

TALLER DE TEATRO

Mi primera impresión al atravesar la sala de internación fue de inquietud ya que nunca había estado en contacto con pacientes con episodios agudos. Fue un descenso brusco desde la abstracción de la teoría a la crudeza del delirio.

El guardapolvo, durante ese primer año de guardias, se convirtió en un distintivo que identificaba los límites entre la salud y la locura por un lado y por otro en un uniforme de bombero que durante las 24 horas, me mantenía listo para correr ante una situación de emergencia (léase excitación psicomotriz, crisis de angustia, insomnio, intento de suicidio, etc., etc.)

Junto a mis compañeros estábamos abocados a responder a la demanda, ya sea mediante la contención verbal, la medicación o la contención física, de acuerdo a la gravedad de la situación.

Mis guardias durante este primer año fueron pendularmente desde el hastío a la aventura estilo Indiana Jones.

Era muy difícil durante esta etapa reflexionar sobre la tarea, por eso no me causó sorpresa el saber que no difería, en cuanto a funcionamiento, con una sala de clínica medica ya que la mayoría de los pacientes, salvo los correspondientes a residencia, reciba atención terapéutica durante las primeras horas de la mañana debiendo, durante el resto del día, permanecer en su cama o deambular por el hospital, ya que no había ningún otro tipo de actividad que se les ofertara. Este reposo casi absoluto puede tener sentido en una primera etapa de la crisis, pero si pensamos que una internación promedio dura alrededor de tres meses habría que preguntarse en que medida esta inactividad no contribuye al estado de hastío y abulia que muchos pacientes manifiestan.

Por otra parte eran casi nulas las actividades grupales ya que salvo terapia ocupacional no había ninguna otra instancia que permitiera la interacción entre los pacientes, lo que promovía el aislamiento que para algunos es motivo de angustia.

La Asamblea, espacio destinado a plantear dificultades surgidas en la convivencia, no funcionaba desde hacía casi un año, lo que provocaba situaciones conflictivas entre los pacientes y con los profesionales.

Las reuniones de cierre, instancia grupal posterior a la cena, durante ese año eran optativas, quedando librada a criterio del equipo de guardia su realización. La primera reunión de la que participé, se realizó por demanda expresa de los pacientes, quienes plantearon en ella que eran víctimas de robos y amenazas nocturnas por otro paciente desde hacía varias semanas. El estar presente me permitió observar un entramado de relaciones no advertidas, ya

que hasta entonces mi mirada estaba dirigida al caso individual y a su patología.

El compartir, en mi segundo año, con el Dr. Pastuszuk un día fijo de guardia me permitió ampliar mi concepción con relación a la reunión de cierre, ya que por un lado la realizamos con continuidad y por otra parte mi compañero aportó algo imprevisto para mí: una guitarra y con ella la música. Podía oírse a los pacientes, aún los que presentaban productividad delirante y alucinatoria, cantar o acompañar rítmicamente canciones que ellos mismos solicitaban.

El humor pasó luego a ser centro de las reuniones y entonces, para nuestra sorpresa, escuchamos chistes religiosos en boca de pacientes con producción delirante de tipo mística, así como pacientes que reían por chistes sobre homosexuales cuando el temor a su propia homosexualidad era tema central de su tratamiento.

Con el correr de los días nuestro equipo de guardia pudo observar que las consultas por parte de los pacientes disminuían en forma creciente a medida que metódicamente realizábamos las reuniones de cierre.

Por otra parte los pacientes nos transmitieron inquietudes sobre otras actividades que querían realizar, por ello junto con otros profesionales del servicio decidimos crear distintos talleres durante el horario de la tarde.

Dada mi formación teatral previa opté, por coordinar, junto con Ana Franchini (actriz y con amplia formación en coordinación de grupos), un taller de juegos teatrales que comenzó a funcionar con frecuencia semanal y con una duración de una hora a partir del mes de noviembre de 1992.

La presencia de los pacientes en el grupo no era obligatoria, se los invitaba previamente cama por cama y durante su realización estaba permitido tanto el ingreso como el egreso del mismo.

Es difícil extraer un perfil de los pacientes que concurrieron al taller desde su comienzo hasta la actualidad, dado que presentaban variadas patologías que iban desde alcohólicos en recuperación, neuróticos graves y psicóticos descompensados, hasta un paciente catatónico que concurría con su mujer como espectadores.

Es de destacar que nunca se produjeron situaciones críticas durante el horario de trabajo ni con posterioridad al mismo por causas surgidas en ,l.

Desde la coordinación implementamos un recorrido muy prudente y paulatino, llegando al trabajo teatral propiamente dicho luego de crear cierto grado de confianza entre los integrantes y con relación a la coordinación.

Se partió de la lectura de cuentos y poemas, los que se discutan y analizaban grupalmente. Con posterioridad, algunos participantes comenzaron a traer material literario que les interesaba. Este iba desde cuentos cortos a notas periodísticas sobre conjuntos de rock.

La producción propia no se hizo esperar: algunos que ya escriban trajeron para compartir con el resto poemas, letras de canciones, etc., mientras otros comenzaron a escribir por propia iniciativa. Todos vivan como algo muy importante el mostrar el material producido y la reacción que provocaba en sus compañeros.

De la producción individual se partió posteriormente a tratar de generar producciones grupales. Se realizaron dibujos colectivos así como también cuentos que se fueron construyendo oralmente entre todos. Los referidos productos grupales pudieron concretarse gracias a cierta legalidad compartida: el cuento y el dibujo tenían un principio y un final y lo que cada uno agregaba modificaba el resto, por ello cada uno cuidaba la línea argumental o gráfica al realizar su aporte.

