



Giorgio Nardone

Miedo,
pánico, fobias

La terapia breve

Herder

Giorgio Nardone

MIEDO, PÁNICO, FOBIAS

La terapia breve

Traducción de
María Pons Irazazábal

Herder

www.herdereditorial.com

Título original: Paura, panico, fobie

Traducción: María Pons Irazazábal

Diseño de cubierta: Claudio Bado

Maquetación electrónica: Manuel Rodríguez

© 1995, *Giorgio Nardone*

© 1997, 2002, *Herder Editorial, S.L., Barcelona*

© 2012, *de la presente edición, Herder Editorial, S. L., Barcelona*

ISBN DIGITAL: 978-84-254-3001-5

La reproducción total o parcial de esta obra sin el consentimiento expreso de los titulares del *Copyright* está prohibida al amparo de la legislación vigente.

Herder

www.herdereditorial.com

Índice

Prólogo a la edición española

Marcelo R. Ceberio

Prefacio

Paul Watzlawick

Introducción

Alessandro Salvini

La estructura del libro

La epistemología cibernético-constructivista

Breve crónica de la investigación-intervención

1. Definición del problema y de las metodologías

El problema: definición y/o descripción de las formas graves de miedo, pánico y fobia

El grupo de sujetos de la investigación-intervención

2. Formación y persistencia de los trastornos fóbicos

Formación y persistencia: premisa epistemológica

Formación y persistencia: recogida de datos empírica

Soluciones ensayadas del sistema perceptivo-reactivo de la agorafobia

Soluciones ensayadas y persistencia del síndrome de ataques de pánico

Soluciones ensayadas y persistencia del síndrome compuesto de agorafobia y ataques de pánico

Soluciones ensayadas y persistencia del síndrome obsesivo-compulsivo

Soluciones ensayadas y persistencia del síndrome fóbico-hipocondríaco

El modelo de la interacción entre las soluciones ensayadas y la persistencia en los trastornos fóbicos

3. Cambio y solución

Premisas epistemológicas, hipótesis y experimentaciones iniciales para el diseño del tratamiento

El modelo de la terapia breve-estratégica de los trastornos fóbicos

La estrategia y las estratagemas para la solución de la agorafobia

La estrategia y las estratagemas para la solución del síndrome de los ataques de pánico

La estrategia y las estratagemas para la solución de los síndromes mixtos de agorafobia y ataques de pánico

La estrategia y las estratagemas para la solución de los síndromes obsesivo-compulsivos

La estrategia y las estratagemas para la solución de los síndromes fóbico-hipocondríacos

Reflexiones al margen de las técnicas

4. Eficacia y eficiencia del tratamiento

La validez de un modelo de terapia

Eficacia de la terapia

Datos relativos a 152 casos tratados: resultados de la intervención

Valoración de la eficiencia de la terapia

5. El método estratégico en relación con otros modelos de psicoterapia

Epílogo. «Las contraindicaciones»

Apéndice. Estudio de dos casos clínicos

Cómo anular el miedo al miedo: un caso de agorafobia con ataques de pánico

Ritual y contrarritual: un caso de compulsiones fóbico-obsesivas

Bibliografía

El rasgo característico del pánico consiste en no darse cuenta claramente de cuáles son sus causas, y más bien en presuponerlas más de cuanto se conocen, incluso en hacer que el miedo mismo se convierta ocasionalmente en causa del miedo.

Arthur Schopenhauer

El miedo es como una manta demasiado corta, te pongas como te pongas, y por más que tires de ella, siempre te deja alguna parte al descubierto.

De la película *L'attimo fuggente*
(«El instante fugitivo»)

Prólogo a la edición española

Marcelo R. Ceberio

Diagnóstico y construcción de realidades

Los diferentes períodos de la historia de la humanidad marcan la relevancia de numerosos fenómenos en la esfera del psiquismo que, de acuerdo con el paradigma de pensamiento imperante, han sido denominados de las más variadas formas.

Fueron los griegos quienes clasificaron y describieron con arte y detalle tanto la depresión como la manía, atribuyéndoles la etiología orgánica; los humores del cuerpo, la bilis negra, etc., se determinaron como causas, pero no se quedaron allí sino que se desarrollaron formas de tratamiento que, eficaces o no, constituyeron el trampolín del pensamiento médico tradicional organicista.

Sepultados quedaron estos conocimientos cuando la iglesia se erigió como centro del poder, digitando las áreas económicas, culturales, políticas y sociales, observando y también clasificando desde una óptica mística lo que a posteriori la medicina diagnosticó como histerias o psicosis. La tesis del Malleus, de los monjes Spranger y Kraemer, se enarboló como pilar de la Inquisición. Los diagnósticos variaban categorizando como herejes o brujas a los padecientes de lo que se llamó siglos después enfermedad mental. Época de violencia en la que los «tratamientos», por así llamarlos, se remitían a las más increíbles torturas, desde la reclusión en sótanos, los más brutales exorcismos, hasta la quema pública.

Dicha construcción de realidad, confirmaba denodadamente que el «desquiciado» era portador del demonio; sus ataques eran la verdadera expresión de la revelación demoníaca; su pasividad era con siderada como una

artimaña del diablo tratando de engañar a los expertos; todo llevaba a comprobar el imaginario inicial.

Superados aquellos tiempos caóticos, el pensamiento de los griegos se reencarnó en el rol de médico que recuperó su lugar y se apropió del estudio de los fenómenos mentales, creándose así la especialidad de psiquiatría. Tiempos durante los cuales se elucubra en brillantes descripciones sintomatológicas, se construyen grandes clasificaciones, la psiquiatría alemana toma su punto cumbre a través de la figura de Kraepelin (mientras tanto, el clínico se recluye en la investigación, los enfermos mentales se acinan en sótanos en las más brutales condiciones). Así surge el diagnóstico psiquiátrico.

Pero todavía la diversa gama de tratamientos no encuentra una posibilidad de solución: grilletes, anillas, sótanos, duchas de temperatura cambiante, baños de inmersión y asfixia, la famosa «silla de Darwin», el único resultado que obtienen es un paciente marginado en celdas con pajas excretadas, en la más completa reclusión.

La invención de los psicofármacos dio una respuesta parcial a la sintomatología mientras los estudios psicoanalíticos buscaban en los traumas infantiles la etiología del síntoma principal de las diferentes patologías.

De esta breve síntesis se podría inferir cómo la epistemología del observador se ve impregnada de la vertiente sociopolítica, económica y cultural dominante en el período que le toca vivir; cómo a partir de allí se construyen realidades que tienden a confirmarse en el ámbito de la pragmática, puesto que desde allí se categoriza, se analiza y se confeccionan los métodos de tratamiento terapéutico.

Si desde una visión ecosistémica, la casualidad no existe —o sea, cada hecho está ligado en una cadena causal que contribuye a un equilibrio ecológico— es posible encontrar un porqué circular al auge de ciertas patologías. No es casualidad que la represión social de la mujer, principalmente en la esfera sexual, haya tenido su contrapartida en la histeria. Tampoco resulta casual que el

ritmo maníaco que se vive en la sociedad actual traiga como emergente la depresión, o los ataques de pánico o fobias, como un intento de freno frente a dicho ritmo.

Es posible que esto nos acerque más a una visión social y ecosistémica del panorama de los trastornos mentales. Pero de la misma manera los modelos psicoterapéuticos se conforman como producto de emergentes situaciones sociales con sus vertientes políticas y económicas. La creación del Psicoanálisis, de la mano de Freud, muestra el atentado hacia la moral victoriana del siglo xix. La «Comunidad terapéutica» de Maxwell Jones es el resultado de la necesidad de atención psicológica –secuela que dejó la posguerra– desde parámetros flexibles, rechazando cualquier corriente verticalista de tratamiento, por emparentarse con el caos del nazismo. El modelo sistémico de Terapia Breve de Palo Alto muestra el pragmatismo y la operatividad sobre planos concretos, característicos de la sociedad americana.

Otro tema que se hereda de este proceso es el *Diagnóstico*.

En la historia se han esbozado las posturas más dispares, desde la psiquiatría organicista más ortodoxa, cuyo objetivo en sí mismo es diagnosticar de acuerdo con los parámetros científicos vigentes para aplicar la medicación que corresponde; hasta las posiciones contraculturales más acérrimas de los años 1960 (como la Antipsiquiatría), que postulan que la enfermedad mental sencillamente no existe.

Sin llegar a ambos extremos –el diagnóstico como objetivo de trabajo terapéutico o el de su negación–, y si siempre en la percepción se trazan distinciones, el diagnóstico psiquiátrico es la explicitación de tal distinción trazada con la finalidad de categorizar síntomas y signos que, aunados, conforman un cuadro gnoseológico determinado.

Uno de los riesgos de la búsqueda de la clasificación diagnóstica es caer en lo que Bateson señalaba como el *efecto dormitivo*, o sea la explicación de los síntomas por alusión a la clase superior o sea el rótulo que los reúne, con lo cual

se crea la trampa de una explicación que ni siquiera cubre un efecto reestructurante de la realidad.

Tal vez el problema radica en crear la necesidad de un diagnóstico, y creer que sin él no es posible trabajar terapéuticamente, como si las hipótesis que puedan construirse en el análisis de un caso obligatoriamente deben arrojar como resultado el rótulo. Esto coloca sobre el tapete cuestiones diagnósticas en el ámbito sistémico de por sí mucho más complejas que las que se pueden realizar en los tratamientos tradicionales, puesto que éstos dirigen su mirada al sujeto individual mientras que desde la óptica sistémica se observa la dinámica de las interacciones, lo que hace más difícil –dada la complejidad de la comunicación– la clasificación de un cuadro.

Por otra parte, la explicitación del trazado de una distinción por medio de una gnografía, pauta la mirada del observador, restringiéndolo a un estrecho mapa y cercenando la posibilidad de un margen más amplio de perspectiva.

Pero más allá de este punto de vista posiblemente el problema no se centre en el diagnóstico propiamente dicho, sino en su *implementación*.

Si el diagnóstico sirve para etiquetar a un paciente y encerrarlo en un manicomio o señalarlo como el «loco» de la familia, resulta ser una aplicación dormitiva y estigmatizante. Si sirve para rebajar las ansiedades del profesional, creyendo que conocer el rótulo ya le otorga la solución a la problemática del paciente, también resulta un efecto dormitivo.

Un uso equivocado del diagnóstico consistiría en explicitar el rótulo al paciente (aunque ello podría utilizarse como parte de una estrategia), con lo que se lograría enquistar aún más la sintomatología, tanto más cuanto que los pacientes traen un rótulo propio colgado por otros profesionales, amigos, parientes, etc., y esto lleva como resultado sendas profecías autocumplidoras, y construye y confirma el título colocado como corresponde a un «paciente obediente». Además está ampliamente comprobado que si se interacciona bajo el supuesto de que el otro posee una determinada enfermedad, se encontrarán las

respuestas que afirman el supuesto inicial; uno ve y escucha lo que supone: «Comuníquese como si el otro fuese esquizofrénico y se obtendrán respuestas que coinciden con esta enfermedad».

La correcta utilización del diagnóstico clínico, responde a la condición de «orientador» para el profesional, en miras al diseño de la estrategia de tratamiento adecuada, para arribar a una rápida y efectiva solución. El diagnóstico como guía de un proceso y no como encasillamiento en este sentido abre caminos y no se encierra en sí mismo. A la vez, sirve en la interconsulta para abreviar las descripciones de una derivación, siempre y cuando el profesional al cual se deriva no se sobreinvolucre en la mirada del derivador y limite su propia construcción en la interacción con el futuro paciente.

Concluimos entonces que la finalidad del diagnóstico no es la acción de diagnosticar en sí misma, sino el *cómo* se implementa, o sea, considerando la apertura a un desarrollo terapéutico eficaz. No obstante, existe numerosa literatura que apunta a la realización del diagnóstico habitual en la mayoría de las investigaciones que redundan en construcciones de hipótesis acerca de la etiología de un determinado fenómeno y su correspondiente aval teórico, y es escasa la que se dirige a orientar solventemente, paso por paso, una planificación de tratamiento con el objetivo del cambio.

Si el lector desea encontrar en este libro la primera opción, deberá recurrir a otro material, pero si desea aprender –previo diagnóstico– un modelo de trabajo, ha dado con el libro indicado.

La obra de Giorgio Nardone plantea el diseño de una investigación y obtiene como resultado la sistematización de un método de trabajo terapéutico específico en trastornos fóbicos, de pánico y obsesivos.

Cada escalón de la operatoria de su modelo está descrito con extrema prolijidad, desde la teoría hasta su implementación práctica, análogamente, como él bien refiere, al juego de ajedrez: todo el proceso fue articulado en fases sucesivas y cada una representa un objetivo a alcanzar, con las estrategias,

tácticas y comunicaciones particulares para cada movimiento, previendo además, las posibles respuestas del paciente.

Una característica clave de la obra es el rigor metodológico de la investigación: no sólo ofrece al profesional una herramienta para utilizar en el ámbito clínico en la atención de este tipo de casos, sino que, a la vez, muestra la organización de datos y de los pasos investigadores que lo llevaron a la conclusión final: la construcción de un modelo terapéutico.

Nardone, con su equipo de trabajo, indagó sobre una muestra de 152 sujetos afectados; describe las diferentes patologías que tienen por finalidad la sistematización de su modelo, realizando un seguimiento, después de terminada la terapia, de tres y seis meses, hasta un año, con un nivel de eficacia sorprendente: un 86 por ciento.

Su respaldo teórico es netamente sistémico-constructivista.

Sistémico puesto que confronta la linealidad de análisis de otros modelos terapéuticos y lo permuta por el nuevo paradigma de las ciencias modernas, describiendo circuitos recursivos, el sistema perceptivo-reactivo, y analizando la persistencia y el reforzamiento, a través de las soluciones intentadas, del problema-queja inicial.

Constructivista, puesto que se apoya en autores que son sus máximos representantes, como Paul Watzlawick, Heinz Von Foerster, Humberto Maturana, etc., y expresa claramente, a través de las descripciones de cada uno de los síndromes, cómo las personas construyen una realidad caótica, en función de acciones, interacciones y retroacciones, y cómo por medio de ciertas maniobras específicas es posible generar realidades alternativas, sea por la vía pragmática —el cambio en la acción—, sea por la vía semántica, en la reformulación a través del lenguaje.

Su objetivo de trabajo no solamente se transparenta en el libro, sino que también se hace explícito cotejando las diversas hipótesis sobre las fobias y los ataques de pánico desarrolladas por los distintos modelos, construcciones

lingüísticas que categorizan y explican el porqué del síndrome. Como contrapartida lanza su propuesta: «Lo que a nosotros nos interesa es el concreto funcionamiento del problema en sus dinámicas y sus procesos, el estudio y la revelación de las reglas y de las funciones que le son propias y la consecuente elaboración de soluciones rápidas y efectivas: es decir “cómo” funciona el problema y no por qué existe el problema. Este cambio de óptica permite concentrarse en el diseño de soluciones rápidas y efectivas, sin perder el tiempo en búsquedas fatigosas, muy poco creíbles y absolutamente inútiles, de presuntas “causas” del presente problema».

Desde su línea de pensamiento, contrapone la linealidad de la hipótesis de dichos modelos, desmontando a través de la investigación cada una de las afirmaciones que emergen de éstos.

Por ejemplo, la hipótesis que asevera que los traumas infantiles son determinantes de los síntomas fóbicos: «La primera hipótesis definitivamente desconfirmada es la hipótesis psicoanalítica de que las formas graves de miedo, al igual que todas las formas de trastorno psíquico y comportamental, tienen su origen en traumas infantiles no resueltos». Es notable que de los 152 casos presentados, tan sólo en 3 se encontraron situaciones traumáticas, pero todavía Nardone hace la salvedad que, como estos casos estuvieron durante años en tratamiento psicoanalítico, no se puede saber si estos «traumas» fueron importantes para el sujeto, o si resultan de la atribución de significado a través de la interpretación de la situación que dio el psicoanalista.

Así también, sus resultados investigativos ponen en cuestión las construcciones de los modelos restantes, por ejemplo la importancia del *insight*, o aquella que determina que los síntomas fóbicos graves responden a un origen biológico, o la efectividad del uso de fármacos en el tratamiento; así como la hipótesis que señala la fragilidad psicológica proveniente de un ligamen familiar hiperprotector, o la que dice que tales síntomas se constituyen por medio de una relación causal lineal, entre una situación traumática y la reacción concomitante.

Su modelo se diseña sobre la base del esquema de pensamiento de la Terapia Breve del MRI de Palo Alto; en este sentido es «un modelo del modelo», pero remitido a los síndromes fóbicos y ataques de pánico. Respeta, por ende, cada uno de sus pasos: la focalización del problema, la exploración de los intentos para solucionarlo, el acuerdo de objetivos con el planteamiento de una meta mínima, y el cierre del tratamiento, incluyendo toda la gama de maniobras técnicas que conforman el arte de esta línea de psicoterapia. Por tanto, como se verá a lo largo de la obra, y como ya señalé, el autor se empeña no en entender el porqué de lo que sucede, sino el «cómo y el qué de lo que sucede», con miras a la solución.

Cada capítulo correlaciona dichos pasos en un todo organizador.

Al inicio de la obra, el autor describe casi poéticamente dos casos que aparecen como su pasaporte a la investigación sobre la temática, hechos resultantes de sesiones con pacientes que desde una causalidad *causal* de la práctica clínica, generan un cambio de perspectiva tanto en dichos pacientes, como en él mismo.

Ya desde el primer capítulo describe las características de la población de sujetos a tratar, por medio de las definiciones de ataques de pánico, fobias, hipocondría, síndrome obsesivo compulsivo, y sus combinaciones, que arroja el DSM III.

Una vez que el autor define el problema, describe las soluciones intentadas en cada uno de los síndromes, mostrando claramente cómo generan la persistencia de los mismos, produciendo rígidos circuitos recursivos que perpetúan más y más el problema inicial.

No me deja de asombrar en qué medida la lógica racional resulta inefectiva en este tipo de cuadros, aparte de que resulte inútil en otras numerosas situaciones. Lógica que indica lo que se debe hacer frente a un problema determinado, «para tal problema tal solución»; cuánto se intenta el más de lo mismo, obteniéndose más del mismo resultado, y así, el ser humano encerrado en

su cuadratura conceptual, en contra de su creatividad, sostiene un estrecho repertorio de intentos fracasados, que paradójicamente son efectivos para crear el efecto contrario, o sea, para sostener el problema en vez de contrarrestarlo.

Este «atentado» hacia la originalidad es el sostenedor del síntoma.

La propuesta de Nardone implica una ruptura de estas tentativas (explicadas detalladamente en el capítulo tercero), dividiendo cada estadio en objetivo, estrategias y tipo de comunicación a implementar. Magistralmente, a través de cada paso del modelo, por medio de llaves indirectas y paradójicas destruye sistemáticamente la redundancia generadora del problema, «cuyo resultado es que el problema deja de ser problema...».

Una de las aportaciones más interesantes es el desarrollo de las técnicas de hipnosis ericksoniana, que, principalmente en los primeros pasos de la dinámica, muestran gran efectividad en la introducción de reestructuraciones y prescripciones indirectas y paradójicas.

Termina, *cerrando para abrir* el pensamiento del terapeuta, evaluando los resultados obtenidos, realizando reflexiones, comparando el modelo estratégico de Palo Alto en relación con otros modelos de psicoterapia, y aportando dos casos clínicos que esclarecen desde la práctica, el desarrollo del método de trabajo.

Lo que más me impactó después de leer esta obra (o por lo menos lo que yo pude construir), fue el pragmatismo y creo que en esto radica su originalidad. Es común encontrar literatura que apunta a dos extremos: o abunda en teoría, o en casos clínicos, o pasa de la teoría a los casos clínicos dejando un abismo intermedio; pero son pocas las que se aventuran a gestar sobre la base de una epistemología y un modelo el diseño de intervenciones específicas en casos específicos, o sea, explicar escalón tras escalón que es lo que se debe hacer en la pragmática de la relación terapeuta paciente.

El lector puede acusar de acotada o reduccionista esta perspectiva, puesto que el panorama de la comunicación es tan vasto que resultaría imposible

cuantificarlo. Y aquí está la clave: no se trata de cuantificación comunicacional, sino de la construcción de una matriz interaccional que se desarrolle en todos los casos (y cada paciente tendrá sus peculiaridades y características particulares), que a la vez produce el resultado de la elaboración de una matriz de trabajo terapéutico que se implementará de acuerdo con el estilo del terapeuta.

Por otra parte, los estudios diagnósticos sobre patologías o problemas humanos se refieren a descripciones monádicas, remitidas al sujeto mismo. Nardone, desde la circularidad, plantea la descripción de las interacciones, qué es lo que se desarrolla en el plano de la pragmática, y cómo se construye y refuerza el problema desde allí. Su creatividad consiste en aportar soluciones.

En síntesis, esta construcción de un modelo del modelo, posibilita reivindicar el diagnóstico en su implementación, en términos de intervenciones dirigidas a generar una resolución y a no quedarse en una mera clasificación.

Categorizar por categorizar implica estancar las construcciones de realidad que aquejan a los seres humanos. *Actuar* sobre éstas sugiere elaborar un universo alternativo que contribuya a ver la vida desde otra dimensión.

Barcelona, marzo 1997

Prefacio

Paul Watzlawick

Es para mí un verdadero placer redactar el prefacio de esta obra que en mi opinión constituye una contribución fundamental, en cuanto expone un modelo constructivista-cibernético, relativo a la formación y a la persistencia de los problemas humanos basados en el miedo, que representa una base para los estudios futuros que se emprendan en esa dirección. En esta obra aparecen descritas estrategias relativas al cambio y a la solución de tales problemas, que han demostrado ser especialmente eficaces. Por otra parte, quien haya tenido ocasión de conocer los trabajos anteriores de Giorgio Nardone no se sorprenderá al descubrir que también en éste presenta destacadas contribuciones, tanto desde el punto de vista teórico como práctico.

El libro comienza con una explicación de lo que el autor define como investigación-tratamiento de algunas formas graves de miedo, pánico y fobia. En esta parte se evidencia claramente el rigor y el carácter sistemático de la labor de estudio e investigación de Nardone, así como su creatividad a la hora de proceder «inventando» a menudo originales «realidades» terapéuticas. Es importante subrayar el hecho de que las afirmaciones teóricas y las estrategias terapéuticas expuestas son el fruto del estudio experimental y empírico de la actuación llevada a cabo en más de 150 casos. Por consiguiente, no nos hallamos frente a teorías construidas sobre el análisis de un solo caso clínico, como ocurre a menudo en el campo de la psicoterapia.

El método de investigación que ha utilizado el autor para estudiar los problemas clínicos relacionados con las formas graves de miedo, siguiendo la moderna epistemología constructivista («si quieres ver, aprende a actuar»), está basado en el lema: «Conocer un problema mediante su solución». En otras

palabras; se conoce una realidad a través de las estrategias que tienen la posibilidad de cambiarla y, por lo tanto, de descubrir su funcionamiento.

A la hora de llevar a cabo este estudio estratégico, el autor, en lugar de interesarse por el «porqué» se originan los trastornos basados en el miedo, se interesa por el «cómo» funcionan estas problemáticas en su persistencia. En vez de conducir a los pacientes al *insight* y a la conciencia del origen de sus problemas, ha concentrado su trabajo en los intentos de solución disfuncionales, es decir, en las maniobras realizadas por los individuos en su intento de combatir el miedo que, en lugar de aliviarlo, lo complican. Resulta particularmente interesante el modo como el autor ha conseguido poner en evidencia los intentos específicos de solución disfuncionales, propios de las diferentes formas de trastorno fóbico, demostrando claramente cómo, si se consigue hacer cambiar a los pacientes estas disfuncionales y redundantes modalidades de reacción al miedo, desaparecen casi por arte de magia. Todo eso se lleva a cabo mediante actuaciones aparentemente simples, tales como refinadas sugerencias, paradojas y trampas comportamentales, que inducen a los individuos a cambiar su modo de experimentar y de percibir la realidad.

En esta línea, Nardone ha diseñado estrategias específicas, compuestas por una serie de maniobras desarrolladas a lo largo de un proceso fijado de antemano, capaces de proporcionar una rápida y efectiva solución a las diversas variantes del problema fóbico.

Tales estrategias aparecen como el resultado de una síntesis de inventiva personal, flexibilidad y rigor metodológico. Puesto que las intervenciones están planificadas a nivel de procesos y procedimientos específicos deben adaptarse a cada persona y a sus contextos particulares de relación. Los dos casos clínicos que se transcriben en su totalidad son un ejemplo de cómo el procedimiento sistemático, para ser realmente eficaz, debe adaptarse al lenguaje y a las modalidades perceptivas del paciente. Del mismo modo este procedimiento debe poder modificarse a tenor de las eventuales variaciones de la interacción y de

los objetivos terapéuticos. Este tipo de adaptabilidad y de flexibilidad estratégicas, propias de este modelo de terapia a corto plazo, presenta la ventaja, según el lenguaje de Bateson, del «sistema de reglas con propiedad de autocorrección». Ventaja que resulta difícil de hallar entre los modelos de psicoterapia. Finalmente, los resultados positivos relativos a la eficacia y a la eficiencia del tratamiento en su aplicación a un número elevado de individuos presentados en este trabajo resultan cuando menos sorprendentes. Esto es evidente sobre todo si se comparan estos resultados con los que se obtienen normalmente de las formas clásicas de psicoterapia aplicada a los complicados problemas que estamos tratando.

Este libro es, por tanto, muy útil para el especialista interesado.

Sin embargo, puesto que el libro está escrito en un estilo claro y accesible, creo que también se puede recomendar al lector no especialista, al que tal vez le resulte fascinante y agradable descubrir que problemas tan complicados, largos y dolorosos, como son las formas graves de miedo, no requieren necesariamente soluciones complicadas, largas y dolorosas.

Palo Alto, julio de 1992

Introducción

Alessandro Salvini

Tal vez el mejor modo de presentar un libro es no pretender sustituir el juicio del lector, sino orientarlo para que aprecie los aspectos más peculiares que contiene. La presentación no debería ser un rito según el cual Autor y Presentador se conjuran a espaldas del lector para darse bombo mutuamente, sino un escrito preliminar cuyas consideraciones sean útiles para destacar las características de lo que se expone a continuación.

Este libro trata del método estratégico-constructivista para el tratamiento de los trastornos fóbico-obsesivos. Modelo y técnica de terapia a corto plazo diseñada por Giorgio Nardone y aplicada con éxito a una variopinta fenomenología de trastornos fóbicos, es decir, a una clase especial de problemas psicológicos que se manifiestan a través de formas de miedo patológico.

El modelo propuesto y experimentado por el Autor es un conjunto de técnicas mediante las cuales el terapeuta provoca un cambio en la organización relacional, cognitiva y emotiva, que se halla detrás de las fobias simples y generalizadas. Una característica de este método terapéutico es la brevedad del tratamiento, que permite comprobar de inmediato su eficacia. En efecto, la extinción de los síntomas y del sufrimiento psicológico del paciente es el resultado que se propone el terapeuta. Las estrategias que utiliza el terapeuta se centran en la reestructuración de las representaciones (y percepciones) que tiene el paciente de sí mismo, de los demás y del mundo, o bien de los esquemas relacionales que sostienen y dan validez a sus percepciones fóbicas.

El objetivo es simple, difícil de conseguir, pero el modelo tiene el don de ser claro, escueto y controlable, tanto en los procedimientos como en los resultados. En este aspecto el terapeuta y sus técnicas no tienen coartada: funcionan o no

funcionan, y todos, incluido el paciente, pueden verlo, comprobarlo y declararse satisfechos o no. Un paso adelante notable con respecto a otras situaciones en las que, como es bien sabido, se sostiene que la psicoterapia es la única profesión que no puede ser desmentida, ni siquiera por sus propios clientes, porque el terapeuta, echando mano de mil sofismas, es la única autoridad que establece quién tiene la razón. Por este motivo los psicólogos, más avezados a todas las astucias y problemas de la ciencia, muestran una escasa consideración por las psicoterapias, y por el psicoanálisis en particular.

El cambio que consigue introducir la psicoterapia breve, estratégico-constructivista, implica poner en crisis, de manera rápida, eficaz y documentable, los esquemas cognitivos y emotivos que organizan la autopercepción y los modelos de relación del paciente: esquemas y modelos que lo vinculan al mantenimiento del síntoma a través de las resistencias al cambio. Las técnicas practicadas por Giorgio Nardone y presentadas en este libro tienden a poner en crisis, de modo pragmático, las soluciones y las adaptaciones del paciente, cuyas redundancias de comportamiento funcionales en defensa de la ansiedad acaban creando un auténtico equilibrio homeostático.

El libro no sólo ofrece una descripción del modelo y una indicación puntual de las técnicas utilizadas, sino que también permite, a través de los casos presentados (no explicados, como acostumbra a hacerse generalmente, sino grabados en vídeo y transcritos), captar una demostración directa de su aplicación. Si es cierto que se aprende actuando, el lector interesado se encuentra también directamente implicado en un proceso de aprendizaje. Este planteamiento, que nos permite hacer una comprobación personal, corre el riesgo de hacer olvidar, gracias a su «sugestividad», otros aspectos importantes y otras enseñanzas que están contenidos en el libro. Un buen terapeuta, en el sentido del método estratégico, es también un buen didacta. En efecto, si es capaz de hacer suyas las categorías y los procesos mentales del paciente, del mismo modo cuando escribe o enseña no olvida situarse en el punto de vista del que escucha

o lee, ejerciendo –a partir de esta premisa– una influencia manipuladora, sugestiva y reorganizadora de las categorías mentales necesarias para cambiar la óptica y las construcciones mentales y facilitar, en consecuencia, el proceso de aprendizaje.

El trabajo que realiza Nardone al proponer los casos favorece este tipo de aprendizaje; hubiera supuesto un esfuerzo excesivo, demasiado original e incapaz de ser apreciado por todos los lectores, haber organizado el libro y la relación con el lector siguiendo sus técnicas. Habría sido útil, porque en cada lector existen resistencias, cuanto más extensamente se ha identificado con otros enfoques terapéuticos, con su visión implícita del mundo, con sus categorías lingüísticas y los paradigmas epistemológicos subyacentes. Un psiquiatra o un psicólogo, cuanto más estrechamente se hallan vinculados a un credo terapéutico –prescindiendo de los resultados que éste les permita obtener–, tanto más defienden a través de él su identidad personal, y no sólo profesional.

El motivo de esta digresión es manifestar que el libro, para poder ser plenamente apreciado en sus presupuestos teóricos, exige cierta información (o formación) preliminar, que permita al lector «resistente» situarlo dentro de una tradición de pensamiento, cuyo conocimiento puede reducir sus reticencias, incomprensiones o equívocos. El método utilizado por Nardone es el resultado más avanzado del encuentro entre la tradición de Palo Alto y de Phoenix, que, prescindiendo de genealogías, el lector culto, informado o aficionado a los trabajos, capta enseguida, porque además aparecen citados en varias partes del libro. Para explicarlo brevemente diremos que los precursores más inmediatos son: *a)* la terapia breve sistémico-estratégica del Mental Research Institute de Palo Alto, fácilmente identificable en la obra de Watzlawick y Weakland, del que por otra parte el Autor ha sido alumno y más tarde miembro honorario, y *b)* las soluciones técnicas ideadas por Milton Erickson en el ámbito de la llamada «hipnosis sin trance». El trabajo de Nardone del que da testimonio este libro es, a pesar de su autonomía, el fruto más reciente e innovador de la tradición

sistémica. Contribución que no hay que confundir con la rama sistémica de la terapia familiar, con la que existen importantes diferencias epistemológicas, teóricas y de práctica terapéutica. El método terapéutico propuesto por el libro está muy próximo a la epistemología de Gregory Bateson, más de cuanto puedan estarlo otros métodos sistémicos más superados. Inspiración y proximidad al Bateson «constructivista» y que ha visto, *mutatis mutandis*, en Paul Watzlawick su continuador, entre otros motivos por la análoga y gran altura cultural y sensibilidad antropológica de este último. Altura cognoscitiva que no siempre está presente en las camarillas imitadoras de los terapeutas que han hecho del patrimonio sistémico una reducida práctica de ambulatorio.

Como ya he señalado, existen psicoterapias que suscitan en muchos psicólogos desconfianza y el temor de verse desacreditados por el mero hecho de utilizarlas; en cambio otras –y hay que decirlo– consiguen inspirar confianza porque, en la medida de lo posible, respetan las reglas del juego científico, o bien de la transparencia y verificación pública de los resultados, de la coherencia entre afirmaciones teóricas y actos terapéuticos; características todas ellas a las que tiende el trabajo de Nardone. Hay que tener en cuenta además, aunque como mera alusión, que en el enfoque estratégico-constructivista se encuentran las huellas de muchos fragmentos teóricos que pueden ser plenamente compartidos a la luz de los nuevos conocimientos incorporados a muchos sectores de la psicología, por ejemplo de la «social cognition», del interaccionismo, de los estudios sobre el sentido común y las correspondientes teorías implícitas de la personalidad, por no hablar también de todas las contribuciones más recientes de los investigadores dedicados al estudio de los procesos autoperceptivos y del «self».

Hay que decir además, en honor del enfoque estratégico, que el terapeuta y el modelo que utiliza se proponen objetivos delimitados. La teoría está pensada y utilizada en sentido pragmático. El objetivo para el que debe servir la teoría es proporcionar los presupuestos, la conexión interna y la coherencia lógica a las

acciones del terapeuta, que debe descubrir cómo su paciente organiza su propio sistema perceptivo relacional, interno y externo, a fin de introducir en él las tácticas de reestructuración, cuyo éxito conduce a la disolución del problema psicológico. Aun cuando las hipótesis del autor y las explicaciones pragmáticas que adopta tienen muchos puntos en común con los conocimientos que hoy en día explican el comportamiento interactivo y sus mecanismos, por ejemplo cómo se produce la persuasión o cómo los individuos se autoengañan, no es de su incumbencia construir una teoría de los procesos mentales y someterla a verificación experimental. Si es cierto que el terapeuta estratégico otorga a su propio mapa teórico una validez provisional y ningún estatuto ontológico (el mapa no es el territorio), esto depende de una elección constructivista. En realidad, parte de la teoría se completa mediante la que ofrece el paciente como visión propia del mundo, concepción y explicación de sí mismo y sobre cómo afronta sus propios problemas y los significados que les atribuye. Para entender esta postura basta remitirse a lo que escribió Gregory Bateson hace muchos años: «En la historia natural del ser humano la ontología y la epistemología no pueden separarse; sus convicciones, generalmente no conscientes, sobre el mundo que le rodea determinarán su modo de contemplarlo y de actuar en él, y esta manera de sentir y de actuar determinará sus convicciones sobre la naturaleza del mundo. El ser humano está pues aprisionado en una trama de premisas epistemológicas y ontológicas que, prescindiendo de su verdad y falsedad últimas, asumen para él el carácter de autoconvalidación».

Lo que uno hace, dice y piensa acerca de sí mismo, de los demás y del mundo, produce cosas concretas: desde sentimientos hasta acciones, desde ilusiones a representaciones empíricas de la realidad, desde esquemas interactivos a convicciones y a esa clase particular de fenómenos que en forma de síntomas generan sufrimiento, pero que no son otra cosa que el producto de significados y hábitos de comportamiento contruidos por el individuo. Actuar intencionadamente no siempre implica un nivel adecuado de conciencia: el

fóbico constituye el ejemplo paradigmático.

El objetivo de la terapia estratégica consiste precisamente en efectuar cambios en las modalidades con las que las personas han construido realidades privadas y disfuncionales. Si el terapeuta tiene que efectuar cambios en estas modalidades, representacionales o de acción, debe procurar apropiarse del estilo y modos de pensar del paciente; es decir, debe «aprender a hablar su mismo lenguaje»: sólo así podrá utilizar sus códigos de significado y sus recursos. Se parte de la premisa de que la mente humana no es pasiva, determinada o reactiva, sino que en la mayor parte de sus procesos es activa y constructiva, esto es, crea la realidad que después sufre.

El trabajo de Nardone describe y propone las secuencias y las estrategias que se pueden adoptar y experimentar para desarticular los esquemas cognitivos y de acción del paciente en su aspecto interactivo y los mecanismos correspondientes de retroacción confirmativa. Pero tanto el método como las estrategias se presentan también a través de la valoración de su eficacia. Como es bien sabido, es difícil cuantificar y comparar los resultados de la actividad clínica de una técnica terapéutica, dado que las variables relativas al trastorno psicológico, al dato biográfico-relacional, a las respuestas individuales no son homogéneas, y por tanto, poco controlables, y muchas otras son desconocidas, como las tristemente célebres variables que intervienen. Sin embargo, Nardone, actuando de manera honesta y concreta, ha tomado como indicador cuantitativo la «remisión de los síntomas»: de este modo es posible valorar la eficacia del tratamiento a través del dato empírico y un estudio de *follow-up*, unido a la presentación documentada del *iter* terapéutico en casos ejemplares. Obviamente buena parte de la actuación del terapeuta es propia de la profesión; la simplicidad de sus «movimientos» terapéuticos sólo es aparente y exige soluciones apropiadas, contextuales, individualizadas y originales. Esta habilidad no puede ser transmitida junto con el paquete de instrucciones de uso, ni puede ser considerada una variable residual respecto de los resultados y

comparaciones que nos ofrece Nardone para valorar la eficacia de la terapia. Pero el libro habla también y sobre todo del «miedo» o, mejor dicho, de la clase de miedos, aparentemente inmotivados, paralizantes, cervales y ansiogénicos, cuya múltiple diversidad no es reducible a la etiqueta nosográfica que los registra como «fobias». La organización fóbica de la personalidad es algo que atañe a la manera de actuar, pensar, imaginar la realidad por parte del individuo a partir del propio punto de vista, en el que está implicada la concepción que tiene de sí mismo y el sistema de relaciones del que es una parte activa. El fóbico no es solamente el resultado de algo que le ha sucedido, sino que es alguien que, a pesar suyo, se prescribe su propio problema, por muy paradójico que pueda parecer. En otras palabras, es el actor que sufre miedo y experimenta ansiedad por el papel que se autoprescribe, y los aplausos del público (o la aprensión y colaboración de los demás) hacen aún más creíble, «realista» y auténtica la interpretación y la identificación con un papel patológico. Dejando aparte la metáfora teatral, Nardone pone en evidencia cómo los esquemas representativos de sí mismo y de las relaciones que mantiene con la realidad, contra los que lucha el fóbico, constituyen efectivamente un componente importante en el mantenimiento del trastorno.

Llegados a este punto, mi «nota» propedéutica puede concluirse y dejar al libro la parte sustancial de la explicación sobre las fobias y las modalidades de tratamiento estratégico. En cualquier caso resulta claro que el término «fobia» – como por otra parte advierte puntualmente Nardone – es un recurso lingüístico, una etiqueta adecuada para transmitir convencionalmente la compleja fenomenología de un problema psicológico: el fenómeno no puede ser sustituido ni reducido a la palabra que designa su síntoma. Sin embargo, como ha escrito Herman Melville en el capítulo final de *Billy Bud*, «si la verdad se expone sin compromisos presenta límites confusos».

La estructura del libro

Todo es más simple de lo que pueda creerse y al mismo tiempo más complicado de lo que pueda entenderse.

Johann Wolfgang Goethe

La estructura expositiva elegida para la presente obra pretende ser una síntesis entre la exposición puramente científica, con una relación puntual de la labor de estudio e investigación efectuados, y una exposición sugestiva, con citas de anécdotas, metáforas y un estilo de escritura accesible incluso al que no tiene conocimientos especiales. Con ello se pretende facilitar la lectura, salvaguardando al mismo tiempo el aspecto sistemático y riguroso necesario para la exposición de las teorías de los constructos aplicativos de tipo estrictamente científico. En realidad, el libro va dirigido por una parte a los especialistas, que en él encontrarán expuesta detalladamente una innovadora teoría sobre el miedo en sus aspectos de formación, persistencia y cambio, y los procedimientos de un modelo de intervención especialmente eficaz y eficiente, y por otra parte va dirigido a un amplio público compuesto por las personas interesadas por un problema de tan vasta relevancia social, como es el miedo en sus formas más severas de trastorno. Problema éste que en la literatura psicológica y psiquiátrica se ha presentado con demasiada frecuencia como algo irresoluble o sólo reductible mediante muchos años de fatigosa y costosa terapia.

Pero también en este caso el hecho de que un problema sea complicado, se prolongue durante mucho tiempo y posea una sintomatología cruel, no debe significar que su resolución exija una solución torturadora, igualmente prolongada en el tiempo y complicada. En otras palabras, este libro pretende ser también un instrumento de difusión entre el gran público de innovadoras y eficaces formas de intervención en problemas que a menudo permanecen sin resolver durante años, no por las características especiales de dichos problemas, sino por las características de ineficacia e ineficiencia de las intervenciones

terapéuticas efectuadas para su solución. A este objeto, la exposición comenzará con la presentación de los datos correspondientes a la muestra considerable de sujetos que han acudido a nuestro Centro con trastornos de tipo fóbico y obsesivo-compulsivo, a fin de puntualizar desde el principio que las afirmaciones que contiene la obra, tanto en lo que concierne a las observaciones de tipo teórico, como a las de tipo puramente práctico, no son el fruto de «fantasías nocturnas» o de «iluminaciones matutinas» del pensador-sanador de turno. Y tampoco que los constructos teórico-prácticos se hayan derivado del trabajo efectuado a partir de un solo caso clínico o de una muestra de casos demasiado reducida (procedimiento desgraciadamente muy frecuente en nuestro campo de actuación). Junto a la presentación de los casos se expondrá también la secuenciación temporal del trabajo que ha conducido al diseño del modelo de tratamiento.

Se describirán, pues, las formulaciones y las hipótesis sobre cuya base se ha iniciado el trabajo, los procedimientos utilizados para estudiar, experimentar y diseñar las técnicas específicas de intervención y su secuenciación temporal más apropiada. A continuación se hallarán las formulaciones teóricas y prácticas respecto a cómo, según la intervención-investigación efectuada sobre la misma muestra, los trastornos examinados se han formado (la formación del problema) y cómo persisten (la persistencia del problema), gracias a las modalidades perceptivas y a las consiguientes modalidades reactivas de los sujetos portadores del trastorno y de las personas que están más próximas a ellos. Después se presentará detalladamente el protocolo de tratamiento (cambio y solución del problema), resultado final del trabajo de investigación-intervención en sus variantes específicas compuestas de procedimientos terapéuticos específicos y de una adecuada secuenciación temporal. Todo ello acompañado de la transcripción directa de las filmaciones de vídeo de las terapias completas realizadas, anotadas en todos sus pasos desde el comienzo hasta el fin del tratamiento. A esta exposición le seguirá asimismo la presentación de los

resultados obtenidos, en cuanto al nivel de eficacia y eficiencia, mediante esta forma de intervención sobre la mencionada muestra de 152 sujetos.

La siguiente parte de la obra estará dedicada a comparar algunos modelos tradicionales de terapia de los trastornos fóbicos con el que se presenta aquí, con objeto de poner de manifiesto tanto las características comunes como los puntos de divergencia teórico-práctica, de modo que aparezcan claramente las peculiaridades específicas de nuestro modelo de intervención. El epílogo del libro afrontará, de un modo un tanto paradójico, el problema de las posibles contraindicaciones del tipo de tratamiento descrito a lo largo de la obra.

La epistemología cibernético-constructivista

Conocer un problema mediante su solución

Este trabajo es, en primer lugar, la relación puntual de una experiencia de investigación empírica en el campo clínico. Este estudio ha conducido, tras repetidas experimentaciones, al diseño de un modelo de psicoterapia que permite la rápida y efectiva solución de los problemas relacionados con formas graves de miedo, pánico y fobia. Al mismo tiempo el estudio, basado en el método de la investigación-intervención y realizado a lo largo de 6 años sobre un total de más de 150 casos, ha resultado ser también un sorprendente instrumento de conocimiento, desde un punto de vista operativo, de los trastornos fóbico-obsesivos. Es decir, los datos recogidos permiten formular un modelo cognoscitivo y operativo en relación con la formación, persistencia y cambio resolutivo de las tipologías de dicho trastorno. Esto significa que un trabajo clínico orientado a la rápida y efectiva solución de los problemas presentados por el paciente ha permitido reunir informaciones que han conducido a nuevas perspectivas cognoscitivas respecto a los problemas que estábamos tratando.

En resumen, un estudio destinado *in primis* al diseño de eficaces y eficientes intervenciones clínicas ha permitido también adquirir posteriores, y tal vez

innovadoras, informaciones sobre las tipologías de los trastornos objeto de las mismas intervenciones.

La metodología de nuestra investigación-intervención concuerda con las ideas lewinianas relativas a la investigación-acción psico social y a los conceptos de cambio y estancamiento. Una de las mayores contribuciones de Lewin al pensamiento psicosocial, como ha señalado Festinger, consiste en la idea «de estudiar las cosas cambiándolas y viendo los efectos del cambio. Esta idea de que para entender exactamente un determinado proceso se deba provocar un cambio y observar luego sus efectos variables y la nueva dinámica se halla en toda la obra de Lewin, y sigue siendo aún hoy extraordinariamente pertinente» (P. Amerio 1982, 189). Sobre la base de esta tesis, que está también en la línea de la moderna epistemología constructivista (von Glasersfeld 1979 y 1984, von Foerster 1970, '73, '74, '87), se ha tenido conocimiento de una realidad interviniendo sobre ella; al mismo tiempo se ha ido ajustando gradualmente la intervención, adaptándola a los conocimientos posteriores que iban apareciendo sobre la base de los efectos de las intervenciones mismas. De acuerdo con lo que prescriben los teóricos de la cibernética de segundo orden (von Foerster, Keeney), se ha estudiado y tenido en cuenta tanto el sistema observado como el sistema observante, considerando en todo objeto de estudio la interacción entre ambos sistemas y su efecto, con miras a la solución del problema que presenta el paciente.

Este tipo de estudio o, como preferimos llamarlo, «intervención-investigación», ha llevado a diseñar un protocolo específico de tratamiento, particularmente eficaz y sorprendentemente eficiente para los trastornos fóbico-obsesivos. Y también ha permitido conocer mejor la realidad en la que se estaba interviniendo, es decir, lo que hemos definido como «el sistema perceptivo-reactivo» habitual en las personas que manifiestan formas graves de trastornos fóbicos.

Por todo ello esta exposición se convierte en un tratado no sólo sobre el

cambio y la solución del problema del miedo sino también sobre su formación y persistencia. Con esto no queremos decir, sin embargo, que los constructos teórico-prácticos que contiene nuestra exposición constituyan una teoría completa o exhaustiva sobre el miedo, porque, como clínicos y terapeutas que somos, hemos utilizado en el curso de nuestras observaciones «la lente» de observación propia del contexto de la terapia.

Esto significa que, de acuerdo con la epistemología contemporánea, cualquier tipo de conocimiento que se produzca en el proceso interactivo entre terapeuta y pacientes es el producto de esa particular «realidad inventada» que es la interacción terapéutica. De la observación de un contexto tal no se puede extraer ninguna teoría que no sea exclusivamente relativa a este contexto. De lo contrario incurriríamos en un trágico error epistemológico, en el que desgraciadamente incurren la mayoría de las teorías psicológicas y psiquiátricas procedentes de los estudios clínicos, consistente en transferir los conocimientos derivados de la experiencia clínica al contexto no clínico, con lo cual se da un paso completamente arbitrario y metodológicamente incorrecto. Es como si un etólogo llegase a emitir juicios sobre el comportamiento de un animal en estado salvaje a partir de las observaciones del comportamiento de animales domésticos. Y tampoco el hecho de que, en nuestro caso, la «realidad inventada» entre terapeuta y paciente en el transcurso de la terapia haya sido destacada en un gran número de casos y haya conducido a resultados concretos de cambio en las realidades personales de los pacientes fuera del contexto terapéutico puede ser considerado un criterio de concreción epistemológica respecto al conocimiento de una realidad externa al contexto clínico, como es la interacción entre individuos y realidad.

La situación clínica resulta, por tanto, un particular y parcial punto de observación respecto a una realidad, en este caso el miedo, el pánico y las fobias. Lo que cabe esperar, en el mejor de los casos, como resultado del estudio, investigación y experimentación en el seno de este concreto y parcial

contexto, es un mero conocimiento operativo, que von Glasersfeld definiría como «conciencia operativa». Así pues, desde nuestro punto de vista, los constructos teórico-prácticos que se presentarán a lo largo de esta obra no deben ser considerados teorías cognoscitivas que pretendan describir el miedo, el pánico y las fobias en su absoluta esencia existencial, sino solamente conocimientos y constructos tecnológicos, es decir, modelizaciones cognoscitivas que permitan diseñar instrumentos y técnicas cada vez más eficaces para solucionar los problemas a los que se aplican, o para alcanzar los objetivos propuestos. Por otra parte, como afirmaba G. Bateson (1984) en perfecta sintonía con la moderna filosofía de la ciencia (Popper 1972 y 1983), el deber de la ciencia no es construir castillos teóricos perfectos, sino diseñar eficaces técnicas de intervención basadas en los objetivos propuestos. Por consiguiente, lo que nosotros consideramos que es el límite de precaución de nuestro trabajo, esto es, que no puede ser una descripción exhaustiva del fenómeno del miedo en su compleja expresión en el seno de la realidad humana, sino que es un estudio focalizado únicamente sobre el diseño de eficaces y eficientes estrategias adecuadas a los problemas que presentan los pacientes, paradójicamente es una gran virtud, porque representa un criterio de cientifismo y de corrección epistemológica.

Breve crónica de la investigación-intervención

Las verdades auténticas son las que se pueden inventar.

Karl Kraus

En el año 1983, en el transcurso de una jornada normal de trabajo, acudió a mi despacho un señor procedente de un pueblo cercano a Arezzo, que presentaba un cuadro desesperado de miedos y obsesiones que le perseguían desde hacía años. Este individuo transformaba cualquier alteración mínima de las sensaciones corporales en un claro signo de haber contraído quién sabe qué «oscuro mal». No salía de su casa si no era acompañado, por miedo de encontrarse mal.

Cualquier cosa que leyera o escuchara por TV, referente a enfermedades o contaminaciones de cualquier clase, la asumía como propia, cosa que lo precipitaba en una angustiosa situación de pánico. Esta persona había llegado hasta mí tras haber sido tratada durante años con terapias farmacológicas y psicoanálisis, y después de haber recurrido incluso a soluciones mágicas consultando a brujas, videntes y algún religioso.

Le pregunté a la persona por qué motivo, después de haber probado tantos remedios, se había dirigido a mí, que era joven e inexperto, y le declaré que poca cosa podría hacer por él teniendo en cuenta la complejidad del problema y mi escasa experiencia. Nuestra primera conversación, en la que él me explicó todas sus desgracias y yo le repetí insistentemente las escasas probabilidades de curación y, sobre todo, mi total escepticismo respecto a mis posibilidades de actuación en su caso, se desarrolló en una atmósfera de total pesimismo y desesperanza. Unas semanas más tarde volví a verlo, y me encontré frente a una persona completamente cambiada. Sonriente y sereno, me explicó que desde hacía días ya no sufría aquellos graves trastornos y que se sentía con más deseos que nunca de reconstruir una nueva vida sobre la base de su nuevo estado de salud y de carga psicológica. Más sorprendido que él ante tal cambio, quise

averiguar cómo se había producido y le pedí que me explicara qué le había sucedido durante aquella semana. Al salir de mi despacho el paciente se sentía profundamente deprimido, desanimado y con ganas de acabar con todo; de hecho, tiempo atrás ya había intentado varias veces suicidarse. Estos pensamientos de suicidio habían ido aumentando progresivamente en los días siguientes. Me explicó que durante dos o tres días había estado pensando en cómo sería su existencia sin esperanzas de curación de sus trastornos y que en ese estado de desesperación había pensado seriamente en cómo quitarse la vida. Una vez descartados los procedimientos que ya había utilizado (envenenamiento con fármacos, provocar un accidente automovilístico), pensó –tal vez porque vivía cerca de la vía del tren– en arrojarse al tren. Así pues, según sus palabras textuales, cuando el sol estaba a punto de desaparecer por el horizonte, se tumbó sobre las vías del tren, meditando acerca de todas las cosas malas del mundo, mientras esperaba el «liberador» paso del tren. Pero, curiosamente, en aquel momento sólo acudían a su mente las posibles cosas hermosas de la existencia. En resumen, mientras estaba allí esperando el tren, empezaba a tener una idea positiva de la existencia, hasta tal punto que se sumió en una especie de profundo relajamiento y se abandonó a todas estas imágenes mentales de una posible existencia feliz. Al cabo de un rato, el ruido del tren que se aproximaba lo despertó de aquel estado placentero. Por un instante casi se sorprendió de estar allí y, dando un brinco, se apartó de la vía antes de que el tren le alcanzase. Había vuelto a la realidad. Se dio cuenta de que estaba allí esperando suicidarse y, como por encanto, veía ahora las cosas de una manera nueva, se sentía una persona distinta, que ya no tenía ninguna intención de morir. A partir de ese momento los miedos desaparecieron de su mente como por arte de magia, y empezó a salir en busca de los viejos amigos, que había abandonado a causa de sus constantes trastornos.

Continué viendo a esta persona durante algunos meses y asistí a su gradual y progresiva evolución hacia una vida libre de miedos y obsesiones, hasta llegar a

una completa reinserción en la vida afectiva y profesional. Este caso cambió completamente mis concepciones de entonces sobre la terapia, puesto que parecía impensable, a la luz de las concepciones tradicionales de la psicoterapia, que se pudiese haber producido una curación tan completa y rápida. Esta experiencia resultó ser para mí como una especie de «iluminación».

