional, con independencia que hayan obtenido o

no. o estén en curso de obtener el título de especialidad en Psiquiatría y Psicología Clínica respectivamente. En todo caso, estos Licenciados habrán de acreditar documentalmente experiencia y formación profesionales durante 4 años en el dominio de la Salud Mental, pública o privada, aportando documentación o certificaciones de ello que habrán de ser consideradas suficientes por la Asociación que les acredite como Psicoterapeutas. Dicha experiencia podrá haber sido adquirida tanto antes de acceder a la formación como psicoterapeuta. como culminada en el curso de la misma.

b) En el caso de los titulados universitarios de segundo ciclo que no son Psicólogos ni Médicos, les será aplicable la presente disposición transitoria siempre que, de manera homóloga a lo dispuesto en el epígrafe a) acrediten un tiempo mínimo de experiencia y formación profesional en Salud Mental en el contexto público o privado durante 8 años. De igual manera, en el caso de los titulados universitarios de primer ciclo, estos habrán de acreditar experiencia y formación profesional en Salud Mental durante 10 años. Estos períodos pueden ser reducidos en 2 años si en su currículum académico han cursado disciplinas directamente relacionadas con la salud mental. Cualquier duda al respecto será resuelta por la Junta Directiva de la FEAP o su Comité de Admisión.

c) A partir del 1 de Enero de 1999, en un plazo máximo de 6 meses, la Junta Directiva de la FEAP convocará Asamblea General Extraordinaria para examinar el ordenamiento Jurídico en materia de títulos de especialidades en Ciencias de la Salud y afines que esté vigente en la referida fecha, y adoptar acuerdos sobre qué titulados podrán ser admitidos a los procesos de formación que conducen a la plena acreditación como Psicoterapeuta. Cualquier duda será resuelta por la Junta Directiva de la FEAP a través de lo dispuesto en sus Estatutos.

En resumen, los Médicos Psiquiatras y los Psicólogos Cínicos son los candidatos idóneos para iniciar una formación como Psicoterapeutas. También lo son los Médicos no Psiquiatras y los Psicólogos no Clínicos, pero ambos deben completar su currículum. Para el resto de los licenciados universitarios se abre un período transitorio que no se sabe si tendrá su continuidad en el 2.000. Lo mismo pasa para los Diplomados Universitarios.

2- LA PSICOTERAPIA EN EUROPA

2.1 Panorama general europeo

Las Federaciones española y holandesa son las que más han desarrollado la unión de asociaciones. Este ha sido el motivo por el que primero se haya descrito España.

En Inglaterra existen dos federaciones con exigencias de formación muy dispares y que es difícil que se unan. En Austria ocurre algo parecido. aunque parece que se van a adherir a la Federación Europea de Asociaciones de Psicoterapia (EAP).

En Italia, cuando se creaba la Federación, el Estado dictó una ley sobre la Psicoterapia y la Formación y se arrogó la acreditación. Este hecho no debería Federación siempre defenderá a los profesionales y a los usuarios y no se vacía de contenido porque los títulos los otorgue el estado; al revés es una fuente de satisfacción en tanto supone que la Psicoterapia alcanza grado

oficial. tal vez sea la lesión en los beneficios particulares lo que ha desinflado el movimiento italiano.

Junto a la EAP coexisten asociaciones internacionales y las (Psicoanalíticas la IAGP, etc.) y europeas (FEFTA. EFPP) con exigencias muy dispares de la EAP.

La EAP es paraguas de las Federaciones nacionales, pero las asociaciones nacionales tienen otros paraguas muy diferentes. Luego se crea una red con muchas ramificaciones y con criterios muy distintos.

Dentro de la EAP existen pugnas entre las diversas corrientes de Psicoterapia que tratan de sobresalir por encima de las demás y ser de aplicación universal. Este hecho enmarcaría los currículum y atasca la evolución.

2.2 Acreditación Psicoterapeutas por la EAP

Con objeto de no reiterar datos se comentarán los diferenciales con la FEAP.

1- Requisitos previos al entrenamiento:

- Estudios universitarios de más de 4 años o más.
- Examen, si no se encuentra en su currículum. de un nivel similar al de Psicología y Medicina de las siguientes materias: Psicología de la Personalidad, Psicofisiología, Psicopatología. Psicología Evolutiva y Valoración Psicológica o Psicodiagnóstico. Prácticas, si no las ha realizado en su carrera. sobre entrevista e interacción (60 h. y 30 días en una institución relevante sobre Salud Mental para adquirir conocimiento sobre los enfermos mentales.

2- Requisitos mínimos de entrenamiento en Psicoterapia:

- 400 h. de cursos (225 teóricos y 175 prácticos)
- 50 h. de conocimiento de las principales corrientes de psicoterapia.
- 150 sesiones de supervisión (Preferiblemente al menos 50 sesiones individuales) .
- Los cursos incluirán los siguientes temas: Psicoterapia en general, Teorías de las principales corrientes de psicoterapia (Psicoanálisis, Psicoterapia Psicoanalítica, Terapia de Conducta, Psicoterapia Experiencia o Humanista, Terapia Cognitiva, Terapia Sistémica, Psicósomática o Aspectos psicológicos de las enfermedades somáticas y Psicofarmacología, Psicopatología aplicada a problemas específicos. Problemas de grupos específicos de pacientes. Entrevista y entrenamiento en interacción relevante en psicoterapia. Admisión y valoración para Psicoterapia, Introducción en la aplicación de los métodos psicoterapéuticos de las principales corrientes de Psicoterapia en los diferentes encuadres (individual, sistémico. etc.), Introducción a la dinámica de grupo utilizada en psicoterapia (Teoría y Práctica), Problemas de tratamiento en medio ambulatorio o residencial, Código Ético e Introducción a la Investigación en Psicoterapia.
- Desenvolvimiento personal en el proceso psicoterapéutico durante al menos 50 h.
- Los Médicos no Psiquiatras y los Psicólogos no clínicos precisan al menos 1.800 h. de práctica en Salud Mental.

La máxima diferencia entre la EAP y la FEAP es en las 600 h. de práctica en Salud Mental que la segunda exige. En lo demás los requisitos son muy parejos.

BIBLIOGRAFÍA

FEAP I Jornadas de Debate Interno: Criterios de formación de Psicoterapeutas y Propuestas de Reforma de Estatutos. Madrid. 10 y 11 de Diciembre. 1993

FEAP Estatutos de la Federación Española de Psicoterapeutas Madrid, 4 Noviembre, 1994 (p. 15)