Coincidió con este período el reconocimiento y la anticipación del horario de reunión por parte de los integrantes. Ellos mismos se agrupaban en el aula sin tener que formularles la invitación.

Posteriormente, la propia demanda del grupo lleva a realizar dramatizaciones simples (por ejemplo: un viaje en colectivo, un encuentro en un bar, un trámite en una oficina pública, etc.) en las que intervenían quienes deseaban hacerlo. Cada integrante elegía el personaje a interpretar, así como el motivo que lo hacía relacionarse con el resto de los personajes.

Pudimos observar en esta etapa cierta marcada dificultad en cuanto a darle un cierre a la escena por parte del grupo. Se producía un sin fin de nuevas situaciones que provocaban un constante desplazamiento. Esto pudo superarse dado que en las improvisaciones siempre intervenía alguno de los coordinadores.

También pudo observarse dificultad en cuanto a delimitar el espacio escénico, que se fue logrando por señalamientos de la coordinación o de otros integrantes con mayor discriminación de este.

Por otra parte comenzaron a circular en el grupo ciertos términos propios de la actividad teatral (personaje, escena, improvisación, conflicto, etc.), de esta forma se estableció cierto lenguaje en común que permitió una mejor comunicación con relación al trabajo.

El ingreso y egreso por causa de altas o admisiones en la sala no produjo un comenzar de cero, ya que quienes se agregaban a la actividad se encontraban con un grupo que transmitía información en cuanto a la metodología de trabajo.

A fines de 1992 se realiza una presentación del grupo ante profesionales y otros pacientes de la sala a raíz de la fiesta de despedida del año. Se partió de una improvisación elegida por el grupo a la que posteriormente se la perfecciona mediante ensayos. Durante la fiesta el grupo además cantó dos

canciones: una en forma coral y otra con un solista y acompañamiento, mientras otro integrante se hizo cargo de la presentación del espectáculo.

Podría seguir enumerando lo realizado, pero, dado lo inédito de un trabajo así con pacientes agudos, prefiero tratar de reflexionar sobre el dispositivo y los efectos producidos por nuestro quehacer.

Si bien partimos de técnicas que pueden denominarse expresivas, fuimos replanteando las mismas, ya que no quedamos sólo en la exteriorización gestual o catártica, sino que nuestro trabajo estuvo más ligado a lo verbalizado, a todo aquello sujeto al lenguaje y a su legalidad.

Moustapha Safouan plantea que en el campo de las dramatizaciones el cuerpo, el rol, el grupo, el gesto, las acciones dramáticas, los actores, son siempre entidades sujetas al lenguaje y a las leyes del mismo. Por coincidir con ello, toda acción realizada en el taller estuvo referida a una relación: relación de un sujeto con otro sujeto por medio del lenguaje, el cual siempre que está presente implica demanda de garantías referidas a pactos, legalidades, fidelidades y obediencias.

Si bien el grupo fue un grupo abierto, no obligatorio, desde la coordinación se mantuvieron como constantes las variables de tiempo y espacio. Este encuadre permitió consolidar la actividad.

Creo fundamental por otra parte que uno de los coordinadores perteneciera al personal de la sala ya que esto permitió un mayor conocimiento de los pacientes que concurrían, así como también, favoreció la comunicación con los terapeutas de los mismos.

Con relación a los efectos, podemos entreverlos en distintos planos:

Preventivo : Marcada disminución de consultas por guardia y seguramente relacionada a la oferta de un espacio por parte de la institución y al reconocimiento y contención del propio grupo.

Diagnóstico: Lo realizado por los participantes sirvió en muchos casos como indicador, utilizado por sus terapeutas para detectar mejorías en cuanto a mayor criterio de realidad y mayor integración.

Terapéutico: Colette Soler plantea que en las psicosis la forclusión trae aparejada por un lado cierta pérdida de realidad, pero por otro funciona como motor para producciones inéditas, liberando un efecto que ella denomina "empuje a la creación". Podemos considerar, entonces, a quienes sufren este tipo de patología como potenciales integrantes de estas actividades artísticas, ya sean teatrales, literarias o plásticas. Además no debemos olvidar que la misma autora indica como uno de los tres términos que contribuyen a la estabilización en las psicosis aquel que denomina "fijación o fijación del ser", que implica una salida de la inercia característica de estas patologías. En el caso clínico planteado por ella, la paciente presentaba una marcada inclinación

a las actividades plásticas, la que fue fomentada durante el tratamiento y cuya ejecución fue uno de los puntales de su estabilización.

Por todo esto, creo que la existencia de talleres no obligatorios que oferten distintas actividades da la posibilidad de encauzar estas inclinaciones, lo que sumado al tratamiento individual puede permitir el logro de cierta estabilización en las psicosis.

Con relación a los pacientes neuróticos, su presencia en estos talleres puede dar lugar a la producción sublimatoria, dándoles también la posibilidad de interactuar grupalmente.

Para finalizar quiero agradecer la posibilidad que se me ha dado desde los jefes de mi residencia para concretar este taller que me ha permitido replantearme el tipo de internación vigente, así como también lo que implica la guardia en un servicio de Psicopatología. Creo que hay mucho para investigar y profundizar en ambos aspectos. En la medida en que podamos desprendernos de la urgencia y tengamos una mirada más global de nuestro campo de acción podremos aportar nuevos elementos tendientes a mejorar la calidad de nuestro trabajo, así como también, la calidad de vida de nuestros pacientes internados.

Santiago Serrano
(Dramaturgo y director teatral -Argentina)
santiagoms_2000@yahoo.com

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Moustapha Safouan - "Reflexiones sobre el psicodrama analítico". Editorial Argonauta 1979 Barcelona España.

Colette Soler- "Estudios sobre las psicosis" Editorial Manantial 1989 Buenos Aires - Argentina.