Me acordé de las obras de M. Erickson, que había leído hacía tiempo y que entonces me habían parecido relatos de «hechicerías» y no terapias rigurosas. La idea que se formó y fue cobrando fuerza en mi mente fue que sería fantástico conseguir provocar deliberadamente, mediante intervenciones sistemáticamente construidas, cambios repentinos como el que se había producido por casualidad. En la práctica, comencé a pensar que lo que realmente me gustaría era estudiar las posibilidades de intervenir en las llamadas psicopatologías, a fin de provocar, como por arte de magia, cambios rápidos y efectivos. Con estas ideas en la cabeza me dispuse a releer atentamente las obras de Erickson y encontré que sus métodos, que en una primera lectura desconfiada podían parecer poco sistemáticos, contenían en realidad construcciones estratégicas refinadas y estructuras tácticas decididamente sistemáticas. Tal refinamiento estratégico y sistematicidad táctica los hallé más tarde, estudiados de modo aún más riguroso, de acuerdo con la moderna epistemología y las investigaciones en el campo de las ciencias humanas, en las publicaciones de Watzlawick, Weakland y sus colegas de la escuela de Palo Alto. En resumen, gracias a aquel casual y sorprendente caso de curación, mis concepciones se abrieron de manera flexible a perspectivas innovadoras respecto a la formación de los problemas humanos y a su solución. Lo que más tarde me pareció claro, al estudiar a fondo los trabajos del grupo de Palo Alto, fue la existencia de una posible coincidencia entre los estudios epistemológicos de las ciencias naturales y los de las ciencias psicológicas y sociales, cosa que hasta entonces resultaba completamente insostenible si se comparaban los métodos de investigación de las ciencias físicas y naturales y los de las concepciones psicoterapéuticas tradicionales.

Otro episodio divertido, a la vez que casual, me sucedió precisamente en aquella época. Un día de julio de aquel mismo año se hallaba en mi despacho una señora afectada de trastornos de pánico y agorafobia. Desde hacía algunos años no se atrevía a salir de su casa si no era en compañía de alguien, y tampoco podía quedarse sola en casa sin ser presa del pánico. Como hacía mucho calor, me levanté y fui a abrir la ventana; al apartar la cortina, la barra de la que colgaba se salió del soporte y cayó sobre mi cabeza, golpeándome fuertemente con el extremo puntiagudo. De momento yo quise quitar dramatismo al incidente haciendo algunas bromas sobre el ridículo suceso, y me senté para proseguir la conversación con la señora que, según observé, se había puesto pálida; en ese instante percibí claramente cómo la sangre manaba de mi cabeza. Me levanté, con la intención de seguir tranquilizándola con alguna broma, me dirigí al baño y al mirarme al espejo me di cuenta de la importancia de la herida. En consecuencia, regresé al despacho y le dije que alguien debía llevarme a un servicio de urgencias para que me atendieran debidamente. La paciente se ofreció enseguida y, olvidándose de que hacía años que no conducía a causa de su fobia, condujo mi coche hasta el hospital, donde, olvidándose una vez más de su miedo, asistió impertérrita a toda la actuación de los médicos, incluida la desinfección y sutura de la herida, y desempeñando respecto a mí un papel protector y tranquilizador. Regresamos luego al despacho, y allí el marido, que había llegado mientras tanto para recoger a su mujer, contempló atónito cómo regresaba tranquilamente conduciendo el coche. Más desconcertado se quedó aún al enterarse del comportamiento anterior de su mujer, que, a tenor de los «históricos» problemas de miedo, resultaba no sólo sorprendente sino casi milagroso. Pero las sorpresas del marido no acabaron allí. De hecho, en los días siguientes al episodio narrado la señora empezó a salir sola, conduciendo tranquilamente el coche, y a reanudar gradualmente muchas actividades, que hasta entonces había abandonado a causa del miedo. Sólo fueron necesarias unas cuantas sesiones de gradual y progresiva guía a la exploración y exposición a

situaciones consideradas antes espantosas para conducir a la señora a una total superación de la sintomatología fóbica.

Como comprenderá perfectamente el lector, este casual y curioso episodio también me hizo reflexionar mucho y me llevó a pensar qué hermoso sería provocar experiencias concretas semejantes a ésta, por medio de prescripciones deliberadamente impuestas a los pacientes. Acontecimientos capaces de hacer que la persona experimente modalidades alternativas de percepción y reacción frente a la realidad y capaces, por tanto, de conducirla suavemente a la superación del miedo.

A partir de entonces mis estudios y mis aplicaciones en el campo clínico se focalizaron en el estudio experimental y el diseño de estas tipologías de intervención «estratégica», es decir, formas de tratamiento breve elaboradas sobre la base de los objetivos propuestos, capaces de conducir a los sujetos al cambio sin darse cuenta apenas de que cambian. Pero para conseguir esto hacía falta apartarse definitivamente de las concepciones tradicionales de la psicoterapia y orientarse hacia los estudios referentes al cambio, a la interacción y a la comunicación humana. Este estudio e investigación me llevó a entrar en contacto directo, en calidad de «aprendiz», con el grupo del mri de Palo Alto, concretamente con Paul Watzlawick, que me mostró, a partir tanto de experiencias clínicas concretas como de formas innovadoras de epistemología, la posibilidad de construir, en la interacción entre personas, «realidades inventadas», capaces de producir efectos concretos.¹ Watzlawick y Weakland fueron los supervisores inestimables, rigurosos y al mismo tiempo alentadores, del proyecto de estudio y diseño de un protocolo específico de terapia a corto plazo para los trastornos fóbico-obsesivos. De este modo el trabajo de estudio e investigación clínica sobre las formas graves de miedo, pánico y fobia empezó a adquirir forma concreta. La decisión de ocuparme específicamente de estas problemáticas clínicas se debió a algunos factores: *a)* mi insatisfacción por los resultados obtenidos con las formas tradicionales de psicoterapia; *b)* el hecho de

que en aquella época se me había presentado una gran cantidad de casos de fobia, precisamente después de los dos curiosos casos que he explicado, que me proporcionaron una enorme publicidad, a pesar de haber declarado mi falta absoluta de responsabilidad y mérito en los cambios acaecidos; c) el modelo «Brief Therapy» del mri, aplicado a los problemas humanos más dispares, a consecuencia de su tradición de estudios sistémica y familiar, era poco aplicado a estos problemas específicos. Del mismo modo, los otros modelos de terapia breve sobre base sistémica se presentaban como no demasiado específicos para los trastornos fóbicos, mientras que en las obras de Erickson, en cambio, aparecían muchas ejemplificaciones de intervención breve y estratégica en formas graves de fobias y obsesiones. Esta línea de investigación, por tanto, además de la fascinación de poder llegar a ser «poderosos sanadores» de formas graves de sintomatología psicológica, parecía presentar también aspectos de novedad y originalidad que aumentaron mi entusiasmo.

Antes que nada, organicé mi despacho a la manera clásica de los investigadores sistémicos de Bateson: con telecámaras de circuito cerrado y sala de observación. Empecé a filmar en vídeo las entrevistas con los pacientes fóbicos a quienes aplicaba el modelo de terapia breve del mri, con alguna modificación personal y adaptación inicial. Después de esto, observaba de nuevo la interacción terapéutica en su desarrollo y en sus efectos, dedicando especial atención a las maniobras y a la comunicación utilizadas. De este modo comencé a corregir las maniobras que se demostraban ineficaces y desencaminadas, y a repetir aquello que parecía ser capaz de incidir en el cambio de los pacientes. Esta experimentación ha representado el hilo conductor de mi trabajo de investigación-intervención sobre los trastornos fóbicos. Precisamente ha sido el éxito o el fracaso a la hora de provocar cambios, y los consiguientes reajustes, lo que ha permitido poner en evidencia «cómo» ciertos sistemas humanos disfuncionales funcionan en su persistencia problemática, y «cómo» puede ser posible resolver, eficaz y eficientemente, tales problemas. Los

primeros tres años de trabajo fueron una continua experimentación de técnicas, procedentes de muchos y diversos métodos terapéuticos o completamente inventadas, que podían resultar útiles. Cada maniobra terapéutica, además de ser estudiada, fue analizada en su más eficaz articulación y modalidad comunicativa. Muy pronto se hizo evidente la utilidad de disponer no sólo de «procedimientos» específicos para problemas específicos que había que abordar en el curso de la terapia, sino también de una «secuenciación» específica del tratamiento que exaltara el poder de intervención de las maniobras y condujera con mayor eficiencia a la obtención de los objetivos fijados de antemano.²

Tras estos tres años de trabajo conseguí diseñar una primera versión de un modelo de terapia a corto plazo específico para los trastornos fóbicos y obsesivos, compuesto por una serie de procedimientos terapéuticos específicos y por una secuenciación específica. A semejanza del juego de ajedrez, el proceso de la terapia fue articulado en estadios y fases sucesivas. Cada fase estaba representada por objetivos específicos que había que alcanzar; para ello se estudiaron y diseñaron tácticas específicas y una modalidad de comunicación terapéutica igualmente específica. Con este objetivo también se estudiaron una serie de posibles maniobras para poner cerco a algunas resistencias previsibles desarrolladas por el paciente.

Al experimentar estas dos primeras versiones de protocolos estratégicos, se consiguió diseñar un modelo de intervención compuesto por una serie prefijada de procedimientos, pero dotado al mismo tiempo de flexibilidad y capacidad de adaptación táctica a las previsibles evoluciones de la interacción terapéutica. Siguiendo con el símil del jugador de ajedrez experto, que, para llegar cuanto antes al jaque mate, programa determinadas jugadas intentando prever las respuestas del adversario.

Como es evidente, para diseñar este protocolo de tratamiento, que en su aplicación posterior había demostrado ser no sólo eficaz, sino también predictivo y heurístico, fue necesario un paciente y laborioso estudio empírico y

experimental de la reacción habitual a determinadas maniobras por parte de los sujetos fóbicos, así como la elaboración, en alguna ocasión, de técnicas específicas que permitieran conseguir los objetivos fijados de antemano para cada fase de la terapia. El resultado final podría describirse como algo parecido a lo que en el juego de ajedrez es el jaque mate en pocos movimientos. Sin embargo, en seguida se vio claramente que en la terapia, a diferencia del ajedrez, que es un juego frío y calculador, la calidad de las relaciones interpersonales entre terapeuta-paciente/s era un factor decisivo para obtener el éxito final. Para conseguir este objetivo, las enseñanzas de Erickson sobre la utilización de la sugestión en el seno de la comunicación terapéutica, y las de Watzlawick sobre la utilización de la paradoja, de los «dobles vínculos», y de otras técnicas de pragmática de la comunicación, fueron un elemento indispensable para la confección de los planos estratégicos y de las técnicas terapéuticas específicas. El modelo preparado en las dos articulaciones distintas, una más adecuada para los trastornos basados en las obsesiones y otra más adecuada para los trastornos basados en las fobias, ha sido aplicado hasta el día de hoy, con adaptaciones flexibles, a una casuística que actualmente supera las 200 unidades (a pesar de que los casos que hemos considerado hasta ahora objeto de investigación son solamente 152, en los que ya se han realizado los *follow-up* en plazos de tres meses, seis meses y un año desde la finalización de la terapia). Los resultados obtenidos resultan claramente satisfactorios tanto desde el punto de vista de la eficacia –86% de resultados positivos–, como desde el punto de vista de la eficiencia –14 sesiones como duración media de la terapia.

Por consiguiente, en la actualidad podemos considerar que se ha alcanzado el objetivo de elaborar un modelo de intervención sistemático y riguroso que produzca deliberadamente, y con menores riesgos, lo que se había producido por casualidad en los dos casos mencionados al comienzo. Esto significa que en la interacción terapéutica se construye una «realidad inventada», capaz de producir efectos concretos en la realidad cotidiana de los pacientes. El terapeuta que

realiza estos tipos de intervenciones en realidad se parece al sabio errante de la siguiente historieta árabe: «Alí-Babá dejó a su muerte a sus cuatro hijos 39 camellos en herencia. El testamento disponía que esta herencia se repartiera de la siguiente manera: al hijo mayor le debía corresponder la mitad, al segundo una cuarta parte, al tercero una octava parte y al más joven, una décima parte de los camellos. Los cuatro hermanos estaban discutiendo acaloradamente porque no conseguían ponerse de acuerdo. Acertó a pasar por allí un sabio que andaba errante y, atraído por la disputa, intervino en ella y resolvió el conflicto de los hermanos como por arte de magia. Añadió su camello a los 39 de la herencia y comenzó a hacer el reparto bajo la mirada estupefacta de los hermanos: asignó al mayor 20 camellos, al segundo le dio 10, al tercero 5 y al más joven 4. Al terminar montó en el camello restante, que era el suyo, y prosiguió su viaje sin rumbo» (Eigen 1990, 140).

En la solución del dilema de los hermanos, el sabio errante ha añadido una cosa, indispensable para la solución, que después ha cogido de nuevo, puesto que, una vez resuelto el problema, esta cosa ya no tenía utilidad. De modo análogo, respecto a los pacientes fóbicos se añade algo, gracias a la interacción terapéutica, que es indispensable para la efectiva y rápida solución del problema, pero después, al haberse superado los trastornos, este algo añadido se quita porque ya no sirve para nada. Este tipo de intervención es «mágico» sólo en apariencia, ya que en realidad es el resultado de una aplicación de principios de persistencia y solución de los problemas extremadamente rigurosos; principios que, en su aplicación, prevén una adaptación creativa a las circunstancias, a fin de que sean capaces de romper los «encantamientos» representados por los complejos y autorreflectantes problemas humanos. Por otra parte, como afirmaba Bateson (1979), «el rigor por sí solo es la muerte por parálisis, pero la imaginación por sí sola es la locura».

Definición del problema y de las metodologías

Todo lo que he creído existe, pero solamente esto.

Hugo von Hofmannsthal

1. El problema: definición y/o descripción de las formas graves de miedo, pánico y fobia

Las tipologías de los problemas que se tratan en este trabajo merecen una clarificación sustancial puesto que con los términos «miedo», «pánico» y «fobia» se describen tantas «realidades» psicológicas y comportamentales que, muchas veces a causa de las distintas teorías de referencia, resultan ser muy poco concordantes. «Bien mirado el “miedo” es una etiqueta lingüística con la que categorizamos cosas distintas según la perspectiva teórica y los instrumentos de investigación. Indicios fisiológicos, las expresiones del rostro, los rasgos del comportamiento, la experiencia subjetiva hacen que cualquier discurso sobre el miedo sea un discurso del observador que construye a través de sus “mapas” lo que ve segmentándolo y colocándolo en distintos planos de realidad» (Salvini 1991, 12). Por ejemplo, una misma forma determinada de miedo puede ser descrita: *a)* por un psicoanalista como el efecto de un «trauma infantil» no resuelto; *b)* por un conductista como una forma de aprendizaje y condicionamiento social; *c)* por un terapeuta familiar como el producto de un mal funcionamiento de las relaciones familiares; *d)* por un cognitivista como una forma de reacción a las modalidades de unión y separación; *e)* por un existencialista como una expresión de la angustia de existir.

Todas estas distintas perspectivas y valoraciones nos hacen recordar la metáfora india de los cuatro ciegos en torno a un elefante, cada uno de los cuales toca una parte distinta del elefante sin poder verlo en su totalidad y afirma que aquella es la «verdad» respecto a la constitución del elefante. Así pues, para uno

el elefante es algo largo y flexible, la trompa; para otro, una masa compacta de carne, el costado; y así sucesivamente para cualquier otra percepción limitada del cuerpo del elefante. Desde nuestro punto de vista, que es también el del enfoque estratégico de cara a la formación y solución de los problemas humanos (Watzlawick 1974, Nardone-Watzlawick 1990, Nardone 1991), todas estas distinciones tienen escasa relevancia, porque resultan ser solamente «interpretaciones» de las mismas tipologías del problema, que no ayudan desde luego a la elaboración de soluciones eficaces, sino que a menudo representan únicamente visiones de un problema, o noveladas o reductivistas. Si utilizamos, en cambio, los presupuestos de la moderna epistemología constructivista (von Glasersfeld, von Foerster, Watzlawick 1981), los problemas humanos son considerados como el producto de la interacción entre sujeto y realidad, y sobre todo de «cómo» cada uno percibe la realidad mediante la perspectiva asumida, los instrumentos cognoscitivos utilizados y el tipo de lenguaje usado. Este complejo sistema de percepción y elaboración de nosotros mismos, de los demás y del mundo construye representaciones de realidad que alguna vez, en el caso de personas que sufren un trastorno, conducen a respuestas disfuncionales. Nosotros definimos todo esto como el sistema «perceptivo-reactivo»¹ de una persona.

Lo que aquí nos interesa es el funcionamiento concreto del problema en sus dinámicas y en sus procesos, el estudio y descubrimiento de las reglas y de las funciones que le son propias y la consiguiente elaboración de soluciones rápidas y efectivas: es decir, «cómo» funciona el problema y no por qué existe el problema. Este cambio de óptica permite concentrarse en el diseño de soluciones rápidas y efectivas, sin perder el tiempo en búsquedas fatigosas, muy poco creíbles, y absolutamente inútiles, de presuntas «causas» del problema presente. Desde esta perspectiva, la definición de los problemas es representada por su relevancia empírica, mediante el relato de los pacientes y de sus familiares, y por lo que en el curso de la interacción entre terapeuta y paciente/s se define como problema que hay que resolver.² Así pues, la acepción

diagnóstica, utilizada en el presente trabajo de investigación-intervención, respecto a las formas severas de trastorno fóbico es la obtenida directamente de los relatos empíricos de los pacientes, evitando en la clasificación cualquier forma de interpretación de los datos. La muestra de individuos sobre los que se basa este estudio está compuesta por diversas tipologías de problemas cuya base es el miedo, el pánico o la fobia.

El rasgo común a todos los sujetos es el hecho de que todos habían llegado a un punto que les impedía desarrollar una vida autónoma e independiente de las personas que les rodeaban, y que además todos eran incapaces de desarrollar cualquier actividad por sí solos libres del miedo o de la fijación fóbica. Los casos citados anteriormente corresponden, como sabe el especialista, a precisas clasificaciones diagnósticas diferenciales del dsm-iii-r (*Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, tercera edición revisada y puesta al día), cuyas definiciones citamos. En nuestro trabajo clínico, sin embargo, preferimos evitar las «etiquetas» típicas de la clasificación psiquiátrica de los trastornos psicológicos, a fin de evitar el efecto de «profecías que se autorrealizan» que tienen en quienes las reciben. En la práctica clínica se utiliza deliberadamente el término problema, y no enfermedad, por su connotación no patologizante y positivizante. Hablar con los pacientes en términos de problema, más que de enfermedad, significa construir una realidad terapéutica orientada a la solución (por otra parte, los problemas están hechos para ser resueltos). Se trata de una maniobra comunicativa que representa una redefinición de los trastornos, a menudo con propiedades de auténtica intervención terapéutica por su característica de despatologización de los síntomas. Sin embargo, consideramos importante ahora referirnos a una clasificación diagnóstica de los trastornos internacionalmente reconocida por la comunidad de los científicos, a fin de hacer una valoración sistemática del objeto de nuestra investigación-intervención. Puesto que este libro representa una contribución de divulgación y de comparación con otros científicos y no una intervención terapéutica, utilizaremos

en él un lenguaje que desde luego no adoptaríamos en una situación de intervención clínica.

Tras esta obligada clarificación terminológica, que era necesaria teniendo en cuenta el uso diferente que se hace del lenguaje en la fase de terapia –donde la comunicación es instrumento y vehículo de intervención– y en la fase de exposición explicativa –contexto en el cual la comunicación es transmisión de conocimientos y experiencias–, podemos exponer la clasificación del dsm-iii-r relativa a las tipologías de problemas que nosotros hemos estudiado y tratado.

Clasificación de las neurosis fóbicas extraída del dsm-iii-r (1987)

1) Síndrome de ataques de pánico: criterios de diagnóstico

a) Episodios de pánico: durante el trastorno, uno o más ataques de pánico (períodos discontinuos de intenso miedo o angustia) no previstos inmediatamente antes, no en situaciones que casi siempre provocan ansiedad, y no provocados por situaciones en las que la persona era el centro de interés de los demás.

b) Más de cuatro ataques, como los definidos según el criterio a), en un espacio de cuatro semanas, o uno o más ataques, seguidos de un período de al menos un mes de miedo persistente a experimentar nuevos ataques.

c) Al menos cuatro de los siguientes síntomas durante por lo menos uno de los ataques: 1. respiración fatigosa (disnea) o sensación de ahogo; 2. vértigo, pérdida de equilibrio o debilidad; 3. palpitaciones o aceleración del ritmo cardíaco (taquicardia); 4. temblor; 5. sudor; 6. sofoco; 7. náuseas o dolores abdominales; 8. despersonalización o desrealización; 9. sensaciones de pesadez y hormigueo (parestesia); 10. rubor en el rostro o escalofríos; 11. dolores en el pecho o angustia; 12. miedo a morir; 13. miedo a volverse loco o a hacer algo incontrolado.

d) Durante al menos algunos ataques, por lo menos 4 de los síntomas desarrollados en el apartado c) aparecen de improviso y, a los diez minutos desde el comienzo del primer síntoma c), aumentan en intensidad (véase

«Agorafobia sin episodios de pánico»).

e) En el episodio no se puede establecer un factor orgánico inicial y de mantenimiento del trastorno, por ejemplo, intoxicación por anfetaminas o cafeína, hipertiroidismo.

Formas específicas de ataques de pánico

Media: durante el mes pasado, todos los ataques han tenido un número limitado de síntomas (por ejemplo, algo más de cuatro síntomas), o bien no se ha presentado más que un ataque de pánico. *Moderada:* a) durante el mes pasado, todos los ataques tuvieron un número limitado de síntomas (por ejemplo, algo más de cuatro síntomas), o bien no se ha presentado más que un ataque de pánico; b) durante el mes pasado ataques intermedios entre «medios» y «severos». *Severa:* durante el mes pasado, ha habido al menos ocho ataques de pánico. *En remisión parcial:* las condiciones han sido intermedias entre «remisión total» y «media». *En remisión total:* durante los últimos seis meses no se han presentado ataques de pánico o síntomas típicos de ataques de pánico.

2) Síndrome de agorafobia con ataques de pánico: criterios de diagnóstico

a) Agorafobia: miedo a hallarse en lugares o situaciones de las que sería difícil (embarazoso) escapar, o en las que no se podría disponer de ayuda en el caso de desarrollar síntomas fóbicos. Como consecuencia de este miedo la persona evita los movimientos al exterior o bien tiene que estar acompañada si se aleja de su casa, o incluso debe tolerar situaciones agorafóbicas a pesar de la extrema ansiedad. Formas comunes de situaciones agorafóbicas son «estar solos fuera de casa», «estar en medio de una multitud», «estar en una multitud», «estar sobre un puente», «en un autobús», «en un tren» o «en un coche».

b) Criterios de los ataques de pánico.

Formas específicas de comportamiento de evitación agorafóbica

Media: comportamiento de evitación (tolerado con angustia) relativo al estilo normal de vida, por ejemplo viajes sin compañía cuando son necesarios, tanto por motivos de trabajo como de vacaciones; en otras palabras: evitar viajar solos. *Moderada*: comportamiento de evitación respecto a un estilo de vida reprimido; por ejemplo, la persona llega a salir de casa sola, pero únicamente unos pocos kilómetros. *Severa*: comportamiento de evitación respecto a estar encerrado, o prácticamente encerrado en casa, o no poder salir de casa solo. *En remisión parcial*: no hay ahora comportamientos de evitación corriente, pero ha habido alguno durante los seis meses anteriores. *En remisión total*: no hay ahora comportamientos de evitación ni ha habido ninguno durante los seis meses anteriores.

3) Agorafobia sin ataques de pánico: criterios de diagnóstico

a) Agorafobia (v) b) No guardar relación con los criterios de los ataques de pánico.

4) Síndrome obsesivo-compulsivo: criterios de diagnóstico

a) Obsesiones: 1. ideas, pensamientos, impulsos, o imágenes recurrentes y persistentes que se viven, al menos inicialmente, como intrusivos y carentes de sentido, por ejemplo, impulso por parte de un padre de matar a un niño querido, un pensamiento blasfemo para una persona religiosa 2. la persona intenta ignorar o suprimir cualquier pensamiento o impulso, o neutralizarlo con cualquier otro pensamiento o acción 3. la persona se da cuenta de que las obsesiones son producto de su propia mente, no una imposición externa 4. el contenido de la obsesión no está relacionado con la idea, pensamiento, impulso o imagen que provoca el problema, por ejemplo, la comida en presencia de un trastorno de alimentación, la droga en presencia de problemas derivados de sustancias estupefacientes, o sentimiento de culpa en presencia de una depresión.

b) Compulsiones: 1. comportamiento repetitivo, fijo e intencional que se presenta en relación con una obsesión según ciertas reglas o de un modo

estereotipado 2. el comportamiento está dirigido a neutralizar o evitar la angustia o un acontecimiento o situación que la provoque, en cualquier caso, no hay conexiones reales entre otras actividades y aquello que se tiende a neutralizar o evitar, o bien es claramente excesivo 3. la persona se da cuenta de que su comportamiento es excesivo o irracional (puede que esto no sea cierto en el caso de niños; puede que no sea cierto para aquellos que han desarrollado obsesiones hacia ideas sobrevaloradas).

c) Las obsesiones o compulsiones provocan una notoria angustia, que ocupa mucho tiempo (más de una hora al día), o interfiere significativamente en la rutina normal de una persona, sus funciones ocupacionales, o su habitual actividad social o relaciones con los demás.

También consideramos trastorno basado en el miedo la forma fóbica de las fijaciones hipocondríacas (que en el dsm-iii-r se encuentra, en cambio, en el apartado de los problemas de origen psicosomático), puesto que se observa una dinámica perceptiva y reactiva de tipo fóbico-obsesivo.

5) Hipocondría. Criterios de diagnóstico

a) El miedo a padecer una enfermedad grave basado en la interpretación (equivocada) de signos o sensaciones corporales. Sin ninguna evidencia diagnóstica de problemas físicos reales. 20-30 años, edad media de la aparición. Desarrollo habitualmente crónico con desapariciones y reapariciones del síntoma. Sin embargo, muchos casos se curan. Predisposición: parece ser frecuente en quienes han tenido problemas anteriores de salud, ellos mismos o miembros de su familia. También parece que influyen en el trastorno factores de estrés psicosocial.

b) Diagnósticos adecuados no evidencian enfermedades orgánicas, pero el paciente no se lo cree y continúa con su interpretación, el síntoma no es un «ataque de pánico».

c) El miedo a estar gravemente enfermo persiste aun después de que el médico le haya tranquilizado.

d) El síntoma dura al menos seis meses.

Se remite al capítulo segundo para la explicitación de nuestro modelo relativo al funcionamiento de los sistemas perceptivos-reactivos propios de todos estos tipos de problemas basados en el miedo. Igualmente se remite al capítulo tercero para la presentación de las formas específicas de tratamiento diseñadas para estos tipos de problemas. A continuación se expone cómo el estudio de estas formas de patología fóbica se ha realizado con métodos rigurosos y en un gran número de sujetos afectados por esos trastornos.

2. El grupo de sujetos de la investigación-intervención

Las tipologías de trastorno descritas han sido tratadas en un numeroso grupo de sujetos –152, para ser exactos–, procedentes no sólo de Arezzo, sede del Centro de Terapia Estratégica, sino de toda Italia. La muestra, pues, no adolece de una limitación territorial y eventualmente cultural.

Puesto que el Centro mencionado es una empresa privada, las personas han acudido a él por su cuenta para ser tratadas; por lo tanto, representan una selección casual, organizada por nosotros sobre la base de la tipología específica de trastorno para este estudio concreto.

Las variables que presentan en común los 152 sujetos son:

a) La demanda de terapia en nuestro Centro y someterse a tratamiento según nuestro modelo de terapia breve-estratégica.

b) La pertenencia, según el diagnóstico, a una de las tipologías de trastorno fóbico descritas anteriormente.

c) Al finalizar el tratamiento todos los casos han sido sometidos a *follow-up* repetido a los tres meses, seis meses y un año. Aunque se habían presentado 169 casos, hemos estudiado y tratado 152, porque los 17 que abandonaron el tratamiento después de las dos primeras sesiones han sido considerados casi *drop-out*. Además, en relación con estos últimos no parece que sean dignas de

consideración las reflexiones que se refieren a su abandono prematuro.

La muestra de sujetos está compuesta por 84 mujeres y 68 hombres.

La edad media de los sujetos es de 28 años, a partir de un mínimo de 13 hasta un máximo de 71. Los 152 casos se subdividen según la clasificación diagnóstica en: 28 casos de agorafobia; 61 casos de ataques de pánico con agorafobia; 14 casos de ataques de pánico sin agorafobia; 31 casos de compulsiones fóbico-obsesivas; 18 casos de fijación hipocondríaca.

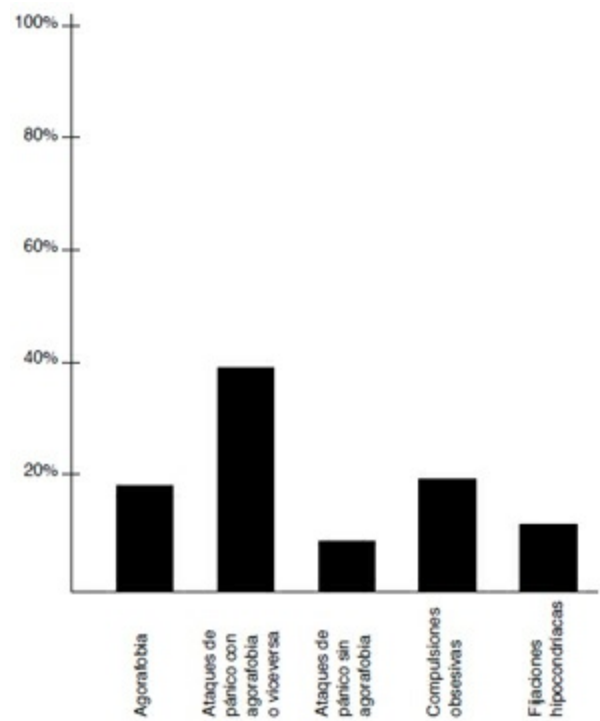
Para lo que concierne a los resultados obtenidos en el tratamiento de estas formas severas de problemáticas de tipo fóbico mediante el modelo de terapia breve-estratégica, se remite a los capítulos tercero y cuarto, en los que se refieren, además de las modalidades de tratamiento, los datos relativos a la notable eficacia (capacidad de conseguir soluciones efectivas al problema) y a la sorprendente eficiencia (relación entre costes y beneficios) demostradas por la intervención terapéutica.

También se remite al capítulo cuarto para la extensa presentación de los resultados y de las reflexiones surgidas del trabajo global de investigación-intervención, puesto que, para hacer más clara y agradable la lectura y la comprensión de los temas tratados, se ha elegido una exposición en secuencias: en primer lugar, cómo se forman y persisten los problemas fóbicos; a continuación, cómo pueden ser cambiados y resueltos. Sólo más tarde se pasará a una presentación y discusión, desde luego más aburrida, de los datos referentes a los resultados obtenidos, que constituyen además la forma más importante de confirmación de la relevancia clínica y empírica del trabajo desarrollado.

Muestra

Tipo de problema	%	<i>n.º casos</i>
Agorafobia	19	28
Ataques de pánico con agorafobia o viceversa	40	61
Ataques de pánico sin agorafobia	9	14
Compulsiones obsesivas	20	31
Fijaciones hipocondríacas	12	18

<i>Total de casos</i>	100	152
-----------------------	-----	-----



Formación y persistencia de los trastornos fóbicos

Los que continuamente preguntan «por qué» son como los turistas que, ante un monumento, leen la guía, y precisamente la lectura de la historia de su origen, etc... etc... les impide ver el monumento.

Ludwig Wittgenstein

1. Formación y persistencia: premisa epistemológica

Cuando se hace referencia a un problema psicológico, casi espontáneamente nos preguntamos por qué se ha presentado. Este tipo de actitud mental halla sus raíces en una secular concepción sobre la causalidad de las cosas o causalidad lineal. Ésta presupone que existe una relación lineal de causa efecto entre los hechos naturales, tanto biológicos como psíquicos.

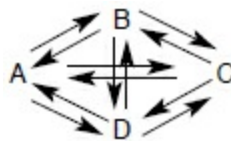
Desde esta perspectiva parece necesario, para resolver un problema, retroceder a las causas iniciales del mismo. Estas causas, evidentemente, deben ser anteriores a los efectos; por esto se considera necesario hacer un análisis del pasado para resolver los problemas del presente. En nuestro contexto específico, esta obsoleta y reduccionista concepción de la causalidad está en la base de los modelos tradicionales de interpretación de los fenómenos psíquicos y comportamentales humanos. Esas concepciones, posiblemente incluso antitéticas entre sí, como por ejemplo psicoanálisis y conductismo, basan su teoría y las consiguientes intervenciones terapéuticas en la relación determinista entre causa y efecto de un acontecimiento; tanto si es el «trauma original» de los psicoanalistas como el «condicionamiento operante» del conductismo hay poca diferencia a nivel de epistemología del modelo teórico. Este tipo de modelo epistemológico ha sido superado desde hace más de un siglo en las ciencias físicas y naturales. Basta recordar el principio de la relatividad de Einstein o el

principio de indeterminación de Heisenberg o los estudios más recientes de Maturana y Varela sobre la «autopoiesis» de los sistemas vivos, así como las «estructuras disipativas» de Prigogine, para tener ejemplos de cómo la ciencia actual se ha distanciado ampliamente de la epistemología basada en concepciones de causalidad lineal, para pasar a utilizar una epistemología basada en una concepción de causalidad circular.

Por causalidad circular se entiende la superación del concepto de unidireccionalidad y causalidad lineal, que puede expresarse de la siguiente manera:



a favor de una concepción no determinista, de acuerdo con las teorías epistemológicas contemporáneas de causalidad circular, que puede ser expresada gráficamente de la siguiente manera:



en la que el proceso adopta una forma circular de reverberación mediante las retroacciones recíprocas entre las variables. «Una vez desencadenado este proceso circular, no existe ya un comienzo o un fin, sino sólo un sistema interdependiente de influencia recíproca entre los factores que están en juego. De aquí nace la exigencia de estudiar el fenómeno en su globalidad, teniendo siempre presente que toda variable se expresa en función de su relación con las otras variables y el contexto situacional. De ahí se obtiene directamente la comprobación de que la suma de las partes no es igual al todo, y de que el aislamiento de una sola de las variables para el estudio de sus características conduce inexorablemente a un reduccionismo y a distorsiones cognoscitivas, que no pueden representar enteramente las prerrogativas de cada una de las variables, ni pueden llevar a la reconstrucción de la interacción entre los

factores. Por consiguiente, existe la exigencia de estudiar los fenómenos interactivos, porque son ellos los que determinan, junto con la peculiaridad de las variables, la expresión del proceso en curso y la expresión de cada uno de los factores. Sólo si se destaca la importancia de esta dinámica interactiva y de las reglas que la gobiernan puede obtenerse una representación correcta de cada uno de los fenómenos y de su procedencia» (Nardone-Watzlawick 1990, 40).

Esta nueva epistemología hace apenas unos decenios que se ha introducido en el campo de la psicología clínica, gracias a la obra de los investigadores de la escuela de Palo Alto (Bateson, Watzlawick, Weakland *et al.*), quienes, aplicando esta innovadora perspectiva epistemológica al campo clínico, provocaron una auténtica revolución copernicana en el seno de las disciplinas psicológicas y psiquiátricas. Pero, desgraciadamente, deberá transcurrir mucho más que algunos decenios antes de que las innovaciones científicas lleguen al gran público y al sentido común popular.

Al intentar proporcionar explicaciones a la persona que se pregunta el «porqué» de su fobia, se debe afirmar ante todo que el conocimiento de las causas del trastorno no es ni necesario ni útil para la solución del trastorno mismo.

En otras palabras, para cambiar una situación fóbica y obsesiva, en el sentido de lograr la total extinción de estos trastornos, no sirve de nada conocer las causas o su desarrollo a lo largo de los años. En cambio, sí es útil estudiar cómo este sistema de percepción y reacción frente a la realidad funciona en el «aquí y ahora» de la persona, es decir: lo que nosotros definimos como el «sistema perceptivo-reactivo» del sujeto. Y todo ello con el objetivo de (como veremos en el capítulo tercero) diseñar y aplicar las estrategias que permitan cambiar el funcionamiento de este sistema disfuncional de percepción y reacción frente a la realidad, a fin de conducir al sujeto a la solución rápida y efectiva de su problema.

A pesar de haber demostrado la inutilidad de la búsqueda de las causas

pasadas para conseguir la solución presente del problema, el lector más fascinado por los viajes al interior de la mente humana podría sostener que la revelación de las causas del trastorno representa un puro placer intelectual y que por ello es un deleite importante. Desgraciadamente, incluso en este caso, tal persona caería en una serie de trampas propias de la comunicación del sujeto consigo mismo y del sujeto con los demás (en este caso, el psicoterapeuta), con el resultado final de «fabricar» literalmente las presuntas causas sobre la base de las teorías de referencia adoptadas. Para que quede aún más claro: cuando uno pretende buscar las causas del problema actual, trabaja sobre la base de un análisis de los relatos memorísticos del paciente/s referidos a su vida pasada y a la aparición de sus problemas. El relato del paciente es ya una primera «traducción» de la realidad, mediatizada por sus actuales ideas, convicciones y emociones respecto a su pasado, y por ello el relato resulta poco digno de crédito.

Además, hay que añadir a esto la segunda «traducción» de la realidad, la que realiza el terapeuta que, según sus propias teorías de referencia, interpreta y explica las causas del actual problema psicológico. Resulta evidente que estos actos sucesivos de interpretación y comunicación distorsionan la «realidad original» fabricando una interpretación, que es a fin de cuentas una «nueva realidad», producto de la interacción entre paciente/s y terapeuta. Finalmente, incluso en el caso de que consiguiéramos aislar completamente los hechos de las interpretaciones y de las teorías, en la investigación de las causas por que se ha producido un problema toparíamos, a la hora de formular una teoría causal explicativa, con el problema puesto de relieve por la moderna epistemología constructivista (von Glasersfeld 1984, von Foerster 1973, Watzlawick 1988) respecto a las teorías que lo explican todo, es decir, las llamadas «teorías autoinmunizantes».¹ El problema se manifiesta en el carácter único e irrepetible de cada personalidad humana, o mejor dicho, de cada sistema humano, en las peculiares características de relación consigo mismo, con los demás y con el

mundo. Por consiguiente, incluso si uno se refiere a hechos similares experimentados por distintas personas como posibles causas lineales del actual problema, se está olvidando de que cada realidad cambia según la perspectiva desde la que se percibe y elabora. Así pues, el mismo hecho, vivido por personas con distintas modalidades de relación consigo mismas, con los demás y con el mundo, conduce a experiencias radicalmente distintas, que no pueden por tanto generalizarse como causas del problema. Desde este punto de vista, se asume la llamada «single case theoria»: es decir, la perspectiva que preconiza, a nivel de teoría causal explicativa, una teoría específica para cada caso particular.

Desde nuestra perspectiva, todos estos problemas derivan de la búsqueda, epistemológicamente errónea, de las causas de un problema. Dicho en otras palabras, como diría Wittgenstein, con demasiada frecuencia se valora si las respuestas son correctas o equivocadas sin tener en cuenta si las preguntas que planteamos son correctas. Cuando se estudia un problema con la intención de buscar las soluciones, lo importante es pasar de la pregunta «por qué existe» a la pregunta «cómo funciona». La diferencia consiste en pasar del análisis de los contenidos al análisis de los procesos; de un análisis semántico a una valoración pragmática de su funcionamiento; de un modelo epistemológico fisicalista y determinista a un modelo epistemológico cibernético y constructivista (Ashby 1954, 1956; Wiener 1947, 1967, 1975; Bateson 1967, 1972, 1980; Keeney 1983; Watzlawick 1967, 1974, 1980; Weakland 1974); de una concepción rígidamente lineal entre causa y efecto a una concepción de interacción en una situación problemática entre persistencia y solución del problema (Watzlawick y otros 1974). Al asumir esta perspectiva metodológica alternativa, el funcionamiento de un determinado sistema humano objeto de análisis se pone de manifiesto mediante intervenciones orientadas a modificar su funcionamiento. En nuestro caso, tras haber conseguido modificar y solucionar el problema de miedo, pánico o fobia en una amplia muestra de sujetos, podemos afirmar que hemos

comprendido cómo funcionan los procesos y dinámicas de los sistemas humanos que actúan movidos por una percepción y reacción fóbica frente a la realidad.

Desde esta visión es posible formular una teoría, no sobre el «porqué» del miedo, sino sobre «cómo» funcionan los procesos y las dinámicas perceptivo-reactivas típicas de las personas afectadas por trastornos fóbicos. En otras palabras, no una teoría explicativa (causal), sino una teoría cibernética del miedo. Estas informaciones conciernen mucho más directamente a la persistencia que a la formación del problema, puesto que el conocimiento de los procesos perceptivo-reactivo fóbicos se consigue mediante intervenciones estratégicas que rompen la persistencia (es decir, el juego perverso de retroacciones que mantiene el «equilibrio» de un sistema fóbico) de este sistema de percepción-reacción frente a la realidad. Por consiguiente, consideramos que la contribución más importante del presente capítulo radica precisamente en detenerse muy poco en el origen de los problemas que se discuten.

Nuestra propuesta alternativa es una hipótesis relativa a «cómo» parece que se inician los trastornos fóbicos, con una focalización sobre la exposición detallada de «cómo» estos trastornos persisten y tienden a agravarse. Y ello es debido a que, a efectos pragmáticos del cambio y solución de tales problemas, el único tipo de conocimiento realmente útil es el que se refiere a «cómo» persisten y se complican a través de la red de retroacciones perceptivas y reactivas entre el sujeto y su realidad personal e interpersonal.

2. Formación y persistencia: recogida de datos empírica

La ortodoxia de la razón idiotiza a la humanidad mucho más que cualquier religión.

Karl Kraus

Los primeros datos evidentes, en la medida en que son significativos, sobre cómo se han formado los problemas tratados, que pueden ser obtenidos a partir

de nuestra investigación-intervención, desmienten todas las convicciones usuales relativas a la formación del miedo. La primera hipótesis definitivamente desconfirmada es la hipótesis psicoanalítica de que las formas graves de miedo, al igual que todas las formas de trastorno psíquico y comportamental, tienen su origen en traumas infantiles no resueltos. Solamente en tres de los 152 casos estudiados se ha observado la presencia de los llamados «traumas infantiles». Sin embargo, puesto que todos estos casos habían sido objeto de tratamiento psicoanalítico, es imposible saber si el «trauma» había sido realmente tan importante para el sujeto/s, o si la importancia que se le atribuía era el fruto de las interpretaciones y teorías de los psicoanalistas. Hay que tener en cuenta que estas interpretaciones y los sucesivos *insight* de los pacientes no habían conducido a ningún resultado terapéutico concreto. La segunda convicción, decididamente desmentida por la casuística, es la que se refiere a un origen pretendidamente biológico de los trastornos fóbicos graves. Esta teoría, que estuvo muy de moda hace algunos decenios, ha vuelto a cobrar importancia en los últimos años –tal vez debido más a intereses comerciales de los laboratorios farmacéuticos que a los resultados concretos obtenidos de la investigación clínica y aplicada– y sostiene que los ataques de pánico están provocados por una disfunción de una parte del cerebro llamada *locus caeruleus*, del mismo modo que los trastornos obsesivo-compulsivos los provoca un neurotransmisor específico llamado serotonina. Desde un punto de vista epistemológico esta postura resulta claramente reduccionista, puesto que pretende explicar el funcionamiento de un sistema complejo, como es nuestra mente, mediante un único componente. Citando a Birdwhistell (1970), «sería como intentar comprender cómo está hecha toda la red de cloacas de Nueva York examinando un trozo de veinte centímetros de largo». Por otra parte, no debemos olvidar que los límites de cada unidad de observación los traza siempre el observador.

Sin embargo, si tales hipótesis fueran realistas, las intervenciones farmacológicas específicas deberían conseguir la curación completa. Si estas

terapias no producen efectos, o los producen solamente parciales, es obligado plantearse alguna duda respecto a su consistencia. De los 152 sujetos de nuestro estudio-intervención, 131 (86%) habían probado anteriormente tratamientos farmacológicos en centros especializados en la terapia de ataques de pánico; tras una ligera mejoría inicial, 83 se habían mantenido sin cambios en su patología; 8 casos incluso habían empeorado y 40 casos habían mejorado en lo que respecta a las reacciones fóbicas, es decir, a los ataques de pánico, pero no se les había modificado la percepción fóbica y, por lo tanto, seguían evitando las situaciones que consideraban perturbadoras. La conclusión clara que se puede extraer de estos datos es la falta de consistencia de la tesis presuntamente biológica sobre el origen y persistencia de los trastornos fóbicos. Con esto no pretendemos negar en absoluto la presencia de alteraciones biológicas en los sujetos afectados por trastornos fóbico-obsesivos y, por tanto, la utilidad de usar en muchas ocasiones terapias paralelas, farmacológicas o psicológicas. Lo único que pretendemos demostrar es que una visión estrictamente biológica reductivista no resiste ante la evidencia de datos concretos. De hecho, en 51 casos resueltos con éxito de entre la muestra que hemos aportado, los pacientes recibieron al mismo tiempo tratamientos farmacológicos con un especialista. Ahora bien, las terapias farmacológicas se fueron reduciendo progresivamente hasta eliminarlas, al tiempo que iba avanzando la terapia psicológica.

La tercera convicción, tajantemente desmentida por nuestros datos, es la que se refiere a la presunta fragilidad psicológica y a la existencia de vínculos familiares, o hiperprotectores o afectivamente carenciales, en los sujetos que sufren formas graves de miedo. En 91 casos (60%), los propios sujetos y sus familiares han explicado que la persona siempre había sido independiente y más bien animosa a la hora de afrontar todas las situaciones, hasta el momento en que aparecieron los trastornos que le impidieron ser como era antes. Solamente en 32 casos (21%) se ha puesto de manifiesto una situación familiar claramente protectora, con un clima de relaciones de descalificación continua de la

independencia y de las capacidades personales del sujeto. Por otra parte, sólo en 11 casos (7%) ha aparecido una situación familiar conflictiva y con un clima de relaciones de carencia o descalificación afectiva. Por consiguiente, a la vista de los datos concretos, tampoco parece consistente una hipótesis de tipo evolutivo-cognitivo sobre los orígenes de los trastornos fóbicos.

La cuarta convicción, desmentida por los relatos puntuales de las 152 personas, es la del origen reflexológico-mecanicista. Esta teoría afirma la necesidad de una relación causal lineal entre la experimentación de estímulos perturbadores y la elaboración de respuestas fóbicas. En la mayoría de casos (103 casos, 68%) los sujetos han aludido a la ausencia de una experiencia de fuerte miedo frente a un estímulo concreto, como por ejemplo un suceso espantoso, a partir del cual se hubieran originado por reacción los síntomas de fobia. Además, incluso en los 49 casos (32%) en los que se ha mencionado la presencia inicial de un acontecimiento desencadenante, éste no aparece determinado directamente por un hecho concreto sino, como veremos, por una especie de progresiva carga autosugestiva que conduce a la «construcción» del primer ataque de miedo invencible. A partir de este episodio se elaboran después secuencias de retroacciones entre sujeto y realidad, que conducen a la percepción y a las reacciones fóbicas generalizadas. Si analizamos el proceso y las típicas retroacciones referidas en relación con la presentación y la constitución del trastorno, es decir, el relato respecto a «cómo» se han presentado y evolucionado los problemas, resulta que en casi la totalidad de los casos la dinámica aparece isomorfa. Los graves trastornos fóbicos aparecieron y se fueron complicando gradualmente a partir de dudas y pensamientos sobre la posibilidad de sentirse mal, que habían aparecido de improviso en la mente de los sujetos sin ningún motivo real aparente, o bien a partir de un primer episodio poco importante de miedo, que les había inducido a pensar de manera recurrente y activa en el miedo de encontrarse mal. En el primer caso los pensamientos son del tipo: «podría encontrarme mal en medio de la gente o lejos de casa», «¿quién

me ayudará?», «¡menudo papel voy a hacer!». Paulatinamente, las dudas se fueron transformando en fijaciones fóbicas auténticas, a partir de las cuales los sujetos (103 casos, 68%) empezaron a desarrollar los típicos comportamientos de evitación y rechazo de todo aquello que pudiera parecer susceptible de desencadenar semejante cadena de pensamientos y emociones. El sujeto en realidad está asustado por todas las somatizaciones (taquicardia, respiración dificultosa, sensación de vértigo, sudoración, confusión) que esta situación emotiva desencadena repetidamente.

En el segundo caso se inicia el mismo proceso cuando, a partir de un primer episodio de miedo y somatización, los sujetos (49 casos, 32%) comenzaron a mostrarse en un estado de alerta permanente ante sus propias reacciones. Al constatar que algunas situaciones daban lugar a fuertes reacciones emotivas con sus consiguientes somatizaciones, también desarrollaron comportamientos de evitación y rechazo, o de intentos de control de estas reacciones fisiológicas. Todo ello con el resultado de aumentar la complejidad y agravamiento de los síntomas.

De estas revelaciones se desprende, pues, que las formas graves de trastorno fóbico comienzan a partir de hechos iniciales menores, desde un punto de vista completamente físico, o incluso a partir de hechos puramente mentales, como la duda: «puedo encontrarme mal». En la práctica, parece inicialmente que las personas caigan en la trampa mental en la que también cayó aquel «ciempiés» del cuento (explicado en Nardone-Watzlawick 1990), que al empezar a pensar en lo difícil que resultaba mover sus cien pies al mismo tiempo, quiso controlar y dirigir esta capacidad espontánea; el resultado fue que ya no pudo caminar más.

Como veremos extensamente, parece que lo que determina la constitución de la grave sintomatología fóbica no es el hecho inicial, sino todo lo que el sujeto realiza para evitar el miedo. Esto significa que las «soluciones ensayadas», elaboradas por las personas para evitar el miedo a desencadenar sus propias reacciones emotivas y somáticas de miedo, conducen a un agravamiento de la

sintomatología misma, y acaban por situarla en un nivel de gravedad mayor: el de la generalización completa de las percepciones y reacciones fóbicas frente a la realidad. En este momento la persona ha llegado a constituir el estado que se ha definido como *helplessness*.

«La *learned helplessness*, o la impotencia aprendida, ha sido estudiada por los psicoterapeutas cognitivistas, identificándola con la condición de no poder controlar los acontecimientos. Frente a esta experiencia el individuo acaba creyendo que no puede ejercer ninguna influencia sobre los sucesos futuros. Existe una mayor probabilidad de desarrollar un grave trastorno emocional si la causa se percibe como “interna”, es decir derivada de la incapacidad personal, más que como “externa”. La condición de impotencia aprendida puede determinar tres condiciones psicológicas: la depresión, una reacción de miedo aguda y crónica de tipo persecutorio, el recurso a rituales y creencias capaces de controlar la amenaza de los acontecimientos temidos. La mediación cognitiva, las variables de personalidad y sobre todo los esquemas de respuesta culturalmente disponibles influyen en el tipo de acción defensiva» (Salvini 1991, 14).

Para aclarar mejor el constructo relativo al hecho de que la persistencia de un problema se sostiene sobre las soluciones ensayadas para resolver el problema mismo, se puede recurrir a una ejemplificación concreta. La persona que tiene miedo de encontrarse mal, de alejarse de casa, generalmente pone en práctica dos «soluciones ensayadas» básicas. La primera consiste en evitar alejarse sola y huir de todas las situaciones que puedan propiciar el riesgo de tener que quedarse sola fuera de casa y, a veces, incluso en la propia casa. Este comportamiento conduce gradualmente, como es fácil descubrir, a evitarlo casi todo. Pero esta forma de evitación generalizada también conduce al sujeto a rebajar el umbral de activación del miedo, de modo que, al esforzarse por controlar las situaciones de miedo evitándolas, éstas acaban por aumentar vertiginosamente hasta el punto de que el mínimo alejamiento o momento de

soledad desencadena el pánico. Así pues, esta solución ensayada retroactúa sobre el problema agravándolo.

La segunda solución habitual ensayada, puesta en práctica por las personas que sufren formas graves de miedo, consiste en pedir ayuda. Constantemente están pidiendo ayuda a las personas de su entorno y, en ocasiones, manifiestan una capacidad realmente genial para tejer a su alrededor una red de asistencia formada por personas dispuestas a intervenir en el caso de que sufrieran un ataque de pánico. Pero también esta solución, laboriosa y protectora, al confirmar de forma redundante en el ámbito de la comunicación interpersonal el estado de presunta «enfermedad» del sujeto, contribuye gradualmente a mantener y a agravar la sintomatología. Porque cada vez que la persona pide y recibe ayuda recibe un doble mensaje: 1. te ayudo y te protejo porque te quiero; 2. te ayudo y te protejo porque estás enfermo. La repetición redundante de esta comunicación confirma cada vez más al sujeto en la gravedad de su enfermedad y, funcionando como una profecía que se autorrealiza, tiende a agravar realmente la sintomatología. También en este caso la solución ensayada retro actúa sobre el problema complicándolo en lugar de resolverlo.

Las dos soluciones ensayadas constituyen una secuencia recursiva entre comportamiento y experiencia, de modo que lo que debería liberar del miedo acaba alimentándolo. Por lo demás, los expertos en cibernética han demostrado que las situaciones estables se sostienen gracias a procesos recursivos de retroacción entre los factores que entran en juego. «Ateniéndonos a este criterio descriptivo, el agorafóbico puede definirse como un individuo prisionero de una secuencia recursiva viciosa, en la que interviene también el comportamiento con el que intenta resolver su problema. En un proceso de este tipo cualquier esfuerzo por evitar espacios abiertos no hace más que perpetuar otras huidas de un espacio abierto. Los intentos de superar el problema contribuyen a definirlo y a mantenerlo» (Keeney 1985, 131).

Por lo tanto, la interacción entre sujeto y miedo parece que se convierte en un

auténtico sistema cibernético, con una característica organización recursiva de comportamientos y una estructura basada en retroacciones que mantienen su estabilidad y equilibrio. En este caso, un equilibrio y una estabilidad disfuncionales o «patológicos» para el sujeto.

Así pues, una vez que se ha iniciado un proceso de este tipo, a menudo de forma casual como en la mayoría de nuestros casos, y se ha establecido una dinámica circular de retroacción entre sujeto y realidad sobre la base de una percepción del miedo, ésta tiende a mantenerse constante. Esta dinámica retroactiva se mantiene constante precisamente gracias a los esfuerzos por cambiar que realiza el propio sujeto (por eso es absolutamente necesaria la intervención de un elemento ajeno a este sistema cibernético para conseguir un cambio efectivo).

Desde esta perspectiva, los trastornos fóbicos graves no se presentan como el producto de una causa precisa y concreta, sino como el resultado de un complejo proceso de retroacciones entre sujeto y realidad, desencadenado por un hecho que a menudo no guarda ninguna relación con el tipo de trastorno que se desarrolla a continuación.

En otras palabras, lo que desencadena el proceso que conducirá a la constitución de lo que nosotros definimos como sistema perceptivo-reactivo fóbico no es un hecho derivado de una causalidad precisa y reconstruible, sino una especie de fluctuación de la casualidad que conduce a la primera experiencia directa, o solamente imaginaria, de miedo. A partir de este primer hecho casual, mediante una gradual pero destructora reacción en cadena, basada en la retroacción entre sujeto y realidad, se llega a la constitución de la sintomatología fóbica grave. El comienzo de los graves trastornos fóbicos parece como desencadenado por el «efecto Butterfly» de la teoría de las catástrofes de R. Thom (Thom 1990), que dice así: el ligero batir de las alas de una mariposa en África, si se produce en un determinado momento espacio-temporal, puede desencadenar una cadena de retroacciones naturales que provocan un ciclón en el

Caribe. En nuestro caso concreto, el «efecto Butterfly» está representado por la primera experiencia casual, real o imaginaria, que introduce en la mente del sujeto una nueva posibilidad perceptivo-reactiva: la del miedo. Todo lo que después realiza el sujeto para defenderse de esta nueva espantosa percepción de la realidad, si no funciona como una reestructuración real del sistema perceptivo-reactivo, sino sólo como ayuda momentánea, no hace sino confirmarla más, agravando los efectos tanto en términos de generalización del miedo como de respuesta psíquica y comportamental. Al llegar a este punto la persona está apresada en un sistema de percepciones de la realidad basado en el miedo, que la conduce inevitablemente a reacciones comportamentales gravemente sintomáticas. El aspecto más importante, pues, desde el punto de vista clínico de la intervención, es que lo que determina la formación y, sobre todo, la persistencia de las patologías graves fóbico-obsesivas no son las causas originarias sino las soluciones que las personas intentan poner en práctica como autodefensa frente al miedo. Estas soluciones disfuncionales ensayadas construyen gradualmente y mantienen la rigidez del sistema perceptivo-reactivo del sujeto.

Según este análisis, las formas graves de trastorno fóbico se presentan como un sistema recursivo autorreverberante, decididamente isomorfo de la «autopoiesis» de los sistemas naturales descrita por Maturana y Varela. En la práctica, una vez constituido este sistema autopoietico ya no necesita estímulos externos reales para desarrollar determinadas reacciones recursivas, puesto que «construye» en su propio seno un sistema perceptivo-reactivo fóbico. Un individuo que haya elaborado semejante sistema autopoietico no tiene necesidad estricta de situaciones concretas de miedo para tener reacciones fóbicas, porque él mismo, mediante sus procesos mentales, «construye» estas realidades que, no obstante, percibe como si procedieran de una realidad externa concreta. El sistema recursivo de retroacción entre sujeto y realidad, asimismo disfuncional, una vez que se ha constituido tiende a mantenerse, es decir, a persistir en su

equilibrio. A pesar de que este equilibrio, visto desde fuera, puede parecer un desequilibrio. Para acabar con este tipo de persistencia, hay que realizar intervenciones que permitan cambiar no sólo las reacciones comportamentales de un sujeto, sino su organización cognitiva y, sobre todo, sus percepciones frente a la realidad. De no ser así, el cambio será solamente momentáneo y el «equilibrio», basado en la red de retroacciones de la percepción fóbica, se reconstruirá rápidamente como una auténtica respuesta de adaptación del organismo a la realidad producida por el organismo mismo. Para ser aún más claros y explícitos, consideramos indispensable exponer mediante una ejemplificación esquemática las formas como se constituye este proceso en sus modalidades específicas de trastorno fóbico grave. En realidad, en los cinco tipos de trastorno fóbico grave anteriormente citados se ponen de manifiesto mecanismos perceptivo-reactivos isomorfos, que estructuran, no obstante, algunas variantes sobre el tema de base de las interacciones entre persistencia del problema y soluciones ensayadas.

3. Soluciones ensayadas del sistema perceptivo-reactivo de la agorafobia

La fuerza más grande no es equivalente a la energía que manifiestan algunos a la hora de defender su propia debilidad.

Karl Kraus

Del estudio de los relatos de pacientes con este tipo de problema destaca una primera experiencia de malestar o ansiedad, con somatizaciones que aparecen en situaciones marcadas por la sensación de sentirse solos, incapaces e impotentes frente a su propio malestar.

A partir de este primer episodio el sujeto desarrolla dos intentos de solución: 1. la solución de la evitación; 2. la solución de la petición de ayuda a personas queridas.

Estas dos soluciones ensayadas, en su disfuncionalidad, «construyen»

gradualmente una situación personal caracterizada por la total incapacidad de exploración y de alejamiento del propio «lugar seguro», así como por una total incapacidad para hacer algo por sí solos sin la compañía de alguien.

La evitación inicial conduce a una cadena de evitaciones, hasta que se llega a evitar cualquier exposición personal. La petición de ayuda y apoyo social conduce, gracias también a las retroacciones relacionales de las personas que se proponen como protectoras, a la indispensabilidad de la ayuda y apoyo del otro en cualquier situación de exploración y alejamiento.

Cuando este sistema se ha repetido durante mucho tiempo, se convierte en una organización psíquica y comportamental espontánea que se mantiene y se autoalimenta.

Racionalmente y mediante un análisis lógico, el sujeto es consciente de la disfuncionalidad de su manera de percibir y actuar, pero no puede obrar de otro modo. El sistema perceptivo-reactivo frente a la realidad se ha constituido en su granítica rigidez y le empuja a sensaciones y acciones que no es capaz de cambiar o dominar.

Como veremos en el siguiente capítulo, la intervención terapéutica en las dos soluciones ensayadas que acabo de referir, al romper la recursividad, rompe también la recursividad y persistencia de todo el sistema perceptivo-reactivo del sujeto agorafóbico. Desde el punto de vista cibernético, estos mecanismos interactivos resultan ser, por tanto, los homeostatos de un determinado equilibrio disfuncional y, desde una perspectiva pragmática, las dos palancas sobre las que hay que presionar estratégicamente para desencadenar el cambio.

4. Soluciones ensayadas y persistencia del síndrome de ataques de pánico

En este tipo de trastorno fóbico destaca un primer episodio, real o imaginario, de aguda somatización ansiosa (crisis taquicárdica, desfallecimiento, sensación de gran confusión mental, pérdida del equilibrio, bloqueo respiratorio, etc.) o de

miedo agudo a sentirse mal.

Esta primera experiencia desencadena la reacción de «intento de control» de las propias funciones orgánicas, con el resultado evidente del bloqueo ansioso o mal funcionamiento de las mismas. De hecho, si la persona comienza a escuchar su propio latido cardíaco con miedo de que se altere, la profecía se autorrealiza puntualmente, y el ritmo cardíaco se altera efectivamente. Lo mismo vale para otras funciones orgánicas espontáneas que, bajo el forzado control racional, se inhiben o alteran. El intento, pues, de controlar las amenazadoras alteraciones orgánicas acaba provocándolas. Una vez más, el intento de solución alimenta el problema.

En muchos casos de este tipo de trastorno, se llega a querer controlar el propio miedo al trastorno, alimentándolo evidentemente más, hasta llegar a provocar un auténtico miedo al miedo, que mantiene y complica el miedo.

A esta intrincada red de retroacciones paradójicas entre problema y soluciones ensayadas, puestas en práctica por el sujeto, se le añaden las retroacciones sociales de intentos de protección por parte de los familiares, que confirman al sujeto el estado de «gravedad» del trastorno. A todo esto hay que añadir todavía, como ya se ha aclarado anteriormente, la reductivista clasificación psiquiátrica de los ataques de pánico definidos como una auténtica enfermedad orgánica. Esta función de «etiquetado» mantiene, o alguna vez agrava, el problema; en palabras de Watzlawick: «el diagnóstico inventa la enfermedad».

Como parece claro en la interacción entre persistencia e intentos de solución del problema evidenciada en los sujetos agorafóbicos, fundada en la evitación y en la petición de ayuda, la referente a los sujetos que manifiestan ataques de pánico se basa en el intento obsesivo y necesidad de control del síntoma que, en vez de reducirlo, lo alimenta. La demanda de ayuda familiar y de intervención médica se manifiesta como una necesidad que el sujeto vive de una manera conflictiva.

El primer acto de la intervención estratégica se dirige precisamente a desactivar el círculo vicioso de observación e intento de control de las propias reacciones internas orgánicas y psíquicas. Este mecanismo retroactivo y recursivo representa al mismo tiempo el homeostato y la palanca del cambio del equilibrio del sistema perceptivo-reactivo del pánico.

5. Soluciones ensayadas y persistencia del síndrome compuesto de agorafobia y ataques de pánico

En este tipo de trastorno destaca la presencia conjunta de las interacciones entre las soluciones ensayadas y la persistencia del problema, propias del síndrome de agorafobia y del síndrome de ataques de pánico.

En alguna ocasión el síndrome agorafóbico se complica con la presencia de ataques de pánico, y viceversa; en otros casos, el síndrome de ataques de pánico se complica con sintomatología agorafóbica.

No se percibe normalmente una causalidad temporal entre los dos tipos de trastorno; parece ser que ambos pueden complicarse con la presencia de la otra sintomatología.

En esta casuística destacan, pues, los intentos de solución de evitación, de petición de ayuda y de obsesivo control de las propias reacciones internas, a los que generalmente se añade el intento de solución farmacológica.

Los factores que mantienen el equilibrio de este tipo de sistema perceptivo-reactivo son, por consiguiente, numerosos y por lo tanto para provocar el cambio es preciso intervenir simultáneamente en diversos homeostatos del sistema.

Sin embargo, de la experiencia clínica se desprende que hay que introducir algunas variaciones en el proceso de actos terapéuticos, según el tipo de sistema perceptivo-reactivo dominante. Esto significa que, si la persona ha desarrollado el trastorno agorafóbico sobre la base del síndrome de ataques de pánico, será necesario intervenir, como primera palanca del cambio, en el intento de solución

del obsesivo control de las propias reacciones orgánicas y psíquicas, para pasar después a la intervención en otras soluciones ensayadas que mantienen vivo el problema. Si, por el contrario, los ataques de pánico aparecen a partir de un sistema perceptivo-reactivo agorafóbico, habrá que considerar como primer objetivo el bloqueo del círculo vicioso basado en la evitación y petición de ayuda, para pasar después a la desactivación de las otras soluciones ensayadas, que funcionan como elementos equilibradores del sistema.

6. Soluciones ensayadas y persistencia del síndrome obsesivo-compulsivo

En este tipo de trastorno fóbico hay que destacar que, frente a un miedo no dominado o evitado por el sujeto, éste empieza a desarrollar rituales que, en su opinión, son capaces de combatir este miedo invencible. (Los rituales pueden ser muy diversos, desde la simple repetición de una acción hasta formas complicadísimas de secuencias de acciones: lavados desinfectantes, fórmulas y plegarias repetidas hasta el infinito, comportamientos inusuales, etc.).

La ejecución del ritual, protector y propiciatorio, proporciona al sujeto la ilusión momentánea del control de su miedo pero, precisamente por este efecto, se ve obligado a repetir el ritual con una frecuencia cada vez mayor. En muchos de los casos tratados, la vida cotidiana se había reducido a una secuencia de rituales. En esta patología resulta aún más evidente que el intento de solución del problema acaba convirtiéndose en el problema. En los síndromes obsesivo-compulsivos, una vez desencadenada y establecida la interacción entre persistencia e intento de solución del problema, lo que se impone como primera obligación inexcusable es liberar de la esclavitud de la ejecución obligada de los rituales.

En este caso el intento de solución, u homeostato del equilibrio disfuncional de la sintomatología, parece ser intentar combatir el miedo mediante rituales protectores, cuya obsesiva ejecución acaba convirtiéndose más tarde por sí

misma en la sintomatología dominante. Sin embargo, los rituales tienen para el sujeto la importante función de permitirle oponerse al miedo, que, precisamente a causa de esta oposición, aumenta y obliga al sujeto a incrementar la ejecución de los rituales. El círculo vicioso de retroacciones disfuncionales entre sujeto y realidad se presenta como un sistema autopoietico que, una vez desencadenado, se autoalimenta y mantiene paradójicamente su propia persistencia gracias a los esfuerzos que se hacen para modificarlo.

A diferencia de los sistemas perceptivo-reactivos analizados anteriormente, el del sujeto obsesivo-compulsivo se sostiene sobre el intento de luchar contra el miedo, procurando dominarlo mediante la solución de los rituales protectores o propiciatorios. Esta «lucha ritual» entre soluciones ensayadas y persistencia representa al mismo tiempo, al igual que en las tipologías anteriores, tanto el homeostato como la entropía del equilibrio del sistema de percepción y reacción obsesivo-compulsiva.

La intervención estratégica se centra en la desactivación de este sistema redundante de retroacciones, dándole la vuelta paradójicamente sobre sí mismo.

7. Soluciones ensayadas y persistencia del síndrome fóbico-hipocondríaco

En esta clase de trastorno se pone de manifiesto un primer episodio de miedo a haber contraído una grave enfermedad, posterior en intervalos variables a: 1. una enfermedad real contraída por el sujeto; 2. una enfermedad contraída por una persona afectivamente próxima a él; 3. haber leído, escuchado en la radio, visto por TV, etc., noticias sobre síntomas indicadores de graves enfermedades concretas (cáncer, enfermedades cardíacas, sida, locura, etc.).

Sobre la base de esta nueva información o experiencia que ha penetrado en su mente, la persona comienza a vigilarse obsesivamente en busca de todos los posibles síntomas físicos de la presunta enfermedad. Evidentemente, en el caso de sujetos con ataques de pánico la profecía se autorrealiza, y el sujeto percibe

en su propio organismo señales alarmantes, síntomas indiscutibles de la presencia de alguna de las graves enfermedades citadas anteriormente. La reacción de controlar diagnósticamente el propio organismo tiene como consecuencia el descubrimiento de síntomas de alteración orgánica, que conducen al aumento de la atención obsesiva que, a su vez, hace que aumente la percepción de las alteraciones del organismo. Una vez más, nos hallamos frente a la constitución de un sistema cibernético de retroacciones autoalimentadas, que se basa en la interacción de mantenimiento recíproco entre la solución ensayada y la persistencia del problema.

En estos casos, paradójicamente, el diagnóstico médico negativo respecto a las convicciones y temores del sujeto, en vez de reducir o eliminar el miedo y la fijación, los alimentan. El sujeto hipocondríaco, ante el diagnóstico negativo, cree que los métodos de diagnóstico no son suficientemente precisos y por ello debe recurrir a exámenes clínicos más refinados aún; o bien cree que su enfermedad es tan «oscura» que ningún diagnóstico es capaz de descubrirla. A partir de estas convicciones la persona elabora el segundo intento de solución: una secuencia casi infinita de análisis diagnósticos y una demanda de asistencia médica, prácticamente a jornada completa. Es evidente que cada intervención médica, tanto si es diagnóstica o farmacológica, confirma el estado de presunta enfermedad del sujeto, y de este modo funciona como un nuevo intento de solución que, en lugar de resolver el problema, introduce una nueva complicación.

El sistema perceptivo-reactivo fóbico-hipocondríaco recuerda el de los ataques de pánico. La diferencia consiste en que, mientras en el caso de los ataques de pánico los sujetos intentan controlar y frenar los síntomas, en este caso los sujetos sólo intentan ponerlos de manifiesto para poder ser ayudados por el médico. No hay esfuerzo de control ni conflictividad en el hecho de pedir ayuda, sino un obsesivo descubrimiento de síntomas fisiológicos que justifican la asistencia de una intervención especializada. La persona está tan agobiada por

esta situación de temor a la enfermedad que a menudo aparecen verdaderos trastornos psicosomáticos.

Este sistema perceptivo-reactivo mantiene, por tanto, su estado de equilibrio disfuncional mediante las dos soluciones ensayadas: 1. la atención obsesiva a la observación de su propio organismo en una búsqueda paradójica de los síntomas de la enfermedad, que aparecen puntualmente (parece como si estos sujetos se alegraran de poder descubrir a través de diagnósticos clínicos una auténtica enfermedad orgánica); 2. la búsqueda, igualmente paradójica, mediante diagnósticos médicos prolongados hasta el infinito, de una respuesta que demuestre científicamente su «oscuro mal».

En resumen, estos mecanismos interactivos resultan ser, desde un punto de vista estratégico, al mismo tiempo los homeostatos y las palancas del cambio del equilibrio disfuncional típico de los síndromes fóbico-hipocondríacos.

8. El modelo de la interacción entre las soluciones ensayadas y la persistencia en los trastornos fóbicos

Las circunstancias tienen menos poder del que parece para hacernos felices o infelices, pero la anticipación de circunstancias futuras en la imaginación tiene un poder inmenso.

Hugo von Hofmannsthal

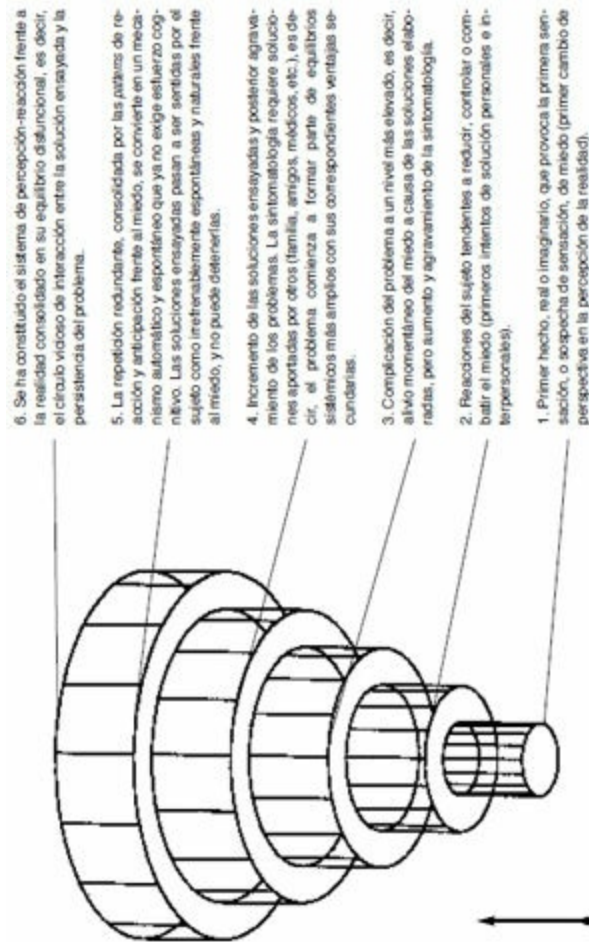
Al llegar a este punto, y tras haber descrito en términos de interacción entre persistencia e intento de cambio las diferencias propias de los sistemas perceptivo-reactivos de los cinco tipos de síndromes fóbicos objeto de nuestro trabajo, creemos que es útil resumir su funcionamiento cibernético y la secuencia temporal habitual mediante una ejemplificación esquemática (véase figura de la página siguiente).

Una vez establecido el juego perverso, «el significado atribuido a los acontecimientos amenazadores –como afirma Salvini–, tanto si son reales como

imaginarios, no está sólo gobernado por las creencias aprendidas culturalmente, sino también por el modo como funciona nuestra mente, o como organiza la información disponible, prescindiendo de sus contenidos.

Las atribuciones de causalidad, la categorización de los acontecimientos, los procesos inferenciales y performativos, la tendencia a otorgar un sentido completo y una “estructura narrativa” a los episodios y a la secuencia heterogénea de acontecimientos y la elaboración de “esquemas” prototípicos y estereotípicos, acaban desempeñando un papel importante en la organización de la interpretación amenazadora, más o menos justificada, de la realidad.

En el plano del contenido, los “esquemas mentales” realizan también una valoración de los hechos, en el sentido de que no sólo se ocupan de seleccionarlos y ponerlos de manifiesto, sino que actúan añadiendo elementos y significados inexistentes, resolviendo las ocasionales incongruencias de tal manera que sean coherentes con una teoría sobre la realidad esperada» (Salvini 1991, 15).



En otras palabras, cuando se ha consolidado el sistema de percepción-reacción frente a la realidad, la persona se halla en condiciones de organizar espontáneamente cualquier percepción o información mediante el filtro y la lente deformante del miedo. Se efectúan entonces auténticas «traducciones» de la realidad al lenguaje del miedo, transformando de este modo la realidad en algo congruente y coherente con sus sólidas organizaciones perceptivo-cognitivas.

Al llegar a este punto el lector, tras haber constatado cuán determinante resulta ser para el mantenimiento del problema lo que hace la persona para resolverlo, podría preguntarse: ¿por qué motivo las personas insisten en comportamientos y acciones que a veces ellas mismas reconocen como disfuncionales de cara a la solución de su problema? ¿Cómo es posible que el agorafóbico persista en su estrategia de evitación y en la demanda de ayuda cuando es consciente de que estas acciones mantienen vivo su problema? ¿Cómo

es posible que el sujeto obsesivo-compulsivo siga ejecutando rituales frente a realidades que provocan miedo? ¿Cómo es posible que la persona obsesionada por miedos hipocondríacos insista en buscar una enfermedad concreta en su organismo, cuando ha sido descartada por los diagnósticos?

Estas preguntas son completamente legítimas, porque es lógico pensar que las personas, que son seres conscientes y razonables, si están informadas y enteradas de ciertas dinámicas, deberían ser capaces de gestionarlas en dirección al bienestar.

A este interrogante se puede responder con algunas argumentaciones fundamentales. La primera es que la mayoría de las personas que sostienen concepciones psicológicas o médicas obsoletas a menudo tienen dificultades para comprender o aceptar otras concepciones alternativas. Sin embargo, ésta es una argumentación mínima y reductiva, desde mi punto de vista, que sólo es válida para una pequeña parte de casos. Para la mayoría, en cambio, es válida la regla constructivista que dice que ser conscientes de algo no significa ser capaces de hacerlo. Como diría von Foerster «lo contrario es cierto», es decir, «si quieres ver (y conocer), aprende a actuar». Las personas de inteligencia y cultura elevadas, capaces de comprender incluso la complejidad de determinados mecanismos recursivos, autopoieticos y paradójicos, la mayoría de las veces comprenden, pero no saben actuar de otra manera. La idea de que en el proceso de cambio se pasa del pensamiento a la acción parece hoy en día superada teniendo en cuenta las experiencias concretas de intervención. Como veremos, el cambio efectivo prevé no sólo el cambio de las cogniciones, sino sobre todo el de las percepciones que desencadenan emociones que, a su vez, influyen en las cogniciones y en los comportamientos. Este cambio de perspectiva perceptivo-reactiva, para ser efectivo, debe efectuarse a través de experiencias concretas.

La otra argumentación, sin duda sólida, para comprender cómo funcionan «a nivel de repetición de estrategia disfuncional» las persistencias anteriormente

descritas, es la que se refiere al hecho de que las soluciones ensayadas por los sujetos fóbicos tienen como objetivo prioritario la reducción momentánea del síntoma, la ilusión de escaparse del miedo, la sensación de estar protegidos. Esto significa que la persona, ante los ataques de pánico, ejecuta instintivamente acciones que le proporcionen un alivio inmediato. En ese momento concreto el sujeto no piensa a largo plazo, no proyecta estrategias, sino que sólo desarrolla reacciones basadas en la percepción del momento.

Las soluciones ensayadas, que han resultado ser auténticos homeostatos y elementos que complican el problema, funcionan ante todo como un método para escapar en ese momento del miedo. Éste es el poder inicial de su persistencia.

Henry Laborit, uno de los más importantes biólogos que existen, expresa de la siguiente manera este mecanismo de la huida: «con la corteza cerebral se llega a la anticipación gracias a la experiencia memorizada de los actos gratificantes o nociceptivos y a la elaboración de una estrategia capaz de satisfacerlos o de evitarlos. La organización de la acción se produce a tres niveles. El primero, el más primitivo, a través de una estimulación interna y/o externa organiza la acción de manera automática sin capacidad de adaptación. El segundo organiza la acción teniendo en cuenta la experiencia anterior, gracias al recuerdo de la cualidad agradable o desagradable, útil o nociva, de la sensación que de ella se ha derivado. El tercer nivel es el del deseo. Va ligado a la construcción imaginaria, que anticipa el resultado de la acción y la estrategia que hay que seguir para asegurar la acción gratificante, o la que evita el estímulo nociceptivo. El primer nivel recurre tan sólo a un procedimiento presente; el segundo añade a la acción presente la experiencia del pasado; el tercero responde al presente, gracias a la experiencia pasada, anticipando el resultado futuro» (Laborit 1982, 19-20).

Siguiendo con la brillante ejemplificación de la organización de las acciones de Laborit y añadiéndole nuestra experiencia clínica directa sobre estos casos, parece que la persona, cuando ha constituido sobre la base del esquema de

Laborit una secuencia de acciones que le han permitido aliviar el pánico, o sentirse aliviado del miedo, tenderá a repetirla.

La repetición redundante de este esquema fijo de retroacciones establece un sistema rígido de acciones y retroacciones: una especie de organización automática de la acción, como el primer nivel del que habla Laborit. En otras palabras, lo que en principio es una modalidad aprendida para escapar al miedo, confirmada y reforzada por las experiencias y las relaciones sociales, se convierte en una reacción espontánea e incontrolada: un sistema de percepción y de reacción frente a la realidad, rígido e incapaz de ser modificado por la razón.

La respuesta a las preguntas con las que hemos iniciado este apartado es que las soluciones ensayadas les parecen a las personas que las han desarrollado claramente útiles y funcionales en sus primeras aplicaciones. Por tanto, las personas repiten estas soluciones ensayadas, disfuncionales, tomando como referencia su anterior funcionalidad y el hecho de que en el momento de la crisis representan su única respuesta disponible, útil para aliviar el miedo.

Para romper el rígido equilibrio disfuncional representado por el sistema perceptivo-reactivo típico del sujeto, una intervención que se fije como objetivo resolver los complicados problemas descritos debe poseer características específicas que permitan conducir a la persona a un cambio en su modo de percibir y, por consiguiente, de reaccionar frente a la realidad.

Las características que debe poseer semejante intervención terapéutica son las siguientes:

a) la capacidad de romper el círculo vicioso de retroacciones homeostáticas entre persistencia e intentos de solución del problema; *b)* la capacidad de poner cerco a la resistencia al cambio, típica de cualquier sistema, y más fuerte aún en los sistemas complejos, como los humanos, haciendo cambiar el sistema sin que el sujeto se dé cuenta; *c)* la capacidad de producir experiencias concretas de cambio en la percepción y reacción frente a la realidad temida; *d)* la capacidad de hacer que, tras el cambio, la persona pueda recuperar sus propios recursos

personales emotivos y comportamentales y la propia autoestima.

Con estos objetivos fijados hemos llegado, en nuestro trabajo de investigación-intervención, a diseñar un modelo específico de terapia para los trastornos fóbicos graves, que permite su rápida y efectiva solución.

La prueba más fuerte contra una teoría es su aplicación.

Karl Kraus

1. Premisas epistemológicas, hipótesis y experimentaciones iniciales para el diseño del tratamiento

La persistencia de las formas graves de pánico y fobia resulta ser una organización compleja de retroacciones entre sujeto y realidad, que funciona sobre la base del sistema disfuncional de percepciones y soluciones ensayadas, propias del sujeto mismo.

Este sistema interactivo –que abarca en su complejidad las relaciones consigo mismo, con los otros y con el mundo del sujeto– tiende a mantenerse y a autoalimentarse precisamente mediante los intentos de cambio llevados a cabo por el propio individuo y por las personas que le rodean en esta compleja red cibernética de retroacciones.

Parece evidente que cambiar esta rígida y articulada situación no es una tarea fácil pero, como veremos, tampoco es imposible. La dificultad reside en el hecho de que, para llevar a un sujeto a una efectiva y rápida solución de estos problemas, se debe actuar de manera que cambie no sólo sus reacciones, sino sobre todo sus percepciones. Pero para cambiar estas últimas necesita cambiar también el modo de organizar las informaciones recibidas, puesto que esta elaboración de datos puede influir marcadamente en la información.

A partir de nuestra experiencia con la amplia muestra descrita, para obtener el cambio de tipo 2,¹ es decir, un auténtico salto cualitativo y de nivel lógico en la interacción entre sujeto y realidad, la intervención debe ser capaz de cambiar al mismo tiempo las modalidades reactivo-comportamentales (soluciones ensayadas subjetivas), las modalidades perceptivas y de elaboración de los

datos, y las interacciones sociales (soluciones ensayadas por los demás) del paciente. Para producir estos cambios, la intervención debe provocar, por una parte, experiencias concretas de diferentes percepciones y reacciones frente a las espantosas realidades vividas por el sujeto fóbico y, por otra parte, debe conducirlo a cambiar la elaboración cognitiva de estas experiencias.

Lo más difícil, a efectos de alcanzar el objetivo antes citado, es conseguir vencer la resistencia al cambio del sistema perceptivo-reactivo fóbico.

Teniendo en cuenta estas características del problema, la solución se basa en una intervención organizada sobre estrategias que recurren a la utilización de la sugestión, paradojas y «engaños bienintencionados», que «obligan» al sujeto a modalidades alternativas perceptivo-reactivas y a los consiguientes cambios cognitivos y relacionales, siguiendo experiencias concretas vividas bajo la dirección del terapeuta. Dicho de otro modo, para conseguir que un sujeto realice experiencias concretas de cambio de sus propias modalidades perceptivo-reactivas, el primer paso debe consistir en inducirle a hacer algo sin que se dé cuenta pues, de no ser así, el miedo y la resistencia al cambio le impedirían vivir estas experiencias indispensables para el cambio.

Por esta razón, el uso de técnicas de sugestión, de paradojas, de trampas comunicativas y comportamentales es necesario para alcanzar el objetivo, común para el terapeuta y el paciente, de resolver cuanto antes y de manera efectiva los problemas planteados.

Milton Erickson, Jay Haley, John Weakland y Paul Watzlawick son los maestros en el arte de imponer a los pacientes «reestructuraciones» y «prescripciones de comportamiento» directas, indirectas o paradójicas, capaces de conducirlos, por medio de experiencias concretas, a la rápida y efectiva solución de sus problemas.

Desde esta perspectiva, la terapia se convierte en una especie de duelo entre terapeuta y paciente/s, en el que el terapeuta debe vencer la resistencia al cambio, propia de la rigidez del sistema perceptivo-reactivo del paciente, para

alcanzar la victoria final. Insistimos de nuevo en que en este duelo la victoria del terapeuta coincide con la del paciente, al igual que ocurre con la derrota. Se puede, por tanto, afirmar que el recurso a técnicas de «manipulación» por parte del terapeuta es completamente legítimo si pueden acelerar y hacer más eficaz la intervención.

Antes de pasar a la descripción detallada del modelo de intervención hay que señalar que en la fase de elaboración de las técnicas se probaron varios tipos de intervención, descartados posteriormente porque resultaron ineficaces, parcialmente ineficaces o escasamente eficaces (es decir, con un coste de tiempo demasiado elevado en relación con los resultados que se pretendían obtener).

Creemos que es útil explicar brevemente este trabajo de experimentación técnica para justificar ante el lector cómo se han llegado a elaborar, y a veces a inventar, las estrategias que han conducido a un protocolo de tratamiento capaz de producir soluciones rápidas y efectivas de los problemas presentados.

De la literatura sobre tratamiento de trastornos fóbicos se extrajo una serie de técnicas terapéuticas, que se sometieron a la prueba de la aplicación directa.

Las primeras estrategias adoptadas fueron las derivadas de la tradición conductista de modificación de los comportamientos fóbicos (Wolpew 1958-73; Skinner 1974; Bandura 1974-77). Esta clase de intervención, que mostraba su eficacia al ser aplicada a las formas más simples de fobia, es decir, a las llamadas monofobias,² resultó ineficaz ante las formas graves y generalizadas de miedo. En concreto se observaron los siguientes efectos en los procedimientos usuales: *a)* mediante la desensibilización sistemática se conseguía una reducción inicial de los síntomas ansiosos, seguida no obstante de inevitables recaídas sintomáticas; *b)* mediante el *modeling* y la exploración dirigida, se observó en los agorafóbicos una ligera reducción del miedo, pero al mismo tiempo no se producía la menor incidencia en la capacidad de hacer algo sin ayuda social.

Prácticamente, lo que hemos constatado es que mediante la desensibilización sistemática se trabaja sobre la reducción de las reacciones conductistas, pero no

se interviene para nada en las percepciones y en las elaboraciones cognitivas que conducen a tales comportamientos. El resultado es que, tras una mejoría inicial, la percepción fóbica de la realidad, que no ha sido modificada, conduce inevitablemente al sujeto a presentar de nuevo incluso los comportamientos fóbicos iniciales.

Mediante el *modeling* y la exploración dirigida con los agorafóbicos, la solución ensayada de demanda de ayuda y apoyo social se incentiva en vez de modificarse y, por consiguiente, se deja básicamente intacto el sistema perceptivo-reactivo agorafóbico.

También se experimentaron las técnicas de relajamiento y autocontrol, como el *training* autógeno, la autohipnosis, etc. (Goldwurm y otros 1986). Los efectos observados derivados de estos tipos de intervención fueron los siguientes: en los pacientes con agorafobia y compulsiones obsesivas, sin ataques de pánico, se observó una ligera mejoría en el nivel general de ansiedad, pero ninguna modificación ni en sus percepciones respecto a la amenazadora realidad externa ni consecuentemente en sus reacciones frente a ella. Mientras que, con la utilización de técnicas de relajamiento, se observó un efecto paradójico en la mayoría de las sintomatologías fóbicas basadas en ataques de pánico imprevisibles. Resultó que en estos casos, al hacer que los sujetos aprendieran a examinar más a fondo sus reacciones internas, fisiológicas y mentales, se producía un exacerbamiento de la sintomatología de pánico. Hoy en día este fenómeno se entiende perfectamente, puesto que estas estrategias incentivan la solución disfuncional ensayada consistente en el examen y control de sí mismo, que ha resultado ser reverberadora del problema en los pacientes con ataques de pánico, compulsiones e hipocondría.

Para modificar la estructura de soporte y de confirmación relacional frente a la sintomatología del «paciente designado», se experimentó otra estrategia terapéutica consistente en intervenir en las interacciones familiares de los pacientes fóbicos. Este tipo de intervención en el comportamiento de la familia

proporcionó dos clases de efectos: la primera fue que los familiares, tras algunos intentos, recaían inevitablemente en la trampa del chantaje de la demanda de ayuda por parte del sujeto fóbico; la segunda era el rechazo de la terapia por parte del sujeto, que se traducía en una acusada agresividad hacia el terapeuta que pretendía poner a la familia en su contra. En nuestra opinión, la limitación más importante de este tipo de intervención, en su acción concreta sobre los desórdenes fóbicos, reside en el hecho de que se considera el *focus* de la intervención el aspecto de la relación del sujeto con los demás, olvidando el otro tipo de relación fundamental que subyace al trastorno fóbico: la relación del sujeto consigo mismo. Por ello esta concepción, basada en lo que podríamos definir el «prejuicio relacional» típico de las terapias rigurosamente familiares (Andolfi 1991; Boscolo-Cecchin 1990; Selvini Palazzoli 1988), conduce a un tipo de intervención que no incide lo más mínimo en la fundamental dinámica central entre sujeto fóbico y realidad, que afecta a la necesidad de evitar o controlar el ataque de miedo. Por el contrario, se acaba por incrementar este miedo añadiéndole el miedo a perder, a causa de las indicaciones del terapeuta, el apoyo y ayuda de los demás. Por esto el sujeto se rebela y, generalmente, su rebelión –tanto si es en el seno de la familia como en la relación con el terapeuta– conduce al fracaso de la terapia.

El otro tipo de método terapéutico experimentado fue el cognitivista y cognitivo-conductista (Beck 1985; Mahoney 1979; Lorenzini y otros 1987; Reda 1986; Guidano 1988). Algunas técnicas usadas por los terapeutas cognitivistas resultaron eficaces, pero la secuenciación terapéutica habitual –basada en cambios comportamentales a consecuencia de un aumento gradual de la conciencia y del cambio de la organización cognitiva del sujeto perturbado– resultaba ser un procedimiento poco eficiente debido a su prolongada duración (de uno a dos años de terapia). La escasa eficiencia de este método se debe, desde nuestro punto de vista, al hecho de que para los terapeutas cognitivistas el cambio es consecuencia de la modificación gradual de la organización de las

estructuras cognitivas del sujeto perturbado. Para obtener este resultado actúan a base de una gradual reestructuración a nivel cognitivo de esta organización mental.

Estos métodos y procesos no conceden suficiente importancia al hecho de que todo sistema de organización perceptivo-reactiva, que también representa en la patología una forma de equilibrio, se resiste al cambio. Pero si el cambio debe ser el resultado de un aumento gradual basado en el *insight* y en la conciencia, parece evidente que la resistencia al cambio es reforzada. Esto explica la excesiva, a nuestro juicio, «extensión en el tiempo» de estas intervenciones que, sin embargo, resultan en buena medida eficaces.

Esta reflexión conduce a la constatación empírica de la exigencia, en la perspectiva de producir rápidos y efectivos cambios en los trastornos fóbico-obsesivos, de recurrir en la primera fase de la terapia a la utilización de técnicas de sugestión capaces de destruir rápidamente la resistencia de estos sistemas humanos consolidados en su disfuncionalidad. No obstante, algunas técnicas del método cognitivo-conductista fueron seleccionadas e incluidas en el presente modelo de terapia breve, diferente a los métodos puramente cognitivo-conductistas.

No fue experimentada ninguna técnica procedente de métodos psicodinámicos puesto que, considerando la bibliografía al respecto, este método resulta escasamente eficaz y absolutamente ineficiente en las formas graves de trastorno fóbico.

Los tipos de método terapéutico que, como ya se ha dicho, nos proporcionaron la mayoría de las estrategias, tácticas y técnicas del presente modelo fueron: *a)* el método estratégico de Erickson, y concretamente la última parte de su trabajo, es decir, las terapias basadas en imposiciones, reestructuraciones y prescripciones de comportamiento sin el recurso a la inducción formal de trance hipnótico, pero con la utilización de la comunicación sugestiva y de la influencia personal; *b)* la terapia breve sistémico-estratégica

del mri (Watzlawick-Weakland 1974) en su síntesis rigurosa entre los estudios sobre la comunicación humana (Watzlawick 1967, 1980), la experiencia y la tradición de la terapia sistémica y las contribuciones procedentes del trabajo de Erickson.

El método estratégico-constructivista de terapia breve (Nardone-Watzlawick 1990 y Nardone 1991) –cuya mejor expresión la constituye el presente modelo de terapia breve de los trastornos fóbico-obsesivos– es el resultado de una síntesis de estos métodos y de su adaptación cultural a la realidad italiana, así como de la selección de otras técnicas terapéuticas (Weakland y otros 1974, 1980; Haley 1976; Fisch y otros 1981; De Shazer 1982 y 1985).

Hemos conseguido así un modelo de terapia capaz, como veremos, de romper rápidamente la rigidez disfuncional del sistema perceptivo-reactivo del paciente, y de conducirlo, mediante una serie de experiencias concretas de cambio, a la extinción de la sintomatología y a una reestructuración y reorganización flexible de sus modalidades perceptivas, cognitivas y comportamentales.

2. El modelo de terapia breve-estratégica de los trastornos fóbicos

No hay que juzgar a los hombres por lo que ignoran, sino por lo que saben y por el modo como lo saben.

Luc de Chapiers de Vanvenargues

Tras estas obligadas aclaraciones, podemos pasar ya a la descripción detallada del modelo de tratamiento diseñado.

A fin de conseguir una exposición accesible y exhaustiva del modelo, y antes de proceder a la exposición de las estrategias y estratagemas terapéuticas específicas para los diversos sistemas perceptivo-reactivos descritos en el capítulo segundo, creemos que es especialmente útil ofrecer una representación secuencial del modelo de terapia, subdividido esquemáticamente en cuatro estadios sucesivos, compuestos por: a) los objetivos concretos que se pretenden

alcanzar en cada fase del tratamiento; *b*) las tácticas y técnicas concretas que hay que utilizar para conseguir estos objetivos prefijados; *c*) el tipo de comunicación idónea para esta fase de la interacción terapéutica.

Esta exposición pretende que quede bien claro:

1. *cómo* en nuestro método para la solución de los problemas humanos nos movemos sobre la base de los objetivos que nos proponemos;
2. *cómo* para resolver un problema se interviene, no sobre las causas hipotéticas, sino sobre los intentos de solución llevados a cabo por el sujeto que, en vez de resolver el problema, lo mantienen;
3. *cómo* la intervención se adapta siempre al problema con la elaboración de un plan estratégico riguroso;
4. *cómo* este plan estratégico prevé que, para obtener resultados en poco tiempo, se actúe utilizando en primer lugar métodos «sugestivos», que permiten destruir la resistencia al cambio y provocar la ruptura del sistema perceptivo-reactivo que mantiene el problema. Posteriormente, se pasa a redefiniciones del primer y posteriores cambios terapéuticos, dirigidas cada vez más a que el sujeto adquiera conciencia de sus propias capacidades y autonomía personal. Para ello se va reduciendo progresivamente el recurso a los métodos sugestivos, hasta abandonarlo por completo en el curso de la «evolución terapéutica» (Nardone 1991, 62).

Esquema del modelo de tratamiento

Primer estadio: primera sesión

Objetivos: 1. definición del problema y captación del paciente; 2. acuerdo sobre los objetivos, establecimiento de la relación terapéutica, confianza y colaboración; 3. investigación del sistema perceptivo-reactivo del paciente y redefinición de éste; 4. elaboración de la hipótesis de intervención; 5. primeras maniobras.

Estrategias: 1. técnica del «calcado»; 2. reestructuración circular del

problema; 3. reestructuración circular del sistema perceptivo-reactivo y de los intentos de solución desarrollados; 4. reestructuración paradójica; 5. técnica de la confusión; 6. imposiciones a base de metáforas. 7. Prescripciones indirectas.

Comunicación: lenguaje hipnótico (hipnosis sin trance, atención activa, carga sugestiva e influencia personal).

Segundo estadio: de la segunda a la quinta sesión

Objetivos: 1. ruptura del sistema perceptivo-reactivo rígido y de los intentos de solución desarrollados. 2. redefinición del primer cambio. 3. incentivo para posteriores cambios progresivos. 4. cambio de percepción frente a la realidad.

Estrategias: 1. reestructuraciones, *a)* paradójicas, *b)* provocativas, *c)* La duda; 2. prescripciones de comportamiento, *a)* directas, *b)* indirectas, *c)* paradójicas; 3. imposiciones a base de metáforas: *a)* anécdotas; *b)* historias; *c)* aforismos; 4. redefiniciones cognitivo-explicativas sobre los cambios obtenidos.

Comunicación: lenguaje hipnótico (hipnosis sin trance o lenguaje impositivo) y máxima influencia personal.

Tercer estadio: de la sexta sesión en adelante

Objetivos: 1. experiencias directas de situaciones de superación del problema. 2. cambios posteriores en aumento hasta la consecución de los objetivos acordados como solución del problema. 3. redefinición de la percepción y relación consigo mismos, con los demás y con el mundo. 4. consolidación de los resultados obtenidos. 5. Adquisición de flexibilidad perceptivo-reactiva frente a la realidad.

Estrategias: 1. prescripciones directas o indirectas de comportamiento (asignadas de manera cada vez menos «impositiva»). 2. reestructuraciones. 3. imposiciones paradójicas de recaída. 4. redefiniciones explicativas de los cambios e incentivo a la autonomía personal.

Comunicación: lenguaje cada vez menos hipnótico. Se va disminuyendo la influencia personal y la imposición, para favorecer de manera indirecta la

autonomía personal.

Cuarto estadio

Objetivos: Asunción total de autonomía personal y flexibilidad perceptivo-reactiva por parte del paciente.

Estrategias: 1. explicación detallada del trabajo desarrollado (redefinición cognitiva) y aclaración del proceso de cambio; 2. atribución de la responsabilidad de cambio al paciente y a sus recursos personales.

Comunicación: Ya no hipnótica, sino descriptiva y coloquial (lenguaje indicativo).³

Ahora nos urge poner en evidencia la aplicación concreta del modelo a las formas específicas de trastorno grave basadas en el miedo. Excusándonos por una especie de salto en el proceso expositivo, consideramos que es útil proporcionar ejemplos concretos de intervención breve-estratégica en trastornos fóbicos. El objetivo es mostrar, paso a paso, cómo los sistemas perceptivo-reactivos propios de las formas específicas de trastorno fóbico, descritos en el capítulo anterior, han sido quebrados y reorganizados, de manera que los sujetos se vean libres del trastorno y capaces de afrontar autónomamente y con competencia efectiva personal su realidad existencial.

3. La estrategia y las estratagemas para la solución de la agorafobia

Lo particular está subordinado a lo general, pero lo general debe adaptarse a lo particular.

Johann Wolfgang Goethe

Para romper rápidamente la rigidez del sistema perceptivo-reactivo agorafóbico, se ha avanzado mediante una serie de movimientos tácticos en el seno de una estrategia planificada global.

Para explicarlo de forma sintetizada, diremos que en primer lugar nos

centramos en el modo de bloquear el círculo vicioso representado por las usuales soluciones ensayadas de «evitación» y de «demanda de ayuda», desarrolladas habitualmente por los sujetos agorafóbicos.

En la primera fase de tratamiento, las técnicas utilizadas para bloquear estas dos soluciones ensayadas son una prescripción indirecta (diario de a bordo), basada en el procedimiento hipnótico del desplazamiento del síntoma, y una reestructuración estratégica (reestructuración del miedo a la ayuda), que utiliza la fuerza del síntoma contra el síntoma mismo. Esto significa poner el miedo al servicio del cambio de un comportamiento inducido por el mismo miedo.

En el antiguo arte oriental de combate mediante estratagemas⁴ estas dos maniobras tácticas bien conocidas eran definidas como «surcar el mar sin que se entere el cielo», es decir, llamar la atención sobre una acción curiosa pero sin importancia, mientras se está realizando otra, que no es evidente pero sí decisiva, y «apagar el fuego haciendo que rebose el agua que hierve», es decir, usar la fuerza y el peso del adversario para que se vuelva contra él.

Después de estas dos primeras maniobras importantes, la ruptura decisiva de la rigidez y autorreferencialidad del sistema perceptivo-reactivo se produce por obra de una imposición de ritual paradójico, que provoca la exasperación deliberada del síntoma, dentro de una secuencia ritual fijada de antemano y salpicada en el tiempo y espacio por la ejecución de acciones impuestas sugestivamente. Esta estrategia conduce al sujeto al control o a la anulación del síntoma mediante su prescripción paradójica (ritual de la media hora de voluntaria exasperación del síntoma).

Esta técnica evoca el concepto filosófico de Lao Tsé, según el cual «una acción fuerte debe obtener espacio para desarrollarse: acabará así por anularse o agotarse». La idea se inspira en el mito «Yu el Grande regula las aguas», que pone fin al diluvio, no como ya había intentado en vano el padre, o sea construyendo diques para frenar las aguas, sino excavando canales para hacer que fluyeran hacia donde deseaba. La experiencia clínica de los terapeutas

sistémico-estratégicos ha demostrado desde hace decenios que las reacciones incontroladas y espontáneas, una vez que han sido prescritas, pierden su papel de síntoma y se anulan (Watzlawick 1967, Watzlawick y otros 1975, Weeks 1989, Nardone-Watzlawick 1990).

A la ruptura del sistema perceptivo-reactivo, conseguida mediante las tres anteriores maniobras estratégicas, le sigue la técnica de inducir al paciente a una serie gradual de experiencias concretas, dirigidas por el terapeuta, que le demuestren de manera inequívoca que ahora puede superar brillantemente todas las situaciones que antes consideraba terroríficas. Para llevar a una persona, prisionera de su terror durante años, a exponerse a situaciones que considera espantosas, hay que recurrir de nuevo a la estratagema de «surcar el mar sin que se entere el cielo».

Sin embargo, en este caso la expresión formal de la estratagema es distinta (prescripción de la manzana, de las iglesias, etc.) puesto que se induce a la persona a hacer algo, que considera espantoso, sin apenas darse cuenta. Una vez que ha realizado conscientemente o no esta prescripción, el sujeto se da cuenta de que ha hecho sin miedo algo que hasta entonces no era capaz de hacer.

Una secuencia bien programada y bien «impuesta» de estas prescripciones, que cada vez van menos acompañadas de sugerencias, conduce al sujeto a la superación efectiva de todos sus miedos de exploración y de soledad desamparada.

El sujeto ha sido llevado además a la recuperación concreta de sus propios recursos personales, que creía extinguidos a causa de la sintomatología incontrolada.

El juego terapéutico concluye con la explicación de las reglas del mismo juego y con la puntualización detallada de las tácticas y técnicas utilizadas para vencer rápidamente en este juego. Esto se hace para que el jugador, vencedor y perdedor al mismo tiempo, llegue a ser capaz de jugar nuevas partidas de manera autónoma, gracias a las adquisiciones cognitivas y comportamentales.

Tras este resumen introductorio de la estrategia terapéutica, podemos pasar ahora a la exposición puntual, fase por fase, de la tipología de tratamiento.

El protocolo de tratamiento

Primer estadio

La primera sesión representa una fase extraordinariamente importante en el tratamiento de los sujetos fóbicos, porque estas personas necesitan urgentemente hallar una posibilidad de solución a su problema y, por tanto, son especialmente sugestionables, pero si no experimentan inmediatamente la sensación de haber encontrado el camino correcto, huyen y van en busca de otro. Por esta razón es fundamental empezar cuanto antes con las maniobras terapéuticas centrales, comprometiendo rápidamente a la persona en el proyecto de cambio, de manera que su capacidad de sugestión pueda utilizarse como elemento terapéutico.

A partir de esta constatación, en la primera sesión, tras haber escuchado atentamente la descripción del problema y utilizando una forma de comunicación basada en la imitación de las modalidades perceptivas y expresivas del paciente, se procede a ejecutar la primera maniobra terapéutica.

Ésta consiste en una reestructuración del sistema de relaciones interpersonales que rodean habitualmente al paciente fóbico.

El primer paso de la terapia deberá ser la ruptura del sistema interpersonal de mantenimiento del problema. Para obtener este resultado el *focus* del primer movimiento se centra en el modo de percibir esta realidad por parte de cada sujeto y en sus reacciones habituales. Se afirma que su problema, como por otra parte ocurre con todos los problemas, requiere indudablemente la ayuda de los demás. Pero si queremos resolver esta dramática situación, debemos partir de la constatación de que la ayuda y el soporte recibidos no pueden desde luego conseguir cambiar la condición del paciente. A continuación se le dice que él no puede contar con el sostén y la protección de los demás como solución del problema, sino que debe empezar a considerar que esa ayuda es peligrosa y

perjudicial porque puede contribuir a agravar el problema.

Siguiendo en el mismo tono se procede a realizar una especie de sugestiva disertación teórica para explicar que las personas que están alrededor del paciente forman ya parte integrante del sistema disfuncional y que, al estar implicadas de este modo, no pueden hacer nada para cambiar su situación. La ayuda y soporte que prestan estas personas no hace más que confirmar su incapacidad y su dependencia de ellas. Esto se produce de una manera sutil y por ello su situación no hará sino empeorar. Sin embargo, se refuerza la idea de que, por ahora, no puede prescindir de la ayuda de los demás.

Esta primera reestructuración está orientada a canalizar el miedo del paciente, incentivándolo a la provocación de reacciones que rompan su sistema disfuncional de relaciones interpersonales.

Redefiniendo el sostén y la ayuda de los demás como algo que hace aumentar los síntomas, se cambia la perspectiva del paciente en cuanto a la percepción de su actual vida de relaciones. Ahora puede contemplarla ya no como el ancla de salvación sino como algo dañino y peligroso.

Introducir esta nueva percepción en la mente del paciente significa conseguir que se dispare el miedo a ser ayudado, porque ser ayudado quiere decir agravar sus síntomas. En la práctica, se orienta la fuerza del trastorno fóbico en la dirección de la anulación de la red de apoyo disfuncional.

Es muy importante, además, subrayar en esta reestructuración el hecho de que, a pesar de todo lo que se ha afirmado, consideramos que el paciente no puede, de entrada, prescindir de la ayuda de los demás. Se trata de una imposición paradójica, que generalmente aumenta la receptividad del paciente: éste querrá demostrar al terapeuta que puede prescindir inmediatamente de la peligrosa ayuda y colaborar con él en la resolución de sus problemas.

Tras esta primera acción terapéutica, que normalmente ocupa gran parte de la sesión, se pasa a suministrar la primera prescripción de comportamiento que hay que seguir en el marco de la vida diaria. Pero se afirma engañosamente que por

el momento se está solamente en una fase de investigación, y que el deber asignado es tan sólo una técnica de investigación que hay que seguir al pie de la letra para conseguir un mejor conocimiento de la situación. Este engaño es necesario para evitar que el paciente, al ejecutar el deber que se le impone, vaya midiendo los efectos y se cree así una excesiva atención ante estos efectos, que podría frenar la eficacia de la prescripción.

La prescripción se presenta de la siguiente manera: «Cada vez que, aunque le ocurra cien veces al día, usted entre en crisis, tenga un momento de pánico, sienta que nace la angustia, etc., deberá sacar del bolsillo este “diario de a bordo” que le entrego y anotar en él todo lo que le suceda, siguiendo detalladamente las instrucciones y rellenando cada término contemplado en dicho diario. En la próxima sesión deberá entregarme las páginas referentes a la semana transcurrida y yo las estudiaré».

El «diario de a bordo» es un cuadernillo preparado expresamente, que se entrega al paciente junto con la prescripción: se trata de un formulario farragosísimo con unas diez columnas que se refieren a la fecha, lugar, situación, pensamientos, acciones, síntomas, etc., y cuya cumplimentación exige aproximadamente cinco minutos cada vez.

En la gran mayoría de los casos que aquí se presentan el efecto de las maniobras terapéuticas descritas ha sido más o menos el mismo. En la segunda sesión la persona ha empezado diciendo: «Doctor, perdone, no he hecho el deber que me asignó. Pero curiosamente esta semana no he tenido ninguna crisis». O bien: «Sabe, doctor, curiosamente me he encontrado mucho mejor, he tenido algún momento crítico, pero ha sido una excepción; no sé cómo explicarlo, pero cuando me pongo a escribir, la ansiedad y el miedo desaparecen inmediatamente». Además, todos han afirmado que no habían pedido ayuda ni una sola vez a las personas de su alrededor.

Estos relatos ponen en evidencia que el sistema rígido de percepción de la realidad ha sido roto y la red contraproducente de apoyos sociales ha sido

anulada o, dicho de otra manera, se ha roto el «encantamiento».

Parece que la explicación más probable a este fenómeno es la siguiente: la tarea prescrita y la reestructuración efectuada durante la sesión obligan a que el paciente, apartando su atención del síntoma y dirigiéndola al deber, deje de utilizar las equivocadas y usuales «soluciones ensayadas». La obligación de anotar escrupulosamente los hechos y pensamientos induce a una situación completamente distinta de reacción al miedo, puesto que al ser un deber que se ha comprometido a realizar, desvincula al sujeto fóbico de las reacciones originales. En cambio, la inducción a pensar que pedir y recibir ayuda contribuye a agravar los síntomas coloca al paciente en la condición de sustituir un miedo por otro más fuerte. Pero este último, al bloquear al anterior, desbloquea la situación disfuncional. En otras palabras: se utiliza así la fuerza del miedo contra el miedo.

Segundo estadio

En la segunda sesión, después de escuchar el relato del paciente sobre lo que le ha sucedido durante la semana, se pasa a una acción terapéutica que refuerza el efecto de las anteriores maniobras: la redefinición de la situación. Es decir: «Veamos, el problema no es tan grave como parece, si una intervención tan sencilla ha sido suficiente para modificar la situación. Por tanto, sus trastornos no son tan insuperables, no son inevitables; usted puede cambiar realmente, lo ha demostrado en esta semana». Y durante toda la sesión se insiste en esta redefinición del problema. Además de la ruptura del sistema rígido de respuestas disfuncionales, se obtiene una inmediata consolidación de la confianza del paciente en sus propias capacidades. Se empieza así a apartar su consciente punto de observación de la realidad desde una perspectiva disfuncional a otra más funcional.

En este momento, si la respuesta a las primeras acciones terapéuticas ha sido óptima, se pasa a la segunda fase del programa terapéutico. En caso contrario, se mantiene la prescripción durante otra semana, para pasar luego a repetir la

redefinición en la tercera semana y conseguir, también en estos casos, el efecto deseado.

En los últimos minutos de la segunda o tercera sesión se procede a asignar una nueva prescripción de comportamiento, para ser exactos, una prescripción paradójica. Es decir: «Puesto que usted ha mostrado en estas semanas tan buena disposición para combatir su problema, ahora le voy a dar una pequeño deber que le parecerá aún más raro y absurdo que los realizados hasta ahora. Pero como usted y yo estamos de acuerdo, deberá cumplirlo a rajatabla. Por otra parte, creo que me merezco cierto margen de confianza por su parte, ¿no cree? Veamos; supongo que tiene en casa un despertador, uno de esos que tienen un timbre tan antipático. Pues bien, todos los días a la misma hora, que ahora vamos a fijar, deberá coger ese despertador y darle cuerda para que suene al cabo de media hora. Durante esta media hora, usted se encerrará en una habitación de su casa y, sentado en una butaca, deberá esforzarse por sentirse mal, deberá concentrarse en las peores fantasías de su problema. Pensará en los peores miedos hasta que se produzca voluntariamente una crisis de ansiedad y pánico, permaneciendo en este estado durante la media hora. En cuanto suene el despertador, deberá apagarlo e interrumpirá la tarea, abandonando los pensamientos y las sensaciones que se ha provocado, irá a lavarse la cara y reanudará su habitual actividad diaria».

Los efectos de esta paradójica prescripción son de dos tipos. El primero: «Doctor, no he conseguido meterme en esta situación a pesar de todos mis esfuerzos, pero me parecía todo tan ridículo que hasta me entraban ganas de reír. Curiosamente, en lugar de sentirme mal, me relajaba». El segundo: «Doctor, he conseguido cumplir tan bien el encargo asignado que he experimentado las mismas sensaciones que tenía antes de venir a verle; he sufrido muchísimo, incluso he llorado, finalmente por suerte ha sonado el despertador y todo ha concluido».

Lo importante es destacar que en ambos tipos de respuestas, a lo largo de la

jornada, excepto en la media hora en que se ponía en práctica el deber asignado, la mayor parte de los pacientes no había tenido ni un momento de crisis, y en ciertos casos sólo algún episodio esporádico de ansiedad fácilmente dominable.

En la siguiente sesión, tras el relato del paciente acerca del efecto de la prescripción, se procede a redefinir de nuevo la situación en términos de cambio positivo. En el caso de la primera respuesta a la prescripción la respuesta es: «Como ha podido constatar, su problema puede ser anulado precisamente provocándolo de manera voluntaria; se trata de una paradoja, pero a veces nuestra mente funciona más mediante paradojas que por sentido común. Usted está aprendiendo a no caer ya en la trampa de su trastorno y de las “soluciones ensayadas”, que complican los problemas en vez de resolverlos». Y en este tono se prosigue durante toda la sesión. En el caso de la respuesta del segundo tipo, la redefinición, en cambio, es: «Muy bien, usted está aprendiendo a modular y dirigir su trastorno; puesto que es capaz de provocar voluntariamente los síntomas, también es capaz de reducirlos y anularlos. Cuanto más consiga provocarlos durante media hora, más conseguirá controlarlos durante el resto del día». Y en estos términos se desarrolla toda la sesión.

Tanto en un caso como en otro la redefinición del efecto de la prescripción se centra en el refuerzo de la conciencia y de la confianza en el cambio iniciado, y en el hecho de que la persona está aprendiendo nuevas estrategias eficaces para hacer frente a sus eventuales miedos.

El paciente ha tenido muestras concretas irrefutables de la eficacia del trabajo que está desarrollando junto con el especialista. Esto le lleva, por una parte, a una excepcional colaboración terapéutica y, por otra, a un progresivo cambio posterior de percepción de la propia realidad. Se ha procurado, además, atribuir el mérito del cambio a las capacidades personales del paciente, presentando al terapeuta como el estratega que utiliza técnicas peculiares para hacer que emerja lo que la persona posee, pero que no sabe utilizar. Siempre se centra la atención en el incremento de la competencia personal y de la autoestima

del paciente. Esta consideración hace que se sienta increíblemente estimulado aquel que siempre se había considerado un inepto, opinión confirmada por las personas que lo rodean. Además, evita la posibilidad de que la intervención sea considerada como una especie de «magia».

Unas semanas más tarde la situación ha cambiado radicalmente; en casi todos los casos a que nos referimos en esta exposición los síntomas opresores y paralizantes han desaparecido, aunque desde luego el paciente no puede considerarse «curado». En esta fase es extraordinariamente importante controlar la euforia, poniendo en guardia a la persona acerca de los peligros de una curación excesivamente rápida (*go slow*).⁵ Por ello es necesario reducir la marcha para hacerle comprender que, si se pisa demasiado el acelerador, es fácil salirse de la carretera y recaer en el problema. Ahora lo importante es consolidar lo que se ha conseguido.

Tercer estadio

Cuando se ha llegado a esta fase de la terapia, el siguiente paso consiste en programar prescripciones directas de comportamiento, elaboradas sobre la base de una escala progresiva de situaciones consideradas espantosas, a las que se expone gradualmente al paciente. Esto presenta ciertas analogías con los procedimientos de desensibilización sistemática conductista, pero a cada prescripción directa conductista se le añade una carga de sugestión, que conduce inexorablemente a la persona a cumplir el deber ansiogénico. Por ejemplo, una prescripción típica es la siguiente: «Muy bien, ya que ha ejecutado a la perfección todo lo que le he pedido hasta este momento, ahora podrá ir más allá aún. Si, como decía Robert Frost, “el mejor modo de salir de algo es meterse de lleno”, ahora nos meteremos de lleno en sus miedos.

«A partir de hoy y hasta la próxima visita usted seguirá al pie de la letra las instrucciones que le voy a dar. El sábado, a las diez, hará todos los preparativos para salir, irá a la puerta de su casa y, antes de abrir hará una pirueta. Después de abrir la puerta, saldrá, cerrará la puerta y hará otra pirueta; después bajará las

escaleras, llegará al portal de la casa, hará otra pirueta, lo abrirá y, después de salir, hará otra pirueta y se dirigirá al centro de la ciudad. Irá al mercado de verduras y buscará la manzana más grande, más roja y más madura que encuentre. Solamente comprará esta manzana y me la traerá a la consulta. Tenga en cuenta que yo voy a estar ocupado, por lo tanto deberá llamar a la puerta de mi despacho, yo le abriré, usted me dejará la manzana, que comeré a mediodía, y nos despediremos hasta la próxima visita.»

El éxito de esta prescripción es que las personas, sonrientes, llaman a la puerta del despacho llevando una bolsita con una hermosa manzana. Y no sólo eso, sino que después de haber realizado tan extraño encargo generalmente empiezan a salir solas sin miedo, aventurándose cada vez más; eso sucede porque estos sujetos, acostumbrados hasta entonces a la idea de sentirse mal cada vez que se alejaban solos de sus «lugares seguros», en el momento en que prueban una experiencia tan impresionante en su aparente simplicidad, como es esta exploración serena y casi divertida, se liberan del miedo.

En la práctica, la prescripción coloca al paciente –distráído sugestivamente de otras obligaciones que, para ser ejecutadas, prevén la ejecución de este deber– en la condición de tener que cumplir una obligación espantosa.

Pero una vez realizado todo, la persona se da cuenta de que ha superado realmente el miedo. Desde luego se da cuenta del truco, pero también se ha demostrado a sí misma, con una acción concreta innegable, que es capaz de superar realmente sus propias dificultades.

A diferencia de la clásica desensibilización de tipo conductista, que muchas veces se bloquea porque la persona se niega a seguir las prescripciones directas de comportamiento, con este procedimiento se consigue, mediante un «engaño benéfico», que se lleven a cabo incluso prescripciones cuya ejecución sería imposible conseguir, si se presentaran por separado. Igual que un prestidigitador o un ilusionista al ejecutar el truco desvía la atención del observador, así también en este tipo de maniobra terapéutica se engaña el bloqueo del miedo. En

nuestro trabajo con la amplia muestra de pacientes fóbicos se han diseñado muchas prescripciones de este tipo. El lector hallará otros ejemplos concretos de este tipo de maniobras en el apéndice dedicado a la presentación de dos casos clínicos reales.

En la tercera fase el tratamiento se desarrolla con la ejecución de las prescripciones directas de comportamiento que se refieren a la escala de situaciones ansiogénicas convenidas. Es importante recordar que, al igual que en las primeras fases de la terapia, tras cada prescripción se procede a la redefinición de las capacidades reales demostradas por la persona al superar las situaciones en otro tiempo críticas. Además, a medida que se avanza en el tratamiento, las sugerencias que acompañan a las prescripciones van disminuyendo hasta que sólo queda la prescripción directa de comportamiento.

Habitualmente, al proceder de esta manera se llega a un punto en que es el propio paciente el que afirma que se siente capaz de afrontar sin problemas cualquier situación definida antes como espantosa.

Cuarto estadio: última sesión

El último encuentro es la última pincelada y el marco preciso del trabajo efectuado, porque tiene como objetivo consolidar definitivamente la autoestima y la autonomía personal del paciente. Para ello se procede a efectuar un resumen y una explicación detallada del proceso terapéutico seguido y de las técnicas utilizadas, explicando bien su funcionamiento, de modo que se afiance la idea de que el cambio se ha producido gracias a las dotes personales del paciente. El terapeuta no ha hecho más que activar estas características personales que ya estaban presentes en el paciente y no ha añadido nada, porque además resultaría imposible.

Se concluye, a partir de lo anterior, con la afirmación de que el paciente ya ha aprendido a utilizar bien sus propios recursos personales y que, por tanto, ya no tiene necesidad de la ayuda del terapeuta.

Se establece un acuerdo sobre la modalidad de *follow-up* y se despide al ya

ex paciente.

4. La estrategia y las estratagemas para la solución del síndrome de los ataques de pánico

Tal como se ha puesto de manifiesto en el capítulo anterior, las formas graves de trastorno fóbico descritas presentan algunos isomorfismos y algunas diferencias sustanciales entre sí. En la lógica de una intervención estratégica, que conduzca a la rápida ruptura de este sistema cibernético rígido y recursivo, es muy importante considerar los aspectos de diferenciación entre las diversas formas de trastorno, porque el protocolo de tratamiento debe adaptarse flexiblemente con maniobras específicas. Mientras que en el caso de los isomorfismos el protocolo permanece sin variaciones.

En el tratamiento del síndrome de los ataques de pánico la estrategia terapéutica comprende algunas técnicas o estratagemas utilizadas en el caso anterior de agorafobia, pero con algunas variaciones concretas: se empezará con una focalización sobre las soluciones ensayadas específicas, propias de este peculiar sistema perceptivo-reactivo.

Las dos soluciones ensayadas, que en lugar de resolver este trastorno fóbico lo mantienen, son: la demanda de ayuda y, sobre todo, el intento obsesivo de controlar el síntoma fóbico en sus expresiones psicofisiológicas, con el resultado obvio de hacer que aumente.

La primera técnica consiste en desviar este esfuerzo obsesivo del sujeto hacia otra dirección. Para ello se utiliza una reestructuración basada en la técnica de la confusión, de la paradoja y del desplazamiento del síntoma (reestructuración y prescripción de la utilidad del problema).

Siguiendo con la analogía con el arte oriental de las estratagemas, se puede observar que nuestra maniobra utiliza una, que recibe el nombre de «enturbiar las aguas para atrapar los peces», o «sembrar confusión en Oriente para atacar

en Occidente». En otras palabras, contra la obsesividad del control, se usa una técnica que estimula su utilización, pero dirigiéndola hacia un nuevo objetivo, impuesto por el terapeuta; el resultado es una situación aún más confusa. Se crea confusión mental en el paciente, a base de razonamientos que parecen más complicados y elaborados que los suyos, y se le orienta hacia la valoración, para él absurda, del carácter positivo de sus síntomas. A esta táctica se añade la de imponer al sujeto mensajes «reestructurantes» en forma de metáforas (primera prescripción en forma de metáfora). El paciente, a causa de la confusión producida, se agarra a la metáfora, que subvierte la lógica hiperracional de intento de control de las reacciones.

A estas dos primeras maniobras le sigue la táctica ya descrita en el caso anterior de la prescripción de rituales paradójicos (prescripción de la media hora de síntomas). Esta intervención va seguida, aprovechando la fantasía del control típico de estas personas, del adiestramiento al recurso a la paradoja como técnica de control de la eventual aparición del síntoma. Esta última estratagema, que bloquea definitivamente la solución ensayada de escucharse a sí mismo y de controlar las propias reacciones, recuerda la antigua estratagema de «quitar la leña de debajo del caldero», es decir, eliminar lo que mantiene el fuego encendido y el agua hirviendo.

Al llegar a esta fase se avanza imponiendo paradójicamente recaídas. Estas recaídas, prescritas puntualmente, no se producen precisamente por efecto de la lógica de la paradoja. En el arte antiguo de la estrategia esta técnica se denominaba la estratagema de «arrojar el ladrillo por tener el jade»; esta definición nos indica claramente cómo estimulando una reacción obsesiva ésta se anula.

En este tipo de estrategia el juego también concluye revelando los secretos tácticos y las técnicas utilizadas a lo largo de todo el juego.

El protocolo de tratamiento

Primer estadio

El primer encuentro con el paciente se centra, como de costumbre, en la adquisición del poder de intervención mediante la creación de una atmósfera sugestiva de contacto y aceptación interpersonal. Esto se consigue a base de las técnicas usuales de comunicación estratégica.

En el caso de los pacientes afectados de ataques de pánico, más aún que con las otras tipologías de pacientes fóbicos, es fundamental el asentimiento y la aceptación manifiesta de sus fijaciones y miedos, a menudo objetivamente inmotivados. En caso contrario, se establece inmediatamente una relación contraproducente. El terapeuta que intenta convencer al paciente, para que se dé cuenta de lo absurdo de sus convicciones fóbicas, realiza lo mismo que intentan hacer con él las personas movidas por el «sentido común», sin alcanzar ningún éxito. En cambio, la actitud más productiva, según nuestra experiencia, es la que se basa en una lógica paradójica, que se concreta en demostrar activamente la aceptación de sus miedos, tomando seriamente en consideración la posible sensatez de sus convicciones acerca de sentirse mal, y buscando incluso una especie de justificación sobre la base de una posible «utilidad positiva».

En la parte final de la sesión se procede a efectuar una elaborada, tortuosa, pedante y poco clara reestructuración del trastorno presentado, recurriendo a citas de hechos y pensamientos, y orientada a demostrar que con frecuencia estos trastornos pueden encubrir un papel importante o una función determinante en la personalidad. Es más, pueden ser un don añadido, reservado a unos pocos seres más observadores y sensibles que los demás. «Usted sabe que en la naturaleza, dentro de un sistema complejo, si algo existe y persiste en el tiempo, forzosamente debe desempeñar un papel importante para este sistema. De lo contrario, tal cosa tendería a desaparecer. Ahora, yo me pregunto, cuál podría ser el papel o la función positiva de sus trastornos para ese sistema natural complejo que es su organismo.» Y se concluye sugiriendo que reflexione durante la semana sobre esta posible realidad.

Al final de la sesión, mientras se acompaña al paciente a la puerta se le

explica esta historieta: «Cuenta una antigua historia que una vez una hormiga le preguntó a un ciempiés: “¿Podrías explicarme cómo te las apañas para caminar tan bien con cien pies a la vez, dime cómo consigues controlarlos todos al mismo tiempo?” El ciempiés comenzó a pensar en ello y ya no fue capaz de caminar».

Tras esta breve narración se saluda al paciente y se le invita a reflexionar sobre el significado de la historieta.

En la práctica, se redefine el síntoma presentado sembrando la duda acerca de la posibilidad de que tenga un papel positivo, de que posea una función útil sobre la que investigar. Todo esto supone complicar aún más la ya intrincada red de pensamientos del paciente, conducirla a su paradójica exasperación y, al mismo tiempo, orientar al sujeto hacia una nueva y sorprendente perspectiva de análisis de esta realidad.

Finalmente, mediante una sugestiva metáfora, se reestructura la solución ensayada obsesiva de escucharse y controlarse.

Estas primeras maniobras generalmente producen los efectos siguientes.

Segundo estadio

En la segunda sesión los pacientes explican dos tipos de reacción: «Doctor, he pasado toda la semana pensando para qué sirven mis ideas y mis extraños actos, pero no he logrado entenderlo. Tengo que reconocer, no obstante, que durante estos días he tenido la mente más despejada». O bien: «Doctor, creo que he entendido que mis actos realmente sirven para algo, pero no sabría decir exactamente para qué, en cualquier caso tengo que reconocer que me he encontrado un poco mejor, he tenido menos fijaciones. Además, he pensado a menudo en el ciempiés y me identificaba con él. Sí, actúo precisamente como aquel ciempiés que ya no conseguía andar».

El efecto de la reestructuración paradójica ha consistido, por tanto, en disminuir, aunque sea poco, la tensión obsesiva complicándola aún más, pero orientándola hacia un oscuro, misterioso y posible significado positivo de los trastornos. El resultado ha sido concentrar la atención sobre algo distinto de la

habitual cadena de pensamientos basados en el miedo. Naturalmente, no se ha identificado esta inexistente utilidad, pero la búsqueda imposible ha hecho disminuir el mecanismo obsesivo de las «soluciones ensayadas», como por ejemplo la de «intentar no pensar», con el resultado de pensar aún más, o la de «intentar controlar el propio organismo», con el resultado de aumentar los síntomas de pánico. Intentar hacer voluntariamente algo espontáneo, como decíamos antes, inhibe la espontaneidad e imposibilita la consecución de lo que se pretende con cada esfuerzo. Desactivar, aunque sea mínimamente, este mecanismo produce una rápida disminución de la tensión.

En la segunda sesión, tras el relato del paciente, se procede a reforzar la hipótesis del papel funcional positivo de los síntomas para la personalidad del paciente, objetivo que se consigue mediante una complicada e intrincada serie de razonamientos; finalmente, en los últimos minutos de la sesión, se asigna una prescripción de comportamiento. Una prescripción paradójica, destinada a incidir directamente en la disfuncional solución ensayada del control. Para ser exactos, se trata del ritual de media hora con el despertador descrito en el párrafo anterior. En la tercera sesión el relato más frecuente es igual al de los pacientes agorafóbicos, es decir, o consiguen estar mal durante la media hora o, por el contrario, se relajan y elaboran incluso pensamientos positivos. Hay que observar que en ambos casos los sujetos generalmente manifiestan una reducción de la sintomatología de pánico. Sin dar explicaciones claras, se relata la metáfora de Yu el Grande (págs. 97-98) y se ordena elevar la media hora de ritual prescrito a 45 minutos de ejecución diaria. En la tercera sesión, la mayoría de pacientes declara una posterior reducción de los síntomas de pánico. Casi todos afirman, además, que en los 45 minutos de prescripción no consiguen sentirse mal, sino que más bien se relajan. Se eleva entonces la prescripción a una hora al día, se invita a los sujetos a pensar de nuevo en el «ciempiés», y se les despide con otra metáfora o anécdota para reforzar el mensaje. Por ejemplo: «Se cuenta que un príncipe, fascinado por el vuelo de los pájaros, ató juntos dos

pájaros para que volaran mejor aún. Los pájaros tenían cuatro alas, pero no podían volar».

Tercer estadio

En la cuarta sesión la mayoría de los pacientes dice que decididamente se siente mejor y que tan sólo ha tenido unos pocos episodios de pánico. Muchas de estas personas declaran, además, que han dedicado mucho tiempo al «ciempiés» y al «príncipe» de la otra historieta, y que han entendido que ellos mismos habían caído en la misma trampa, sin explicarse cómo se ha producido la mejoría. ¿Cómo es posible que hayan disminuido, o en algunos casos desaparecido, los ataques de pánico?

Al llegar a este punto se redefine la situación, explicando en líneas generales el tipo de truco utilizado, es decir, cómo la paradoja actúa para crear problemas, pero que también puede utilizarse para sacar de quicio sus problemas. Concretamente, se insiste en la clara posibilidad de resolución de esta cuestión mediante la utilización de esta alternativa lógica, y se impone la prescripción de exasperar cada vez que se quiera reprimir, de manera que se anule mediante el efecto de la paradoja. Se hace hincapié en el hecho de que ahora el paciente ha adquirido un instrumento nuevo y realmente eficaz para combatir el miedo.

Pero a renglón seguido de estas declaraciones, también se afirma que al llegar a ese punto es preciso reducir la velocidad del proceso de cambio: «Si se aprieta demasiado el acelerador, nos salimos de la carretera». Y además se afirma: «Sabe, creo que cabe esperar alguna recaída en las próximas semanas, porque es posible que retornen con fuerza ciertos trastornos que ya se habían anulado. Es más, estoy convencido de que en los próximos días se producirá casi con toda seguridad un rebrote de los síntomas. Por lo tanto, siga haciendo lo que ha aprendido». Tal como era previsible, a la semana siguiente sólo unos pocos explican que han sufrido una recaída, la mayoría, en cambio, vuelve afirmando que se encuentra incluso un poco mejor, con menos pensamientos fijos de encontrarse mal y casi completamente liberados del miedo.

En cualquiera de los dos casos el paso siguiente, tras haber redefinido de nuevo la situación y haber manifestado la posibilidad de cambio y de resolución del problema, consiste en prever otra recaída mucho más leve, en el caso de las personas que han sufrido una recaída; en los otros casos, la posibilidad de la recaída que no se ha producido la vez anterior.

A todos se les asigna la siguiente prescripción: «Bien, ahora que hemos desactivado los mecanismos que usted conoce bien, podemos empezar a utilizar en sentido positivo su sensibilidad y su gran capacidad de atención. Quiero que en los próximos días, cuando salga, haga lo que acostumbra a hacer un antropólogo cuando estudia una determinada cultura. Observa atentamente el modo de comportarse de las personas: cómo se mueven, cómo hablan, cómo actúan, etc. A partir de estas observaciones intenta entender a estas personas y las reglas por las que se rige su comportamiento, su sociedad, su cultura. Quiero que usted haga todo esto observando el comportamiento de las personas que ve, con las que se encuentra. Quiero que se esfuerce por comprender qué clase de personas son, a partir de su modo de actuar. Estoy convencido de que, dada su sensibilidad y capacidad de atención, descubrirá cosas interesantes, que me explicará en la próxima sesión».

Esta prescripción, denominada «prescripción del antropólogo», tiene como finalidad producir en el sujeto un cambio de la atención, que pasa de estar centrada en sí mismo a dirigirse a los demás. Es decir, sirve para evitar que las personas estén demasiado atentas a sus propias acciones, a lo que ocurre en su interior; mecanismo que generalmente funciona como una profecía que se autodetermina, desviando la atención hacia la observación y el estudio «antropológico» de los demás.

En la siguiente sesión, la mayoría de los pacientes explica que no ha sufrido ninguna recaída y describe animadamente muchas tipologías de comportamiento humano. En ocasiones es sorprendente la cantidad de informaciones y de reflexiones que cuentan los pacientes. Algunos incluso han observado en otras

personas comportamientos sintomáticos, o han descubierto que existen muchas personas con problemas, cosa que no se hubieran imaginado antes.

Toda la sesión se dedica a las reflexiones sugeridas por el relato del paciente y al estímulo a continuar esta investigación cognoscitiva de los demás. El objetivo es reforzar, con evaluaciones, las capacidades demostradas por el sujeto a la hora de cumplir este difícil deber reafirmando la gran utilidad que les reporta la interacción con los demás.

En algunos casos, a la sexta o séptima semana, la situación obsesiva ha quedado reducida a su mínima expresión; para ello se ha procedido a una redefinición de la situación enfocada a subrayar las capacidades demostradas por el paciente en combatir sus problemas, gracias a su excepcional colaboración con nosotros. En estos casos, el terapeuta comienza a espaciar las sesiones, en un claro intento de reforzar la autonomía personal y de demostrar al paciente una mayor confianza en sus nuevas capacidades. En las siguientes sesiones se hacen nuevas redefiniciones positivas de la situación y del cambio conseguido, hasta llegar al fin de la terapia.

En la mayor parte de casos, sin embargo, en la sesión siguiente a la segunda semana de «prescripción del antropólogo», la situación es distinta. Los sujetos han reducido a la mínima expresión los momentos de pánico y ya no son esclavos de fijaciones referentes a sentirse mal, pero siguen teniendo una frecuente tendencia a pensar demasiado en las cosas, complicándolas, haciéndolas difíciles y convirtiéndolas, por tanto, en fuente de preocupaciones. Aunque no manifiesten comportamientos fóbicos, mantienen una inclinación obsesiva a analizar la realidad, con propensión a pensar mucho y a actuar poco.

Para estas situaciones se ha pensado en una forma específica de intervención: la prescripción de la «fórmula mágica». En la práctica, se asigna el deber, junto con una complicada reflexión, de transcribir cinco veces al día una frase en inglés; «Think little and learn by doing!» (Piensa poco y aprende de lo que haces), sin explicar el significado del enunciado.

Son muy pocos los que siguen la prescripción. Por esto la hemos definido irónicamente como la «fórmula mágica». Casi todos explican que ante la sola idea de tener que escribir esta frase ya se sintieron liberados de pensar y darle vueltas a las cosas, y empezaron a actuar con mayor desenvoltura y sin reflexiones previas.

Creemos que la fuerza de esta intervención, al dar la estocada final al mecanismo obsesivo de percepción y reacción ante la realidad, se basa en el irónico mensaje que se transmite. También hay que destacar el hecho de que la persona que quiera cumplir con el deber impuesto, tras haber obtenido en las semanas anteriores notables éxitos en la lucha con sus problemas, se halla en condiciones de mostrarse autoirónica, lo cual significa en definitiva tacharse a sí misma de imbécil. Para evitar este resultado, la persona intenta acabar también con los restos de su obsesiva tendencia al control de sus reacciones internas. Llegados a esta fase, se procede también en estos casos a redefinir progresivamente en sentido positivo el cambio efectuado y las capacidades demostradas al afrontar el problema, espaciando al mismo tiempo la frecuencia de las sesiones hasta llegar al final del tratamiento.

Cuarto estadio: última sesión

En la última sesión con los pacientes con ataques de pánico se hace exactamente lo mismo que ya se ha explicado respecto a los pacientes agorafóbicos.

5. La estrategia y las estratagemas para la solución de los síndromes mixtos de agorafobia y ataques de pánico

Muchas veces (véase el capítulo relativo a la formación y persistencia de los trastornos fóbico-obsesivos), cuando una sintomatología persiste durante mucho tiempo, puede manifestarse conjuntamente con otras sintomatologías complementarias. Éste es el caso de los sujetos que, sobre la base de un síndrome agorafóbico, desarrollan también el síndrome de ataques de pánico, o

viceversa.

Estos cuadros compuestos de trastornos, como es evidente, son la suma de dos formas específicas de trastorno fóbico. Pero la «suma de las partes no es igual al todo». El todo es diferente y es algo más que la mera suma de los componentes: es lo que los biólogos definen como «cualidad emergente».

En estos casos nos hallamos ante sistemas perceptivo-reactivos peculiares, que poseen una particularidad específica de funcionamiento. Si se aplica a estos casos un protocolo de tratamiento que no tenga en cuenta este funcionamiento específico, se obtienen resultados mínimos o un fracaso completo.

Nuestra experiencia nos indica que, para resolver de modo efectivo estos casos, es preciso tener muy claro cuál de los dos síndromes es el fundamental.

Si se observa que el sistema perceptivo-reactivo dominante es el del síndrome agorafóbico, habrá que centrar la intervención en la ruptura y el cambio del círculo vicioso entre las soluciones ensayadas y la persistencia del problema, regulado y alimentado por las dos soluciones ensayadas de la evitación y de la demanda de ayuda. Si, por el contrario, se observa que el sistema perceptivo-reactivo dominante es el del síndrome de ataques de pánico, el *focus* de la intervención estará en el cambio de las soluciones ensayadas, típicas de este trastorno, que mantienen el problema; es decir, el control obsesivo de las propias reacciones y la demanda de ayuda.

Frente a estas tipologías de problemas se actúa mediante un protocolo de tratamiento que es una especie de «cualidad emergente», obtenida de la suma de los dos protocolos presentados anteriormente. En las primeras fases del tratamiento la atención deberá dirigirse prioritariamente a desvelar cuál es el sistema perceptivo-reactivo dominante. Esta forma de diagnóstico se obtiene a partir de las respuestas del sujeto a las maniobras terapéuticas iniciales. Por ejemplo, si a la prescripción del «diario de a bordo» el sujeto responde con un cuaderno lleno de anotaciones precisas y meticulosas, nos encontramos frente a un sistema perceptivo-reactivo basado en el control. Por consiguiente,

deberemos actuar sobre la base de los ataques de pánico como sistema dominante.

Si, por el contrario, el sujeto reacciona a la misma prescripción llevando al terapeuta poquísimas anotaciones, o incluso ninguna, y explicando que en aquellos días ha experimentado una reducción de los síntomas, estamos ante un predominio de la agorafobia. En resumen, una vez identificada la patología dominante, se actúa con el protocolo específico para este problema, añadiendo al tratamiento alguna maniobra idónea para romper también la sintomatología adicional, aunque teniendo siempre muy claro que la solución radical del problema sólo se alcanzará a partir del cambio efectivo del sistema perceptivo-reactivo dominante.

6. La estrategia y las estratagemas para la solución de los síndromes obsesivo-compulsivos

El sistema perceptivo-reactivo típico de los síndromes compulsivo-obsesivos, como el descrito en el capítulo anterior, se sostiene sobre las soluciones ensayadas de la evitación y del control, mediante rituales obsesivos propiciatorios o protectores, de las situaciones que provocan miedo al sujeto.

La primera estratagema dirigida a la ruptura de este sistema cibernético disfuncional es la de «enturbiar las aguas para atrapar los peces», es decir, la maniobra terapéutica que se expresa en una «reestructuración» basada en la técnica de la confusión, la paradoja y el desplazamiento del síntoma. La segunda estratagema consiste en la prescripción del ritual paradójico de la media hora.

La tercera estratagema, una variante de la segunda, consiste en la prescripción de la repetición de rituales obsesivos (una cantidad fijada de antemano notablemente alta) simultáneamente a la aparición del ritual originario. Esta técnica consiste en apoderarse del síntoma y utilizar su propia fuerza para conseguir su anulación. Las maniobras posteriores consisten en una serie de

contrarrituales elaborados *ad hoc* y prescritos para hacer frente de manera progresiva a todas las situaciones consideradas espantosas, hasta llegar al ritual final, que debe suponer la derrota definitiva de los síntomas y la solución total de los problemas. Este ritual final tiene que funcionar como un auténtico rito de iniciación o de paso de un estado al otro en la vida del sujeto. Por consiguiente, debe ser una secuencia que simbolice analógicamente la derrota del «oscuro mal» y la victoria del sujeto sobre el miedo.

También en este caso el juego terapéutico concluye con la revelación de todas las tácticas secretas y de los aparentes «juegos de magia» realizados. Todo ello con el objetivo de hacer que el sujeto sea consciente y completamente responsable de los cambios conseguidos y de los recursos personales recuperados.

El protocolo de tratamiento

Primer estadio

El primer encuentro con el paciente está dedicado, como de costumbre, a conseguir una atmósfera de contacto y de aceptación interpersonal y, por tanto, de adquisición del poder de intervención.

Para ello es fundamental, mucho más aún en el caso de los pacientes obsesivo-compulsivos que en el caso de las otras tipologías de pacientes, el asentimiento y la aceptación expresa de sus fijaciones y de sus complejos, y a veces desagradecidos, rituales. De no ser así, el terapeuta crea inmediatamente una relación contraproducente. De hecho, el terapeuta que intenta convencer al paciente de lo absurdo de sus obsesiones, y sobre esta base pretende que controle la compulsión a ejecutar rituales y por tanto que cambie su modo de actuación, está haciendo lo mismo que pretenden hacer con los sujetos obsesivos las personas movidas por el «sentido común». Como ya se ha dicho, utilizar la lógica del «sentido común» aplicándola a cosas que no funcionan sobre la base de esta lógica tiene como consecuencia no producir ningún cambio en el sujeto

obsesivo-compulsivo, sino sólo la sensación de no ser comprendido en absoluto, y de estar realmente «enfermo», puesto que no consigue actuar como lo hacen los «normales».

Con este tipo de pacientes la postura que ha resultado ser más productiva es la adoptada para los pacientes con ataques de pánico, es decir, la que se basa en una lógica paradójica. Esta postura se concreta en el primer encuentro en demostrar de manera activa la aceptación de sus extravagantes fijaciones, tomando seriamente en consideración la posible sensatez de sus absurdas convicciones y buscando, incluso, una especie de justificación sobre la base de una posible utilidad.

Al definir el problema y ponerse de acuerdo sobre los objetivos del tratamiento, se utiliza también la habitual estrategia comunicativa del «calcado», unida a la evitación total de opiniones que pudiesen contradecir el punto de vista del paciente, que a lo largo de la sesión más bien ha sido secundado y reforzado.

Al paso anterior le sigue la «reestructuración de la utilidad» descrita en el apartado 4. A esta maniobra se le añade la redefinición de los rituales que el sujeto ejecuta compulsivamente, considerando que son demasiado importantes para él en aquel momento y que, por tanto, no pueden ser eliminados, sino que por el contrario deben ser ejecutados sin ningún control.⁶

La confirmación de la importancia de los resultados es evidentemente una maniobra estratégica, realista y paradójica al mismo tiempo, que permite, como veremos luego, asumir la posibilidad de dirigir estos rituales.

El efecto que se acostumbra a explicar, resultado de estas dos primeras acciones terapéuticas, es el siguiente: las respuestas a la «reestructuración de la utilidad del problema» son las mismas que las de los sujetos con ataques de pánico, es decir, pensar en el papel positivo de los síntomas, tanto si se ha descubierto como si no, produce una ligera reducción de las obsesiones.

La respuesta habitual a la redefinición de la ejecución de rituales compulsivos, como algo importante que no hay que frenar, es una fuerte

reducción de la tensión y, en ocasiones, una ligera reducción de la frecuencia de los rituales.

Una sintomatología espontánea e incontrolada se transforma en algo útil e importante, que por el momento no hay que reprimir. Esta perspectiva funciona como primer elemento de perturbación del equilibrio disfuncional del sistema perceptivo-reactivo de estos sujetos.

La desviación llevada a cabo permite concentrar la atención en algo distinto de lo habitual; se actúa de tal modo que el sujeto, en vez de intentar no pensar y no actuar de manera compulsiva esforzándose por controlar estos impulsos, concentre su atención en la posible utilidad y en la importancia que en ese momento tienen para él estos síntomas. De este modo, por efecto de la paradoja, disminuye el mecanismo obsesivo de las «soluciones ensayadas».

Como decíamos anteriormente, intentar voluntariamente hacer algo espontáneo inhibe precisamente la espontaneidad. En las personas obsesivas el intento de control de los rituales y del miedo produce el efecto de mantenerlos y aumentarlos. Desactivar este mecanismo, aunque sea ligeramente, produce una disminución de la tensión.

Segundo estadio

En la segunda sesión, tras el relato del paciente, se procede a reforzar la hipótesis de un papel funcional positivo de los síntomas para la personalidad del paciente. El resultado se consigue mediante una complicada y enrevesada serie de razonamientos y suposiciones hasta llegar, en los últimos minutos de la sesión, a la asignación de dos deberes: la prescripción de la media hora con el despertador y una segunda, que vamos a describir a continuación.

Se trata de una prescripción de comportamiento aún patológico, destinada a incidir directamente sobre comportamientos compulsivos. Para ser exactos, es una prescripción del auténtico síntoma formulada de la siguiente manera: «Bien, partiendo de lo que hemos dicho hasta ahora, le asigno un deber concreto, que usted deberá realizar sin hacerme preguntas ni pedir explicaciones, porque le va

a ayudar a resolver las dudas sobre el papel positivo de su trastorno; por eso deberá conseguirlo usted solo. Yo sólo le daré las explicaciones pertinentes más tarde. Quiero que usted, cada vez que vaya a hacer aquellas cosas concretas que se siente impelido a hacer, en vez de resistir y no hacerlas, las haga voluntariamente diez veces, ¡exactamente diez veces! ¡Ni una más ni una menos! ¡Exactamente diez veces! ¡Ni una más ni una menos!».

Esta prescripción debe imponerse como si fuera una auténtica sugestión hipnótica, con un lenguaje lento, cadencioso, repetitivo, redundante en el momento de especificar exactamente el comportamiento que hay que seguir.

Para aclarar más el contenido de las prescripciones, por ejemplo, en el caso del contable que controla constantemente los números progresivos de las facturas, debería controlarlos diez veces más cada vez; en el caso de la señora de los rituales prenocturnos, debería repetirlos diez veces; en el caso de la persona que se lava constantemente por miedo a la suciedad, debería lavarse diez veces cada vez; o bien, en el caso del joven obsesionado por el miedo a la homosexualidad, tendría que mirar las fotos y los fotogramas más turbadores de una película diez veces. Finalmente, la señora aterrorizada por el miedo a haber atropellado a alguien debería pasar diez veces por el hipotético «lugar del delito», cada vez que le asaltaran las dudas.

Prescribir lo que habitualmente se intenta reprimir hace que el síntoma se vacíe de su valor real de síntoma.

En la tercera sesión el relato más frecuente es: «Doctor, me he esforzado por cumplir lo que me mandó, pero no he podido hacer diez veces la misma acción, es más en ocasiones no he podido hacerlo de ningún modo. Además, usted me había dicho que entendería la utilidad de mis problemas, pero ¡sigo sin entender nada!». Algunos explican incluso que no han sido capaces de repetir las acciones y rituales porque no habían sentido la necesidad de hacerlos y no habían querido hacerlos voluntariamente. Estos pacientes también seguían sin entender el papel positivo de sus problemas.

En cambio, la respuesta más frecuente a la prescripción de la media hora es que, mientras intentan obstinadamente sentirse mal, inexplicablemente tienen muchos pensamientos e ideas positivos.

Después de estos relatos, se insiste en la importancia de ejecutar aquella acción determinada exactamente diez veces también la próxima semana, destacando que el paciente está empezando a asumir el control de la situación. A esta prescripción renovada se añade la obligación, impuesta igualmente sin explicaciones, de seguir con la media hora de provocación voluntaria, dividiéndola en sesiones de cinco minutos repartidos en seis sesiones diarias con horario fijo.

Tercer estadio

En la cuarta sesión la mayoría de los pacientes explica que se ha sentido claramente mejor, que han tenido pocos episodios obsesivos y de repetición de acciones y que, cada vez que empezaban a realizarlas voluntariamente dejaban de sentir el impulso de continuar. Muchas de estas personas declaran, además, que en los períodos de cinco minutos repetidos seis veces en que se esforzaban por pensar en todos los miedos y fijaciones, éstos no aparecían, y en su lugar se les ocurrían muchas cosas positivas.

En este momento redefinimos la situación, explicando a grandes rasgos el truco utilizado y cómo la paradoja de «sea espontáneo» sirve para crear problemas, pero también puede ser utilizado para sacar de quicio otros problemas, en este caso los suyos. Concretamente nos detenemos a explicar la posibilidad clara de resolución de estos problemas, en cuanto se modifique la lógica de nuestras reacciones ante ellos.

Sin embargo, a renglón seguido se afirma también, como de costumbre, que en este punto del tratamiento es preciso disminuir la velocidad del proceso de cambio: «Si se pisa demasiado el acelerador, nos salimos de la carretera». Se prescribe incluso una recaída para la próxima semana.

Se impone la prescripción de ejecutar, durante tres minutos tres veces al día,

el ritual paradójico de pensar voluntariamente en los peores miedos. Finalmente se ordena que «si se repite una acción, deberá repetirla exactamente quince veces, ni una más ni una menos. Desde luego, es posible no repetir ninguna, pero si se repite una deberá repetirse quince veces, ni una más ni una menos».

También en este caso, a la semana siguiente son muy pocos los que explican que han tenido la recaída prescrita, la mayoría vuelve afirmando que no ha tenido recaída, sino que se siente incluso un poco mejor, con menos pensamientos fijos y sin apenas repertorio de acciones repetidas.

En ambos casos, el siguiente paso, tras una posterior redefinición de la situación y de la manifiesta posibilidad de cambio y resolución del problema, ha sido prever otra recaída más ligera en el caso de las personas que han tenido una recaída; en los otros casos, en cambio, se prescribe la recaída que no han tenido en la semana anterior.

En este punto de la terapia, en la mayoría de los casos se pasa a la prescripción del «Antropólogo» (descrita en el apartado 4), para desviar la atención del sujeto hacia el estudio de los demás.

Este desplazamiento de la atención sirve para evitar que las personas se presten demasiada atención a sí mismas y a sus propias acciones; se trata de un mecanismo que generalmente funciona como una profecía que se autodetermina, conduciendo a reacciones compulsivas frente a las realidades vividas como amenaza doras.

A la siguiente sesión la mayoría de pacientes explica que no ha sufrido ninguna recaída y, como ya he aclarado antes, describe animadamente muchas tipologías de comportamiento humano.

La sesión se agota a base de reflexiones propiciadas por el relato del paciente y de la incitación a confirmar esta invitación cognoscitiva de los demás, reforzando mediante apreciaciones las capacidades demostradas por el sujeto en la ejecución de esta difícil obligación, e insistiendo en la gran utilidad que puede tener su capacidad de investigación evaluadora en la interacción con los demás.

Cuarto estadio

En la sexta o séptima sesión, en los casos menos complicados, la situación obsesiva se ha reducido a su mínima expresión; por ello se procede a una redefinición de la situación, destinada a subrayar las capacidades demostradas por el paciente al combatir sus problemas colaborando de manera excepcional con el terapeuta. En estos casos se empieza a espaciar el tiempo que media entre una y otra sesión, con la intención de reforzar la autonomía personal y de demostrar que se tiene una mayor confianza en las capacidades adquiridas por la persona.

En las siguientes sesiones se avanza mediante redefiniciones positivas de la situación y del cambio obtenido, hasta llegar al final de la terapia.

En los casos más complicados, en cambio, ésta es la fase de los contrarrituales. Estos sujetos han reducido al mínimo los repertorios de acciones obsesivas y ya no son esclavos de fijaciones, pero siguen teniendo una tendencia frecuente a pensar demasiado en las cosas, complicándolas, y a mostrarse aún muy inseguros.

Por lo tanto, es necesario hacer algo que les ponga en situación de abandonar completamente las ideas espantosas y obsesivas, a pesar de que éstas ya no les obliguen a agobiantes impulsos rituales. De lo contrario estos sujetos, pasado un tiempo, pueden presentar recaídas, ya que no ha cambiado su percepción de las realidades amenazadoras.

Para estas situaciones hay que elaborar un «rito de paso» del estado de persona que tiene miedo al estado de persona que ha superado el miedo. La estructura de estas prescripciones complejas debe construirse proyectando la realización de una serie de acciones que pre vean una simbólica victoria definitiva sobre el miedo. Esta secuencia de acciones con su final decisivo funciona igual que los conocidos ritos tribales de iniciación y de paso de una posición social a otra más elevada.

Por ejemplo, a una paciente que presentaba la obsesión fóbica de la

suciedad, concretamente de los excrementos, se le asignó el siguiente ritual decisivo. Fue enviada a «estudiar» en los alrededores de su casa de campo todos los distintos tipos de excremento animal que pudiera encontrar. Tras esto se le obligó a que, armada de una pequeña pala, recogiera el excremento «más significativo», lo llevara a casa, fuera al baño, lo arrojara al retrete y tirara de la cadena. La finalidad era liberarla definitivamente del objeto simbólico y de los miedos y fijaciones que aún persistían (en el capítulo de apéndice se exponen otros ejemplos de contrarrituales creativos).

Este tipo de prescripción decisiva de un proceso terapéutico de lucha contra las obsesiones fóbicas, y los consiguientes rituales compulsivos, tiene en la mayor parte de casos un auténtico efecto liberador y de paso real de una situación a otra.

A veces, para llegar al contrarritual definitivo se debe avanzar gradualmente con una serie progresiva de contrarrituales, pero a menudo es suficiente con uno bien construido.

La «magia liberadora» de esta maniobra se debe, en nuestra opinión, al hecho de utilizar la misma estructura ritual del síntoma en dirección opuesta. Todo ello dentro de una forma sugestiva de ejecución de una especie de prueba de iniciación al coraje. Es evidente que esta prescripción, más aún que las otras, debe imponerse mediante la utilización de una comunicación impositiva-sugestiva; de lo contrario, difícilmente los sujetos realizarían estas aparentemente absurdas secuencias de actos.

Al llegar a este punto, también en estos casos, se ha avanzado a base de progresivas redefiniciones positivas del cambio concreto y de las capacidades demostradas al afrontar el problema del paciente, atribuyéndole a él la responsabilidad del cambio producido. Se disminuye después la frecuencia de las sesiones hasta llegar al final del tratamiento.

Quinto estadio: última sesión

En la última sesión se hace exactamente lo que se ha descrito en los párrafos

anteriores, es decir, se pone el marco al final del trabajo acabado.

7. La estrategia y las estratagemas para la solución de los síndromes fóbico-hipocondríacos

Tal como se ha descrito en el capítulo anterior, las soluciones ensayadas que rigen el sistema perceptivo-reactivo disfuncional, típico de los síndromes de fijaciones hipocondríacas, son: 1. la demanda de ayuda y 2. el intento de control de la presunta enfermedad mediante la búsqueda obsesiva de un diagnóstico fiable del trastorno. Por lo tanto, la estrategia y las estratagemas para la ruptura y el cambio de este tipo de sistema cibernético diseñadas en nuestro trabajo de investigación-intervención son, excepto unas pequeñas variantes, las mismas utilizadas para la intervención terapéutica en el caso del síndrome de ataques de pánico con agorafobia.⁷

8. Reflexiones al margen de las técnicas

No hay noche tan larga que no encuentre el día.

Shakespeare

Creemos que de lo expuesto hasta ahora resulta claro cómo el cambio y la solución efectiva en poco tiempo de las formas graves de trastorno fóbico es posible y realizable mediante una precisa y rigurosa intervención terapéutica, que se expresa en una secuencia prefijada de maniobras estudiadas *ad hoc* según el tipo de trastorno. El diseño de maniobras específicas y de secuencias específicas es el fruto de nuestra investigación-intervención, y de la formulación de los constructos del sistema perceptivo-reactivo y de interacción entre persistencia del problema y solución ensayada. Hay que añadir que estos protocolos de tratamiento no son una metodología rígida e inmutable, sino un instrumento flexible y elástico que orienta sistemáticamente al terapeuta hacia la

solución del problema. Para que este sistema sea realmente eficaz requiere una adaptación a las distintas personalidades y a las distintas tipologías de lenguaje de los pacientes.⁸

Por consiguiente, estos protocolos deben considerarse teniendo en cuenta las estrategias de movimiento programadas para vencer por la vía rápida una partida de ajedrez. Tanto en el juego como en la terapia se avanza a base de movimientos, buscando anticiparse a las intenciones del adversario, y se reacciona a sus contramovimientos con posteriores contramovimientos, hasta llegar al jaque mate. Pero es evidente que cualquier partida, a pesar de que es isomorfa en su secuencia de movimientos respecto a otras partidas, siempre es una nueva partida.

Además en la terapia, a diferencia del juego de ajedrez, aunque la secuencia de maniobras terapéuticas parezca la misma, cada terapia es una nueva terapia, porque en ella aparecen originales situaciones interactivas, producto de la interacción entre el terapeuta y las peculiaridades propias de cada paciente.

Por eso los protocolos deben utilizarse con flexibilidad adaptándolos, a veces de manera creativa, a las características específicas de la persona que viene a pedir ayuda. La misma maniobra se expresa en una formulación comunicativa muy distinta, según se dirija, por ejemplo, a una persona hiperracional o a una persona de tendencias fantasiosas y poéticas. En una terapia breve-estratégica, cada intervención, para ser eficaz, debe imponerse utilizando el mismo lenguaje que el paciente. Por ello la misma secuencia de maniobras específicas puede parecer al mismo tiempo siempre distinta. Hay que aclarar que lo que permanece invariable es la estructura de la intervención, mientras que lo que cambia siempre es la interacción entre terapeuta y paciente.

Tal como hemos descrito, se actúa estudiando el problema en sus características de persistencia (el sistema perceptivo-reactivo en su funcionamiento), se fijan los objetivos, se estudian las estrategias y se adapta la tipología de comunicación e interacción terapéutica a las características de los

pacientes. En intervenciones sobre trastornos basados en tipologías isomórficas de persistencia del problema, generalmente permanecen invariables los objetivos y la estrategia general; cambian, no obstante, la comunicación terapéutica y la interacción, que se adaptan a las peculiares prerrogativas perceptivo-cognitivas y relacionales del paciente/s.

Creemos que queda claro hasta qué punto en este tipo de terapia la personalidad del terapeuta es un elemento fundamental. Representa al mismo tiempo al director y al protagonista de la película. Debe poseer una preparación técnica refinada, un gran rigor metodológico, una aguda creatividad y una notable flexibilidad mental. En resumen, el terapeuta debe ser científico y artista al mismo tiempo (Keeney, 1991), un poco como los grandes músicos, capaces de componer y ejecutar del mejor modo sus composiciones. Igual que un fragmento musical ejecutado con maestría, también una terapia breve-estratégica resulta desconcertante en su aparente simplicidad. Pero tras la aparente simplicidad de ejecución, tanto en el caso de la terapia como de la música, existe una compleja concatenación de maniobras sutiles y refinadas, fruto de un largo estudio y de una fatigosa experimentación.

Eficacia y eficiencia del tratamiento

Gran desdicha es no servir para nada, pero no menor desdicha es servir para todo.

Baltasar Gracián

1. La validez de un modelo de terapia

Tras haber expuesto el protocolo de tratamiento, es importante demostrar cómo este modelo de intervención ha podido obtener notables y, en ciertos aspectos, sorprendentes resultados en cuanto a la eficacia y a la eficiencia de la terapia.

Para ello hemos efectuado una investigación evaluadora sobre los efectos de las intervenciones, a fin de demostrar que los resultados obtenidos en los casos anteriormente descritos no son casuales o limitados a ellos. De hecho, es necesario presentar una muestra empírica de los resultados terapéuticos, y una elaboración estadística de estos datos recogidos, siguiendo los métodos que contempla la literatura de investigación psicológica.

Como he aclarado ya (aunque es bueno insistir en este aspecto), el hecho de que un tipo de intervención consiga en poco tiempo obtener cambios efectivos y concretos en un problema determinado lleva a valorar, en términos de eficacia técnica, la estrategia y las tácticas que le son propias.

Paralelamente, la experiencia de intervención resolutoria en problemas del mismo tipo conduce a avances cognoscitivos respecto al mismo tipo de problemas.

Además cuando, como en nuestro caso, esta repetición de resultados resiste a la reiterada aplicación del modelo a una muestra estadísticamente significativa de sujetos, hay que deducir que esta tipología formalizada de intervención no sólo resulta ser una técnica eficaz, sino también un procedimiento sistemático y científico de intervención en problemas específicos.

Según los criterios epistemológicos de la ciencia contemporánea se pueden considerar científicos aquellos modelos que poseen las características de eficacia, capacidad de repetición y predictibilidad (Giannattasio, Nencini 1983). El modelo presentado –basándose en la elaboración de tácticas y técnicas específicas para objetivos específicos de tratamiento, fase por fase– además de haberse demostrado eficaz y repetible, ha resultado ser predictivo, puesto que el proceso del tratamiento y su desarrollo se basa en la previsión de un número limitado de respuestas a cada una de las intervenciones. A partir de la respuesta a la intervención, se avanza después con una posterior maniobra específica. El proceso de la terapia es como una danza interactiva entre terapeuta y paciente, siguiendo un guión prefijado de posibles movimientos y contramovimientos.

Como bien indica la propia denominación, una aproximación «estratégica» se basa precisamente en el diseño de estrategias que, por semejanza con las estrategias del juego de ajedrez, prevén planificaciones predictivas de movimientos. Sin embargo, estos planos estratégicos pueden ser modificados en el transcurso del juego, a fin de adaptarse, mediante variantes específicas, a las posibles variaciones del propio juego.

En otras palabras, utilizando el lenguaje de Bateson, este modelo, al ser planificado y regulado, posee también la característica de la autocorrección de sus reglas.

2. Eficacia de la terapia

La valoración de los resultados obtenidos mediante la intervención terapéutica es sin duda uno de los aspectos más espinosos que hay que afrontar en psicoterapia.

Esta dificultad se debe al hecho de que las distintas escuelas de psicoterapia poseen criterios diferentes entre sí para establecer la eficacia de la terapia; esta constatación es la consecuencia inevitable de las diversas perspectivas teórico-

prácticas, opuestas incluso entre sí.

Por ejemplo, para un psicoanalista freudiano el tratamiento es eficaz si conduce al paciente a la superación del complejo edípico; para un analista junghiano la eficacia de la terapia consistirá en conseguir la «individuación» personal, mientras que para un conductista el éxito terapéutico lo representa la «extinción» de los síntomas conductistas; para un terapeuta de familia el éxito reside en la reorganización del sistema familiar; para un psicoterapeuta cognitivista la eficacia viene dada por la modificación de las estructuras cognitivas del paciente; finalmente, para un terapeuta estratégico, el éxito de la terapia consiste en la solución del problema que presenta el paciente y en la consecución de los objetivos fijados al inicio del tratamiento.

Distintas teorías sobre la personalidad prevén asimismo diferentes objetivos, y estos distintos objetivos prevén a su vez modalidades de evaluación del resultado distintas entre sí.

Tal como afirmaba Einstein, una vez más «son nuestras percepciones y concepciones las que determinan nuestras observaciones». Dicho de otro modo, el tipo de concepción teórica respecto a la «naturaleza humana» es el que determina nuestros criterios de valoración de lo que es cuerdo y loco, normal o patológico y, por tanto, también el consiguiente concepto de «curación» y los objetivos de la terapia. Así pues, en el panorama de la psicoterapia existen muchos conceptos distintos de «curación» y muchos conceptos distintos de eficacia del tratamiento. Sin embargo, como dice Sirigatti (1988, 230), «parece que actualmente existe un cierto acuerdo a la hora de considerar que un tratamiento es eficaz cuando conduce a: mejora sistemática; mejora productiva en el trabajo; mejora del ajuste y del deseo sexuales; mejora en las relaciones interpersonales; aumento de la habilidad para afrontar conflictos psicológicos habituales; aumento de la habilidad para reaccionar ante el estrés cotidiano».

El método de terapia estratégica, como se ha explicado ya en obras anteriores (Nardone, Wazlawick 1990 y Nardone 1991), no es una teoría que

describa de forma definitiva los conceptos de normalidad y anormalidad. Ni tampoco es una teoría sobre la «naturaleza humana» que describa todas sus características. Se trata, pues, de un modelo «no normativo».

Se relaciona con la teoría del conocimiento constructivista que, basándose en la idea de la irreductibilidad de la naturaleza y del comportamiento humanos a una única y omnicomprensiva descripción y explicación, se interesa por el modo de hacer más funcional nuestra relación con nuestra realidad. Sobre la base de esta perspectiva teórica, la eficacia de una intervención terapéutica está representada por la resolución del problema específico presentado por el paciente/s.

El concepto de «curación» no equivale, pues, a la consecución de un hipotético e improbable estado de ausencia total de problemas, sino a la superación del problema específico que presenta el sujeto, en un momento determinado y en unas circunstancias de su vida. La valoración de los efectos de la terapia puede considerarse desde luego en consonancia con los criterios antes descritos en los que están de acuerdo los investigadores. Sin embargo, se insiste en el hecho de que no es posible hacer ninguna generalización absoluta, y que el éxito o el fracaso deben considerarse en relación con los objetivos propuestos. Por eso el éxito deberá medirse según la efectiva y permanente resolución de los problemas que presenta el paciente al final de la terapia: es decir, la consecución de los objetivos acordados con él. El criterio de eficacia utilizado en el presente estudio evaluativo es el siguiente.

Parámetro número 1. La eficacia demostrada por el tratamiento en su ejecución. Es decir, la evaluación del éxito final de la terapia. ¿Se han alcanzado al final de la terapia los objetivos fijados y acordados con el sujeto que pide ayuda? ¿Se han resuelto y desaparecido al final del tratamiento los problemas que presenta el paciente? ¿Se han presentado desviaciones del síntoma?

Parámetro número 2. La eficacia del tratamiento en el tiempo. Es decir, si

los resultados obtenidos al final de la terapia se mantienen o si se presentan recaídas. O bien si han aparecido trastornos sustitutivos de los originales.

Para ello se realizan tres *follow-up* al cabo de tres meses, seis meses y un año después de finalizar el tratamiento. Estos *follow-up* se llevan a cabo entrevistando, además del paciente, a su familia o a su pareja. La entrevista estructurada se refiere a los puntos citados por Sirigatti (1988) y a los objetivos fijados y acordados al inicio de la terapia.

Consideramos que un caso está resuelto, y por tanto el tratamiento ha logrado sus objetivos, sólo cuando además de la respuesta positiva de la eficacia 1 se ha obtenido también la respuesta positiva al criterio de eficacia 2. En otras palabras, cuando la desaparición de los síntomas y la solución de los problemas al final de la terapia se mantiene sin que aparezcan recaídas o síntomas sustitutivos de los originales (Nardone, Watzlawick 1990, 114).

Por otra parte, el éxito o el fracaso puede ser de distinto nivel y por tanto no sólo hay que considerar las categorías de casos «resueltos» y no resueltos, sino también las aplicadas a situaciones en las que se observan grandes y pequeñas mejorías, del mismo modo que es importante valorar también la posibilidad de un empeoramiento después de la terapia (Sirigatti 1988, 221).

Sobre la base de este criterio metodológico se ha articulado también la valoración de los efectos de la terapia en las siguientes cinco categorías de resultado del tratamiento:

«*Casos resueltos*: es decir, casos con total reducción del problema al final de la terapia y ausencia de recaídas en el transcurso de un año. *Casos con evidente mejoría*: es decir, con remisión casi total de los síntomas al final de la terapia, que demuestran en los *follow-up* una clara mejoría de su situación, pero también la presencia de esporádicas y ligeras recaídas, rápidamente controladas, sin embargo. *Casos con escasa mejoría*: es decir, casos con parcial reducción de la sintomatología al final del tratamiento, que en el *follow-up* muestran la presencia de frecuentes momentos críticos y recaídas sintomáticas, aunque estos

momentos críticos han sido definidos por el paciente como menos fuertes que los anteriores a la terapia. *Casos sin modificación*: es decir, casos en los que el tratamiento en diez sesiones no ha conducido a ningún cambio en la situación problemática que presentaba el paciente. En estos casos, el tratamiento se interrumpe a la décima sesión en la convicción de que, si no se ha conseguido cambiar nada en diez sesiones, es muy improbable que se consiga en un período más largo de tratamiento. *Casos en que se ha manifestado un empeoramiento*: es decir, casos en que el tratamiento ha conducido a un empeoramiento de la situación del paciente» (Nardone, Watzlawick 1990, 128).

Además de definir y medir las distintas posibilidades de la eficacia, es muy importante en nuestra opinión evaluar también la eficacia de una intervención terapéutica, diferenciándola según las distintas tipologías de problemas tratados. Esto significa que, para valorar mejor la eficacia de un modelo de terapia, es preciso medir con qué tipos de problemas el modelo resulta más o menos eficaz, es decir, la eficacia diferencial.

Para ello, los datos que se presentarán se han ordenado no sólo a nivel general sino también según las distintas categorías de trastornos descritas en los capítulos anteriores; es decir que la evaluación de la eficacia ha sido diferenciada también según las tipologías del problema tratado.

Esta clasificación, realizada sobre una base empírica, es equiparable también, como ya se ha dicho, a las clasificaciones típicas de la literatura diagnóstica psicológica y psiquiátrica (dsm-iii-r) para todas las categorías de trastorno presentadas.

Para concluir este apartado referente a los criterios que hemos utilizado para medir la eficacia de la intervención terapéutica, creemos que es útil declarar que somos conscientes de que el investigador experimental puro podría plantear dudas en relación con los criterios evaluativos mencionados. Concretamente, éstas son las críticas que podrían plantearse a la metodología descrita: *a)* los *follow-up* no los han realizado expertos ajenos al centro en el que se han llevado

a cabo las terapias, sino miembros del *staff*, e incluso el mismo terapeuta. *b)* la evaluación de la eficacia no se ha realizado con el rigor de un procedimiento experimental, con grupos de control y el procedimiento del doble ciego.

Sin embargo, los investigadores expertos son conscientes de las dificultades que representa practicar mediciones estrictamente experimentales con grupos de control y doble ciego en el ámbito clínico, porque a menudo se tropieza con problemas de ética profesional y, sobre todo, con la resistencia de los pacientes a someterse a experimentaciones.

Finalmente, y teniendo en cuenta que en el campo de la psicoterapia aplicada el estudio evaluador siempre choca con el muro infranqueable de la privacidad, creemos que el presente estudio evaluador, a pesar de las limitaciones expuestas, debe considerarse una contribución digna de ser tenida en cuenta. Como prueba de cuanto se ha dicho, no hay que olvidar que todos los casos tratados han sido grabados enteramente en vídeo, y que este material no es el fruto de la imaginación o fantasía del terapeuta ni de un director cinematográfico.

Este material concreto del trabajo desarrollado, además de documentar los cambios referentes a los pacientes y a sus familias, desde el inicio hasta el fin del tratamiento, permite destacar también la eficacia secuencial del tratamiento, es decir, cómo fase a fase se han ido alcanzando los objetivos propuestos mediante maniobras terapéuticas prefijadas.

3. Datos relativos a 152 casos tratados: resultados de la intervención

Una vez expuestas las consabidas premisas metodológicas y los criterios epistemológicos por los que se ha guiado nuestro grupo, podemos pasar a la exposición de los resultados de esta investigación.

Como ya se ha anunciado, los datos se refieren a la muestra de pacientes fóbico-obsesivos tratados en el Centro de Terapia Estratégica mencionado en el primer capítulo.

Como puede deducir perfectamente el lector a partir de la tabla y del gráfico, que ofrecen la posibilidad de destacar la eficacia del modelo de terapia, tanto a nivel general de síndromes fóbico-obsesivos como a nivel diferencial de forma específica de trastorno, los resultados obtenidos con la aplicación del modelo a una muestra de 152 casos demuestran la gran eficacia de la intervención.

El porcentaje general de éxito es claramente superior al porcentaje medio que aparece en las obras de investigación de psicoterapia (Andrews y Harvey 1981; Bergin 1972; Garfield 1983; Giles 1983; Luborsky y otros 1975; Sirigatti 1988; Strupp y Hadley 1979). Concretamente, los resultados positivos del tratamiento están confirmados en el 86% (79% casos resueltos y 7% de casos muy mejorados), mientras que en los estudios de investigación se evalúan unos resultados positivos que oscilan entre un mínimo del 40% de los casos hasta un máximo del 70% de los casos.

Hay que destacar, además, que en algunas formas concretas de trastorno, el porcentaje de éxito terapéutico de nuestro modelo es aún más elevado en relación con la media general.

En los casos de «Agorafobia con ataques de pánico o viceversa», en realidad los porcentajes de resultado positivo están atestiguados en el 95% de los casos.

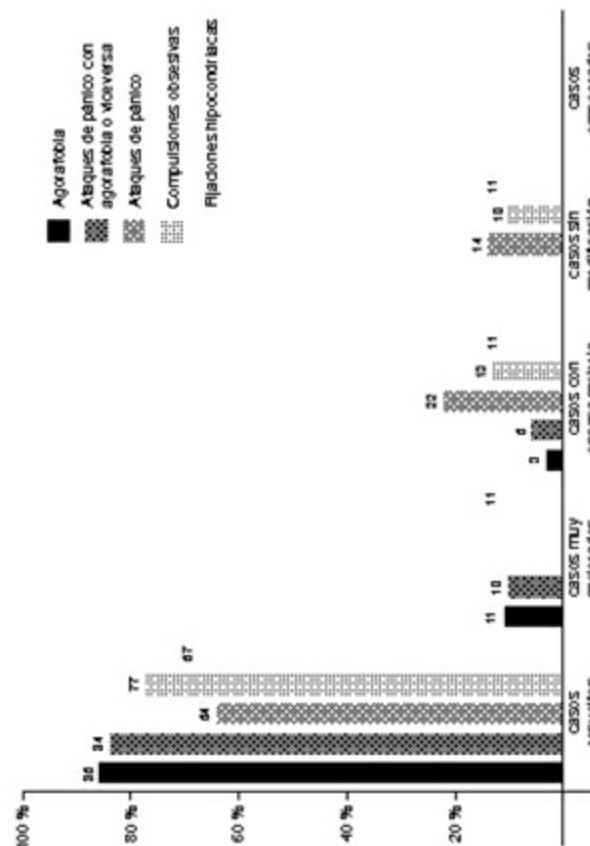
La otra observación importante en cuanto a la eficacia del tratamiento es la referente al hecho de que los resultados obtenidos al final del tratamiento se han mantenido. La evaluación efectuada mediante los tres *follow-up* a los tres meses, seis meses y un año después del tratamiento, ha demostrado que el porcentaje de recaídas es muy bajo. Generalmente, los resultados obtenidos al final de la terapia se han mantenido hasta el tercer *follow-up*, con lo que parece totalmente improbable que se produzcan eventuales recaídas en el futuro. Finalmente, no se ha observado ningún caso de aparición de síntomas sustitutivos de los que originariamente se habían presentado a la terapia.

Por consiguiente, según demuestran los datos empíricos, se puede afirmar también que nuestra intervención no ha sido una «terapia superficial» ni un

«maquillaje sintomático», sino una solución afectiva del problema que presenta el paciente.

Tabla 1

Eficacia del tratamiento												
	Casos resueltos		Casos muy mejorados		Casos con escasa mejoría		Casos sin modificación		Casos empeorados		Total casos	
Tipo de problema	núm.	%	núm.	%	núm.	%	núm.	%	núm.	%	núm.	%
Agorafobia	24	86	3	11	1	3					28	100
Ataques de pánico con agorafobia o viceversa	51	84	6	10	4	6					61	100
Ataques de pánico	9	64			3	22	2	14			14	100
Compulsiones obsesivas	24	77			4	13	3	10			31	100
Fijaciones hipocondríacas	12	67	2	11	2	11	2	11			18	100
Total casos	129	79	11	7	14	10	7	4			152	100



4. Valoración de la eficiencia de la terapia

Así como la evaluación de la eficacia de una intervención terapéutica es el fundamento de su validez como modelo teórico-práctico, la evaluación de la eficiencia es el parámetro que muestra su auténtico valor operativo.

Desgraciadamente, en el campo de la psicoterapia la evaluación de la eficiencia, es decir, la relación costes/beneficios de la terapia, es uno de los aspectos menos considerados y estudiados (Garfield 1980). Esta falta de atención, destacada por algunos observadores, podría ser también el resultado de una deliberada omisión para ocultar los exiguos resultados conseguidos en cuanto a eficiencia terapéutica por la gran mayoría de los métodos psicoterapéuticos, que requieren por término medio varios años y centenares de sesiones para obtener a menudo resultados más bien escasos.

El estudio sobre la eficacia del psicoanálisis, realizado por la Menninger Foundation (el famoso Menninger Psychotherapy Research Project, que duró 18 años), mostró, por ejemplo, una duración media de los tratamientos equivalente a 837 sesiones, con unos resultados positivos de solamente un 40%. Evidentemente, hay una gran diferencia entre resolver una fobia en tres meses o en 7-10 años. Pero extrañamente, como destaca también Garfield (1981), lo que parece que debería ser una regla fundamental de ética profesional en cualquier tipo de práctica terapéutica, a saber, intentar resolver los problemas y el sufrimiento de la persona que pide ayuda en el menor tiempo posible, no ha sido tenido muy en cuenta por los psicoterapeutas. El mismo autor opina que esta aparentemente incomprensible postura de escasa atención a la eficiencia de su trabajo clínico por parte de la mayoría de los terapeutas se debe a que, durante muchos decenios, el pensamiento psicoterapéutico tradicional ha estado dominado por la idea de que la terapia, para ser eficaz, debe ser larga, profunda y fatigosa.

Esta concepción ha sido solemnemente desmentida por la investigación sobre la eficacia comparada de la psicoterapia. Los datos demuestran con claridad que

no existen diferencias significativas entre los resultados obtenidos con terapias a largo plazo y los obtenidos con terapias breves (Avnet 1965; Muench 1965; Shlien 1957, 1962; Luborsky y otros 1975; Garfield y otros 1971; Butcher y Koss 1978; Harris y otros 1963-1964; Philips y Wiener 1966; Gurman y Kniskern 1978; Weakland y otros 1974; Sirigatti 1988; Nardone 1991). Es más, en algunos de los estudios efectuados, es mayor la eficacia demostrada por las terapias breves que la demostrada por las terapias a largo plazo. Así pues, la falta de atención a la eficiencia del tratamiento parece que reside únicamente en la resistencia al cambio de las propias convicciones por parte de los psicoterapeutas que siguen las tradicionales teorías psicoanalíticas.

Es evidente que para estos psicoterapeutas es más importante salvaguardar su sagrada teoría que curar rápido y bien a sus pacientes. Una vez establecida la auténtica eficacia de una intervención terapéutica, parece necesario evaluar su eficiencia, puesto que ésta determina la calidad en el plano de la aplicabilidad y del respeto ético a la figura del paciente. Es un deber ético de cualquier tipo de «terapeuta» conseguir que su paciente se encuentre mejor lo antes posible.

En otras palabras, cuanto menor es el tiempo empleado en obtener un resultado determinado, tanto más calificado es el propio resultado. La relación entre costes y beneficios de una terapia será tanto más positiva cuanto menos dilatado sea el tratamiento para obtener la solución efectiva y permanente del problema que presenta el paciente.

La medición de la eficiencia terapéutica, por otra parte, es una operación muy sencilla de cálculo del promedio de duración de los tratamientos en relación con la eficacia de los mismos.

La tabla 2, y su correspondiente figura, permiten obtener una imagen clara de la eficiencia del modelo de terapia descrito anteriormente.

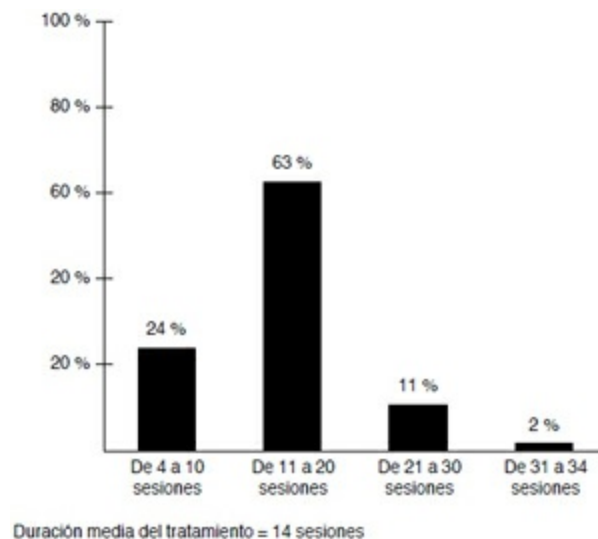
En el 87% de casos el tratamiento ha durado menos de 20 sesiones, y menos de 10 sesiones en un 24% de los casos tratados.

Si consideramos estos datos en relación con la complejidad y rigidez de las

sintomatologías fóbicas con que nos hemos enfrentado, se destaca la gran importancia que tiene en cuanto a la prestación ofrecida al paciente. Dicho en otras palabras, la persona que en el plazo de unos meses (desde un mínimo de un mes aproximadamente hasta un máximo de ocho meses, con un promedio de 3-4 meses) se libera de una sintomatología que realmente le impide vivir de forma autónoma y que, a menudo, dura desde hace años, recibe realmente una prestación terapéutica importante.

Tabla 2

Eficiencia del tratamiento		
<i>Duración del tratamiento</i>	<i>%</i>	<i>n.º casos</i>
De 4 a 10 sesiones	24	
De 11 a 20 sesiones	63	37
De 21 a 30 sesiones	11	16
De 31 a 34 sesiones	2	3



Si además comparamos estos plazos con los que habitualmente utilizan las formas tradicionales de psicoterapia para resolver estas tipologías de trastorno psicológico, estimados en un promedio que varía desde los siete años de terapia para el psicoanálisis (Garfield 1980) hasta los dos años de la psicoterapia cognitiva conductista (Cionini 1989),¹ captamos aún mejor la sorprendente

capacidad que tiene el modelo de terapia breve-estratégica expuesto por nosotros tiene para resolver en poco tiempo los problemas para los que ha sido diseñado.

Desde el punto de vista del paciente, la diferencia concreta e importante entre curarse en pocos meses o en algunos años consiste en la calidad de vida que tiene el sujeto.

Esto significa que su vida seguirá siendo problemática y dolorosa durante más tiempo, cuando podría haberse liberado de estos problemas en un tiempo claramente inferior.

Desgraciadamente, muchos psicoterapeutas se olvidan, quizá debido a las a menudo fascinantes y «profundas» teorizaciones, de cuál es la primera obligación del terapeuta: atender a los pacientes con el respeto ético a la persona que pide ayuda y a su derecho a encontrarse mejor lo antes posible. Si, para conseguir este resultado, es necesario recurrir a estrategias «manipulativas», como en el caso de las tácticas descritas en este volumen, creemos que éste es el más ético y correcto de los comportamientos terapéuticos, puesto que su objetivo es obtener lo más rápidamente posible la solución de los problemas del paciente y su bienestar. Así pues, la «benéfica confusión» no es un cínico instrumento de tortura, sino una táctica útil para hacer mucho más eficaz la terapia rápida.

El método estratégico en relación con otros modelos de psicoterapia*

Psicopatología: si uno no tiene nada, el mejor modo de curarle es decirle qué enfermedad tiene.

Karl Kraus

La mayoría de mis miedos acerca de las dolencias físicas se refiere a los médicos y a sus tratamientos, no a la enfermedad.

Guido Ceronetti

Exponer algo siempre supone establecer una distinción, como afirmaba Bateson, pero entre las diferencias que destacan es propio del juego interactivo la evolución o el perfeccionamiento de los constructos teórico-prácticos.

El objetivo de este capítulo es comparar las características típicas del modelo teórico práctico expuesto hasta ahora con las de otros modelos de terapia, que se han aplicado de manera específica a los problemas tratados en este trabajo.

El lector especialista habrá observado seguramente en las páginas anteriores que el modelo propuesto, en cuanto a teoría epistemológica general, tiene una clara matriz constructivista (von Glasersfeld 1979; von Foerster 1973), igual que habrá observado la modelización de tipo estrictamente cibernético (Ashby 1956; Bateson 1967-1980; Keeney 1983; Wiener 1975); consideraciones que conducen, descendiendo al nivel de intervención, a una estructuración operativa puramente estratégica.

Entendemos por método estratégico, tomando de la lógica formal la definición de lógica estratégica, un método que basa la lógica de su construcción operativa en los objetivos que debe alcanzar. En otras palabras, un método se considera estratégico cuando se diseñan tácticas, técnicas y maniobras *ad hoc* para los problemas analizados, que permiten alcanzar los objetivos propuestos,

es decir, la solución de dichos problemas. Esta definición concuerda con la que ofrece von Neumann en su teoría de los juegos (von Neumann 1944), es decir: el conjunto de maniobras tácticas y técnicas para conseguir la victoria en el juego.

Es evidente que esta premisa de tipo lógico epistemológico traza una clara diferencia entre la presente aproximación a la terapia y las formas tradicionales de psicoterapia, puesto que en este caso es la terapia la que se adapta al paciente y no el paciente el que se adapta al modelo psicoterapéutico específico adoptado por el terapeuta. Sin embargo, esto no significa proponer una forma de eclecticismo desenfrenado, sino proponer una teoría que basa su carácter sistemático y rigor en su flexibilidad y su capacidad de adaptarse específicamente a las características de los problemas que se estudian. Por consiguiente debe quedar claro que la primera prerrogativa específica del modelo propuesto se refiere a sus fundamentos epistemológicos y que estas concepciones, aparentemente abstractas, conducen a posteriores y concretas prácticas operativas, que se diferencian de las formas tradicionales de psicoterapia.

La otra concepción teórica, y consecuentemente práctica, que distingue el método estratégico es la formulación que se refiere a la formación/persistencia de los problemas y a su cambio/solución. Esto es, la idea de que los problemas humanos proceden de las modalidades de percepción de la realidad, puesto que éstas conducen a los sujetos que las asumen a las consiguientes modalidades reactivas y conductistas. Esta afirmación es la consecuencia directa de las teorías constructivistas radicales (Watzlawick y otros 1981) que definen toda realidad como el producto de la perspectiva adoptada por el sujeto, de sus elaboraciones cognitivas y del tipo de lenguaje que utiliza para comunicar esta realidad a sí mismo, a los otros y al mundo.¹

Por consiguiente, el cambio y la solución de estos problemas humanos, personales e interpersonales, tiene que pasar obligatoriamente por el cambio de las modalidades tanto perceptivas como reactivas que experimenta el sujeto ante

la realidad. Si sólo se cambian las reacciones comportamentales, se producirá en realidad un cambio superficial o, como afirma Watzlawick, un cambio 1: es decir, un cambio que no rompe el sistema, sino que modifica parcialmente su funcionamiento interno a nivel temporal y espacial. Está claro que en este caso al cabo de un tiempo el sistema recupera el equilibrio preexistente y el problema, que sólo se ha modificado superficialmente, vuelve a plantearse.

Además, el cambio de las modalidades perceptivas de un sujeto no abarca solamente los aspectos cognitivos de la percepción sino también, y especialmente, los emotivos. Esto significa que este tipo de cambio no puede consistir solamente en una reestructuración cognitiva de las modalidades de percepción y reacción del sujeto portador del problema, sino en una reestructuración que, sobre la base de experiencias alternativas provocadas por la intervención terapéutica, altere también sus emociones. De este modo se cambia todo el funcionamiento del sistema de percepción y reacción frente a la realidad.

Tras este cambio prioritario, el sujeto adquirirá también a nivel de cognición consciente el control y la gestión de las situaciones, que antes consideraba espantosas e incontrolables.

A consecuencia de esto, creemos además que el cambio efectivo de una situación disfuncional sólo puede producirse si la intervención es capaz de poner cerco a las resistencias al cambio, típicas de cualquier sistema,² originando experiencias concretas de percepción y reacción alternativa frente a la realidad vivida como problemática.

La consecuencia directa de estas afirmaciones, en el aspecto operativo, es el recurso a modalidades interactivas de terapia que poseen la característica de dirigir al paciente hacia experiencias perceptivo-reactivas concretas, que permitan el salto cualitativo necesario para cambiar su relación con las realidades problemáticas. Este tipo de interacción terapéutica se basa en el recurso a técnicas de comunicación sugestiva, a «confusiones benéficas», a

paradojas y a trampas conductistas. Todas estas estrategias, como se ha demostrado en los capítulos anteriores, permiten conducir al sujeto a vivir experiencias alternativas de percepción/reacción frente a la realidad amenazadora, sin que en el momento mismo de la experiencia sea completamente consciente de ello. La estrategia fundamental en los primeros movimientos terapéuticos consiste habitualmente en «distraer» la atención mental del paciente/s, desviándolo de sus soluciones ensayadas frente al síntoma hacia otras reacciones orientadas sugestivamente por el terapeuta. Tras esto el sujeto habrá tenido la primera experiencia de cambio frente a su propia sintomatología; tanto si este cambio se ha producido por efecto de la sugestión como por efecto de una «trampa» terapéutica, el resultado en cualquier caso es que el sujeto se dará cuenta de que ha sido capaz de hacer algo que hasta entonces consideraba imposible.

Así pues, en la terapia breve-estratégica primero se cambia la realidad concreta que el sujeto experimenta y, sólo después de haberse producido dicho cambio, se procede a la concienciación del paciente. Se sigue la antigua filosofía oriental de vencer mediante el engaño: «para que la estrategia sea eficaz no puede ser revelada». Cuando ya se ha producido el efecto para el que ha sido diseñado, se pueden revelar los trucos.

Si comparamos este proceso terapéutico con el habitual en las escuelas tradicionales de psicoterapia es evidente que se ha alterado la secuencia de objetivos. En la mayoría de psicoterapias se parte del presupuesto de que el cambio en el paciente se produce como consecuencia de un proceso gradual de adquisición de conciencia ante los problemas y sus causas: la consecución del llamado *insight*. En la terapia breve estratégica el *insight* no precede al cambio, sino que por el contrario es posterior a él. En otras palabras, en las terapias tradicionales la teoría del cambio se basa en la concepción epistemológica de causalidad lineal y de continuidad gradual del cambio, mientras que en la terapia breve estratégica la teoría del cambio se basa en la concepción epistemológica

de causalidad circular y de discontinuidad del cambio. A partir de esta diferencia de concepciones epistemológicas, desde la perspectiva tradicional parece necesaria la concienciación del paciente respecto a las maniobras del cambio, mientras que desde la perspectiva estratégica y constructivista no sólo no parece necesaria sino que incluso es contraproducente, porque aumenta la resistencia al cambio del sistema. Creemos que esta diferenciación epistemológica, que da lugar / es consecuencia de/a una diferenciación operativa, es la característica que distingue específicamente la aproximación estratégica de todas las otras formas de intervención estratégica. Estas concepciones teórico-prácticas, como ya se ha descrito extensamente antes en otras publicaciones (Watzlawick 1974, Nardone-Watzlawick 1990), son la consecuencia directa de la aplicación al campo de la psicología clínica y de la psicoterapia de las modernas corrientes de la epistemología y de la investigación en las ciencias físicas y naturales.

En este punto, descendiendo más al detalle en la comparación entre procedimientos terapéuticos de distintas orientaciones, veremos que se pueden destacar incluso técnicas comunes entre la terapia breve estratégica y otras formas de psicoterapia, aunque manteniendo inamovible el hecho de que las diferencias teórico-prácticas determinan también la diferenciación de la misma técnica al ser utilizada con objetivos distintos y en estrategias alternativas. Sin embargo, nuestra intención ahora es intentar hacer una comparación constructiva entre distintas técnicas, y mostrar cómo nuestro método también ha adoptado técnicas y procedimientos de otros métodos teórico-prácticos.

Desde un punto de vista de comparación metodológica directa podemos ir comparando nuestro modelo de terapia con cada una de las formas de psicoterapia tradicionalmente más destacadas.

Desde un punto de vista histórico, la primera comparación hay que establecerla con los modelos de terapia basados en lo intrapsíquico y en los constructos que derivan de las teorías psicoanalíticas. Sin embargo, creemos que

incluso al lector menos especializado le resulta evidente que nuestro modelo se sitúa en una posición teórica y práctica claramente alternativa al psicoanálisis en todas sus formas. Por consiguiente nos parece inútil establecer una comparación que no sería más que un examen en negativo de las teorías y procedimientos típicos de los métodos psicoanalíticos.

Teniendo en cuenta su importancia histórica y el carácter específico del tratamiento el conductismo es el método con el que podemos establecer la primera comparación.

Los puntos de contacto que pueden destacarse entre un modelo de terapia breve estratégica y uno conductista de tratamiento de las formas graves de miedo son la rigurosidad del modelo y de los procedimientos y algunas técnicas de intervención similares. En cuanto al rigor del modelo, el método conductista ha sido probablemente el primero que ha utilizado formas específicas de tratamiento para los trastornos fóbicos (Wolpe 1958-1973; Skinner 1974; Bandura 1974-1977). Asimismo los investigadores y terapeutas conductistas han sido seguramente los primeros en prestar la debida atención a la evaluación de la eficacia de las intervenciones terapéuticas. Desde un punto de vista técnico, algunas técnicas conductistas han sido reelaboradas y adaptadas a nuestro modelo de terapia breve de los trastornos fóbicos, concretamente en los siguientes aspectos: *a)* el control del síntoma, que nosotros utilizamos en forma sugestiva; *b)* la gradual desensibilización en vivo, que en nuestro caso se acompaña con técnicas de hipnosis sin trance. Otras de las actuales técnicas utilizadas en la terapia breve estratégica podrían considerarse evoluciones de técnicas de intervención conductista; pero lo que desde un punto de vista operativo establece la diferencia es la utilización en nuestro caso de un tipo de comunicación sugestiva-hipnótica y de la influencia personal. Características éstas que no prevé un método declaradamente aséptico como es el conductista (Sirigatti 1975). No obstante, la mayor diferencia en el plano operativo, que ya hemos explicado, consiste en que la intervención conductista se centra en la

reducción y el control de las respuestas del sujeto ante la realidad amenazadora, mientras que la intervención estratégica se centra en el cambio de las modalidades perceptivas ante las realidades amenazadoras y, por consiguiente, cambia también las respuestas conductistas del sujeto fóbico. Por lo tanto, en el primer caso se produce una intervención «superficial» a nivel de reacciones; en el segundo caso se produce una intervención «profunda» que no sólo cambia las reacciones sino también las percepciones de la realidad que determinan estas reacciones fóbicas.

El tercer modelo de terapia históricamente importante y con el que se puede establecer una comparación es la terapia centrada en el cliente (Rogers 1954). Igual que con el conductismo, también en este caso tenemos en común el rasgo de la atención a la sistematicidad de la intervención y a la evaluación de los resultados, si bien los terapeutas rogersianos no han desarrollado una forma específica de intervención para los trastornos fóbico-obsesivos. Es importante destacar, no obstante, que tanto en la terapia centrada en el cliente como en la terapia breve estratégica, aunque con técnicas distintas, se presta gran atención al hecho de colocar al paciente en un estado de empatía y de colaboración terapéutica. En el primer caso esto se produce mediante las técnicas de reverberación rogersiana, mientras que en el segundo caso se consigue gracias a las técnicas de calado sugestivo hipnótico de los estilos comunicativos del paciente. Podemos afirmar con una amable paráfrasis que el método rogersiano es la terapia centrada en el cliente y el método estratégico es la terapia centrada en el terapeuta, en el sentido de que, mientras que el rogersiano hace de reflector del paciente intentando evitar cualquier tipo de influencia directa, el estratégico utiliza el lenguaje y las modalidades perceptivo-reactivas del paciente para orientarlo deliberadamente en dirección al cambio.

Si en esta exposición de comparaciones metodológicas quisiéramos seguir un orden cronológico estricto, deberíamos dedicar ahora muchas páginas a tratar de las contribuciones que van del método hipnótico a la psicoterapia de Milton

Erikson.

Ahora bien, las referencias al estilo terapéutico y a los métodos ericksonianos resultan pleonásticas, puesto que representan la primera expresión de terapia estratégica.³

Lo que sí parece necesario es establecer una confrontación teórica y metodológica entre el método estratégico que hemos descrito y las distintas orientaciones que existen desde la óptica sistémica en relación con la psicoterapia. Para ello hay que considerar ante todo que la terapia estratégica representa una evolución integrada de lo que fue el método de terapia sistémica fundada por el célebre grupo de Palo Alto (Don D. Jackson, J. Haley; V. Satir; J. Weakland; P. Watzlawick, etc.). De las primeras formulaciones sistémico-estratégicas de aquel grupo de investigadores se diferenciaron después dos corrientes principales de terapia estratégica: la del Brief Therapy del Mental Research Institute de Palo Alto (Watzlawick, Weakland, Fisch 1974) y el método formulado por J. Haley con la colaboración de Montalvo, Minuchin y Madanes en el Instituto de Washington (Madianes 1981). El modelo de terapia breve estratégica, surgido del trabajo de investigación-intervención con pacientes fóbico-obsesivos, es una evolución posterior respecto de estos modelos estratégicos, sobre todo en cuanto se refiere al diseño de planos estratégicos de intervención para problemas específicos (Nardone, Watzlawick 1990, Nardone 1991). La matriz sistémica de nuestro modelo es, pues, muy clara, si por matriz sistémica entendemos, como por otra parte creemos que no sería erróneo hacer, exclusivamente el modelo de terapia sistémica nacido y desarrollado en el mri de Palo Alto. Si, en cambio, tal como hace la abundante literatura sobre el tema, nos referimos al método estratégico desde una óptica amplia, que contempla en su cauce todas las tendencias de terapia familiar, es necesario establecer una clara distinción teórico-práctica entre estos modelos y el nuestro. La primera distinción, no sólo meramente operativa sino, por el contrario, fruto de una perspectiva teórica bien definida, es que en la tradición «sistémico-familiar»

existe un «prejuicio relacional», definido así por sus propios autores.⁴ Esto supone considerar que la relación entre los miembros de una familia es la causa principal de la persistencia de los problemas y considerar, por tanto, que siempre es necesario un *setting* terapéutico familiar. Desde nuestro punto de vista estratégico-constructivista, la persistencia de los problemas procede, como ya hemos expuesto repetidamente, de las modalidades perceptivas y del punto de vista asumido por el sujeto/s frente a la realidad, que le obliga a tener las llamadas reacciones disfuncionales de comportamiento ante ésta, que más tarde se convierten en las soluciones ensayadas frente al problema. Además, creemos que las tipologías de reacción o, como preferimos llamarlas, de interacción entre sujeto y realidad no pueden limitarse a la interacción entre el sujeto y los otros, sino que deben representarse como un sistema complejo de interdependencia entre las relaciones que el sujeto mantiene consigo mismo, con los demás y con el mundo.



Si en este sistema interdependiente de interacciones una sola de estas tres tipologías funciona mal, todo el sistema se verá afectado. Está claro que, respecto a la tradición teórica típica de los métodos familiares de terapia, se introduce también el elemento de la relación entre el sí mismo y el sí mismo o, mejor aún, entre la mente y la mente, incluyendo así en un modelo sistémico relacional, que por oposición a los modelos intrapsíquicos «psicodinámicos» evitaba tener en cuenta las dinámicas intrapsíquicas, un componente constructivista y cognitivo que, dada la evolución de la investigación psicológica básica, no puede dejar de ser tomado en consideración.

En el plano estrictamente operativo hay que considerar, además, que el modelo de sistema interdependiente de relaciones que aparece en la figura

anterior, aplicado a un sistema humano en crisis, permite distinguir cuál de las tres tipologías de relaciones puede utilizarse como palanca principal para desencadenar un cambio rápido y efectivo dentro del sistema. En el caso concreto de los trastornos fóbico-obsesivos examinados por nosotros, está claro que el mejor foco de intervención terapéutica se centra en la dimensión de relación del sujeto consigo mismo. Tal como se ha mostrado y aclarado en los ejemplos clínicos y en las diferenciaciones de modelos de intervención para las diferentes tipologías de trastorno analizadas por nosotros, es evidente que las relaciones con los demás y con el mundo se modifican gracias al cambio introducido, mediante estratagemas terapéuticas concretas, en la relación que el sujeto mantiene consigo mismo.

Está claro, por tanto, que nuestro modelo se diferencia notablemente de los modelos de terapia familiar en la tipología de *setting* terapéutico que, en nuestro caso, puede ser individual, de pareja, familiar o mixto, según las necesidades específicas del problema: es la terapia la que se adapta al problema y no el problema el que es adaptado al modelo de terapia.

En el caso concreto de la terapia de los trastornos fóbico-obsesivos la investigación-intervención ha llevado a diseñar un protocolo de tratamiento individual que sólo es indirectamente sistémico. Además, la otra diferencia teórico-práctica, que aparece necesariamente entre nuestro modelo de terapia estratégico-constructivista y los modelos de terapia familiar, es el recurso deliberado a la comunicación sugestiva e impositiva derivada de la tradición de los estudios sobre la hipnosis. Finalmente, no hay que olvidar que la mayoría de los actuales métodos de terapia familiar (Andolfi 1991; Cancrini 1987; Selvini Palazzoli 1989) tienen un origen claramente psicoanalítico, que reintroduce el límite epistemológico y operativo de un modelo basado en una concepción de causalidad lineal. La diferencia entre el tipo de terapia breve estratégica descrito por nosotros y el modelo del Mental Research Institute es que desde un principio la adaptación de las técnicas propias de un contexto americano al contexto

cultural italiano originó auténticas transformaciones en la práctica clínica de muchos procedimientos de la terapia. Una primera distinción se produce en el plano de las diferencias de comunicación y de interacción con el paciente, debidas a las marcadas diferencias culturales que existen entre ambos contextos. Una segunda distinción es la que se refiere a la investigación y diseño sistemático de protocolos específicos para sintomatologías psicológicas específicas. Elaboración que, en el plano teórico-práctico, ha provocado el paso, más productivo aún desde el punto de vista operativo, de una teoría general sobre la formación y solución de los problemas (Watzlawick 1974) a formulaciones específicas de funcionamiento de las patologías psicológicas y de su solución en plazos breves. Respecto a la formulación teórico-práctica original del grupo de Palo Alto, este trabajo, así como otros trabajos anteriores de nuestro grupo, supone, pues, una evolución orientada al estudio específico de sistemas de problemáticas psicológicas y de su solución mediante estrategias repetibles en su eficacia y eficiencia.

La última comparación que queda por hacer entre el modelo expuesto por nosotros y las otras formas actuales de psicoterapia es la que se establece con la psicoterapia cognitiva. Igual que ocurría con el método sistémico, también en el caso del método cognitivo existen muchas orientaciones distintas dentro de una misma corriente teórica: desde los constructivistas kellianos (Kelly 1955) a los evolucionistas estilo Mahoney (1979), las terapias relacionales-emotivas de Ellis (1981), la psicoterapia cognitiva-conductista de Beck (1985), hasta llegar a los autores cognitivistas que reintroducen conceptos y formulaciones de tipo psicodinámico. Evidentemente, es sin duda importante y necesaria la comparación metodológica con el tipo de métodos cognitivos orientados hacia intervenciones que tienden a una rápida extinción de la sintomatología y a una reestructuración cognitiva de la personalidad del paciente.

Asimismo parece decididamente inútil proponer una comparación entre un modelo de terapia breve orientada a la rápida y efectiva solución de los

problemas, como es el caso de nuestro modelo, y aquellas tendencias de la psicología cognitiva que, al volver a introducir conceptos psicodinámicos, reintroducen también una especie de falta de atención o de indiferencia por la eficiencia de la intervención en la sintomatología cruel del paciente, para dar preferencia a una lenta y gradual reconstrucción cognitiva del paciente. Centrándonos en el nivel de la operatividad en relación con el problema objeto de nuestro estudio, como ya se ha señalado en el capítulo tercero, al diseñar nuestro modelo de intervención para los trastornos fóbicos, algunas de las técnicas cognitivo-conductistas de intervención en las fobias fueron objeto de experimentación. A nivel propiamente estratégico, lo que diferencia fundamentalmente un método de terapia breve focal de un método de terapia cognitiva es la inversión casi total del proceso de intervención. En la práctica, según la orientación cognitiva, el cambio y la solución de un problema se consigue mediante una forma de aprendizaje gradual de nuevos esquemas cognitivos por parte del paciente. Este aprendizaje debe pasar obligatoriamente por procesos de conciencia. Desde nuestro punto de vista, por el contrario, se producen antes –mediante estratagemas, confusiones benéficas, etc.– los cambios concretos en las experiencias del sujeto en relación con las situaciones de miedo. Una vez producido este cambio, la actuación se orienta hacia una reestructuración cognitiva y, por tanto, hacia una adquisición por parte del paciente de nuevas modalidades perceptivas, cognitivas y conductistas respecto al problema. Mientras el «cognitivista» llega a la solución del problema de miedo, pánico o fobia como resultado del cambio gradual de las cogniciones del paciente, el «estratégico» llega a la solución del mismo problema mediante la utilización de tácticas y técnicas que permiten poner cerco a la resistencia al cambio del paciente, le conducen a experimentar de manera concreta nuevas modalidades de percepción y de relación ante el miedo. Como consecuencia de todo lo que se ha afirmado hasta ahora hay que destacar que, a pesar de que la teoría de referencia epistemológica (el constructivismo, la complejidad de la

mente, la causalidad circular) y muchas técnicas terapéuticas de los dos modelos pueden parecer en ocasiones muy similares, la diferencia teórica y pragmática del cambio hace que en la práctica clínica resulten modelos realmente muy distintos. Además, no hay que olvidar que el estilo de comunicación de un terapeuta estratégico, al estar dirigido a ejercer una deliberada y marcada influencia personal sobre el paciente, recurre a la utilización de un lenguaje hipnótico y a procedimientos de tipo sugestivo, mientras que el estilo de comunicación de un terapeuta cognitivo está orientado al cambio de las cogniciones y conciencia del paciente y, por tanto, se basa en un lenguaje de la razón y de la conciencia. En otras palabras, podríamos decir que el estilo de comunicación en la terapia breve estratégica es la comunicación impositiva (Austin 1962; Spencer Brown 1973), sugestiva, performativa, y que el estilo de comunicación cognitivo es indicativo, descriptivo y explicativo.

Para concluir este capítulo, es importante subrayar, como creemos que se desprende claramente de las comparaciones metodológicas y procedimentales expuestas, el hecho de que nuestro modelo se basa en un pluralismo teórico y un pragmatismo cognoscitivo (Salvini 1990), que lo hace flexible y adaptable, sin caer en formas de eclecticismo inconsistente o de rígido tecnicismo.

En términos cibernéticos el modelo puede ser representado como un sistema abierto, basado en la interdependiente interacción entre teoría y praxis práctica, en el que se contempla el principio de la autocorrección sobre la base de los efectos de las intervenciones realizadas.

Epílogo

«Las contraindicaciones»

Como ocurre con toda prescripción terapéutica que se precie, también en nuestro caso se deben indicar cuáles son las «contraindicaciones».

El tipo de paciente para el que está contraindicado el tratamiento que acabamos de exponer es la persona que cree que el terapeuta debe ser su confesor y consolador, o bien el que considera que la principal obligación del terapeuta consiste en ofrecer «verdades» absolutas y tranquilizadoras en que creer. También está claramente contraindicado para aquellas personas que buscan una figura con la que establecer una larga, intensa y apasionada relación sentimental-terapéutica.

Finalmente, este tratamiento está contraindicado para todos aquellos que quieran emprender el apasionante viaje al interior de los misteriosos meandros de su psique en busca de su «verdadero yo» (indicado y explicado evidentemente por el psicoanalista de turno).

A todas estas clases de personas se les aconseja que tomen precauciones para evitar cuidadosamente a aquellos terapeutas que pueden llevar a cabo el tipo de tratamiento expuesto en este volumen, puesto que la experiencia demuestra que se produce una cierta «adicción».

Se ha observado, de hecho, que en estos pacientes la rápida y efectiva solución de sus penosos problemas puede provocar alteraciones sensibles de su modo de percibir y valorar las cosas, es decir, puede cambiar incluso su opinión respecto de la terapia «correcta».

En la última parte del libro quisiera añadir una fantasía mía:

Basándome en mi experiencia personal, compartida también por mis

colegas del Mental Research Institute, estoy casi seguro de que el autor de este libro será tachado de «manipulador». Esta acusación tan moderna (¿o incluso hasta «posmoderna»?) suscita la pregunta (a la que hasta ahora ninguno de mis colegas ha podido responderme): «¿Podemos imaginar un acto de ayuda que no sea “manipulador”? Ayudar quiere decir ejercer una influencia sobre otro. Si me tiro al agua para salvar a alguien que se está ahogando, ¿lo manipulo?...».

Paul Watzlawick

Palo Alto, julio de 1992

Apéndice

Estudio de dos casos clínicos

Valer y saber demostrar que se vale significa valer dos veces; lo que no se ve es como si no existiera.

Baltasar Gracián

El mejor modo de conseguir que el lector penetre en el interior de un proceso de cambio, como es el de la terapia breve, consiste en presentar la transcripción puntual de la interacción terapéutica, con todos sus movimientos y contramovimientos detallados,¹ aunque se corra el riesgo de hacer más pesada la exposición; sin embargo, en nuestro caso, teniendo en cuenta la tipología de los casos y del tratamiento, creemos que el relato resultará ágil e incluso divertido. En realidad los dos casos clínicos relatados son dos ejemplos de tratamiento que presentan maniobras terapéuticas creativas y simpáticas.

El objetivo es demostrar que la solución de problemas complicados y penosos no tiene por qué ser también penosa y complicada, sino que puede ser una especie de «juego» interactivo entre terapeuta y paciente.

La dificultad de este tipo de intervenciones reside en el hecho de que, como afirma Arthur Bloch: «Es sencillo hacer complicadas las cosas, pero es complicado hacer sencillas las cosas».

1. Cómo anular el miedo al miedo: un caso de agorafobia con ataques de pánico

Primera sesión

Definición del problema e investigación de las soluciones ensayadas

Terapeuta. Y bien, ¿cuál es el problema?

Paciente. Es bastante difícil... no, no es que sea difícil, no sé... pero voy a intentar explicarlo desde el principio. Empecé a encontrarme mal de manera bastante repentina,

creo yo, aunque después pensándolo bien ya había habido pequeños avisos hace tres años, que consistían en que de pronto empezaba a sentir que la cabeza me daba vueltas de manera extraña, o que yo creía que me daba vueltas, por lo menos, aunque en realidad creo que era algo bastante distinto. Y... cuando me encontré mal, ya había habido alguna otra situación antes, un día creo que tuve una congestión, o algo por el estilo. Cuando me sentí mal me quedé en casa un tiempo, o sea unos quince días, en realidad tenía la presión a ochenta, más o menos, y entonces el médico me dice que se trata de estrés, cosas de estas. De hecho, por aquel entonces tenía unas bajadas de presión brutales... Después pasa un tiempo, bueno... digamos que inmediatamente fui al médico, me hicieron revisiones, un electrocardiograma, y entonces me quedé muy tranquila, muy serena, porque parecía que todo estaba bien. Pero después pasé el verano, bueno... las vacaciones las pasé bien. Aproximadamente en septiembre empecé a ir a Florencia a esa consulta una vez cada veinte días... me hacían charlas. Al principio me hicieron tomar medicinas, y digamos que estas cosas.

T. Esta consulta es la del psicoanalista...

P. Es en la misma consulta, pero antes iba a este doctor S. donde no hacía propiamente análisis... al menos eso creo..., además todo esto me resultaba tan lejano, pero tan lejano... Yo soy una de esas personas a las que nunca, pero nunca, podía suceder una cosa así; siempre he sido una persona racional y calculadora, incluso de una forma exagerada; no había ningún motivo para estar mal, no estaba mal.

T. Bien. Doctor S. al principio, y fármacos y charlas.

P. Sí, fármacos y charlas; al principio empecé con Niptidon y Xanas en dosis no muy fuertes.

T. ¿Y eso durante cuánto tiempo?

P. Eso hasta la primavera más o menos, después continué –me dijeron que parara con el Niptidon– con un Xanas al día, digamos que he seguido así hasta ahora.

T. Después comenzó también con el psicoanálisis...

P. Sí, esto en septiembre de aquel año más o menos. Ya se había hablado de definir un poco la situación. Yo le pedí..., en todo este tiempo yo había aprendido un montón de cosas, digamos que había superado un montón de cosas, es decir, había superado todos los trastornos propiamente físicos y que podían relacionarse con algo físico, totalmente superados, hasta el punto de que tengo la presión alta, o sea la tengo bien; bueno, digamos que ya no tengo nada.

T. Esto con el doctor S., que es un psiquiatra.

P. Sí. Y yo entonces le pregunté para qué me servía todo esto si no me servía para estar completamente bien. No digo estar como antes, porque cuando acudí allí quería volver a estar como antes, después quizá descubrí que ni siquiera era justo, además de que tal vez no era posible... pero probablemente había razones por las que yo había llegado a sentirme mal, así pues en último extremo no me... pero al menos estar bien como antes... Durante este tiempo desapareció todo lo relacionado con los trastornos físicos, sólo me quedó cierta sensación de... como digo yo, de «desorientación», pero que es muy fuerte cuando la siento, que me impide ser capaz de afrontar...

Técnica de la anticipación

T. Qué siente exactamente: la cabeza que se le va, la respiración que se hace fatigosa, el corazón que late con fuerza, tiembla...

P. (*imponiéndose*) Algunas veces el corazón que late con fuerza, algunas veces... la respiración fatigosa no, más que nada a veces el corazón que late fuertemente, no siempre. Diría que me siento como «fuera del mundo», es decir, me parece que no percibo bien toda la realidad, que veo las cosas...

T. Desenfocadas.

P. Desenfocadas: más o menos.

T. ¿Los ojos desenfocados o la mente confusa?

P. Digamos que en la mente las cosas ya no están tan definidas como las veo cuando estoy bien, y esto ocurre... muchas veces. La reacción crítica es que ya no tengo ganas de salir: tengo miedo de encontrarme en esta situación, porque además es una situación que yo no sé controlar. Mientras tenía la presión baja, tenía las gotas para la presión: era una excusa. Ahora que sé que no hay nada físico, digamos, me siento absolutamente incapaz de..., y si intento racionalizar... como me dicen algunos, «haz un esfuerzo», creo que lo dicen porque nunca han intentado comprender que en el momento en que intentas esforzarte es precisamente cuando no lo consigues.

Uso de la metáfora y técnica del «calco»

T. Es como meter un gato dentro de un saco: cuanto más se le introduce más se enfurece, araña, rompe el saco... cuando sale todavía se enfurece más; el gato tiene que ser educado.

P. Sí, sí, es verdad. Y yo antes, tal vez por mi carácter, era capaz de superar precisamente todo lo que tenía, algo que conocía... ahora ya no veo soluciones. En realidad pienso. Lo extraño es que yo nunca he tenido miedo. O sea, quiero decir: conozco personas que no están muy bien o que no están bien, que cuando se encuentran mal creen que tienen algo grave. Yo nunca he tenido este tipo de miedo porque ante cualquier problema físico, más o menos grave, decía ¡qué tonterías!, probablemente siempre he sido capaz de... Y esto así... luego pienso: no es casual que me haya atacado en aquello que mejor conseguía, esto es, el control de mí misma.

T. Por tanto ahora, si lo he entendido bien, evita salir sola...

P. (*Imponiéndose*.) Sí... me da muchísimo miedo.

T. ... evita estar sola...

P. No, estar sola no... Es decir, a mí los lugares cerrados me van bien; esto es, los lugares conocidos me van muy bien, mi casa, la casa de mis amigos; si voy al teatro. En el teatro, cosa rara, no tengo ningún problema.

T. ¿Por qué debería tenerlo?

P. No, en realidad: estoy haciendo algo concreto. Si tengo que ir a hacer la compra esto ya me crea... sé que me puede ocurrir que me encuentre mal, y cuando me ocurre me siento tan mal que sólo el pensar que tengo que hacerla ya me horroriza.

T. ¿Pide ayuda, apoyo, a las personas que tiene a su alrededor?

P. Ahora sí; creo que he necesitado estos tres años para llegar a ello.

T. ¿A pedir ayuda?

P. No estaba muy acostumbrada a pedir ayuda, probablemente porque yo era más bien una persona que no pedía mucha ayuda a los demás, quiero decir...

T. Por qué me ha contestado: «He necesitado estos tres años (de análisis) para...».

P. (*Imponiéndose.*) Creo...

T. ¿Es un gran éxito para usted llegar a pedir ayuda?

P. No, no es un gran éxito. Todavía me cuesta trabajo tener que admitir que necesito ayuda, pero antes no lo hacía. Antes encontraba una excusa: me duele la cabeza... Creo que necesité tener signos físicos de malestar para poder aceptar la idea de que estaba mal. Por ejemplo, porque si a mí hace cuatro años me hubiesen dicho que me sucedería algo así, hubiera pensado que era totalmente imposible. Yo digo, cuando tengo que hablar de esto, por poner un ejemplo: cuando nació mi hijo me tuvieron que hacer la cesárea, yo era la más tranquila, animaba a los demás, todos me miraban esta barriga...

T. ¿Está usted casada y tiene un hijo?

P. Sí.

T. ¿Cuántos años tiene el niño?

P. Ocho.

T. ¿A qué se dedica usted?

P. Trabajo en el Ayuntamiento de B. Yo soy de B., trabajo en B.

T. ¿Y su marido a qué se dedica?

P. Trabaja en la Comunità Montana (*ríe*). Somos dos frustrados empleados de la Administración.

T. Veamos, usted se dirigió en primer lugar a este doctor S., y después comenzó el psicoanálisis; ¿con quién está haciendo el psicoanálisis?

P. Se llama R.

T. ¿Es una mujer?

P. Sí, es una mujer, pero no consigo recordar el nombre.

T. ¿Cuántas veces va al psicoanálisis?

P. Tres veces por semana.

T. ¿Terapia freudiana?

P. No sé nada de esto. Es tan difícil...

T. ¿Cuánto tiempo hace que va?

P. Desde enero de 1987, aparte de un par de entrevistas anteriores... Yo pensaba entonces que había llegado a ello simplemente como un mal necesario, digamos que para estar mejor. Ahora, tres años después, hay algo en todo esto que me interesa... quiero decir que dejando aparte el hecho de que indudablemente de momento no estoy mejor, es más, a veces creo que estoy peor... pero...

T. ¿A qué se deben sus miedos según el psicoanalista?

P. Yo y ella hablamos mucho de una parte infantil que necesita exteriorizarse... Yo no lo

sé, de hecho estoy descubriendo, o sea, quiero decir, yo cuando... antes de estar mal había llegado a un punto creo que había..., o sea lo había amortizado todo, no tenía reacciones... estaba tan controlada externamente porque había llegado a estarlo también internamente. O sea, he descubierto de nuevo desde entonces algunos sentimientos muy fuertes. El primero ha sido... yo diría la rabia, quiero decir que me he dado cuenta de que me había pasado la vida aceptando todo lo que me ocurría, convencida además de que estaba contenta: que las decisiones que había tomado eran las mejores, que..., después con el tiempo he descubierto que, por ejemplo, tal vez eran las más lógicas, pero que debía reconocer que algunas cosas las había hecho...; me había decidido quizá por la solución mejor pero, quiero decir, me faltaban algunas cosas, admito que me faltaban algunas cosas. Ahora concretamente estaba pensando en el tema del trabajo; quiero decir, uno se licencia... en Ciencias Políticas... se licencia bien, tiene también perspectivas y después lógicamente elige, yo además estaba casada y tenía un hijo cuando terminé la carrera, quiero decir elegir correctamente también, probablemente lo volvería a hacer, volvería a hacer oposiciones para trabajar en el ayuntamiento en B., donde lo hago todo sin tener en cuenta el aspecto económico; es como si se hubiera dejado de lado. Pero entonces la reacción fue quizá de autoconvencimiento de que esto estaba bien, era agradable, de no aceptar en cambio que me faltaban algunas cosas, o sea la posibilidad... quiero decir que hubiera podido tener la oportunidad de ir a Turín a especializarme si no hubiera estado casada, si no hubiera tenido un hijo probablemente quizá incluso lo habría hecho; entonces, quiero decir...

Reestructuración con metáfora

T. En mi tierra se decía: si mi abuela hubiera tenido ruedas habría sido un carrito, pero la abuela se lamentaba de no ser un carrito a pesar de...

P. Sí, la idea un poco es ésta. Probablemente en cualquier caso ésta es... también... o sea... ésta es también una solución válida. Pero por qué tengo que decir que no echo de menos la época en que andaba metida entre libros, como cuando estudiaba. O sea, es mucho más honesto decir: echo muchísimo de menos el estudio, porque aquí me veo obligada a moverme entre concursos públicos y llamadas telefónicas que no me interesan lo más mínimo.

T. De acuerdo. Con esto llegamos a un ámbito que, en mi opinión, está en segundo plano. En el primer plano está lo que la ha traído hasta aquí, si lo he entendido bien, son estos ataques no bien identificados de crisis de pánico, de ansiedad, de fobia, o de no sé muy bien qué, y por tanto la rabia que le provoca. Tengo curiosidad por saber una cosa: ¿la psicoanalista sabe que ha venido a verme?

P. No.

T. Bien, ¿quiere usted hacer dos tratamientos a la vez? ¿Ha venido por curiosidad? ¿Cuál es la situación?

P. He venido porque del psicoanálisis espero algo, pero me doy cuenta de que no es una cosa muy rápida y yo no lo soporto. Es decir, a mí me gustaría... Hay cosas en esto que me interesan; en mi opinión estoy experimentando... estoy intentando sacar fuera algo

que... que no conocía. Pero me encuentro muy desorientada. Estoy muy desorientada, porque de qué me sirve todo esto si yo todavía necesito a alguien que me acompañe, a alguien que... que además de esta manera sí... no sé cómo decir pero sí... siento mucho el peso de todos los que me rodean. Y lo siento...

T. Y de este modo lo siente aún más porque tiene necesidad de ello.

P. Exacto.

T. Es muy sencillo.

P. Al principio pensaba que haría el psicoanálisis para estar bien, hace unos días pensaba que me hubiera gustado estar bien para ser libre de hacer el psicoanálisis, y no depender de quien quieres y de quien no quieres...

T. Diría que su psicoanalista es muy buena (*sonríe*).

P. Y en cualquier caso la prioridad es estar bien. No sé, probablemente cuando esté bien me importará un rábano hacer el psicoanálisis, tal vez ocurra esto, no tengo la más mínima idea, me imagino. Pero en estos tres años he descubierto que no sé muchas cosas de mí en este sentido, de vez en cuando sucede algo que me hace pensar que tengo que volver a empezar de nuevo y esta incapacidad de definir... Estaba tan bien, aunque probablemente no era cierto que estuviera tan bien, pero estaba tan bien cuando tenía todas mis seguridades...

Reestructuración mediante el uso de la metáfora

T. Sabe, yo siempre digo que a veces cuando se entra en estos círculos se puede comparar a aquel ciempiés que caminaba muy bien, subía y bajaba, subía a los árboles, y hacía extraordinarias evoluciones, y que un día se encontró con que tenía que responder a una pregunta muy embarazosa hecha por una hormiga, que le dijo: «¿me puedes explicar cómo lo haces para andar tan bien con cien pies a la vez?». El ciempiés empezó a pensar en lo difícil que era andar con cien pies a la vez (*pausa*) y ya no consiguió caminar más.

Acuerdo sobre las modalidades de tratamiento. Doble vínculo terapéutico

P. Creo que sí, que es así. Sí, sí, es esto sin duda.

T. Entonces debo aclararle un poco antes que nada cuál es mi método, en el sentido de que usted está acostumbrada a un tipo de método que creo que está a años luz de mi método personal.

P. Pero que de todos modos también me desconcierta, eh.

T. Yo soy una persona decididamente pragmática, mi método de trabajo es muy pragmático, yo hago terapias muy breves. Me doy un plazo de diez sesiones: si al cabo de diez sesiones he resuelto el problema, perfecto; si al cabo de diez sesiones he producido cambios significativos pero aún no hemos llegado al resultado, se puede continuar; si al cabo de diez sesiones no he conseguido cambiar nada, quiere decir que no lo conseguiría ni en cien sesiones, según mi punto de vista; interrumpo el tratamiento. (*Pausa.*) Mis métodos son algo peculiares porque, además de hablar, que es una parte

importante pero no la más importante, hago hacer muchas cosas, pido que hagan muchas cosas, pero lo más bonito es que estas cosas la mayoría de las veces no tienen mucha lógica, son cosas aparentemente ilógicas, cosas un poco raras, a veces parecen triviales, y hay que hacerlas sin pedir explicaciones: las explicaciones se darán, pero más tarde. ¿De acuerdo? Éstas son, pues, las reglas de mi método de trabajo. ¿De acuerdo?

P. Sí.

T. Bien, entonces si usted está de acuerdo yo ya le doy deberes para hacer. Creo que necesita hacer algo (concretamente), hacer algo concreto, sobre todo en este tipo de problemas.

P. ¿Y el hecho de que yo tenga estos extraños compromisos?

T. ¿Las sesiones del psicoanalista?

P. ¿Le supone algún problema?

T. Mire, yo siempre digo que no tengo contraindicaciones, para nada, estoy abierto y disponible; el problema creo que se lo planteará el psicoanalista.

P. ¿Por qué?

T. Bien, a mí los psicoanalistas me consideran un hereje, por tanto creo que habrá alguna resistencia, como se dice en jerga.

P. Sí, sí, sí. No, de acuerdo. Pero pienso que aquello suponía para mí una cosa nueva, es decir, una cosa nueva además muy difícil de...

T. Bien, bien, querría pasar a una primera reflexión que le invito a hacer durante la próxima semana. Quisiera que usted pensara que cada vez que pide ayuda y la recibe, recibe al mismo tiempo dos mensajes: uno, evidente es «te quiero, te ayudo y te protejo». El segundo, menos evidente, pero más sutil y más fuerte es «te ayudo porque tú sola no puedes hacerlo, porque tú sola estás enferma».

Reestructuración del «miedo a la ayuda»

Con el paso del tiempo, el segundo mensaje no sólo contribuye a que persistan sus síntomas de miedo, sino que los agrava, puesto que esta confirmación funciona como un auténtico refuerzo e incentivo de su sintomatología. Pero fíjese bien, no le estoy diciendo que deje de pedir ayuda porque usted ahora no está en condiciones de prescindir de la ayuda. Solamente le estoy pidiendo que piense que cada vez que pide ayuda y la recibe contribuye a la persistencia y agravamiento de sus problemas. Pero se lo ruego, no se esfuerce por conseguir no pedir ayuda, porque no está en condiciones de no hacerlo. Piense solamente que cada vez que la pide y la recibe contribuye a empeorar las cosas.

Primera prescripción: «Diario de a bordo»

[*Pausa prosódica.*] Además le voy a dar otro pequeño deber, sólo para empezar, que es éste: le he preparado un esquema sencillo que usted deberá trasladar a las páginas de un cuadernillo de bolsillo. Tiene que poner la fecha, la hora, el lugar y las personas presentes, situaciones, pensamientos, síntomas, reacciones. De aquí hasta la próxima semana, cada vez que tenga usted un ataque, deberá anotar inmediatamente en el

cuadernillo, no importa dónde se encuentre ni con quién esté: fecha, hora, lugar, personas presentes, situaciones, pensamientos, síntomas y las reacciones que le producen. ¿De acuerdo? Insisto en que debe hacerlo en el mismo momento. Además, aunque le ocurra lo mismo cien veces y el mismo día, debe anotarlo cien veces, porque yo tengo que estar bien informado tanto de la frecuencia como de la intensidad, debo disponer de los datos precisos de cuanto ocurre. Además este pequeño deber tiene que ser un secreto entre usted y yo. Puede decirle a su marido «me dan pequeños deberes», pero no tiene que saber en qué consisten. Esto es válido para todas las prescripciones que le dé, y serán muchas.

P. ¿Y si yo evito las situaciones, los peligros?

T. Veremos.

Segunda sesión

Redefinición consecuente con la primera prescripción

T. Qué tal, ¿ha hecho los deberes? (*sonriendo*).

P. (*sonríe*) Sí, los he hecho, pero antes necesito hacer una pequeña aclaración: hay dos situaciones, dos hechos, que considero que son dos situaciones especiales (*entregando el cuaderno con las anotaciones*).

T. Ah, estaba seguro.

P. Para evitar encontrarme mal no hago las cosas, y tengo muchísimas excusas. Por ejemplo: si salir por la tarde para ir a comprar creo que puede crearme angustia, por la mañana compro el pan cuando voy a desayunar, de este modo pan hay, lo esencial que puede faltar... algo en casa hay... se aplaza, se puede ir en otra ocasión, se puede encontrar a alguien que viene, se puede encontrar a alguien que sale. Y esto ha sucedido en este tiempo. Al principio no, pero al descubrir que podían producirse situaciones en que me encontrara mal no... creo que esto es lo esencial. Soy tan convincente conmigo misma que me cuesta trabajo a veces incluso darme cuenta de ello.

T. Bien, estas dos cosas, estos dos momentos que ha anotado, si no me equivoco, ¿le han sucedido siempre fuera?

P. Sí, sí. En casa no, porque...

T. ¿Estaba sola?

P. Estaba con mi marido en la tienda y con el taxista en Florencia.

T. ¿En la tienda P. con el tendero o con el taxista?

P. P. es mi marido. Generalmente si estoy sola puede ser aún más fuerte, pero no he dicho que si estoy acompañada no pueda suceder. Digamos que... creo que siempre está relacionado, cómo lo diría, con una sensación de sentirse sola frente a ciertas cosas porque... además de estarlo... puede haber también alguien pero... creo que todo esto depende también un poco del hecho de que he necesitado mucho tiempo para... como decía la otra vez... para aceptar decir «necesito ayuda» o bien «me encuentro mal». Yo esto no... Y es que a veces si hay alguien... depende...

Redefinición de las soluciones ensayadas

T. Si no me equivoco, su repertorio de ayudas y relacional es el normal: siempre hay alguien dispuesto a intervenir en el momento en que usted podría tener miedo y evita hacer cualquier cosa que pudiera ponerla en situación de tener miedo.

P. Sí, sí.

T. La técnica de la evitación y la técnica del apoyo social.

P. Sí, sí, sí, sí, sí. Y además es extraño, porque incluso cuando no estoy bien pero si hay necesidad y se dispara el mecanismo según el cual considero que tengo que ser capaz de hacer las cosas lo supero; digamos que son las cosas más sencillas las que pueden provocarme la crisis.

T. Seguro.

P. Le decía que un día en que iba a Florencia me parecía durante el viaje que estaba... tenía lo que yo llamo «trastornos de visión», pero que significan... bueno...

T. Sí, sí, entiendo perfectamente.

P. De repente una gran nevada, necesidad de poner cadenas. Soy muy valiente en estas situaciones, tomo el mando de la situación, soy energética, salgo adelante, intervengo con seguridad, y no siento la exigencia de estar mal. Después tal vez me siento incluso mejor, pero si no fuera por aquel hecho le diría que era uno de estos días terribles en los que no podía ni pensar en (que se repitiera).

Reestructuración mediante anécdotas

T. Cuando empezaba a hacer este trabajo me sucedió una cosa que por aquel entonces me desconcertó, pero que es realmente divertida y que me ilustró acerca de cuál era el camino correcto que debía seguir en las investigaciones y en mis estudios sobre las fobias. Estaba con un caso más o menos parecido al suyo, en la segunda o tercera sesión; estaba en otro despacho, me levanto, corro la cortina porque era el mes de julio y hacía un calor de muerte: quería abrir la ventana. Se desprende la barra de la cortina, una de las antiguas, cae, y entre tantas posibilidades distintas: el suelo, un hombro... etc. me da en la cabeza. Y entre tantas posibilidades distintas no me da con la parte redonda, sino con el extremo puntiagudo. Moraleja: seis puntos (*sonriendo*).

P. Oh.

T. Pero lo divertido es que yo me siento, quito dramatismo a la cosa, unas frases, la cortina está en el suelo, así... empiezo a hablar; veo que la persona se ruboriza. Luego noto sensación de calor, me miro, estaba cubierto de sangre. Me levanto. Le digo «tranquila», voy a ver qué pasa, voy al baño, me mojo la cabeza, me miro al espejo y veo un hermoso corte, y entonces pienso: «Bien, hay que ir a que me den unos puntos». Entro y le digo a la paciente: «Escuche, ahora va a tener que ser muy valiente porque tiene que acompañarme al servicio de urgencias. Usted hace años que no conduce a causa de sus miedos; aquí bajo está mi coche, ahora va a conducirlo porque tiene que llevarme a urgencias». Y la señora...

P. Le llevó.

T. Me llevó. Pero créame, cuando llegamos a urgencias entró conmigo mientras me curaban, lo presencié todo.

P. Sí, ¿y después?

T. Espere, porque es divertidísimo: no se apartó de mi lado y se preocupaba de mi dolor, posible e imaginable en estos trances... Cuando salimos me saludó un colega médico de urgencias, que era además el que me había puesto los puntos, y me dijo: «¿Quién era esa persona tan agradable y atenta?», «Una paciente mía fóbica», «No es posible, tú siempre bromeas».

P. Desde luego.

T. En realidad, aquella paciente fóbica empezó en aquel momento, después de varios años, a...

P. Conducir.

T. Y a estar mucho mejor. Piense un poco.

P. Sí, sí, no pero... Sólo que es extraño que, yo creo también... aparte de que yo siempre que hay una necesidad he sido muy fuerte por naturaleza, pero no creo que siempre sepa dominar la situación, creo que incluso demasiado, porque ha dado lugar a una serie de expectativas sobre mí misma, quizá por parte de los demás, pero también por mi parte. O sea, la convicción de que podía salir airosa de todo. Cuando dije que nunca creí que me pudiera ocurrir, era porque estaba convencida de ser tan fuerte que podía superar... Extrañamente, incluso cuando empecé a no encontrarme bien, digámoslo así, ciertas cosas en momentos de necesidad podía seguir haciéndolas: dejó aparte lo... Es en la vida diaria.

Me doy cuenta de que es una cosa... o sea, creo que quizá ha frenado incluso buena parte de este período, porque yo siempre he sido consciente de que era algo muy grave, muy... Pero nunca he pensado «no hay nadie que esté tan mal como yo». Me doy cuenta de que hay cosas mucho más graves, mucho peores, pero es un débil consuelo, quiero decir: racionalmente lo entiendo, pero en la práctica no sirve para nada...

T. No sirve absolutamente para nada.

P. Es más, me hace enfadar porque he pasado épocas diciéndome: «por qué soy tan estúpida, hay... mira a tu alrededor, observa cuánta gente está mal».

T. Yo siempre digo que cuando estamos mal, cada uno está mal para sí mismo.

P. Sí, sí.

T. Y, como suele decirse, creo que cada uno de nosotros tiene por naturaleza lo que los moralistas llaman egoísmo. Yo considero que es un don natural, es la visión de la realidad en perspectiva. Por tanto, todo lo que está próximo lo vemos más grande, todo lo que se aleja se reduce. Así pues, si el sufrimiento es nuestro, es el nuestro y lo sentimos; el de los demás, aunque objetivamente sea más grande, no lo sentimos.

P. Sí. Pero es cierto que yo he tardado mucho en aceptar que me lo había tomado en serio, quiero decir en el sentido de que seguía pensando racionalmente que todo eran estupideces, y como eran actitudes estúpidas no debía tenerlas... y esto...

T. De este modo ha aumentado.

P. Sí, ha aumentado, ha aumentado. Realmente creo que hubiera sido necesario estar

mal incluso físicamente para tener una pizquita... y aún... si tuviera... a veces pienso que si tuviera una enfermedad seria, no grave como para morirme, pero grave, hubiera estado mucho más contenta.

Reestructuración del miedo a la ayuda

T. ¿Ha pedido ayuda?

P. Pedir ayuda no es una situación que personalmente me resulte adecuada. Porque siempre he creído que era tan valiente que siempre podía hacerlo todo yo sola: quitar dramatismo a las situaciones que me afectaban, ver el lado positivo en las cosas que me sucedían. Por eso creo que fundamentalmente he sido muy orgullosa, me doy cuenta de que he sido muy orgullosa: «Yo lo haré aunque los demás no...». Creo que he tardado mucho en pedir ayuda, es decir, en aceptar decir a los demás «estoy mal».

T. Pero la última vez que nos vimos, la semana pasada, yo le dije: «Piense que cada vez que pide ayuda contribuye a agravar sus síntomas». Y bien, ¿cuántas veces ha pedido ayuda? ¿Ha pensado en ello?

P. Esta vez no muchas, creo que tal vez porque aparte del hecho...

T. ¿Pero ha pensado que cada vez que la hubiera pedido habría agravado sus síntomas?

P. Sí, lo he pensado, pero no mucho.

T. Pero no ha pedido ayuda.

P. No, porque si excluimos el hecho de que (se pide ayuda a veces de manera no explícita), pero es también el dejarse llevar porque...

T. Desde luego.

P. Porque no lo intento, pero no lo intento porque tengo miedo de encontrarme en una situación de... no sé, de... Además pienso, creo que se lo dije la otra vez, durante un tiempo estuve bien, eludiendo en cierto sentido el problema: tomaba el Xanas y estaba resuelto. Quiero decir que, aparte de los primeros tiempos en que la terapia farmacológica era aún más... después digamos que en un momento dado llegué a un solo Xanas, que era (completamente opcional). De vez en cuando decía «lo dejo ya», y después decía «pero por qué tengo que dejarlo, cuando lo tomo me encuentro tan bien...». Durante un tiempo lo tomaba efectivamente así, por costumbre, pero como una ayuda: «ahora me lo tomo, y así después me encontraré bien, no me preocuparé». Hasta que un día... no sé si es porque empeoré, pero creo que no fue tanto por el empeoramiento como por la necesidad de probarme a mí misma que no me podía (nada podía servirme ya). Ya no sirvió de nada. Existía el peligro de tener entonces una de aquellas crisis sin... no tenía ya...; esto me dejaba completamente al descubierto porque «he tomado un Xanas, debería encontrarme mejor, y en cambio me encuentro mal». Sólo que esto en un momento dado... hace un tiempo que ya no lo tomo. Me puede suceder o no suceder, pero he suprimido en cierto modo la excusa, digamos; sin embargo, por otra parte también creo... si por una parte, esto es, quiero decir que me considero valiente porque «voy a probar sin», pero por otra parte sé que esto lo hago impulsada tal vez por otro motivo, porque si me ocurre después de esto es que verdaderamente estoy en crisis, porque me parece que ya no hay nada que funcione. Por

tanto siempre aparece este aspecto de apartarse... de esconderse frente...

T. A las cosas.

P. Junto al hecho de que...

T. O sea que usted se ha convertido en una experta en evitar.

P. Ah, muy experta.

T. Es la técnica de la evitación, como yo la llamo; es una de las soluciones ensayadas que complica el problema porque: ya que he evitado esto evitaré también lo otro, y después lo otro, y después lo otro, y después lo otro, hasta que no hay...

P. Soy un poco más experta en el sentido de que he pasado un período en el que evitaba, evitaba tanto que me pasaba el día durmiendo. Lo más absurdo es que te encuentras con personas que te dicen: «¡Qué bien estás, incluso duermes!». Tal vez creen que sufro de insomnio. Yo hubiera querido tener un poco de insomnio y no sentir este deseo y volver a trabajar, y mi único deseo era ponerme a dormir. Y además era un sueño insuficiente, me levantaba con terribles dolores de cabeza, dormía con sentido de culpabilidad, estoy segura de que mientras dormía soñaba con levantarme, que tenía que levantarme, acumulaba un gran cansancio, por eso cuando me levantaba estaba realmente cansadísima. Pero dormía, cualquier momento era bueno, es decir, era en este sentido... porque dormir era incluso... se te apagaba todo, o sea para huir, no era..., podía estar mal, podía dormir mal, pero no era el cansancio de luchar con el malestar concreto, real.

T. Desde luego.

P. Ahora las cosas van un poco mejor, pero... pero me escondo. No sé... no sé por qué es tan deprimente no estar bien. O bien algunas veces creo que es destructivo porque es tan poco lógico. Me había acostumbrado a ver todas las cosas...: hay una causa, hay un efecto, hay... Sabía controlarme muy bien: no había que estar mal, no estaba mal... sencillamente.

Reestructuración mediante el lenguaje del paciente y provocación paradójica

T. Sabe, mis amigos epistemólogos dirían que usted ha tenido un pensamiento de causalidad lineal, y teniendo un pensamiento de causalidad lineal antes o después tenía que llegar al *gap* epistemológico en que se encontraron las ciencias más avanzadas hacia 1910, y las ciencias humanas en torno a 1950, aunque hoy en día todavía hay quien no se ha enterado; es decir, el paso de una causalidad lineal a una circular, según la cual la causa y el efecto no tienen ya linealidad, sino que el efecto revierte sobre la causa y de efecto pasa a ser causa del otro, causa que se convierte en efecto, en una circularidad interdependiente.

P. Hasta cierto punto yo también pensé que tenía como un «trastorno filosófico», no la había elegido la filosofía, estaba un poco cerrada.

T. Le faltaba una buena visión inflexible del mundo.

P. Inflexible del mundo. Quiero decir, en lugar de estudiar filosofía en el bachillerato...

T. Podía abrazar una religión, formar parte de una secta, habría sido una buena elección.

P. Yo pensaba que en la época sobre todo en que estaba aún peor digamos en este aspecto...

T. ¿O podría haberse asociado a la Cienciología, no? Estas sectas...

P. Sí, sí. A veces pensaba «vete a un curandero»...

T. Ahora la filosofía de Isighandi, no digo... éstas son las realidades actuales.

P. Sí, sí, sí, sí, pero algunas veces lo he pensado: «Mira qué bien están los budistas, siempre están tan tranquilos».

T. Si es un budismo radical es un poco distinto.

P. Tengo amigos que hacen yoga, viven completamente fuera del mundo. Me dan una envidia tremenda. ¡Si pudiera conseguirlo!

T. O sea que en esta técnica de la evitación usted es buenísima.

P. No es que la cosa me haga muy feliz, tengo que reconocerlo, porque estaba acostumbrada de manera muy distinta, estaba acostumbrada a que si había que hacer algo no decía: «¿Alguien va a la Coop y me puede comprar esto?». Cogía y me iba.

T. Ahora, en cambio, se ha vuelto tan estratégica que induce a los demás a actuar siempre para usted.

P. Pero me fastidia.

T. Pero hay que ser experto para hacer esto.

P. He necesitado un poco de tiempo.

T. He conocido a otros incluso más expertos que usted. He conocido a otros mucho mejores que usted en eso de manipular a todos los de su alrededor.

P. Me doy cuenta de que me he transformado en víctima, porque, quiero decir, excepto en alguna ocasión...

T. ¡Qué odiosas son las víctimas!

P. Sí, nunca las he podido soportar, pero me doy cuenta de que de vez en cuando alguien dice: «Sabes que si te lo pido es porque no puedo; estoy mal y punto». He necesitado dos años para decir: «Estoy mal y punto». Pero también he conseguido hacer esto.

T. Es una gran victoria, si me permite decirlo.

P. ...

T. Y bien, ¿le ha explicado a su psicoanalista que ha venido a verme, o ha mantenido el secreto?

P. He mantenido el secreto. No sé, ella es una cosa completamente...; es extraño; creo que no sé hasta qué punto me interesa hacer el psicoanálisis, pero he encontrado un pequeño espacio lejos de todo.

T. Un nicho.

P. Un nicho, porque pienso que... pensaba además hoy o ayer... así me preguntaba a mí misma si había algo extraño. En un momento dado me pareció, algo así como si tuviese la sensación, que me faltaba un momento completamente mío, quiero decir, sin sentirme culpable. Es que con el tiempo me he convertido en la mamá de, la mujer de, la hija de, o sea todos mis papeles, y tengo la sensación de haber consentido vivirme a mí misma en todas estas funciones sin conservar el brote inicial, lo que yo era antes: no estaba acostumbrada a ir en contra de todo esto. En un momento dado lo acepté momentáneamente, y además con toda tranquilidad, pero no creía... quizá mientras

escribía aquello en el cuadernillo pensaba: «Adónde puedo ir a escribir sin que nadie venga a curiosear?». Me di cuenta de que no tengo un espacio mío donde me sienta libre, es decir, sin sentido de culpabilidad. Después puedo pasarme incluso toda la tarde sentada en el sofá, pensando: «estoy mal».

T. Mientras que el psicoanálisis...

P. Tal vez en el psicoanálisis he encontrado un pequeño espacio...

T. No está mal, no está nada mal como espacio...

P. (Sí, sí, bueno. Quizá se podría encontrar otro pequeño espacio, quizá, en lugar de tomarse la molestia de ir...)

Se mantiene la prescripción del diario

T. Bueno, bueno. Vayamos a mis deberes un poco cómicos. Veamos, yo estaré fuera dos semanas, como creo que ya le dije. Pero le voy a dar deberes para todo este período. Los deberes son exactamente éstos: ante todo debe continuar haciendo esto; debe seguir pensando que cada vez que pide ayuda contribuye a agravar sus síntomas; además empiece a pensar que cada vez que usted evita algo, contribuye a aumentar más sus síntomas. Por consiguiente: cada vez que pide ayuda y la recibe agrava sus síntomas, cada vez que evita hacer algo, aunque sea la cosa más insignificante...

P. Tengo que lanzarme.

T. Yo acostumbro a decir: si quiere evitar justamente algo, evite evitar, ¿de acuerdo?

P. Comprendo. Ahora tendré que renunciar a hacer la compra.

Prescripción: ritual paradójico, media hora de worst fantasy technique

T. Evite evitar. Además quiero que todos los días, desde hoy hasta dentro de quince días, a una hora que acordaremos, coja un despertador, ¿tiene un despertador?

P. Sí, sí.

T. Bien, coja el despertador, enciérrese en una habitación donde pueda estar sola, ponga el despertador para que suene al cabo de media hora, cierre las cortinas o las persianas, póngase cómoda e intente imaginar los mayores peligros, todas las peores situaciones en las que podría tener miedo, terror. Debe esforzarse por estar voluntariamente lo peor posible, por provocarse crisis de angustia imaginando situaciones de pánico; y haga todo lo que tenga ganas de hacer: si tiene ganas de llorar, llore; si tiene ganas de gritar, grite; si tiene ganas de arrancarse el cabello, arránqueselo; si tiene ganas de revolcarse por el suelo, revuélquese por el suelo. Cuando suene el despertador, párelo, y todo ha terminado. Vaya a lavarse la cara y reanude su jornada habitual.

P. ¿Pánico subjetivo?... ¿O sea que tengo que pensar en situaciones en que me puedo encontrar realmente o en situaciones trágicas?

T. Incluso en las más trágicas; cuanto más consiga pensar en las trágicas, mejor. Cuanto peor consiga estar, mejor.

P. No logro...

T. Perfecto. Luego me explicará lo que ha pasado. Todos los días. ¿A qué hora puede

hacerlo?

P. A qué hora puedo hacerlo... Olvidemos la mañana porque hasta las dos estoy en el trabajo.

T. Bien, hacia las tres; ¿de acuerdo?

P. Hacia las tres.

T. Desde las tres hasta las tres y media todos los días. ¿Entendido?

Tercera sesión

Redefinición efecto de la primera prescripción

T. Y bien, ¿cómo ha pasado la semana?

P. No sé, bastante..., discretamente en cierto sentido, tanto es así que no he tenido muchos momentos de crisis.

T. Bien.

P. Y además porque...

T. Sólo ha consignado dos episodios.

P. El segundo de los cuales fue solamente el inicio, después de aquello tuve un par de situaciones sólo iniciadas, después pasaron y generalmente, esto también lo he escrito, empecé a hablar y el problema se resolvió. Siempre era... al inicio la situación era digamos... puede empezar en una situación en que no... una distracción digamos, pero en general en este sentido no sé si se ha modificado o no, porque a veces pienso que en definitiva... he intentado evitar evitar y por tanto... esto sí, pero quiero decir no es que ahora sea una fiera y que pueda hacer cualquier cosa. En conjunto hay en el fondo un poco de... pero ya no...

T. ¿Ya no...?

P. Ya no la situación... o sea, me ha vuelto a suceder, excepto que en aquellos casos, una situación en la que estaba bastante... una situación fuerte, digamos.

Sugestión positiva sobre las posibilidades de redimensionamiento de los síntomas

T. Así pues, digamos que en dos semanas aproximadamente ha habido dos episodios, uno de los cuales más bien flojo.

P. Sí.

T. ¿Podemos considerarlo como una clara mejoría? ¿O no?

P. No sé, en cierto sentido...

T. Desde el punto de vista de los síntomas, de la frecuencia y de la intensidad, la clara mejoría... ¿Qué porcentaje le podemos conceder? ¿Qué calificación le damos en porcentaje?

P. En porcentaje seguramente un 50%. El 50% restante es una situación de seguridad no total, de tranquilidad incompleta al tomar las decisiones. Es decir, aunque no evito, claramente el mero hecho de decir: «Adelante, tengo que intentarlo», significa que no es una cosa que suceda por sí sola, y que antes no pensaba que uno tiene que probar; salía

y...

T. Bien, pero después de la experiencia de estos años se ha establecido una nueva modificación que consiste en que hay que (decir: tengo que intentarlo).

P. Sí, sí, esto sí sin duda. Incluso porque se me ocurre pensar que he perdido todas las excusas para...; quiero decir, se lo decía la otra vez, la pastilla de cualquier modo es una excusa; o sea, quiero decir, la tranquilidad que me producía... Después entré en crisis como mecanismo, porque ya no funcionaba, pero... No puedo decir: «Me he olvidado de que existe», porque la llevo en el bolso, aunque no la tomo. No la tomo y los primeros días pensaba «de acuerdo, una necesidad, de todos modos la tengo, intentaré en la medida de lo posible no tomarla, pero...». Ahora me doy cuenta de que no pienso en ello... no pienso en tomarla.

T. Bien.

P. Después estaba la otra excusa, que era la ayuda, también lo he dejado desde el momento en que pienso: de acuerdo, si creo que no puedo pedir ayuda no puedo pedir ayuda. Aunque en cierto modo también lo he tenido un poquito a mano, pero por si acaso, por si no podía...

T. Bien.

P. Pero también esto (estoy adquiriendo la) capacidad de activarlo como sistema. Y en conjunto no es que me sienta capaz de derribar montañas pero... digamos que no estoy... que no me he encontrado en la situación en que... En resumen, he evitado evitar.

T. ¿Qué quiere decir «he evitado evitar»? ¿Que no se ha echado atrás ante nada?

P. Que cuando me he dado cuenta, es decir... creo que antes estaba muy deprimida, o sea (si no me apetecía salir), estupendo: encuentro la excusa y no salgo. Para que se haga una idea: el segundo episodio, que después se me pasó, tenía que ir a cambiar un talón al banco por la mañana en el trabajo. Anteriormente había sondeado a algunos compañeros «¿vas a salir?», «¿tienes que ir al banco?». Tomé la decisión de ir y pensé: «No, tengo que ir; vea mos qué pasa». Y en este sentido he evitado evitar. Creo... es decir, aún no me he... no busco más ocasiones de las necesarias. O sea que no digo: «Adelante, hoy que no tengo nada que hacer, cojo y me invento algo que hacer». Pero digamos que cuando ha sido necesario he cogido y he ido, y no he encontrado a nadie que «por casualidad no tienes que salir y me traes... si no, salgo yo... pero si vas tú». Lo he hecho y nada más.

T. Bien.

P. Quiero decir que no es sencillo, pero bueno.

T. Pero hace las cosas.

P. Sí, hago las cosas.

T. ¿Y esto es una novedad?

P. Recientemente sí.

T. Hacía mucho tiempo que no ocurría.

P. Bastante. Había llegado a ser tan hábil que incluso casi casi... Había motivos objetivos por los que podía evitar.

T. Objetivos, lógicos, racionales, por los que era correcto...

P. «Yo también puedo salir pero ya que sales tú, de paso, me traes esto.» Sí, esto es bastante... (no es que lo haga sin pensar).

T. ¿Y qué efecto le ha hecho este cambio tan rápido? Porque realmente nos vemos desde... ésta es la tercera semana, ¿no?

P. Sí, en efecto, o sea... En un primer momento mucho entusiasmo, también pequeño, para ser sinceros, después de tanto tiempo. Después he tenido un poco de miedo de que apareciera bajo la forma de cualquier otra cosa, porque en tres años he pasado por situaciones en que cada vez que creía que me había librado de algo aparecía otra cosa con otra forma... y por tanto, no sé... Además tengo que decir que no todos los días son así: quizá hace diez días estaba mejor que ahora, pero... estaba mejor... pero es soportable todavía, o sea quiero decir también porque estar «al fin y al cabo» pero en una medida bastante... es menos molesto que estar discretamente y tener una caída.

T. Desde luego.

P. Porque esto, realmente, cómo lo diría, paraliza, da la impresión de que ya no hay..., que hay que empezar de nuevo.

Redefinición de la segunda prescripción

T. Y bien, ¿qué ha ocurrido con la famosa media hora?

P. Una serie de problemas.

T. Oh, hablemos de ellos.

P. Hablemos de estos problemas. Primer problema: el primer día hice de todo para olvidarlo, de modo que me acordé por la tarde. Y entonces se me planteó un enorme problema porque usted me dijo que tenía que ser siempre a la misma hora, y entonces me sentí realmente perdida: pensé «¿y ahora qué hago?, empiezo mañana, o lo hago a las 8 por la noche, o llamo por teléfono y se lo pregunto». Y al fin y al cabo encontré la solución de seguir a la misma hora por la noche; pero no sé si he hecho bien. Éste fue el primer problema, que de todos modos desde el primer día resolví así, tomé una decisión que de todos modos tenía que tomar. Todo ha transcurrido con bastante tranquilidad hasta hace unos dos días: hace dos días...

T. Bien, lo importante es que fuese siempre a la misma hora. Esto es, muy bien...

P. Además hubo otro tipo de problema. Creo que en este caso en cierto sentido hubo un intento de evitar, también en este caso, en el sentido de que intentaba pensar en cosas angustiosas y francamente las cosas que se me ocurrían no eran totalmente angustiosas, es decir, eran poco angustiosas. Quiero decir: pienso en algo que con toda seguridad me produce angustia, la idea de que le suceda algo a N., y pienso: «Muy bien, si pienso en algo así seguro que esto me hará sentir muy mal». El primer día, el segundo día, las cosas que pensaba eran «se hace una herida en una pierna». «No, tengo que pensar más.» Quiero decir: era justamente un intento de detenerme.

T. Así que quiere decir que en la media hora no consiguió estar mal.

P. No espec..., es decir, no especialmente. Pero además éste era un tipo de problema, o sea que tendía a echarme atrás a la hora de estar mal. Otra cosa es que después en cambio intenté pensar en las peores cosas posibles. No sé si lo he descubierto o si lo he

sabido siempre, porque pensando en ello no es algo tan nuevo, que en definitiva cuando pienso en una cosa ya no me da tanto miedo. Es decir: si quiero tranquilizarme, siempre ha sucedido así, debo pensar en la cosa más terrible que me pueda suceder. O sea, si una persona se va en coche tengo que decir: «Es peligrosísimo ir en coche, se puede chocar en la autopista contra un camión», porque me parece que de este modo ya he exorcizado el miedo, o sea... Y por tanto esto no contribuía a hacerme sentir mal porque una vez que había dicho «pensemos en la cosa más terrible, muertos, heridos», esto era relativamente... o sea, una vez que lo había dicho ya me daba menos miedo, digamos.

T. Ciertamente.

P. Porque creo que es un mecanismo que más o menos, creo, siempre lo he adoptado un poco, no sé si siempre ha funcionado, antes seguramente funcionaba muy bien, pero ahora no lo sé.

Reestructuración de las dos estrategias utilizadas como nuevos modos para afrontar los miedos

T. Bien, creo que tengo que darle explicaciones de estas cosas tan raras, ¿no? Veamos, la media hora y el diario son dos cosas que tienen fundamentalmente dos objetivos, son dos estrategias que tienen objetivos específicos. El diario ante todo no es solamente una recogida de datos, sino lo que nosotros llamamos «técnica de la desviación del síntoma» en el sentido de que, por el hecho de escribir algo que es muy farragoso de por sí, la atención se desvía momentáneamente de uno mismo hacia el deber que tiene que cumplir, se llega a una reducción de los síntomas. Es una estratagema peculiar. La media hora tiene otra función aún más peculiar, porque en este caso se utiliza la lógica de la paradoja. Qué significa la lógica de la paradoja: es el *similia similibus curantur*. En lugar de intentar frenar una cosa, de tenerla reprimida, se la provoca voluntariamente y se la exaspera. Sabemos que ciertos síntomas, si se hace esto, se anulan, porque cuando un síntoma se convierte en algo voluntario ya no puede ser un síntoma, porque para ser un síntoma debe ser algo compulsivo, no voluntario (que se produce por sí mismo). Así pues, los dos jueguecitos que he practicado con usted son dos juegos, dos estratagemas para romper la rigidez sintomática, para romper un sistema perceptivo-reactivo que la obligaba a ciertas respuestas.

P. Ayer me preguntaba por qué una noche al ir a dormir pensé en el trabajo que tenía que hacer, en trabajar, que estaba atrasada (que tenía que poner orden en las cosas), y... es decir yo, es difícil que... no sufro de insomnio, pero digamos que pasó un tiempo algo más largo, que significa que en vez de dormirme en cinco minutos me duermo en un cuarto de hora, esto ya significa que hay algo que... pensar en esto. Y me parecía bastante angustioso en aquel momento, por eso pensé: «Muy bien, esto funciona. He encontrado algo (de que preocuparme)». Al día siguiente ya no lo pensaba en absoluto, es más la reacción fue: «¿Y a mí qué me importa si tengo (cosas pendientes en el trabajo)?».

Prescripción del uso de la paradoja como nueva estrategia

T. Precisamente por esto es importante tocar el fondo para después salir a la superficie. Éstas son un poco las explicaciones y las estratagemas. Éstas y otras cosas similares. Necesitaba explicárselo porque creo que ahora es importante que usted se dé cuenta de que está adquiriendo nuevas estrategias para afrontar situaciones que antes no era capaz de afrontar. Diría que son estrategias basadas en una lógica que es algo distinta de la lógica del sentido común, o de la lógica considerada racional, pero los juegos de interacción se basan en una lógica más emotiva, una lógica paradójica. Podría hablarle durante horas y horas de la lógica paradójica y paraconsistente, pero no es éste nuestro tema; lo importante es cambiar. Pero esto significa que yo no he hecho magia, he utilizado trucos, estrategias que han sido capaces de romper la rigidez de un sistema perceptivo-reactivo. De ahora en adelante usted puede utilizar estas estrategias voluntariamente para exponerse progresivamente a situaciones que hasta ahora le daban miedo, como ya hizo al ir al banco, al ir a hacer otras cosas; sin darse cuenta ha utilizado y se ha aprovechado de lo que yo le había provocado. Y es preciso que continúe haciéndolo. Es una cosa muy importante y que usted puede utilizar: por una parte el jueguecito del diario, por otra cada vez que sienta que está entrando en crisis, en lugar de intentar hacer lo que se acostumbra a hacer: «No tengo que entrar en crisis, no debo tener miedo, no, no puede darme miedo, no debo enojecer, no debo temer...» porque se hace así... entonces rápidamente debe empezar a decir: «Pues sí, tengo que estar lo peor posible, debo tener el mayor miedo posible, pensemos en todo lo que me podría suceder...», al cabo de un rato las cosas se anulan. Por lo tanto, de ahora en adelante, debe pensar que cada vez que tenga miedo, debe exasperarlo voluntariamente, deliberadamente, con su propia racionalidad, aunque sea una racionalidad un poco cómica, ¿no? Es una manera de utilizar en provecho propio la lógica del autoengaño.

P. Especialmente si funciona.

T. Creo que me merezco un poco de confianza.

P. Sí, sí, desde luego.

Mantenimiento del diario de a bordo

T. Hay que seguir en esta dirección. Veamos: evitar evitar; luego, llevar hasta la exasperación rápidamente, repentinamente, cada vez que le ocurra; si necesita usar el diario, sólo si lo necesita; la media hora ya no es precisa porque tiene que hacerlo siempre; ¿de acuerdo? Ah, una última curiosidad; ¿cómo ha reaccionado la psicoanalista ante estos cambios tan rápidos.

P. No lo sé.

T. ¿Se lo ha explicado?

P. Sigo sin explicárselo.

T. Sí, sigue sin explicarle que ha venido aquí, pero ¿le ha explicado los cambios en su vida?

P. Sí, creo que de todos modos se ha dado cuenta. En un momento dado me dijo que tenía tendencia a hacer el psicoanálisis por mi cuenta (*ríe*). Y entonces comprendí que tal vez había algo... Porque también me doy cuenta yo. No sé qué le parece esto... porque

no se lo he preguntado, no creo que ni siquiera me interese ya mucho saberlo.

T. En cualquier caso esta tarde voy a hacerle una profecía: creo que cuando hayamos acabado nuestro trabajo usted estará en condiciones de evaluar de nuevo la necesidad o no del psicoanálisis.

P. Sí, pero tengo la convicción... la primera vez ya le dije más o menos que había llegado a un punto en que quería estar bien para hacerlo. Me he puesto otro plazo, un plazo que no es temporal objetivamente, sobre cuándo lo acabaré; seguramente lo dejaré el día en que se me haga pesado este continuo ir y venir, este estar fuera de casa, este... Cuando me resulte realmente pesado querrá decir que no...

T. No es un plazo, le he hecho una profecía.

P. Sí, sí, pero...

T. ¿Y bien? Nos veremos la próxima semana y recuerde: cada vez que tenga miedo debe exasperarlo repentinamente. Evite evitar, además porque le doy una semana, así luego podré empezar a pedirle que me haga algunas cosas. ¿De acuerdo?

Cuarta sesión

Redefinición efecto de la prescripción y de los cambios

T. Y bien, ¿qué ha sucedido esta semana?

P. Ha sido bastante tranquila, no especialmente fatigosa, tanto es así que no he tenido grandes... o sea no tengo hojitas, nada.

T. ¿No ha tenido miedo?

P. No. En algún momento me he sentido un poco insegura, he intentado acentuar el terror, la angustia. En conjunto digamos que no va... no me siento muy...

T. ¿Que sucedía cuando empezaba a tener miedo e intentaba exasperarlo?

P. Que se me pasaba, efectivamente. La cosa resulta tan cómica... aunque quería evitar hacerlo continuamente.

T. Y en cambio, tiene que hacerlo, siempre que le suceda.

P. Por esto me decía que probablemente ha quedado algo, más en el sentido... un poco de inseguridad todavía, pero no... nada más en definitiva.

T. ¿Así que me está diciendo que en cuatro sesiones ya no ha tenido ataques de pánico, que ya no ha tenido miedos, que sólo tiene un poco de inseguridad?

P. Digamos que la inseguridad de fondo persiste, en el sentido de que cada vez que tengo que hacer algo debo recordar que tengo que intentarlo, porque de lo contrario dominarían las ganas de no hacerlo.

T. O sea, el estilo de vida de muchos años.

P. Digamos que quizá no... ahora estoy en una fase en que no estoy mal y en todo caso tengo miedo de estar mal, pero no estoy mal, porque pienso esto, cuando he dicho que he intentado aumentar la angustia siempre era muy al principio, o sea quiero decir...: «Estoy aquí, ahora me empezarán a sudar las manos, me empezarán a llorar los ojos», pero era solamente al principio, es decir, era muy diferente de cuando de repente me

sentía fuera del mundo y por esto... no estoy como antes, como antes, antes, antes, pero en conjunto no está mal el asunto, quiero decir en el sentido, no vengo a Arezzo sola.

T. Ah, ¿y no le gustaría probar?

P. Esperemos... no veo la hora.

T. Bien. Es importante oírle decir esto.

P. Sí, bueno, no veo la hora, yo... creo que ayer sentí una especie de desasosiego, actuar rápidamente porque tengo tantas cosas que hacer que no sé cuáles son, qué tengo que hacer. Pero en efecto, siento la necesidad, necesito volver a ser completamente dueña de mí misma, es decir, poder contar conmigo sin necesidad... por esto...

T. ¿Ha pedido ayuda alguna vez?

P. No, (en estos días...) o sea no de manera concreta: es más he ido a algún sitio sola.

T. ¿Cuáles son estos sitios? ¿Adónde ha ido y dónde ha estado?

P. He ido a hacer varias compras, a recoger varias cosas sin necesidad de encontrar, bueno de encontrar las habituales excusas. El sábado había una fiesta infantil, a la que iba también N., así pues fuimos todos, o sea... yo, P., pero luego él se marchó, bueno también estaba allí una prima, pero tengo que decir que la cosa no me preocupó demasiado, quiero decir que no (busqué la excusa para) abandonar a mi hijo, como hubiera hecho en otro momento, por esto, bueno... En este sentido, bastante. Debo decir que el local estaba llenísimo, había muchísima gente. En algún momento al principio, no es que estuviera... o sea estaba bastante... físicamente no me encontraba especialmente mal, pero una cierta sensibilidad (visual que) creo en general... Pero no me encontré mal en ningún momento, o sea en otra época hubiera cogido las llaves del coche y me hubiera ido al coche, como mínimo... pues en el coche me encontraba bien. En cambio ahora no, me quedé tranquilamente; fue una jornada muy movida, pero por otros motivos, porque... la cosa en sí, pero bueno, quiero decir, no...

T. ¿Y qué piensa de esta mejoría de la situación tan repentina?

P. ¿Qué pienso? Que espero no volver a encontrarme mal, no, porque en estos tres años ha habido períodos objetivamente mejores, digo... era simplemente que de vez en cuando eliminaba el problema físico que en aquel momento me ocasionaba molestias, probablemente sin tocar nunca los otros problemas, por lo que en cuanto se resolvía un problema digamos que surgía otro, la cosa se transformaba, por esto... Pero eran decepciones terribles.

Ahora hace un tiempo que estoy realmente bien. Tal vez sucedía que me encontraba peor, aparecía un nuevo trastorno diferente y esto me hacía entrar totalmente en crisis hasta la crisis final. En septiembre empecé a tener algún nuevo problema; no es que estuviera peor que dos años atrás, es más, qué va, estaba mucho mejor, sólo que el trastorno era mucho más insoportable, porque en los años anteriores de vez en cuando notaba la presión baja, estaba cansada, o sea varias cosas. Al eliminar estos problemas... ya no tenía excusas y por eso estaba terriblemente... es decir había llegado a tener... ya lo he dicho: estaba mucho mejor, pero al mismo tiempo era muy insoportable, porque ya no tenía ninguna excusa que fuera justificable, o sea una excusa física, que era lo único que podía justificar. Yo estoy mal, puede que esté estresada, pero estoy mal porque tengo la

presión baja; para la presión baja se toma la pastilla, no se toman las gotas, la presión baja desaparece y estoy bien.

T. Sólo tener miedo de que...

P. No, no, no, en absoluto. Yo debo haber estado realmente mal físicamente, porque si no, no me podría dar cuenta de que estaba mal. Tenía que ser una cosa verdaderamente evidente para poder aceptarla. Además puesto que en cuanto a los trastornos físicos siempre he creído que mi... (siempre he dicho que) hubiera preferido tener una hepatitis vírica, no digo una enfermedad peor porque... o una enfermedad incurable no, pero una buena hepatitis vírica antes que una cosa así, habría querido tenerla.

T. Lo que me ha parecido divertido desde la primera vez que nos encontramos es que usted es una persona que ha comprendido racionalmente y ha adquirido plena conciencia de todos sus trastornos. Pero el hecho es que no ha conseguido nunca cambiarlos.

P. No, la verdad. Porque... yo siempre digo... en mi opinión ser muy racional es un gran valor; o sea yo siempre he creído que es un valor. Que tiene un inconveniente muy grande ser racional: que no se acepta tener reacciones irracionales. En realidad yo al final, cuando en septiembre dije que no soportaba más esta situación porque no aceptaba que a pesar de todo... se daban todos los presupuestos para que todo funcionara bien, algo dentro de mí rechazaba ser tan racional como siempre había sido, porque nunca he tenido miedo cuando ha habido que tener miedo, porque racionalmente se puede no tener miedo. No me preocupaba de manera especial, porque racionalmente no había que preocuparse. Todo esto funcionó hasta un cierto punto, y después el mecanismo entró completamente en crisis, y yo me encontré totalmente destrozada.

T. A merced de las olas.

P. Sí, esto es lo trágico. Nunca pensé que tuviera algo terrible, nunca tuve miedo de estar enferma. He conocido a personas, digamos estresadas, que entran en crisis y que como mínimo imaginan que tienen una enfermedad incurable..., yo nunca lo he pensado. Es decir, excepto la primera semana en que estuve mal, tenía la presión a ochenta y el corazón se veía latir incluso a simple vista, pero era... me hice un electrocardiograma, nunca pensé que tenía algo grave. Y al final, he tenido que estar... ha tenido que hacerse intolerable la situación para poder tener «confianza» en estar mal.

T. Bien, puesto que ahora nos dedicamos a hacer cosas más que a pensarlas, pensar después de haberlas hecho, eh, lo primero en que creo que es útil pensar, teniendo en cuenta lo que hemos conseguido obtener, es en que sus trastornos no eran tan terribles, invencibles, tan absolutamente inmodificables; ha bastado tan poco...

P. Sí.

T. ... para cambiar...

P. Desde luego.

T. ... esto es muy importante.

P. Es que probablemente los afrontaba al revés. Ahora me parece que siempre les he hecho frente apelando a la racionalidad, es decir: «Este trastorno no tiene ningún valor, esto no debes tenerlo, y éste es el mejor modo...». Realmente en esa época me molestaba mucho cuando me decían: «Haz un esfuerzo, intenta dominarte», porque yo

era muy hábil a la hora de dominarme y nunca pude...

Reestructuración mediante metáfora y jerarquía. Situaciones fóbicas

T. No se puede meter un gato dentro de un saco.

P. No.

T. Se empuja, se empuja y al final araña, se enfurece, el saco se rompe y sale hecho una fiera. En cambio, hay que hacer que salga y educarlo; aprender a educarlo y tener una buena relación con él. Así pues, en este sentido... lo que me interesa saber es todas las cosas que ahora le darían realmente miedo. Supongamos una escala del 10 al 1, el décimo lugar lo ocupará aquello que más miedo le daría.

P. Estoy absolutamente convencida de que la cosa que me da más miedo hacer es coger el coche e irme lejos, quiero decir lejos, lejos... lejos. Estar fuera de la mañana a la noche. Estar lejos de casa, estar fuera. Aunque esto de todos modos... es decir (hay algo extraño, ahora no sé si depende de lo que sucedió el verano pasado y no... o sea, las últimas vacaciones digamos... Yo en vacaciones nunca me he sentido mal, y sin embargo estaba lejos de todos, pero creo que estaba tan lejos de todo que no tenía puntos de referencia. Es decir: no estaba lejos de casa, estaba de vacaciones).

T. ... Y allí no pensó en nada.

P. En cambio, si estoy lejos de casa porque estoy en Arezzo, por así decir, sola, imagino que esto podría provocarme mucho malestar: encontrarme... bueno a mí me crea malestar e imagino que estoy lejos del coche, lejos de donde tengo que llegar, lejos... en un lugar cualquiera.

T. Y bien, ¿cosas un poco más pequeñas? Según esta jerarquía, ¿qué ponemos?

P. Cosas más pequeñas... Siempre se trata de alejarme de mi refugio. No sé qué cosas más pequeñas puede haber.

T. ¿Cuánto tiempo hace que no coge el coche?

P. No, si yo el coche lo cojo todas las mañanas para ir a trabajar, lo cojo para volver a casa, para ir a recoger algo y poco más...; coger el coche e ir a un supermercado; andar en medio de la gente, relativamente, es decir, no es andar en medio de la gente, puedo estar con ciento cincuenta personas en un lugar cerrado y sin aire, no es que... es más: en un lugar cerrado no tengo grandes problemas, en todo caso en un lugar abierto. Por ejemplo en el cine nunca he sentido malestar, una plaza empieza a ser un poquitín más problemática. Pero muchas veces va ligado a la situación: no es necesario... quiero decir, probablemente hay...

T. Bien. Entonces tenemos que hacer la prueba del fuego, ¿no?

P. Sí, es usted quien lo ha dicho.

T. ¿Usted trabaja el sábado por la mañana?... ¿no es cierto?

P. Sí.

T. ¿Y no puede salir una hora?

P. Sí.

Prescripción de la «manzana» acompañada de trucos sugestivos

T. Bien. De aquí a la próxima vez que nos veamos sólo le pido que haga una cosa el sábado, pero que quede claro que usted tiene que seguir teniendo presente todo lo que hemos hecho, y que cada vez que tenga miedo debe exasperarlo; cada vez que quiera evitar algo, piense que puede evitar evitarlo, también puede llevar consigo el diario y todas estas cosas... Pues bien, el sábado por la mañana tiene que pedir una hora de permiso, salir de su oficina, ir a buscar su coche, subir al coche, pero antes de subir al coche tiene que hacer una pirueta sobre sí misma... tiene que hacerlo... Viene a Arezzo, aparca en el centro. Cuando baje del coche tiene que hacer otra pirueta; después quiero que se dirija al centro, para ser más exactos al mercado, y vaya a buscar y a comprar la manzana más grande, más roja y más madura que consiga encontrar. Una sola manzana. Como yo el sábado por la mañana estaré aquí trabajando como un forzado, viene hasta aquí, llama a la puerta, me deja la manzana y se vuelve a casa. Porque yo no tengo comida y usted tendrá que conseguirme algo para comer, una sola manzana: la más grande, más roja y más madura que encuentre. La mete en una bolsa y me la deja. Nos veremos en la próxima visita. ¿De acuerdo?

P. (Moriré en la carretera.)

T. La espero el próximo sábado. ¿De acuerdo?

P. De acuerdo.

Quinta sesión

T. Bien, bien. Veo que esta tarde ha venido sola.

P. No, estoy sola aquí, pero...

T. Ah... Entiendo... si llega a venir sola... ¡Dios mío!

P. Piensa: «ahora empieza a exagerar».

T. Se ha vuelto valiente.

P. No, pero de todos modos no sé si lo hubiera intentado. Quizá lo hubiera intentado, pero mi familia tenía cosas que hacer en Arezzo y por lo tanto... Tal vez lo hubiera intentado, tal vez.

T. ¿Tal vez? Bien, esto lo veremos. Todavía...

P. Porque la manzana se la traje, pero no fue un paseo.

T. Ya me lo imagino. Si hubiera sido un paseo no se lo hubiera pedido.

P. El regreso no, el regreso tranquilo...

Redefinición efectos de la prescripción de la «manzana»

T. Bueno, vamos a ver, explíqueme, cuénteme todo. ¿Cómo fue la historia de la manzana?

P. Aparte de que confiaba en que lloviera como Dios manda: «Por lo menos no habrá mercado».

T. ¿Así habría menos gente?

P. Más o menos, de vez en cuando quitaban... Esperaba tener una buena gripe, cosa que

siempre puede suceder cuando uno va a cogerse un permiso. Estuve un poco indecisa, no sabía si coger un día entero de vacaciones y estar un par de horas... o salir quizá a las 8.30 e intentar...

T. De este modo seguro que llegaba.

P. Seguro que llegaba. Finalmente opté por no hacer una cosa así, además porque creo que en cierto sentido habría sido trágico... Por esto partí; cuando estaba en el coche me di cuenta de que me había olvidado de hacer la pirueta, y volví a bajar para hacerla, pero al principio me había olvidado.

T. Al principio se había olvidado: muy mal.

P. (ríe) Muy mal, pero realmente me olvidé; me acordé cuando estaba en la plaza de S. Agostino y pensé que no tenía sentido volver atrás, luego...

T. ¿Cómo fue el viaje en coche después de la pirueta?

P. El viaje después de la pirueta fue en la primera parte, bueno, bastante tranquilo. Iba provista de música porque era la única manera de ver si de vez en cuando me distraía. Durante una parte del trayecto me hacía sentir mal lo que me imaginaba, porque mi angustia era «qué pasaría al salir de la carretera principal»; quiero decir... O sea en el momento en que uno está a la misma distancia del punto de partida que del punto de llegada, porque entonces ni siquiera se puede volver atrás, ya que se tarda el mismo tiempo y por tanto...

Uso de metáfora

T. Como aquel asno que al atravesar un río en un momento dado se detiene en medio, hay corriente, y ya no sabe qué hacer: «¿Sigo adelante o vuelvo hacia atrás?».

P. Al principio estaba bastante... «Bien, si no lo consigo querrá decir que vuelvo a casa.» Entonces no era posible una cosa así porque, quiero decir, tardaría el mismo tiempo. Ésta era la angustia... «Pero por qué no le dije que no me gustaba subir escaleras», que es una cosa más sencilla. Después intenté pensar en que cuando llegara no habría acabado todo porque... sólo el pensar en lo que tenía que hacer después me parecía tan (deprimente el regreso)... en aquel momento me consolé un poquito. De todos modos, excepto estas situaciones, es decir, algunos momentos así...

T. ¿Dónde aparcó el coche?

P. En el aparcamiento de Correos. Es el que está más cerca cuando se llega. Pero tuve que esperar, hacer cola, estar allí a un lado y después aparqué; pasé algunos semáforos...

T. Y después fue andando hasta el mercado.

P. Hasta el mercado. Mientras buscaba desesperadamente dónde podía haber un puesto de frutas se me ocurrió pensar que me había confundido: «¡No hay puestos de fruta! Recorreré todo el mercado y no habrá ninguno».

T. ¿La informaron mal?

P. No, no. Es que yo no soy muy experta en eso del mercado.

T. Me parece que la fruta la venden en el piso de arriba.

P. Sí, sí, no, pero entonces ya estaba bastante bien, ¡oh, Dios mío!

T. Tengo que hacerle una crítica: la manzana no era muy grande...

P. No, no era muy grande, y la estuve buscando, eran muy feas aquellas manzanas. Eran realmente feas; estuve buscando...: roja sí era, pero grande, desde luego no.

T. Tuve una sospecha. Pensé, aquella mañana me llegaron cinco o seis manzanas, todas pequeñas: «Todo el mundo me ha tomado el pelo».

P. En realidad cuando miraba aquellas manzanas pensaba: «Si la hubiese comprado en la frutería de al lado de casa la hubiera encontrado mucho más bonita».

T. ¿No había una manzana grande? Todos me dijeron: no había manzanas grandes.

P. No, no, realmente era dura; a veces me paraba... La busqué: las había amarillas, rojas, pero no eran especialmente grandes. Yo pensaba en esas hermosas manzanas, no de las que había allí, que además... esas hermosas manzanas.

T. No estaba mal.

P. No estaba mal (*ríe*)... pues mucho mejor. Yo en cambio pensaba en esas hermosas manzanas... las que son verdes... como la de Blancanieves.

T. Bueno, yo también esperaba una de éstas.

P. Pero no las había.

T. ¿Qué tal fue la búsqueda de la manzana?

P. ¿La búsqueda de la manzana? ¿Qué tal fue?

T. ¿Tuvo miedo?

P. No.

T. ¿No tuvo miedo?

P. No especialmente, concretamente miedo no.

T. Dígame una cosa. ¿Qué le dijo el vendedor cuando le compró una sola manzana?

P. Nada, creo que se rió de mí.

T. Bien. ¿Compró sólo la manzana o compró también otras cosas?

P. No, sólo compré la manzana. Aunque tengo que reconocer que después fui al bar y compré dos bollos en una bolsita, así podía utilizar la bolsita porque si no, no tenía...

T. ¿Se los comió?

P. No, tomé un café.

T. Bien.

P. ... me interesaba... No, pero le diré que después de haber cumplido el encargo tuve ganas de ver cómo era el mercado. No es que recorriera todo el mercado, pero volví atrás y eché una ojeada a las cosas.

T. ¿Y el regreso, qué tal fue?

P. ¿El regreso... después?

T. Después de haberme traído la manzana.

P. Realmente mucho más tranquila.

T. Bien. ¿Y qué efecto le produjo hacer esto?

P. Ya le he dicho... hubo distintos momentos. Ah, pero al mismo tiempo cuando regresé a casa, tengo que confesarlo, ¡tuve un dolor de cabeza!

T. Eh, bien, me lo imagino... Pensando de nuevo más tarde en lo que hizo, qué impresión le produjo...

P. Pensé que las cosas se pueden hacer, que habría podido volverlo a hacer, que las

habría podido volver a hacer. Quiero decir no así siempre... no es que después de hacer esto pensara: «Puedo volver a Arezzo, tal vez puedo ir a Florencia, tal vez puedo ir a otro sitio»; me costará trabajo, todavía me costará trabajo, porque me ha costado trabajo, pero evidentemente, aunque cueste se puede hacer. En cuanto regresé incluso estaba un poco eufórica, porque digamos que la placidez del viaje de regreso, la alegría de haberlo hecho todo, hacía que aún me olvidara más de la la angustia de la ida; después, pensándolo bien, me dije: «Bien, en efecto ha sido penoso». No creo que si lo volviera a hacer no fuera en absoluto penoso, tal vez lo sería un poquito menos, porque en todo caso mientras estuviera mal añadiría: «Bah, si lo he hecho una vez, lo puedo hacer dos».

Reestructuración y estímulo mediante explicaciones

T. Usted es una persona inteligente y entiende que si durante muchos años ha construido un aprendizaje que consiste en no hacer, construir un nuevo aprendizaje que consiste en que puede hacer requiere una repetición.

P. En un momento dado pensé, no sé si esto es cierto o si lo hacía para justificarme, que quizá debería haberme preocupado más si no me hubiese costado ningún trabajo. Otra cosa: lo que quiero hacer... o sea «ahora puedo hacerlo todo», en el momento en que entras de nuevo en crisis te falta la referencia... Si yo hubiese venido hasta aquí tranquilamente y no me hubiera costado ningún trabajo... por una parte todo hubiera sido perfecto... pero quizá no me serviría para la próxima vez, en que me sentiría abandonada en una situación porque no tendría... es más pensaría: «Pero ¿cómo es posible? He ido hasta Arezzo y ahora no consigo alejarme 300 metros sola». Probablemente creo que en cierto sentido ha sido mejor que me hubiera costado mucho trabajo en ciertos momentos, hasta el punto de pensar: «Si me detuviera cinco minutos y me lo pensara un poco». No es que fuera especialmente molesto, pero era bastante angustioso, quiero decir como situación; es decir: «Pero por qué tengo que estar aquí mal cuando podría estar encerrada en alguna parte».

T. ... Tranquila.

P. Tranquila. Pero en cierto modo también he pensado que en definitiva incluso es mejor haber estado un poco mal... y haber salido indemne de todos modos.

T. Bien, además porque si no le cuesta ningún trabajo parece que las cosas sean demasiado mágicas, no creemos que sea una cosa nuestra. Por otra parte, yo le he pedido esto, pero es usted la que lo ha hecho. No lo he hecho yo en su lugar; fue usted la que debía coger la manzana y fue usted la que la cogió. Puede que yo le haya dado un empujón para obligarla a dar el salto desde arriba, pero lo ha dado usted.

P. Lo que fue un poco desagradable fueron los prolegómenos...

T. Bien, bien, bien, bien. Lo más importante ahora es que a partir de ahora no hay que parar.

P. ¡Desde luego!

Prescripción paradójica

T. Hay que seguir adelante. La primera regla es la que ya hemos dicho otras veces: ante todo pensar que si debe evitar algo, evite evitar; cualquier cosa que deba hacer, evite evitarla.

P. De hecho, algunas cosas que al principio evitaba, he procurado luego evitar evitarlas, ahora son... quiero decir, le debo haber explicado que cuando tenía que cobrar un cheque, tenía que mandar a alguien, decía: «No tengo que salir; vete a dar una vueltecita y cóbrame este cheque». Después vino la fase: «Bien, no se lo puedo pedir, tengo que intentarlo yo»: fui al banco a cobrar el cheque. Es decir ni me acordé de que alguna vez me costaba trabajo ir. Y así cuando estuve allí me pregunté: «¿Por qué no me sudan las manos, por qué... por qué? Esto es muy raro».

T. ¿Qué sucedió?

P. Qué sucedió... sí, precisamente, no es normal, porque es algo... Antes pensaba que aquello era normal, pero ahora de vez en cuando me asalta alguna duda. Pienso, ¡por favor!, hay otros bancos u otras cosas; tal vez se trata de alejarse un poco más allá...

T. Pero esto no debo imponérselo: evitar evitar es algo que ya se ha convertido para usted en costumbre. Tiene una gran disposición para esto, para hacerlo bien. ¿De acuerdo? Ahora tendrá que hacer una cosa muy bonita, hoy, ahora. Le daré hora para la próxima visita, nos veremos regularmente la próxima vez; pero usted saldrá antes de que llegue su marido; ¿dónde la espera?

P. No, aquí cerca.

Prescripción acompañada de trucos sugestivos

T. Bien le dice que se espere. Sale usted de aquí, va al ascensor, hace la pirueta, entra en el ascensor, baja, hace la pirueta, sale y coge papel y pluma que yo le doy (después me los devuelve, ¿eh?); bien, quiero que cuente todas las baldosas que hay en la calle desde mi consulta hasta la Pieve.

P. ¿Hasta la Pieve? La Pieve es la iglesia...

T. ... Que tiene una hermosa torre alta.

P. Exacto.

T. Quiero saber cuántas piedras...

P. ¿?

T. En línea recta.

P. En línea recta.

T. Exactamente cuántas baldosas hay. Cambiarán las baldosas, pero usted debe contar cuántas hay en fila, una detrás de otra.

P. En fila, no en toda la superficie, digamos que en longitud.

T. Sí, en longitud, cuántas baldosas.

P. No hasta la puerta, hasta el ángulo de la iglesia.

T. Exacto, anótelo aquí, y tráigame el papel.

P. ¿Ahora?

T. Ahora, en seguida. Llama y me lo deja (con la pluma incluida).

P. Sí, pero pluma ya tengo yo.

T. Es importante que se la dé yo.

P. Así me siento más obligada a traérsela.

T. Además, como yo siempre tengo problemas con la voz, tiene que comprarme, donde usted quiera, un paquete de caramelos de menta. «Dietorelle», los otros me engordan.

P. De acuerdo.

T. Ahora nos despedimos porque usted luego llamará a la puerta, pero yo ni siquiera la haré pasar, porque tendré trabajo. Llama y me deja esto, como hizo con la manzana. ¿De acuerdo?

P. O.K.

Sexta sesión

Redefinición de la prescripción

T. Y bien... El número de piedras no era exacto.

P. Me lo imagino, debí de perder la cuenta cuarenta veces.

T. Lo he controlado.

P. Pero las conté. El problema es que en un determinado momento... antes que nada no me esperaba, o sea estaba bastante tranquila porque creía que al bajar encontraría las piedras.

T. ¡Ah! ¿Hizo las piruetas?

P. Sí, sí; pero no me esperaba el pavimento. En el último momento no sabía si echarme a llorar y entonces opté por reír, que era mucho más decoroso. Y empecé, entonces procuré llamar la atención; pensé que era mejor contarlas de diez en diez. Al cabo de un ratito de baldosas me di cuenta... de diez en diez y cambiar en lugar de hacer 1-2-... que resultaba difícil.

T. Es un buen método.

P. Sí, es un buen método. Después me di cuenta de que la imagen que ofrecía no era mucho mejor que la de una persona que cuenta las piedras de una en una: estáte quieta, con los ojos bajos, después de repente da un salto de diez piedras, (y puesto que)... Después, cuando lo hice de la otra manera fue relativamente sencillo, o sea uno que anda con los pies pegados, con la mirada baja...

T. Con aquellas (piedrotas, ¿eh?).

P. Sí, pero aunque con el sistema paso-piedra, paso-piedra se dan unos pasos algo diferentes unos de otros, en definitiva va bastante bien. Lo trágico fue que en un momento dado, cuando estaba en una posición de equilibrio precario pensando en aquellas piedras, cuando estaba contando las piedras, me paró una muchacha que quería venderme un perfume (*ríe*). «Tengo que contar las piedras no puedo... no lo quiero... no lo quiero»; vamos, que la cosa fue bastante trágica... Y en un momento dado, cuando acabé, di un suspiro de alivio, porque se había acabado toda la angustia. He intentado recordar cuántas piedras había... creo que me puedo haber equivocado en las decenas y las centenas... tal vez las unidades podían estar... Las decenas y las centenas no podría

jurarlo.

T. En cambio, tengo que decirle que el error estaba en las unidades.

P. ¿En las unidades?

T. Es un error de tres baldosas de las pequeñas y de seis baldosas de las grandes.

P. Y además hubo una cosa trágica, en un momento dado las grandes... cuando una acaba así y hay otra, no sabes si aquella la tienes que contar o no, porque es un ángulo exacto.

T. Entonces puede ser que la cuenta...

P. Y contar entre las piernas de las personas es una cosa trágica: había un señor que estaba plantado justamente encima de las baldosas, y no podía contarlas porque no podía ir de acá para allá, por tanto tenía que tomar una dirección. Además había cuatro baldosas en medio del asfalto del cruce.

T. ¿Esas también?

P. Tuve un pequeño problema de decisión: «¿Las cuento o no las cuento?». Las conté.

T. ¿Cuánto tardó en total, más o menos?

P. No, no tardé mucho. No, porque además en un momento determinado me (*preocupada*)... iba como una moto. Debía ser realmente cómico ver a una persona caminando con la cabeza baja, despreocupada de todo lo que ocurre a su alrededor, porque ya podían destriparse por la calle, yo estaba absorta en mi misión y con un paso muy poco gracioso y más bien indeciso. Poco gracioso, creo, sin duda; desde un punto de vista estético debía ser algo realmente conmovedor.

T. Tenía que comer un caramelo.

P. Los caramelos; con los caramelos, en cambio, tuve realmente muchísima suerte. Con los caramelos tuve una fortuna increíble, porque entré en un... o sea bajando, el primer estanco que encontré para comprar cigarrillos: tenía aquellos caramelos.

T. ¿Y usted sabe por qué en esta tienda de aquí cerca tienen los «Dietorelle»?

P. Porque usted manda a sus pacientes a comprarlos.

Redefinición de los resultados obtenidos

T. ¿Cómo ha pasado esta semana, después de esta...

P. Discretamente.

T. ¿Qué quiere decir?

P. O sea en general casi todo ha estado bastante tranquilo. Hoy incluso he hecho una hazaña. He venido... no, no he venido sola, pero he venido con mi coche, detrás llevaba... mucho más que... he llevado detrás una buena mujer que no sirve absolutamente para nada en este sentido...

T. A la que incluso hay que proteger.

P. Sí; y además la amiga de la buena señora, que es completamente dispersa, así que... he hecho de asistenta social... las he llevado a pasear, no, es que tenían que hacer cosas y... No sé si es peor venir sola o acompañada... De cualquier modo... bastante... no digo que hoy haya sido como viajar hace cinco años, pero bueno, mejor ya que la otra vez.

T. ¿Y mejor ya que el día de la manzana?

P. Sí, mejor ya que el día de la manzana.

T. Bien.

P. Por lo menos... no es que ellas me hayan servido de gran ayuda, hacen compañía, pero bueno no es que... (si uno dice) «conducid vosotras» llegamos a casa mañana; así pues, desde este punto de vista no sé... (Esta mañana) incluso he ido al banco mientras hacían los pagos del Irpef, por lo tanto prácticamente el banco no funciona.

T. Así que ha hecho cola en el banco, ha ido...

P. Sí, sí, sí.

T. ¿No ha tenido ningún momento crítico durante la semana?

P. Sólo un día de estos no estuve excepcionalmente brillante; pero estaba en casa.

T. Además en casa. Qué raro.

P. No, tal vez es que yo los domingos por la mañana no estoy muy fina, no sé por qué estoy completamente desorientada. Es extraño, porque el domingo por la mañana uno más bien... Se ve que echo en falta levantarme para ir a trabajar, y esto... Los domingos por la mañana siempre me parece que estoy un poco más... Aparte de que he tenido épocas anteriores que yo llamaba de anticlericalismo (porque no podía estar en la iglesia). De todos modos, ¿cuándo fue? No fue un día especialmente glorioso, pero digamos que para la vida diaria era suficiente, quizá si hubiera tenido que hacer algo más complicado; sabe... Pero no sé, porque ahora me parece casi lo contrario, me parece casi más fácil hacer las cosas un poco más..., son las que creo que debo hacer para probar, llega a consolar la capacidad de encontrarse, no sé... Quizá pensé...

T. Y las personas que la rodean, ¿cómo se han tomado estos cambios tan repentinos? ¿Cuáles han sido las reacciones de las personas de su entorno ante sus cambios? ¿Qué le dicen?

P. Tengo esta sensación: todos están muy atentos y sorprendidos, porque a mí me parece que les oigo... basta que yo...: «Está mejor, está mejor, está mejor». Lo que me preocupa es que, como estoy mejor, están recuperando las viejas costumbres.

T. ¿Qué quiere decir?

P. Saber que yo estoy allí, que puedo hacer un montón de cosas.

T. ¿Por esto empiezan a exigirle?

P. Sí. Es decir, no me puedo quejar, en todo este tiempo han sido muy buenos, y esto... quiero decir... me han ayudado, se han tomado... se han encargado de llevarme de aquí allá, han procurado que las cosas no me resultaran gravosas, pero me parece cómico que precisamente en el momento en que estoy mejor me parece que empiezan a pretender... no que yo ande sola, sino que (sea además) el sostén de todos. O sea, para que entienda, vuelvo... volver de Florencia a las seis y media y N. no había hecho los deberes; el martes llegué a las siete y media de Arezzo, porque después hice una serie de gestiones, y N. no había hecho los deberes, porque no quería hacerlos si no era conmigo. Y esto sucedió con personas distintas duran...: con los abuelos, con su padre. Y para colmo el viernes volví de trabajar y mi casa parecía una leonera...; ¿por qué no había ido a la peluquería?... Es matemáticamente imposible estar en dos sitios al mismo tiempo. Así que pensé... quiero decir, se pasa de una fase (de conmisericordia) «pobrecita, qué mal

está, sí efectivamente» y bueno... voy a trabajar a las ocho, a las dos y media acabo de comer, me lavaré la cabeza, haré los deberes con N. así por la tarde (no tendré que hacerlo) y esto ya está mejor; pero esto significa hacerlo todo un poco a ciegas.

T. ¿Por qué lo hace? Usted siempre ha dado estas órdenes: su madre, su marido, los otros.

P. Todos, porque yo (las asumo)... hago que me las den. Es decir, yo creo: siempre he sido una persona tan decidida a hacer todo lo que hubiera que hacer que he acabado por asumir un papel que probablemente me he dado yo misma; quizá (no me lo han dado los demás), esto me parece evidente. O sea que yo consolaba a todos sin poder desfoguearme, hasta el punto de que me resultaba imposible llorar, hacer cosas así, pero era muy práctico.

T. Ahora ha empezado a pasar factura.

P. Sí, pero al final lo he pagado todo yo. O sea, para los otros es cómodo; en definitiva, en el momento de la necesidad había alguien que en lugar de estar llorando por la desgracia corría de un lado a otro y arreglaba las cosas. Pero es cómodo; tan cómodo para el que está a tu alrededor...

Prescripción antropólogo en familia

T. Bien, bien. Esto me hace pensar en una cosa muy importante que voy a necesitar. Quiero que para la próxima vez haga una observación detallada precisamente desde el punto de vista psicológico, social, antropológico, de las personas que están a su alrededor. No hemos hablado de esto, ahora es el momento de hablar. Quiero conocer bien toda su situación familiar, y también cómo ha evolucionado, pero quiero que me lo cuente usted, después de haber observado durante una semana cómo se comportan estas personas, cómo se mueven, cómo actúan, cómo se dirigen a usted, sin que el relato sea demasiado racional, si es que esto es posible para una persona tan racional como usted. Las cosas más intrascendentes, porque como decía O. Wilde: «El verdadero misterio es lo que se ve, no lo que no se ve»; así que observe... nada más.

P. Tengo un problema para la próxima semana: tengo servicio electoral: ¿qué hacemos?

T. Bien, ahora vamos a solucionarlo.

P. O.K.

Prescripción directa con trucos sugestivos

T. Otra cosa importante es la que tiene que hacer ahora. Usted decía... Ya que me ha hablado de su anticlericalismo, yo soy famoso por ser «herético», pero creo que, puesto que...

P. A mí puede mandarme a los oficios religiosos, ¡eh!... Quiero decir que ir a la iglesia no me crea ningún problema.

T. Como usted ha sufrido una especie de milagro... hay que santificar la cosa. Bien, para santificarla tiene que salir y hacer la habitual pirueta en el ascensor..., tiene que salir y hacer una cosa un poco peculiar. Sale de aquí, va hacia la derecha donde está el quiosco,

va hacia la derecha, gira al fondo y encontrará una iglesia, la iglesia de S... si no me equivoco, entra, pone un cirio a cualquier santo y coge una estampita; luego vuelve...

P. ¿Y si no hay estampitas?

T. Todas las iglesias las tienen. Vuelve atrás y va a aquella iglesia que ya conoce... hace lo mismo: pone un cirio y coge una estampita. Va a la Catedral, pone un cirio y coge una estampita. Sale y la última iglesia es la de S. Francisco, así podrá admirar además estas iglesias tan hermosas, poner un cirio y coger una estampita. Cuando regrese me llama.

P. No (*ríe*). A mí las iglesias no me crean ningún problema. Son los oficios religiosos...

T. Entonces me llama y (después me lo deja todo). (*Concierta la cita.*)

P. O sea que cuatro iglesias y cuatro estampitas, ¿no?

T. Sí, pero las que le he dicho, ¿eh?... (*Pide más información.*)

P. ¿Y si están cerradas? Hay que aclararlo (*ríe*).

T. Estampitas habrá. Le he dicho que la racionalidad no siempre funciona.

Séptima sesión

Redefinición de la prescripción

T. Bien, tenemos las estampitas...

P. No eran excepcionales (*ríe*).

T. Las he mirado bien. Me ha gustado mucho la estampita de san Donato.

P. La única cosa que he encontrado era la opción ocho por mil.

T. «La palabra la vida», san Donato, ésta también me ha gustado mucho, y «Vive la misión».

P. Dentro había una tarjeta que era igual al... me di cuenta después. La estampa pequeña la cogí en san Francisco; cuando llegué al final me di cuenta de que era la misma imagen que la de la primera estampa, que en cambio había cogido en la iglesia de aquí cerca.

T. Bien, ¿puso los cirios?

P. Sí, además había..., bueno puse: una lamparilla, un cirio de los pequeñitos así y dos velas, porque además dudaba en la elección.

T. Hummm, perfecto. ¿Y cómo fue todo? ¿Se sintió muy ridícula?

P. Bueno, creo que no mucho porque, quiero decir... hasta que entré todo era... para colmo en la primera iglesia estaban rezando el rosario, esto ya fue demasiado. Porque además...

T. Se unió al rezo; ¿o no?

P. No, no recé, tuve una actuación muy sobria; no había velas al fondo, estaban más arriba... Así que atravesé toda la iglesia mientras se oía aquel «murmullo de las plegarias», puse la vela, puse cara de estar muy concentrada... Los demás, bueno, había un montón de gente que estaba mirando... había muchos turistas, porque... Una se siente un poco observada aunque no tenga nada que ver, no veo por qué tenían que mirarme a mí más que a los otros que entraban. Pero bueno... había un monje en algún sitio, no, un sacerdote, un sacerdote en algún sitio; incluso se me ocurrió pensar que me estaba

observando cuando la ponía, pero luego pensé: «No creo, supongo que visitantes un poco raros los debe de haber todos los días».

T. Bueno sí, yo diría que sí.

P. Precisamente, acababa de hacer una ofrenda, había puesto una vela, había cogido una estampa, era el prototipo de perfecto cristiano.

T. Ya, ¿y la semana cómo ha ido?

P. ... La relación; las relaciones con todos los familiares. No están muy bien escritas porque éste es un trabajo que... durante el servicio electoral...

T. Bien, bien. Y...

P. Cómo ha ido la semana: bueno, sí, no espléndidamente pero en conjunto... discretamente bien. No espléndidamente, en el sentido de que por ejemplo el domingo cogí el coche y me fui al campo, bueno, a la casa de mis abuelos, digamos, y... en un momento dado me asaltó uno de mis terrores en el coche. Además pensé: «Pero ¿por qué tengo que tener miedo si esta distancia no es nada, si he ido a Arezzo?». Creo que fue un día un poco especial, aparte del hecho de que el domingo... el domingo siempre es un poco especial.

T. Bien; superó el momento.

P. Sí; luego llegué a casa, luego volví a trabajar, luego volví por la tarde, en resumen...

Reestructuración de las recaídas

T. Lo importante es pensar que tiene que haber algún momento de recaída mental en el mecanismo del miedo, si no lo hubiera, iría mal, tiene que haberlo.

P. Sí, sí, pero en realidad...

T. Porque cada vez que vuelva a experimentar una sensación, evidentemente será mucho menor, pero sobre todo experimentar que consigue domarla.

P. Sí, cierto.

T. Esto es lo más importante, de no ser así, no tendría ni siquiera la sensación de que se está afirmando. Precisamente es necesario dar dos pasos adelante y uno atrás, dos adelante y uno...

P. (*Imponiéndose*) Pero en realidad yo creía que lo que me había trastornado en todo este tiempo desde que empecé a estar mal es que a una mejoría producida repentinamente le seguía una recaída tal vez un año después, cuando ya creía que la mejoría iba en aumento; esto era lo que más me trastornaba, por esto al final estaba mucho mejor que al principio, pero no era suficiente, porque quería estar mejor, pero con esto..., sucedía con menos frecuencia, pero cuando sucedía me dejaba mucho más trastornada.

T. Hay que pensar que de vez en cuando es útil que haya un momento de inhibición, de desencadenamiento del proceso, y tenemos que saber superarlo, porque así se aprende realmente a no caer más en la emboscada, se controla mejor. Además, cuando nuestra cabeza lleva muchos años acostumbrada a hacer ciertas cosas, recaemos mucho.

P. Probablemente también depende de cómo se encuentra uno físicamente, porque cuando físicamente no está muy bien, soporta menos el cansancio, la fatiga...

T. Desde luego.

P. Y lo único que realmente pensaba estos días es que es distinto de cuando estaba habitualmente bien, y es que, quiero decir... situaciones de malestar eran simplemente situaciones de malestar, o sea si tenía calor pensaba, «Oh, qué sol y qué calor hace, estoy sudando», ahora sí tengo calor, antes..., ahora más o menos, porque ahora me he dado cuenta, pero resulta que pensaba: «¿Por qué tengo tanto calor, por qué estoy sudando? ¿Quizá es que estoy mal?». Era una cosa completamente normal hasta un cierto punto, interpretaba solamente en función de la idea de que hubiese algo más. Por esto... pero no me daba cuenta, quiero decir. He pasado meses pensando que cuando hacía calor había algo que no... percibía la sensación de demasiado frío o de demasiado calor. A veces pienso que antes quizá era algo exagerada en sentido contrario: todo era muy «normal». Todo... era siempre... se (superaba) todo siempre.

Efectos de la prescripción

T. ¿Ha habido algún momento en que haya intentado evitar hacer algo por miedo?

P. No, durante estos días no...

T. Bien.

P. ... Tanto es así que... precisamente no me detuve cuando estaba en el coche... «de acuerdo, puedo pararme; esperar un minuto y reanudar la marcha, y luego sigo adelante».

Redefinición de los resultados obtenidos

T. ¿Y qué cosas ha hecho que hace solamente unas semanas no hubiera hecho?

P. No me he abstenido de nada. Fui al supermercado al salir del trabajo. Quiero decir, incluso aquellas cosas que me producían una sensación de cansancio, porque no puedo tampoco excederme en sentido contrario, porque ahora consigo hacer cualquier cosa, incluso las humanamente imposibles.

T. Desde luego.

P. Por ejemplo, antes dormía para olvidar, ahora duermo porque tengo sueño, precisamente... estos días... Quiero decir, la otra tarde por ejemplo, al volver del trabajo, creo, *P.* salía con *N.* en bicicleta, no había ido a la Coop, porque si hubiese ido podía haberlo aplazado, podía decirle: «Ya irá alguien mañana», y en cambio cogí a mi suegra y me fui a la Coop. Ir a la Coop con mi suegra no es lo mismo que ir con *P.*, porque si voy con *P.*, si no me encuentro bien... «Escucha, salgo un momento, acaba de hacer la compra tú», ir con mi suegra significa estar bien, y no tuve ningún problema.

T. Bien, ¿qué efecto le produjo hacer este trabajito sobre los miembros de su familia?

P. Bueno, digamos que escribirlo he escrito hoy, puesto que el Estado quiere que atienda al teléfono. No, bromas aparte; durante la semana he estado pensando un poco en ello... es bastante difícil, quiero decir, me resulta... resulta bastante difícil traducir un pensamiento, una percepción, en el momento en que piensas en ello. Otra cosa es escribir una redacción, antes por lo menos conseguía escribirlas, era bastante buena,

después es que he perdido la costumbre, y también en el sentido... a veces tengo la sensación de que no capto... de que no capto perfectamente las cosas. Pero he dicho lo que quería decir, no sé si era esto precisamente lo que tenía que hacer, en cualquier caso... en conjunto... he observado otra cosa..., mientras hacía este trabajo me resultaba bastante fácil no ser extremadamente objetiva, o sea no prescindir de mi relación con cada una de estas personas y quizá esto no era precisamente tan racional, tanto es así que pensaba en las relaciones con mi situación. Pero... Ésta es una época un poco especial: todo se mide en relación... porque no puedo soportarlo o por divergencia con lo que yo pienso. Y esto no sé cuánto... es decir, no sé si usted quería algo más impersonal...

T. No, no, no, no; le dije que era imposible.

P. Efectivamente es imposible. Además porque creo que he pasado mucho tiempo racionalizando, tanto y hasta tal punto que a veces tengo ganas de un poco más... en lugar de...

Redefinición de un nuevo objetivo

T. Creo que uno de los próximos objetivos debe ser aprender a expresar las cosas espontáneamente, sin pensar demasiado.

P. Sí... no es fácil, eh. Creo que todas las cosas están en la cabeza.

T. Sí, en el hemisferio izquierdo.

P. No lo sé.

T. E *in primis* tiene que aprender a utilizar el hemisferio derecho, que es mucho más inteligente, aunque sea menos comprensible.

P. Además, creo, aparte de utilizarlo, creo que en cierto sentido tendré que aprender a concederle... cómo lo diría...

T. Su justo valor.

P. Su justo valor, porque creo que en cierto modo evito toda una serie de cosas, es decir, hasta el punto de no reconocer ni siquiera ya... Porque pensaba: «Una cosa es decir: soy una persona bastante racional como los demás»; o sea, esto en último extremo incluso puede irme bien, pero creo que hasta cierto punto he impedido que las emociones, llamémosle emociones ahora... dominaran, y esto pueden apreciarlo también los que están presentes. La que no puede apreciarlo en absoluto es la persona que lo hace, especialmente si empieza por no reconocerlo ni siquiera ella misma. Por esto puedo decir: «De acuerdo, es inútil que esté aquí enfadándome con otra persona que puedo intentar localizar, a la que puedo ir a buscar, pero reconociendo que en último extremo me está haciendo una jugada ». O sea una mala relación. Pero llegar al punto de decir: «No, todo va bien, tiene que ser así porque sólo... aceptar la realidad hasta el punto de impedir que salga a la luz lo que hay..., lo que hay, lo que sucede»; creo que en cierto sentido he actuado prácticamente así. Por esto...

T. Bien, un gato no puede estar metido dentro de un saco.

P. No, efectivamente no ha podido.

T. El gato araña, araña, rompe el saco, y cuando sale está hecho una furia. Es preciso

hacer que salga el gato y educarlo. Aprender a tener una buena relación con él, puesto que el gato existe.

P. Pues el mío no debía de ser muy pacífico...

T. Nuestras emociones son... el gato... Bien, ¿qué sensación le ha causado hacer este trabajo? ¿Ha pensado que era igual que las personas de su familia?

P. Alguna vez me he sentido... un poco mala.

T. ¿En qué sentido?

P. En el sentido de que se nota claramente que hay cinco personas, son las personas más próximas. Hay dos personas en las que parece que hay más virtudes que defectos... Y tres personas en las que hay más defectos que virtudes. Y creo que esto me hace sentir bastante culpable, a pesar de no poder hacer nada.

T. ¿Por qué culpable?

P. Culpable porque, es decir..., por poner un ejemplo, las personas están tan juntas, es decir, tan relacionadas. Cuando era pequeña me hacían, como a todos los niños, aquella pregunta estúpida «¿quieres más a tu mamá o a tu papá?», y como yo era una niña educada y que ya entonces sabía dominar la situación decía: «a los dos». Recuerdo que un día, al volver a casa, también lo recuerda mi familia, dije «sabes mamá, no puedo dormir con este sentido de culpabilidad, sabes mamá en el colegio me preguntaron si quería más a mamá o a papá, y yo dije: a los dos; pero te quiero un poquito más, aunque yo dije: a los dos». Y bueno repetía la historia... papá, sí pero no era en absoluto cierto, es sólo que quería, tenía que responder de todos modos, porque era cierto. Es decir, no es que quiera más a mi padre que a mi madre. Éstas son precisamente las preguntas estúpidas que se hacen a los niños, pero indudablemente siempre he tenido una relación diferente con mi padre que con mi madre. Y siempre he tenido un gran sentimiento de culpabilidad por ello, pero el hecho de pref... de «preferir», digamos de preferir a una persona respecto de otra crea sentimiento de culpabilidad frente a la persona no preferida. Aunque creo que hay muchísimas razones, porque cada uno de nosotros prefiere un modo de actuar a otro modo de actuar. Esto provoca un cierto embarazo.

T. Todos preferimos una cosa a otra.

P. Sí, pero, quiero decir, probablemente incluso es bastante normal; me ha supuesto un gran esfuerzo ser sincera conmigo misma. Además pensé: «Una cosa así, al ser bastante resumida...». Para hacer un trabajo más completo hubiera necesitado una semana por persona, probablemente. Creo que lo que exteriorizo es una afinidad mayor, por ejemplo, con N. que con mi padre, pero porque es cierto que hay una afinidad mayor. Yo no quiero decir que ellos sean mejores o peores, simplemente es que con ellos me entiendo al instante y con los demás...

T. Tiene que dar explicaciones.

P. Tengo que dar explicaciones; no sólo es que yo les entienda en seguida, sino que también ellos me entienden en seguida, y en cambio los demás...

T. No entienden nada.

P. ... Aunque me quieran mucho, no lo dudo.

T. Pero no la entienden en seguida.

P. No me entienden en seguida.

Prescripción de la recaída voluntaria

T. Bien, de acuerdo. La pregunta obligada ahora es: ¿cómo puede destruir todo lo que ha logrado hasta ahora?

P. ¿En qué sentido? ¿Voluntariamente? O sea, ¿qué puedo hacer para destruirlo todo? (Silencio) No lo sé.

T. Bien, para esta semana no hay deberes, no tiene nada que hacer, excepto seguir evitando evitar: haga lo que le apetezca. Además debe pensar insistentemente: «¿Cómo podría destruir todo lo que he logrado junto con el doctor Nardone?».

P. ¿Y hallaré una respuesta?

T. Más de una.

P. ¿Ah sí? ¿Existen?

T. Cómo podría destruir todo... no dejo nunca de sorprender, ¿no?

P. ¿Y usted cree que yo quiero ponerme a pensar en una cosa así?

T. Sí; tiene que hacerlo.

Octava sesión

Redefinición de la prescripción

T. ¿Ha pensado en cómo podría destruirlo todo?

P. Sí, lo he pensado; y no es que haya encontrado muchas respuestas. En primer lugar porque... la respuesta, lo que ocurre es que no depende de destruir, que bastante destruido está cuando no me encuentro bien..., sino que éste no es un modo de destruirlo todo. Me resulta difícil tomar la decisión de equivocarme, esto no tengo que decidirlo precisamente yo. Lo único que pensé es que quizá la manera de destruirlo todo sería: «Me ha tomado el pelo, no es verdad que las cosas funcionen así».

T. ¿Tendré que decirlo yo?

P. Sí.

T. ...

P. Sí, lo que he dicho es cierto.

T. Pero podría incluso decir: «Sí, hemos jugado, no es cierto, usted no está curada, pero usted y yo hemos hecho hasta ahora todas estas cosas..., se ríe de mí».

P. No, esto al principio, pero en realidad no lo pensé... Queda el hecho de que ha sucedido algo. Hoy he venido sola en coche; no ha sido divertido, especialmente divertido.

T. Y nadie se lo había pedido.

P. Nadie me lo había pedido, pero sé que debo evitar evitar. Porque como no tenía muchas ganas de hacerlo... pero ha sido suficiente pensar «hay que...», porque normalmente mi marido por la tarde digamos que está en casa y por eso viene conmigo, así aprovecha para hacer otras cosas. Pero hoy no podía, y por eso he tenido que pensar

«sí...», y he decidido que no se lo pediría, aunque sabía que un poquito... Además, porque esta semana no me he encontrado muy bien, probablemente no estoy muy bien de salud, es decir, no es que... estoy bastante cansada, hemos pasado todo el período electoral... por esto he dormido poco y todo esto. Ha sido bastante diferente del otro viaje, en el sentido de que el otro viaje tuvo altibajos, expresándolo con un gráfico ha sido así: al inicio del punto más bajo he partido con un pánico enorme, he hecho más de diez kilómetros en alza porque veía que estaba bien, después he tenido otra bajada brutal, en un momento dado estaba muy mal pero luego... como viaje, es decir todo con una especie de... cosquilleo en el estómago, no muy grave, no muy grave, pero latente. Pero he llegado. De todos modos no en perfectas condiciones.

T. ¿Dónde ha aparcado?

P. En un aparcamiento, aquí cerca.

T. ¿Ha encontrado sitio?

P. Sí, he encontrado sitio. ¡Hace un tiempo que tengo una suerte increíble! Encuentro sitio incluso cuando está completo.

T. Todo va bien.

P. Sí, todo va bien. Increíble. Pienso que no es una época brillante, pero bueno, se sobrevive. Un día, una mañana, tuve un terror repentino al que cedí y esto... Quiero decir que luego me dio mucha rabia.

T. (¿Qué clase de terror?)

P. No. Sentía que la cabeza me daba vueltas, bueno esta situación... y quizá me daba vueltas porque creo que estaba cansada. Pero cedí a la exigencia de las gotas para la presión.

T. Ah, bueno, para la presión.

P. Para la presión. Las tomé (pero ahora estoy segura de que) ya no pienso en ello.

T. Las gotas para la presión no importa. Si hubiese tomado las otras gotas, el problema habría sido más serio.

P. No, no, no, no. Aquellas las he desterrado.

T. Las ha desterrado.

P. Las he desterrado.

T. Bien, bien, bien.

P. Pero las de la presión tengo que tomarlas.

T. Desde luego.

P. Pensando que puede ser una bajada de presión. Uno no...

Reestructuración de los síntomas físicos

T. Bien. Pero a veces debemos pensar que nuestro organismo puede tener problemas.

P. Sí, efectivamente puede tenerlos. Pero van asociados al miedo porque la cabeza dejó de darme vueltas cuando... después de tomar las gotas. Es decir «soy rápida, pero me he negado a creerlo».

T. Bueno, el caso es que de vez en cuando tiene que tener algún «pellizquito», si no, no se daría cuenta de lo valiente que es.

P. Puede que sea cierto.

T. Es necesario superar momentos un poco críticos, de lo contrario no aprenderíamos. Es como los niños que aprenden a estar seguros de sí mismos, a ser conscientes de sus propias posibilidades, probando caminos cada vez más difíciles, hasta que dicen «soy valiente». Bueno, usted está haciendo lo mismo.

P. Además porque pienso que antes era tan valiente que no... no había nada que me asustase, y quizá esto... Cuando todo se derrumbó fue bastante duro de... ahora es casi el efecto contrario, es decir, tengo que conseguir hacerlo todo, a mí me parece que no hago casi nada...

T. Así que no ha conseguido encontrar...

P. No, no se me ocurre nada.

T. ... «cómo podría destruirlo todo».

P. No, yo...

T. Yo tengo alguna idea.

P. No.

T. Alguna tengo, pero no la digo.

P. Ah, menos mal, será mejor.

T. Pero hay que seguir pensando en ello. Y también hay que seguir pensando en que de vez en cuando es útil tener un momento crítico, tiene que haberlos, porque al superarlos reforzamos...

P. Esto es cierto...

T. Consolidamos lo que somos capaces de hacer. Oiga, quiero hacerle una pregunta que había ido aplazando: ¿qué piensa su psicoanalista de todas estas novedades arrolladoras (delirantes)?

P. Indudablemente se ha dado cuenta de que las cosas son bastante diferentes, porque ha observado que ya no viajo acompañada... Soy yo la que no entiendo, para mí sigue siendo un mundo muy oscuro...

T. Para mí también (*ríe*).

P. (*ríe*)... que aún es más preocupante por sus... Aparte del hecho de que tiene aspectos divertidos.

T. Sin duda.

P. Para mí tiene aspectos divertidos. Es una diversión un poco cara, de todos modos es mejor divertirse en las montañas rusas, tal vez... No, aparte de todo, es muy pesado. Ahora empieza a resultar pesado y esto me hace pensar. O sea, me pregunto muchas veces...

T. ¿Qué quiere decir: la hace pensar?

P. Porque pensé que el día en que sintiera...

T. También me lo dijo.

P. ...sintiera cansancio querría decir algo. Porque al principio era tan doloroso tener que convivir con... que no se me hacía pesado. Ahora empiezo a encontrar un montón de cosas que podría hacer en lugar de esto...

T. Menos costosas, quizá más divertidas.

P. O por lo menos cosas que me quedan por hacer. A mí me obsesionan las cosas que me quedan por hacer. Es como cuando me queda ropa por planchar, es casi lo mismo, pero me falta tiempo para tantas cosas; me falta: el tiempo que puedo pasar con los amigos, me falta tiempo para poder dedicarme a mi hijo de una manera, cómo diría, espontánea, no necesariamente controlar los deberes cuando llego. En resumen, toda una serie de cosas. Y en mi opinión esto ya es, probablemente significa que simplemente estoy mejor, por lo que al estar mejor es menos fuerte la exigencia de hacer algo; pensaba que hubiera ido incluso al curandero, algo que para mí era un mundo completamente... Si me hubiesen dicho: «El curandero te va a curar», hubiera ido inmediatamente, a pie si fuese necesario, como hubiera ido a Lourdes, a veces funciona (para el que está mal).

T. ... es casi como si hubiera ido... hizo una procesión por las iglesias, puso cirios.

P. Me falta volver a un funeral, y estaré curada. Odio los funerales.

T. Yo también.

P. No, pero yo nunca los he odiado, en el sentido de que siempre he asistido de un modo muy natural. Hubo un período en que entre yo y los funerales se producía el máximo desencadenamiento de todas las...

T. Fobias.

P. Sí.

T. ¿Hay algún funeral a la vista?

P. Hoy tenía uno, no he podido ir; de no ser así, no me hubiera quedado más remedio.

T. Vaya.

P. Pero... hay funerales y funerales, quiero decir funerales de personas más próximas y funerales... los de las personas más próximas lógicamente producen más... Pero había llegado a un punto en que todos los funerales me daban... y por analogía cualquier iglesia, cualquier oficio religioso. Temí que en la raíz de esto hubiera cierto anticlericalismo. Y... ya no me acuerdo de lo que estaba diciendo.

T. Hablábamos de lo penoso que le resulta ir a un funeral.

P. Sí, lo penoso que me resulta ir. Lo que me parece raro es que... es una idea mía, pero como es una idea mía absolutamente personal, o sea, no sé... quiero decir que uno en la vida debe elegir ciertos modelos por los que... Y a veces me pregunto, puesto que la analista no es una persona que en modo alguno... Probablemente debe ser así, que hace que entiendas en qué punto te encuentras, yo paso de un extremo al otro cuando estoy allí, según las cosas que de vez en cuando me dice (al menos no lo hago especialmente), por lo que... Por lo que hay momentos en que pienso que... no, lo que ella piensa, lo que yo creo que ella piensa, no sólo lo que yo pienso de esto, porque a mí esto, quiero decir que el día en que ya no me sirva, hará sus cálculos y... A veces me pregunto si ella cree que he avanzado mucho, y a veces me da esta impresión, o si cree que aún está todo por hacer. Esto es lo que me pregunto.

T. Bueno, yo mantengo algunas cosas inamovibles, que son: evitar evitar. Así que no le doy más órdenes directas: evitar evitar, ¿de acuerdo?

P. Ya es una orden muy importante.

Metáfora

T. Pero no es directa. ¿De acuerdo? Además, tiene que pensar en cómo puede echarlo todo a perder ahora, y acuérdesse de aquella historieta del ciempiés, que creo que ya le expliqué. Empiece a aplicar la idea del ciempiés, que piensa en lo difícil que es caminar con tantos pies a la vez, piense también en ciertos mecanismos que nos han llevado a analizar tal vez demasiado lo que sucede a nuestro alrededor. Por último, como esta tarde me siento un poco malvado...

P. Me va a enviar a un funeral.

Prescripción

T. No, no, de ningún modo, le voy a recomendar una lectura y no estoy haciendo publicidad a mis libros, pero tiene que comprar mis dos últimos libros: *El arte del cambio* y aquel... el rojo y el marrón, los que están en la vitrina, y después leerlos.

P. ¿Los puedo encontrar en cualquier librería?

T. Léalos y después decide si continúa con el psicoanálisis o no, después de haberlos leído.

P. Sobre el psicoanálisis tengo que decirle otra cosa más, que es muy cruel: creo que alguna vez he pensado que tengo que encontrar la forma de liberarme.

T. ¿Es decir?

P. Quiero decir, esta tendencia a ser más bien temerosa, o sea, creo que a pesar de todo siempre he tenido necesidad de una intervención externa, o sea, en este momento me resulta muy difícil...

T. Romper.

P. Sí, de todos modos, en general como postura. Por eso en cierto momento he pensado... Existe una premisa a todo esto, es que he pensado seriamente en la idea de tener otro hijo, y se trata de una decisión muy importante. Es muy importante porque cuando yo tomo estas decisiones no se sabe nunca lo que puede pasar. Y en cierto modo he pensado: «El día en que suceda tendré mis razones, tendré una razón externa que me ayudará a decidir». Como sistema es un poco radical.

Reestructuración de las capacidades conseguidas por el paciente

T. Bien yo... diría que le estoy sugiriendo una última razón externa, ¿no? Usted ha dicho antes «no sé nada de psicología, no sé nada de psicoanálisis, no sé nada de esto, no sé nada de aquello». Pues bien, ahora le mando que se informe leyendo estos dos libros; cuando lo haya hecho, decidirá si debe o no continuar con el psicoanálisis, pensando también a propósito de esto en el ciempiés. ¿De acuerdo?

P. Sí, tal vez no sea bueno saber tantas cosas.

T. ¿Bueno?

P. Quizá tenga razón.

T. Siempre hay que saber si las nuestras son auténticas.

P. Desde luego, lo que...

T. Yo siempre digo que los juegos cambian, que siempre descubrimos juegos que luego, cuando los hemos descubierto, han cambiado. ¿Se acuerda, no?

P. Un poquito.

T. Ya se lo decía. Tiene que concederme que de esto sé un poco, ¿no?

Novena sesión

T. ¿Qué tal le ha ido sin tener ningún deber concreto?

P. Antes que nada tengo que decirle que voy muy atrasada en el deber de la lectura, porque apenas he empezado; de cualquier modo no he tenido una semana precisamente exultante, bueno, de todos modos he apretado un poco los dientes.

T. ¿Qué pasa? ¿Necesita que le imponga deberes?

P. No, quizá no. No, no, no, porque la obligación de evitar evitar ya es... no es que sea muy gravosa, pero a veces sí que resulta bastante gravosa.

T. ¿Qué quiere decir?

P. Que no ha sido una semana particularmente... de aquellas en que uno consigue darlo todo, así que...

T. ¿Qué le ha pasado?

P. He estado un poco más... debe ser porque he tenido, he cogido dos o tres días de fiesta y esto significa que me... es una cosa rara: resulta que cuando no voy a trabajar por la mañana es más pesado que cuando voy a trabajar. Quiero decir, solamente cuando voy a trabajar consigo perfectamente levantarme... estar relativamente bien, o sea todo está en orden, puede gustarme o no ir a trabajar, puede resultar pesado, pero en conjunto, quiero decir que es un esquema fijo. Cuando se me presenta una mañana distinta... es como cuando digo que el domingo estoy un poco desequilibrada, en el sentido de que me parece que todo me da vueltas... que incluso a veces la cabeza me da vueltas. Pero creo que se trata de un problema de ritmos distintos: me despierto más tarde, empiezo a hacer las cosas más tarde...

T. Seguro.

P. Tengo cosas bastante concretas, bueno, tengo mis cafés con leche, mi comida... y cuando estoy... mi comida a las dos, en cambio cuando estoy en casa todas estas cosas se ajustan de manera diferente, por esto...

T. Muy probablemente son esos pequeños problemas del papel...

P. Sí.

T. Que son mucho más problemitas, ¿no?

P. Sí, sí, sí, sí, precisamente, pienso que cuando trabajo.

T. El papel en el seno de la familia vuelve a ser ése.

P. Sí, ése. Entonces me pregunté por qué tenía que parecerme tan penoso salir de casa a hacer la compra si normalmente salgo de casa mucho antes, voy a trabajar, voy a trabajar a un lugar mucho más que... Pero dejando aparte estas cosas... También es distinto cuando se trata de vacaciones largas, entonces es una cosa, estás de vacaciones... Generalmente en vacaciones siempre me he encontrado muy bien aun haciendo cosas

mucho más cansadas, no hay ningún papel asignado... la idea de que cualquier cosa... puedes hacerlas a cualquier hora de la mañana, en cualquier momento no..., porque si no es así no me explico por qué, incluso cuando estaba muy mal, en vacaciones siempre he conseguido estar bien a pesar del cansancio real, porque siempre pienso que el primer año en que estuve mal tenía la presión a ochenta, esto es cuando estuve mal, también tuve una época de presión a ochenta cuando estaba bien. Aquel año en julio fuimos a Grecia, donde estábamos a 46 grados, o sea una situación en la que es difícil sobrevivir, y salí con vida, probablemente también porque no tenía el problema de preocuparme por no estar bien físicamente ante la cantidad de cosas que tenía que hacer. De todos modos, aparte de esto, he sobrevivido y esto ya es importante. Incluso he venido en coche, no sola, pero bueno... con una compañía de esas...; he venido con un niño y su madre, y no es una compañía especialmente...

T. ¿Pero ha tenido momentos de miedo-pánico?

P. No, exactamente pánico, pánico... No, más que nada estas pocas ganas de intentar...

T. Poca energía.

P. Poca energía. Me hubiera gustado mucho negarme, pero bueno, me he dicho: adelante.

T. Y sobre todo en esos días en que se ha quedado en casa.

P. Sí, sobre todo esos días.

T. ¿Qué le hace pensar?

P. Creo que tengo la sensación de que se rompen los esquemas y...

T. Y cuando está en casa hay alguien que de una u otra manera la induce a ser de un modo determinado (*silencio*).

P. No lo sé. No sé qué... (*silencio*). No lo sé, porque si tuviera que decir si estoy mejor en casa o trabajando, diría que estoy mejor en casa. O sea...

T. Desde luego es más cómodo y más relajante.

P. Sí, más... más relajada, sin necesidad de enfadarse, trabajando quiero decir; además tampoco es que haga un trabajo que sea extraordinariamente satisfactorio, es un trabajo cualquiera, esto es un trabajo... de estos en que se trabaja para llegar al 27. Bueno, lo que quiero decir... Pero... por lo tanto no... no es que vaya a trabajar feliz, «oh, qué bien, mañana es lunes», pero, pero esto es lo que sé hacer en definitiva, o sea que, quiero decir: estar en casa... yo no soy una buena ama de casa... ésta es la cuestión...

T. ...

P. ... Además creo que nunca sería suficientemente buena, porque siempre se me ocurre que podría hacer algo más. Soy una de esas personas que lo pone todo patas arriba... o sea, para hacer algo tengo que destruir todo lo que hay. No consigo... soy una persona extraordinariamente desordenada, de un modo exagerado, es que no veo el orden: entro en casa y dejo lo que tengo en la mano sobre la primera estantería que encuentro, y puede estar allí durante un mes y no me doy cuenta. Es decir, no tengo el sentido del orden. De vez en cuando me concentro en ello y pienso: «Voy a observar con ojos ajenos: en esta casa hay mucho desorden», si no es así, no lo veo. Si decido poner orden, primero lo saco todo y luego lo vuelvo a colocar. Fui capaz, cuando compramos la

librería, bueno la librería llegó a casa cuando ya hacía un tiempo que vivíamos en ella, durante meses tuve los libros en los armarios, debajo de las camas, luego llegó una parte de la librería, primero sólo una parte. Una persona normal, una de esas que tienen las familias normales, que decide hacer las cosas normales, coge solamente las cajas, las que tiene más a la vista, y las ordena. Yo no. Yo las saqué todas y las esparcí por el salón. Intenté hacer fichas de todos los libros, intenté colocarlos según un orden lógico. Esto trastornaba a todos los que había a mi alrededor, porque siempre digo que mi marido tiene un sentido del orden estético, esto es: los libros están ordenados, los que son estéticamente bonitos a un lado... Y entonces surgió un problema: en un momento dado todo quedó ordenado según un criterio estético, yo no conseguía encontrar nada y entonces llegamos a un acuerdo, seguimos un criterio estético que también fuese lógico. Y esto me ocurre con todo. Pero si tengo que ordenar... si tengo que limpiar una habitación no puedo limitarme a quitar un poquito el polvo por encima porque hay..., tengo que sacarlo todo, por lo tanto para hacer estas cosas tardo tres veces más que... no incluso diez veces más que las personas normales en ordenar la casa. Entonces creo... nunca estaría contenta ni aunque estuviera habitualmente en casa. Nunca se daría una situación en que dijera «todo está en orden», porque además se producen estos estadios intermedios en que no me doy cuenta de lo que sucede. Es bastante trágico para los que no son así.

T. Bien, pero esta semana ¿ha evitado hacer alguna cosa?

P. No, en una ocasión intenté aplazar algo. Lo aplacé esperando que alguien se (conmoviera) y decidiera venir conmigo al supermercado. Pero como nadie se decidió, me tocó ir a mí, y fui, a pesar de que era una cosa... bueno intenté, lo aplacé un poquito, pero finalmente lo hice.

Redefinición que consolida los resultados alcanzados mediante metáfora

T. Bien lo que ahora debe pensar, desde mi punto de vista, es que ha hecho noventa y tiene que llegar a cien. Estos últimos diez escalones es como si hubiese subido una escalera de caracol como la de la Torre degli Asinelli, que está pegada a la pared y en medio se ve el hueco, es terrible, la Torre degli Asinelli es estupenda, se ve lo que se ha subido. Entonces usted hace bien en asomarse para ver cuántos escalones ha subido, pero si mira hacia delante le faltan todavía unos diez. Y los diez escalones son muy distintos de los primeros noventa, en el sentido de que no son auténticos escalones, son como pequeñas subidas. Son mucho más fáciles de recorrer, no hay que levantar las piernas, se camina normalmente pero se requiere más calma, hay que andar despacio, lento, no hay que tener prisa. Hay que pensar que ahora lo importante es cambiar algunos hábitos de fondo, algunos vicios mentales en los que puede recaer, no por miedo sino por vicio mental, por el papel adquirido (por habilidades adoptadas). Lo más importante ahora es que debe establecer un nuevo equilibrio sin necesidad de ser guiada directamente. Esto significa también que debe tomar seriamente en consideración su papel en el seno del grupo en que vive. ¿Quiere que hablemos de esto? La otra vez me habló del «confesor de todos». ¿Qué es lo que observa ahora? (*silencio*).

P. No sé. (creo que tengo) la sensación de que bien o mal... lo que me temo es que el hecho de «mejorar», digamos, induzca a los demás a... Los demás están todos esperando que me vuelva perfecta. Tengo la sensación de que de este modo se aprovechan un poco de mí, se aprovechan... en sentido positivo. Y yo ya no estoy disponible, pero tengo la sensación de estar...

T. Explotada.

P. Explotada, digámoslo así.

Focalización en el problema colateral con los familiares y prescripción estratégica comunicativa adecuada para resolverlo

T. Explotada en el sentido de punto de referencia en quien confiar... o ¿en qué otro sentido?

P. Siempre he creído, antes creía que lo máximo a que se podía aspirar era a ser casi perfecta. Estaba muy satisfecha de cómo era, tengo que reconocerlo, porque era una persona muy controlada. Y esto permitía que los demás, quizá para ellos no es así, bueno, que fuesen totalmente ellos mismos, por tanto que tuvieran menos ataques de ira, de... sobre mis espaldas. Es decir yo creía sobre mis espaldas porque... yo me sentía muy feliz de ser así, siempre muy controlada, sin levantar nunca la voz, esto es, no «levantar la voz», en las discusiones también levantaba la voz, es que soy muy apasionada en las discusiones teóricas, nunca he sido muy capaz de ponerme en primer... de entrar en el juego, como si dijéramos; en lo que respecta a los sentim... de los sentimientos hacia... esto es, si hay una discusión puedo discutir hasta pelearme: si hay una discusión normalmente soy muy... estoy en... un terreno que no me afecta mucho, o por lo menos siempre ha sido así. Esto por una parte ha sido muy útil a todos los que me rodean, a todos, porque en el fondo una persona que no está de acuerdo pero dice «bien, no estoy de acuerdo», o abandona el intento, es mucho más cómoda que una persona que siempre lleva la contraria. Pero luego esto ha creado una extraña situación porque creo que los que me rodean han pensado que en conjunto yo era una persona bastante poco sensible, hasta el punto de poder permitirse ciertas actitudes sin preguntarse nunca si podían herir incluso a una persona que aparentemente no se inmuta por nada. Uno piensa «de acuerdo, la culpa es mía», porque sería suficiente decir «no quiero que me digas estas cosas», o «no está bien que te comportes así»; y puede que sea verdad. Pero también creo, o sea, yo no pongo en duda que existan sensibilidades distintas a la mía; me parece normal que haya personas que ante ciertas cosas reaccionen de una determinada manera, creo que siempre he sido muy respetuosa con los que tengo delante. Y me parece que no siempre ha ocurrido lo mismo conmigo y...

T. ¿Quizá es porque nunca lo ha exigido?

P. Indudablemente nunca lo he exigido porque estaba convencida de que iba... esto es, creía, estaba convencida de que era perfecta entre comillas.

T. ... Todos a su alrededor toman y no dan o bien dan pero sin tener en cuenta que usted también podía ser herida.

P. Sí, en realidad tengo a mi alrededor un montón de personas que son... esas que se

llaman susceptibles, en el sentido de que hay que andar siempre con pies de plomo, porque si dices algo en un tono ligeramente distinto se ofenden, aun cuando no estés pensando en ellos. Y estas personas, cuanto más susceptibles son las personas que me rodean más capaces son de decir cosas terribles, y pienso: «¿Pero cómo es posible, si son tan susceptibles, que no se den cuenta de que ciertas cosas pueden herir también a los demás?».

T. Precisamente porque son susceptibles.

P. Exacto. Tienen una capacidad de defensa que es increíble. Pero pensaba, están bien; me parecía que en resumidas cuentas podía perfectamente prescindir del apoyo a los demás. Me parecía que, quiero decir...

T. ... que le tenían consideración.

P. Sí, sí; era un sentimiento de superioridad. Ahora me doy cuenta de que fundamentalmente se trataba de pensar «tan bien como yo no está nadie»... Después probablemente un poco a consecuencia de la crisis, digamos, me di cuenta de que había cosas que no funcionaban. Y en esto, en parte, ya he cambiado: soy mucho más crítica en aquello que me afecta y no solamente en cuanto a las cosas digamos «cósmicas», por esto creo que los tengo a todos un poco perplejos...

T. Increíble: todos.

P. ... sorprendidos, tanto en mi familia como en el trabajo.

Truco estratégico

T. Mire: le sugiero un truco que parece insignificante pero que es muy importante: cada vez que tenga ganas de agredir verbalmente a alguien no se reprima, pero antes de hacerlo dígame: «Lo que voy a decirte seguramente te sentará mal porque sé que eres una persona susceptible, pero tengo que decírtelo».

P. Sí, sí, ya he empezado a hacerlo. Creo que he dejado a algunas personas aterrorizadas.

T. Pero tiene que usar esta fórmula.

P. Sí, tengo que decirlo así, ¿eh? Estupendo.

T. «Lo que voy a decirte es malo, incluso te hará mucho daño, pero tengo que decírtelo» y luego...

P. En cierto modo creo que me he vuelto un poco más, cómo lo diría, severa respecto a los demás. Antes estaba en la fase de justificar a todo el mundo, encontraba alguna excusa para todos, había personas con las que me encontraba mejor o peor, que me interesaban más o menos, pero en general siempre estaba dispuesta... Ahora divido claramente el mundo, o sea: hay personas que me interesan y con las que no me importa hacer algún esfuerzo para hallar...; en definitiva, que me encuentro bien porque hay algo en común, los otros con los que no me encuentro bien, una cosa es ser amable con las personas, porque hay que ser amable, pero no me interesan nada, esto es, no puedo estar feliz y contenta con todo el mundo. No me parece justo... además porque esto, o sea, mientras... mientras es una relación recíproca me parece que puede ser incluso justo, pero cuando la relación no es precisamente recíproca... Así que en resumidas cuentas me

he vuelto mucho más mala.

T. Exacto. Lo importante es que te enfades.

P. Sí, eso es. ¿Además hay que decírselo, no? Perfecto.

Evaluación de los resultados obtenidos

T. Bien. Siento curiosidad, creo que la próxima sesión es la décima, hoy es la novena. En su opinión, ¿qué ha cambiado desde que empezó a venir aquí hasta ahora? ¿Cuánto ha cambiado?

P. Muchísimas cosas, en el sentido de que extrañamente cuando vine aquí me parece que había llegado a un punto en... esto es, he necesitado tres años para aceptar algunas cosas, pero en cualquier caso he acabado aceptando esta dependencia que tenía. Lo único que había hecho durante este tiempo era acabar por aceptar que era dependiente y... quizá era necesario, quiero decir que el recorrido que había hecho, aceptar esto era en definitiva aceptar que tenía, cómo lo diría, era lo último que me quedaba por resolver, porque ya le dije que al principio eran manifestaciones físicas que requerían una solución física, antes que nada, independientemente de que existiera un trastorno psicológico, o bueno, en cualquier caso... el hecho es que había manifestaciones físicas, y a medida que éstas se iban superando, porque físicamente era posible hallar una solución, a medida que iban cambiando porque se resolvía un problema, había que eliminar algún otro. Hasta que se me acabaron las excusas, digamos, y lo que me quedaba era esto... esto es, era: en un momento dado tener que pararse y decir: «Es inútil que sigas buscando algo físico, que una vez resuelto ya no te preocupa y sigues estando mal, evidentemente hay alguna cosa completamente distinta». Y quizá llegar a decir: «Necesito ayuda, necesito ayuda de los que están a mi alrededor», era un paso en esta fase, porque era llegar hasta el fondo, llegar a entender, a acep... no aceptar, comprender que era algo que tenía relación con la mente, lo que quizá había rechazado desde el principio, llegué al punto de que una amiga mía que en aquellos días no se encontraba bien, tenía mareos, se caía, se desmayaba, se daba por vencida y decía: «El doctor quiere hacerme un electroencefalograma porque quiere saber si podría haber un hematoma interno». «Ojalá tengas un hematoma interno porque esto desaparece, una vez que se ha acabado se ha acabado», y ésta era mi gran angustia. Pero existía esta necesidad de llegar hasta el fondo en este recorrido, de decir: «Yo soy dependiente, si soy dependiente en todo, no puedo dar un paso por mí cuenta». Cuando llegué aquí prácticamente estaba en la fase en que casi había aceptado que era totalmente dependiente. No sabía cuál era el camino de salida porque me parecía imposible poder oponer aquella voluntad, porque no había podido hacerlo. Es decir, tres años atrás creía que con la voluntad se superaba y esto era... Y ha sido, cómo lo diría, un probar de nuevo con otro pie, pero valorando, esto es, desde el presupuesto de que estas cosas pueden suceder, que probablemente es lo que al principio... Al principio yo (aplicaba) el esquema habitual: no puede ser, a mí no tiene que sucederme, yo tengo fuerzas para no hacerlo, a mí no me pasa nada, yo consigo lo que me propongo. Esto era lo que siempre me había ocurrido en la vida, así pues lógicamente estar mal fue...

Pensé: lo cambiaba por una hepatitis vírica, por una bronconeumonía, por un asma

alérgica, cualquier cosa. Y así volver a intentar empezar de nuevo con la voluntad, pero sin pretender que no había ocurrido nada, y que estas cosas no existían, que a mí no me podían suceder, porque nunca había funcionado como sistema. Intentar de nuevo ver que se puede conseguir, cómo lo diría, un equilibrio a un nivel diferente. No un equilibrio total, como el que creía que tenía antes. Antes pensaba «todo va bien» y podía seguir, tenía que seguir, no sé, en cualquier caso seguía. Ahora me da vueltas la cabeza y pienso: «Bueno, ocurre esto, vamos a ver si lo consigo igualmente».

De hecho, una vez en que me sentí así... Antes; primera fase: cuando la cabeza me daba vueltas bajaba al bar de abajo, me tomaba un café, así que con un par de personas no hay problema, así que con un café se me pasa, y al final se me pasaba; después vino la fase siguiente: la cabeza me da vueltas, tiene que pasar, tiene que pasar, y el estado de agitación iba en aumento, ya no sabía qué hacer, «por qué no consigo controlarlo». Ahora, con el paso del tiempo las cosas son un poco distintas, ahora supongamos que la cabeza me da vueltas, pienso «me río, vamos a ver si consigo pasar estos diez minutos con la cabeza que me da vueltas, no me ocurrirá nada especial, me encontraré un poco mal, pero lo conseguiré, lo conseguiré con mucho esfuerzo, pero probablemente en diez minutos se me habrá pasado».

Ésta es la actitud que tengo cuando vengo en coche a Arezzo.

T. Bien, pero quisiera saber: un precioso discurso teórico, como usted sabe hacer perfectamente, pero muy poco práctico. ¿Qué ha cambiado exactamente en su vida en estas nueve semanas?

P. ¿Qué ha cambiado concretamente? Que consigo hacer un montón de cosas que antes ya no hacía. Y esto es fundamental.

T. Así pues, ¿qué ha cambiado concretamente?

P. Va mejor.

T. ¿Ha cambiado la calidad de su vida?

P. Sí. En esta fase sin duda ha cambiado la calidad de vida, indudablemente. También la cantidad, en el sentido de que... cuánta más vida vivo sin estar encerrada, pienso, con ganas de salir. Ya no más «Quiero dormir, no quiero pensar».

T. De todos modos piense: toda la explicación que me ha dado, que ha durado exactamente doce minutos... nos ha demostrado lo hábil que es usted haciendo...

P. Oh, ya me lo imagino.

T. En doce minutos no ha dicho lo esencial.

P. No.

T. Que lo que en realidad la ha cambiado, y que ha cambiado, es que usted consigue hacer cosas.

P. Sí.

T. Y que en consecuencia hace muchas más cosas y mejor, y que, por tanto, vive mejor.

P. Sí.

T. Ésta tendría que haber sido la primera respuesta.

P. Desde luego, pero yo, no sé por qué hasta un determinado momento de mi vida...

T. En cambio, es usted sumamente hábil a la hora de hacer panegíricos supercomplicados

y supercomplicadores.

P. Sí, lo creo. Pero es porque hasta cierto punto ha funcionado. No es importante.

T. Porque los problemas que ha tenido se deben a esto.

P. Seguramente, no lo dudo. Pero lo que sigo preguntándome es por qué hasta un cierto punto, bueno... quizá no es cierto que no ocurría todo esto, ocurría a un nivel distinto y... ¡se ha sedimentado todo!

T. Yo diría que sí. Bien pero en porcentaje, si tuviésemos que sacar el porcentaje, ¿qué parte de sus problemas se han resuelto, en su opinión?

P. El 95%.

T. ¿Cómo?

P. 95.

T. ¿Más de lo que creí?

P. Creo que el 50% sólo va unido a un resultado estable. Es decir: en mi opinión en este momento me falta la «fijación», esto es, lo que significa...

T. Que sea duradero.

P. Que sea duradero.

T. Para eso está aquella escalerita de la que hablábamos, y sobre todo hay que establecer un nuevo equilibrio en las relaciones con las personas de su entorno, hay que estudiarlo todo. Por consiguiente, quiero que usted estudie cuidadosamente cuál podría ser la relación mejor con estas personas, cuál ha sido hasta ahora, cómo podemos construirla siguiendo con el principio de evitar evitar, y sobre todo evitar que vuelvan los malos hábitos. No el miedo, el mal hábito.

P. Sí.

T. Hay además otro vicio que desterrar, pero de eso se encargarán las buenas lecturas. ¿De acuerdo? Hasta la próxima semana.

Décima sesión

T. ¿Cómo ha pasado la semana?

P. Discretamente.

T. ¿Qué significa discretamente?

P. Significa que no he tenido grandes problemas para hacer las cosas.

T. ¿Y qué?

P. Salir, o sea... era una actitud un poco distinta, no me acordaba de que tenía que esforzarme por hacer las cosas. Las hacía y nada más. En general, bueno, quiero decir...

T. O sea que no ha tenido que esforzarse: «tengo que hacer esto»; las ha hecho con naturalidad.

P. En muchos casos incluso me preocupaba lo contrario, tendría que estar aquí diciendo «ahora lo intento, ahora no lo intento». Es decir, no es que todo funcione siempre perfectamente, pero...

T. A nadie.

P. Exactamente, creo que a nadie le funciona todo perfectamente, por lo que...

Entretanto me ha ocurrido, cuando usted me habló de lo que tenía que decir cuando quería decir algo y, o sea..., no he tenido ocasión de decirlo. Y me he preguntado por qué... o sea, en un momento dado pensé: «¿Por qué no se lo he tenido que decir a nadie?». Y lo único que se me ha ocurrido ha sido que, esto es... Probablemente, cómo lo diría, al tener estima propia (y lo digo así) en el sentido, no es que antes no tuviese estima de mí misma, pero digamos para simplificar: tener mayor seguridad, no tener necesidad de justificarme. Probablemente ayer no. (Me ha puesto) en una situación tal (de fuerza) que los demás ya ni siquiera lo intentan.

T. Bien.

P. Sí, es una sensación que no había experimentado, un cambio de postura por mi parte, pero que probablemente deriva de esto... Antes era más... podía... estar más preocupada por que los demás no estuviesen dispuestos. O verdaderamente es que tengo la sensación de que es relativamente más sencillo... Nadie lo intenta siquiera, se lo piensa (bien antes de intentar)... Por lo que es bastante más...

T. O sea que ha sido una semana muy serena, muy tranquila.

P. Sí, discretamente... ¡discretamente! Pensé ¡qué tonterías!, o sea, ante todo hay días, hay días... hoy, por ejemplo, tengo dolor de cabeza. Pero son cosas bastante...

Redefinición de los cambios a la vista de la finalización de la terapia

T. ¿Podríamos decir que los problemas están superados en más de un 95%, actualmente?...

P. Sí, seguramente.

T. ¿Hasta dónde hemos llegado? ¿Al 99,9?

P. Sí, sí, sí. Sí. Siempre habrá algún momento...

T. El 0,0...

P. Esto... (*ríe*). Probablemente cuando ocurra quizá... pero en conjunto indudablemente soy mucho más... yo diría que posibilista: sé que me ocurre algo pero no me... ya no me preocupa.

T. Puede afrontarlo.

P. Sí, puedo afrontarlo.

T. Las personas de su alrededor...

P. Las personas de mi alrededor creen que estoy bien desde hace cinco o seis sesiones, ¡estoy perfectamente! (*ríe*). No esperaban otra cosa.

T. Han visto el cambio grande, pero no han visto la otra progresión.

P. He pensado, me parece que inspiro un mayor respeto, en el sentido de que antes no sé si existía este gran respeto, aunque yo... estuviera muy grave. Quiero decir que era una cosa como bastante obligada: se hacía y nada más, no había... que tomarla muy en serio. En conjunto, ha sido beneficioso haber estado mal, desde una cierta perspectiva, en el sentido de que...

T. ...

P. No es que fuera... beneficioso cuando estaba mal, pero seguramente en este momento me ha dado una dimensión un poco más humana. He podido permitirme ser débil y por

tanto...

T. Ha sido un buen retroceso «puedo ser débil». Bien, en este momento termina mi trabajo con usted, en el sentido de que tal como han ido las cosas considero que mi intervención estrictamente terapéutica está acabada. Empezaré a reducir las visitas, y haremos «charlas de control», como yo las llamo, cada vez más «espaciadas», nos veremos alguna otra vez, de manera mucho más espaciada, para hacer una especie de *follow-up* progresivos. ¿La asusta esto?

P. No. Me tranquiliza, quiero decir... Nunca se sabe, salir de aquí... Hoy, por ejemplo, al pensar que era la décima sesión, estaba un poquitín... Tengo que ser sincera.

T. Si hubiese habido necesidad de una undécima, duodécima, decimotercera... hubiera continuado.

P. Sí, seguro.

T. Pero yo diría que ya en las dos últimas sesiones habíamos valorado que el cambio con respecto a la situación anterior (diría que al empezar) es muy grande, ¿no?

P. Sí, sí, sí, sí. No, eso sí. «Si me sucediera algo.»

Estímulo de la autonomía personal

T. Yo sigo estando aquí. Esto... el acuerdo que (establezco) con las personas siempre es éste: cuando se acaba la terapia no quiere decir que yo cierre la puerta y no quiera ver más a esa persona, es más, quiero decir que ante cualquier problema sólo tiene que llamar por teléfono y le garantizo que la veré cuanto antes, esto es, el mismo día o en un plazo de dos días como máximo. Es una garantía...

P. De acuerdo.

T. Aunque estoy convencido de que no va a tener ninguna necesidad de ello; pero es importante que lo sepa.

P. Sí, es mucho más tranquilizador.

T. También es importante programar una serie de citas mucho más largas, que funcionan como auténtico control de la situación.

P. Sí.

T. Lo más importante ahora es insistir en que, a pesar de que yo he utilizado algún método un poco extraño, pero que es... o un conjunto de técnicas un poquitín sugestivas y cosas por el estilo, como ya le he dicho en otras ocasiones, yo no he hecho más que estimular sus recursos. No he añadido nada que no hubiera en su interior. Lo único que he hecho es sacar lo que ya había, que estaba empotrado. Por lo tanto, la respuesta... todo el cambio, en el fondo, es mérito exclusivamente suyo.

P. Tomémoslo así.

T. Yo sólo he sido... como un tallador de diamantes que tiene que sacar una piedra hermosísima de la piedra bruta, tiene que ponerse y dar un golpecito en el sitio preciso, ni demasiado fuerte ni demasiado suave, porque o se rompe el diamante o (no se consigue nada). Hasta que no se saca la gema con todas sus facetas. Es lo único que he hecho, porque la piedra ya estaba, de lo contrario no me hubiera podido inventar el diamante...

P. ¡Si usted lo dice! No voy a dudarlo, sólo faltaría.

T. Lo importante ahora es que el diamante siga brillando sin meterlo de nuevo en el lodo.

P. ¡Hummm, hummm!

T. Para conseguir esto creo que no hay que hacer grandes esfuerzos. Basta dejarlo que brille. Y bien, para terminar, ¿ha leído los libros que le dije?

P. No los he acabado, porque además son un...

T. Tostón.

P. Tostón (*ríe*).

T. Piense que usted estaba acostumbrada a hacer...

P. Sí, pero cuando leo tengo que... volver atrás.... Divido la lectura, cuando estudiaba hacía una primera lectura que llamaba «a ciegas», o sea, lo leía todo y luego... Ahora, en cambio, adopto el sistema de avanzar poco a poco, aunque desgraciadamente con el paso del tiempo he perdido mucho el hábito de leer, y esto... Así que lo que pasa... he leído las cuatro primeras páginas... pero...

T. Pero aun así ha encontrado explicaciones...

P. Sí. He pensado: «¡Por qué, por qué!». Cómo lo diría, es muy curioso para una persona ajena a estas cosas descubrir que, que es cierto. Es decir, cuando uno lee: «¿De verdad? ¡Es increíble!».

T. Bien, y respecto a la otra dimensión, a la exploración de su interior, ¿qué efecto le ha hecho?

P. Es una cosa muy especial. Creo que la exploración en lo más íntimo, que no sé cuánto tiene de exploración en lo más íntimo, si he de ser sincera... Al fin y al cabo no es que me interese ya mucho explorar en las interioridades.

T. Porque además habría que ver si existe una interioridad.

P. Sí, esto es, quiero decir... porque creo que aunque haya una interioridad exclusivamente mía, y en esto quizá me equivoque, a mí no me cambia absolutamente nada que la persona que tenga a mi lado sea o no un psicoanalista. Quiero decir, porque ciertas cosas debería explicarlas igualmente. Por lo tanto... creo que desgraciadamente esto siempre ha sido un pequeño... más allá del hecho de que yo no sepa hasta qué punto uno consigue penetrar en su interioridad. Además hay cosas que existen para ti, pero están tan en tu interior que resulta muy difícil formalizarlas en el pensamiento incluso para ti mismo, por tanto, quiero decir... Y esto... pero digamos que hasta cierto momento, hasta que no me sentí mal, para mí era un dato adquirido: yo apenas consigo dar de mí más de lo que quisiera, digamos, como método de vida, probablemente equivocado también, porque... Esto ha generado toda una serie de problemas, pero ésta es otra cuestión. Y hay una cosa. Creo que la validez entre comillas de esto, validez que repito es más bien costosa, existió, antes: entonces, conseguir que entendiera que a mi alrededor existía la sensación de que necesitaba algo, a alguien, de que estaba mal si..., es decir «si no hay un médico no estoy enferma», si no tienes...

T. Desde luego.

P. ... algo que justifique el hecho de que vayas. Y en mi opinión probablemente se trata de una necesidad mía, porque pienso que si hubiera tenido una buena úlcera...

T. ¿Y ahora?

P. Ahora... También porque, tal como imaginé, se me hace pesado. Hasta que no se me ha hecho pesado probablemente creía que era una necesidad, o al menos era una dimensión que me era útil. Que me era útil... no sé hasta qué punto en definitiva, pero... ahora empieza a resultarme pesado ir allí tres veces por semana... y llegar tal vez a septiembre... por favor, no quiero ni pensarlo.

T. Bueno, nos volveremos a ver dentro de tres meses para el *follow-up* y recuerde: el diamante no necesita esforzarse para brillar.

2. Ritual y contrarritual: un caso de compulsiones fóbico-obsesivas

Primer encuentro: entran los padres del paciente

Definición del problema

Padre. M., que tiene 17 años, repite el segundo curso del Liceo Científico, y bueno, vengo un poco, digamos, a resumir este largo camino que empezó hace dos años cuando –es decir, al menos el hecho evidente ocurrió hace dos años cuando– y ésta es la razón por la cual no he querido que viniera el muchacho, M. sólo sabe parte de esta historia...

T. Desde luego.

Pad. Bueno, M. fue... hallado por la policía, en nuestro barrio... en un coche junto con una persona, en el coche con una persona del mismo sexo, ... de la misma edad que yo o incluso un poco mayor, que después resultó que era el mejor amigo de la familia, que ya desde hacía tiempo lo había seducido, y, digamos, y estos encuentros se habían producido en más de una ocasión...

T. Perdona...

Pad. Se lo ruego.

T. ¿M. es el hijo mayor o el menor?

Madre. Mayor.

Pad. Estos encuentros habían sido claramente de tipo homosexual y digamos que parece que las cosas se habían limitado, si es que se puede decir así, digamos que a situaciones de masturbación, incluso orales, recíprocas, en este sentido. Desde el momento en que esta persona fue procesada... condenada –hubo un proceso de apelación en este caso. Pero este episodio digamos que fue suficientemente... y esto sucedía en febrero de 1988. En el período de... digamos noviembre (*dirigiéndose a su mujer*), ¿no?, noviembre de 1988. Pero digamos que 7 u 8 meses después, M. empezó a entrar en crisis, porque yo estaba en mi despacho, mi mujer me telefoneaba... ven, dijo, M. no puede estar así, precisamente empezaba, empezó a encerrarse en un armario, no quería ver a nadie...

T. ¿El mayor o el pequeño?

Pad. El pequeño.

Mad. Siempre es el pequeño el que crea estos problemas, el mayor no.

Pad. De M. puedo decir una cosa...

Mad. (imponiéndose) Como si no hubiera existido nunca M. *(al terapeuta)*, ¿entiende?

Pad. El mayor no tiene nada que ver, hace tiempo que se fue de casa... y empezó a encerrarse en el armario, dice, no quiero ver a nadie; después de esto...

T. Perdona –mmm, no– quizá lo he entendido mal. El problema de la homosexualidad, ¿lo tuvo M.1 o M.2?

Mad. M.1; es el hijo menor.

T. Bien, por lo tanto ¿estamos hablando siempre del hijo menor?

Mad. Siempre, siempre hablamos del hijo menor.

Pad. Siempre del menor.

T. Perfecto.

Pad. Esto es, y entonces allí en la terapia preguntábamos, ¿cómo es posible que haya ocurrido esto? Y aquello ocurrió así, un poco por miedo de que os enteraseis de que me había puesto las manos encima, bueno, finalmente él tuvo, digamos esta persona *(resoplando)*, acceso a M., que consintió aquella situación.

En cualquier caso, digamos, aquella historia terminó, precisamente con la intervención de la policía, y siete u ocho meses después...

T. ¿Fue un asunto del dominio público?

Pad. No, no.

Mad. No.

T. ¿Fue un asunto secreto?

Pad. Sí, entre nosotros...

T. La intervención de la policía no provocó...

Pad. (interponiéndose interrumpe al terapeuta) No provocó nada porque...

T. (imponiéndose al Pad., continúa la pregunta) en el medio social...

Mad. Fue un asunto a puerta cerrada, doctor.

Pad. En el medio social no, porque además los policías del barrio son amigos míos, los conozco, el brigada tomó el asunto por su cuenta y por tanto en este sentido no hubo ningún problema. Y decía que entonces, 6 u 8 meses después de que hubiera sucedido esto, M. empezó a manifestar estos síntomas, así, anormales, y coincidió también con que un par de días antes le habían robado la enésima motocicleta, que además había muerto la abuela, o sea mi madre, y unos días después estábamos preocupados y lo llevamos a visitarse, y así estuvo casi unos diez días, seis, siete, ocho, diez días encerrado en casa en la cama, no quería salir, finalmente le convencimos, fuimos a N. a ver a un profesor, neuropsiquiatra...

Mad. (imponiéndose) El 5 de febrero hizo un año...

Pad. El cual en un primer momento le diagnosticó una psicosis obsesiva, pero después dijo que no, que quizá se trataba de una situación de tipo *borderline*, bueno en cualquier caso empezó a darle unos comprimidos de Semac, que es un producto que se compra en la Ciudad del Vaticano, un producto... eh, pero así, muy muy suave..., casi una dosis terapéutica, medio comprimido a la semana, mientras que digamos que vienen a tomarse dos o tres comprimidos a la semana...

Mad. (imponiéndose) A veces incluso un cuarto.

Pad. A veces incluso un cuarto de comprimido. Y además tres gotas de Psicoperidol, un comprimido de Anafranil, digamos que en dosis casi pediátricas, podría decirse. Pero luego nos aconsejó –fue en febrero– dijo hagamos una cosa, en agosto M. ya con la escuela... tal vez sería conveniente que intentaran animar un poco a la familia en cierto sentido, y yo aprovechando que durante el verano voy a I. a trabajar de pintor hasta finales de octubre, en febrero decidimos, dijo, hagamos una cosa, trasladémonos a I. con anticipación y lo inscribí en la escuela, en el segundo cuatrimestre, en I. Asistió durante un mes, pero luego no podía: no quería estar con la gente, creo que M. tiene muchos amigos, mucha gente que le quiere, sobre todo aquí, en el barrio, que lo estiman, bueno, que le quieren mucho, le han hecho costado. Él iba a la discoteca, luego...

Mad. (*imponiéndose*) Odiaba las multitudes.

Pad. Volvía (*con mucho énfasis*), decía «no puedo ir». Después, con la llegada de la primavera, yo un día... sí, estaba muy mal, entonces le quité estas medicinas, gradualmente, pero estas medicinas no se las dieron todas a la vez, ¡eh! Primero una, después la otra, después la otra.

Y así con la llegada de la primavera, y con los amigos digamos.

Mad. (*imponiéndose*) Se distrajo, digamos...

Pad. Se distrajo, diría que pasó un verano bastante bueno. Teniendo en cuenta que en esta época en casa su problema era, digamos, una palabra, es el sida, el sida...

Mad. La sangre, no puede ver ni una gotita de sangre...

Pad. La sangre, el sida, una jeringa en el suelo y se daba un baño, dos o tres baños al día con champú, espumas, le digo que usó litros y litros de champú...

Mad. Además se lava y no se seca.

Pad. Champús (*enfáticamente*)...

Mad. Las toallas no están bien...

Pad. (*imponiéndose*) Un momento, esto al principio...

Mad. (*retoma la palabra imponiéndose a su vez*) Los vasos no están bien, los platos, los tenedores, tengo la impresión de volverme loca todo el día arriba y abajo por la casa intentando contentarle, además está –perdona (*dirigiéndose al marido que ha intentado interrumpirla*)–, está volviendo al período del año pasado, precisamente cuando nos fuimos para que estuviera más tranquilo.

Pad. (*imponiéndose; dirigiéndose al T.*) ¿Puedo fumar un cigarrillo?

T. Sí.

Mad. Se metió en...

Pad. (*imponiéndose a la mujer, ofrece al T.*) ¿Quiere uno?

T. No, gracias.

Mad. Se metió en la cama y no salía de ella. Continué esforzándome, doctor, un poco en la comida, le gustan todas estas cosas de capricho, o sea, es un poco extraño en todo lo que hace. Y ahora está volviendo, le decía, a lo mismo del año pasado. Coge... las botellas del alcohol, quizá están infectadas ya no sirven, hay que comprar otra porque ésta está infectada, lo mismo también con los cigarrillos, porque, fuma mucho. Ahora, el mes que viene hará diecisiete años.

T. ¿O sea que les da una especie de... vivacidad, de vitalidad a las cosas? ¿Les da vida a las cosas? Como decir ¿las botellas están infectadas?

Investigación sobre el sistema perceptivo reactivo del paciente desde la perspectiva de los padres

Pad. Ah, sí. La botella está infectada, la botella está infectada, el paquete, si ve que se ha caído al suelo, pues está infectado, el encendedor igual.

Quería recordar un momento. Durante el verano estuvo bastante bien, abandonó este problema de los champús, de los bidets, etcétera, y estuvo, digamos que en esta higiene excesiva, bueno, injustificada, y estuvo discretamente bien durante todo este tiempo, aunque seguía con algunas cositas, no sé, el vaso, el tenedor, pero eran cosas soportables, así. Luego volvimos a N. y precisamente mi mujer se fue a N., así...

Mad. (imponiéndose) Para que fuera a la escuela, para hacer que repitiera el año.

Pad. Para empezar la escuela, y mientras tanto durante el mes de octubre yo me quedé todavía allí trabajando, me llamó porque M. empezaba a estar mal –había ido a la escuela– volví anticipadamente aquí a N. y nada que hacer con M., luego yendo a la escuela (*se corrige*) yendo a la discoteca por la noche tuvo este accidente –ahora tiene que quitarse este aparato que lleva, quizá la próxima semana se lo quitarán– tuvo este accidente, estuvo en el hospital para esta operación; yo estuve con él porque, durante dieciséis días no podía dejarlo ni de noche ni de día, porque no quería que lo dejara, con enormes dificultades, para comer, para ir de aquí allá...

Mad. (imponiéndose) No quiere ir al baño si no es el de su casa.

Pad. ¿Dónde has apoyado esto? ¿Dónde has apoyado lo otro? Todas estas cosas. Luego, después de salir del hospital, digamos que en esta fase de convalecencia, él...

Mad. (imponiéndose) en casa...

Pad. El problema es éste, ahora continúa, ha empezado con lo del bidet, de nuevo... Ahora ha dejado...

Mad. (imponiéndose) No se seca, no...

Pad. Ahora ha dejado, sí porque la toalla tal vez ha estado en un sitio que no es el...

Mad. Ah, déjame decir otra cosa antes, que se me olvida; de repente la cama, todo cambiado, limpio...

Pad. (imponiéndose) ve una gotita...

Mad. No, no, aunque no la haya. Salta como un resorte, hay que tirar estas toallas, tienes que cambiarle la funda y la almohada, y no sé, la sábana, todas las cosas.

T. De acuerdo, así pues los síntomas más importantes ahora son las ideas, obsesiones relativas a la suciedad, a la contaminación...

Pad. Ahora se provoca vómitos, ha vuelto a lo que hacía el año pasado...

Mad. (imponiéndose) Con el cepillo de dientes, lo hace a cada momento, doctor, a cada momento.

Pad. Hasta siete u ocho veces, por esto se provoca vómitos, y si no lo consigue come cualquier cosa para provocarse el vómito...

Mad. (imponiéndose) Sí, va a la cocina. Pero, doctor, he observado en estos últimos

días, es decir desde hace ya unos quince días, que está muy obsesivo, como el año pasado; pero reacciona de esta manera, llama al padre al despacho porque no quiere estar en casa, y se va al despacho, pero es un muchacho muy inquieto, y lo ha sido incluso de pequeño, doctor, esto tengo que precisarlo, mi marido dice que quizá no tiene nada que ver, desgraciadamente nosotros por parte de ambas familias tenemos algunos precedentes; por parte mía y de mi madre una hermana que al cabo de diez años tuvo un trauma a causa del marido que la maltrataba por cosas que aún no se habían manifestado, y además tengo una hermana, yo, que desgraciadamente tiene la mano larga con mi madre. Mi hijo lo ha hecho, lo hace a veces conmigo, a veces me mira fijamente, me dice que tiene que matarme. Ahora ya no lo hace, quizá gracias a esta inyección que le hemos puesto...

Pad. Mobiten, media ampolla al mes, aunque este mes, como estaba obsesionado con estas cosas, le he dado dos veces media ampolla...

Mad. Precisamente con poco tiempo de separación.

T. ¿Sigue siendo el psiquiatra?

Pad.-Mad. Sí siempre es él.

Pad. Tengo aquí las recetas que usted podría mirar un momento si le parece (*saca del bolsillo las recetas y se las entrega al T.*).

Mad. Él dice, doctor, que es un hecho grave. Él dice, doctor, que es algo muy grande, como si el muchacho hubiese retrocedido tres o cuatro años.

Pad. Él... M. dice, no, yo estoy seguro de que... esto es, querría mirar un momento...

Mad. (*imponiéndose*) No veía el momento de venir aquí, a su consulta.

Pad. Sí, un momento en que, cuando lo vio en el Maurizio Costanzo me llamó en seguida, dijo papá estoy escuchando una cosa muy interesante, quizá el doctor Nardone es el que podría resolver mis problemas...

Mad. Él me ayudará a hacerlo, él me ayudará.

Pad. Entonces fuimos a comprar el libro, lo hemos leído, yo sólo he leído algún trozo, así...

Mad. (*imponiéndose*) Sí, porque él no puede leer.

Pad. Está entusiasmado con esto, le da mucha importancia a este asunto, que seguramente es un hecho...

T. Positivo.

Pad. Positivo.

Mad. Él dice, cuando me cure haré una gran fiesta. (*El T. devuelve al Pad. las hojas de las recetas.*)

Pad. En el fondo, digamos, desde un punto de vista práctico, él cuenta con mi apoyo, el de su madre, sus amigos, dentro de poco tendremos que volver a I., con la llegada del buen tiempo, tal vez él si...

Mad. (*imponiéndose*) Pero más que nada está absorto, doctor.

Pad. Él dice que piensa en estas cosas, que no para de pensar en estas cosas...

Mad. El contagio. En los últimos tiempos ya no está obsesionado con el bidet, pero con el alcohol en los labios, bueno, si lo viera, está lleno de grietas.

Pad. Ha dejado lo del bidet.

Mad. Y lo del vómito. Además tenía que poner alcohol sobre el bidet, y yo tenía que limpiarlo antes de que se lavara; además no se secaba con la toalla, sale con todo el jabón que le gotea por las piernas.

Pad. Y hay que decir, y esta situación obsesiva, especialmente obsesiva, no sé... y... además hace ya cuatro meses que camina con esta pierna que... ha estado en el hospital... no puede andar...

Mad. Sí pero por la calle no es que vaya mejor, iba peor.

Pad. Sí, entiendo, quería decir... Y además esta situación obsesiva se ha producido justamente coincidiendo con, no, en el momento en que supo que podíamos venir a visitarle, unos días después de verlo en el Maurizio Constanzo Show, ella me dijo...y bueno... Así decidimos... además me pareció que ésta... esa... y una... él, M. durante el verano pasado, con un psiquiatra y psicoterapeuta, donde vivimos, hizo unas... diez, doce sesiones, después llegó el mes de julio, y durante todo el mes de julio y agosto estuvo, estuvo de vacaciones y nos teníamos que volver a ver en septiembre. Después en septiembre quiso quedarse en I., porque no había acabado de encajar, hacía una terapia individual, M. decía, estamos allí horas, sin decir ni una palabra..., en resumen no parece que tuviese... –aunque tengo que decir que, gracias a una apuesta que hizo con un doctor, digamos que parece que abandonó casi repentinamente lo de darse estos baños, en la bañera, dijo, ganaré la apuesta, y de hecho digamos que desde aquel momento, bueno, ha dejado de hacerlo.

Mad. Doctor, quería decirle una cosa, este muchacho desde que nació –porque seamos sinceros, mi marido dice que no, porque tú y yo en el pasado no nos llevábamos muy bien, quizá por eso el muchacho ha acabado así, se entregó a ese hombre– no lo sé, lo cierto es que desde que nació este chico me ha hecho desesperar.

Pad. Ésta es la carta que M. nos dejó, tome (*entrega la carta al T.*). Fue... en noviembre, mmm... hacia noviembre pasado, ¿no? Noviembre pasado, después de que... no, ¿en noviembre del otro año?

Mad. Sí, del 88.

Pad. Sí, del 88, cuando aún no habíamos abordado esta cuestión, veíamos que M. no sé, faltaba a la escuela, no sé... el vino, fumaba, eh, yo me enfadé muchísimo y le dije que cuando llegara a casa, luego, de hecho... bueno él... nos dejó... (*tiende la carta*).

(*Pausa, el T. lee la carta.*)

Focalización del problema de relaciones entre los cónyuges

T. Bueno. ¿Qué piensa usted del hecho de que no hayan tomado nunca una... decisión seria?

Pad. No sabría explicarlo. No sabría explicarlo porque digamos que... claramente, nosotros nos conocemos desde hace treinta años, bueno, pero... tenemos grandes divergencias de ideas, de carácter, incluso... en concreto...

T. ¿Discuten muy a menudo?

Pad. Sí, lo hemos hecho, lo hemos hecho.

T. ¿Incluso de manera violenta?

Pad. Sí, sí, sí, sí.

T. Hummm, bueno. ¿Todavía ahora?

Pad. ¡Bueno! Digamos que ahora, actualmente, no, ahora ya no, hace ya tiempo.

Mad. Ahora estamos prácticamente agotados. Tenemos problemas más importantes. Él es muy brusco conmigo, ésta es la verdad...

Pad. (*imponiéndose*) En cualquier caso, existen divergencias, así que, bueno, quedan estas cosas...

Mad. Es muy brusco...

Construcción de la relación terapéutica

T. Parecen demasiado agobiados por sus problemas.

Mad. ¡Desde luego! Al menos por mi parte.

Pad. Estamos demasiado agobiados por sus problemas.

Mad. Sin duda.

T. Para tener tiempo.

Mad. Sí, sí.

Pad. Pero de vez en cuando también digamos, pero es porque seguramente tenemos un punto de vista diferente de la vida, de la existencia

Mad. (*imponiéndose*) Esto es, ¿podemos explicarle una anécdota?

T. Desde luego.

Mad. Hace dos años cuando mi marido se fue a trabajar a I., la primera vez, y digamos que este hecho lo descubrí un poco más yo, por mi parte, que le castigué por esto, bueno, de cualquier modo. Recuerdo que M. tenía apenas catorce años, nosotros estábamos en I. y él quería las llaves de casa. M.2 ya no estaba, quería las llaves de casa...

Pad. (*imponiéndose*) M.2 estaba en P.

Mad. Estaba en P., por lo tanto en casa no había nadie, estaba cerrada, y yo no quería que un niño de catorce años tuviese las llaves de casa para ir solo a casa. Después me confesó que había llevado a uno a casa... Mientras mi marido hacía...

Pad. No podía hacer muchas cosas, porque yo iba a menudo...

Mad. Dale las llaves, dale las llaves, perdona...

Investigación sobre la vida de relación del hijo

T. ¿Saben ustedes si ha tenido relación también con chicas? ¿Sólo con hombres?

Mad. Sí, el chico lo ha confesado.

Pad. ¿Sólo con?

T. ¿Hombres o también con mujeres? ¿Ha estado alguna vez con mujeres?

Pad. ¿M.?

Mad. Sí, ha tenido sus amiguitas.

Pad. Siempre ha tenido su novieta, digamos que antes, y también después. Ha tenido

novietas... después ya sólo, dice... yo no estoy para esto, porque... en definitiva...

Mad. (imponiéndose, subraya una frase) En realidad con lo que ha pasado...

Pad. Además tiene un éxito discreto...

T. (interviniendo) ¿Con quién discute más?

Pad. ¿Perdón?

T. ¿Con cuál de ustedes discute más? ¿Con usted o con usted?

Pad. Con ella.

Mad. Conmigo ha tenido fuertes crisis, incluso me ha pegado, cogió incluso un cuchillo, como en I., el año pasado en el mes de marzo, pinchazos en los brazos, decía tengo que matarte a ti y no a papá, porque papá es más fuerte; tú eres débil y contigo puedo hacerlo, porque además adquirió una fuerza, que yo no consigo dominarlo; yo me ponía así (*cruza los brazos sobre el pecho y se encoge*), me dejaba golpear para que se calmara, hasta que cogía el perrito y me iba de casa, porque a veces cogía al perro por el cuello...

Pad. (imponiéndose) Pero no siempre es así, en el sentido de que se puede jugar con M. es inteligente, para...

Mad. (imponiéndose) Pero nos quiere, es muy sensible, pero cuando tiene una crisis da miedo.

T. De acuerdo, bien. Ahora querría ver al muchacho.

Pad.-Mad. Desde luego.

T. ¿De acuerdo?

Pad. (levantándose) Yo... creí que tenía que hacer esta explicación.

T. (se ha levantado y se dirige hacia la pareja)

Creo que ha sido extraordinariamente importante (*el T. acompaña a los padres a la puerta, hablan los dos en voz baja*).

Redefinición del problema con el paciente y construcción con él de la relación terapéutica distinta de la impuesta por el sistema familiar

(Salen los padres - Entra el P.)

T. Bueno, tus padres me han expuesto un poco la situación, en líneas generales. Naturalmente, a mí me interesa mucho conocer tu propia versión del asunto. Por ciertas cosas, estás en tratamiento...

P. (interviniendo) Nada, la situación... es decir, no sé, me trastorna, me trastorna mucho digamos y van ligadas a... todo son fijaciones ligadas al problema del sida, estas, estas cosas, que me crea este problema, que ya las he explicado, no sé, por ejemplo, hago todas esas..., me afecta que el perro me haya lamido en la boca, cojo, voy al baño y con el cepillo de dientes me provoco vómitos.

O sea, hago cosas...

T. Tienes miedo al sida.

P. Eh, sí.

T. El cepillo... (*pausa*) el vómito... (*pausa*).

P. Y varios lavados, el bidet, lavar las manos, cosas así.

Investigación del sistema perceptivo-reactivo del paciente

T. Por lo tanto, supongo que todo lo que ha sido usado en ciertas relaciones... debes lavarlo bien.

P. No entiendo.

T. Supongo (*pausa*)... que debes lavar bien (*pausa*)... todo lo que ha sido usado en cierto tipo de relaciones sexuales.

P. Ah, sí.

T. Porque el riesgo está ahí, ¿no?

P. Sí.

T. Digo bien, ¿no? Lo he entendido bien. Has visto, soy mucho más rápido...

P. Sí, sí.

T. Así que te preocupas de limpiar sobre todo lo que se ha usado en ese tipo de relaciones sexuales.

P. ¡Eh!

T. ¿No es así?

P. Sí.

T. Porque el riesgo del sida, porque...

P. (*interrumpiendo*) Digamos que he estado traumatizado por esto.

T. Ah, ¡me lo imagino! Hummm, hummm. Y dime, ¿cómo te limpias todas las zonas que se han usado en un tipo de relación sexual?

P. Agua y jabón, o con alcohol, por ejemplo, incluso llego a beber alcohol, a beber un poquitín de alcohol, beber y después me meto el cepillo en la boca y a vomitarlo, a vomitarlo. Además no sé, a veces incluso en el en el... miembro me pongo alcohol y luego me lavo con jabón, o sea raramente lo hago sólo con alcohol; pero también un poco lo que me está obsesionando más es el hecho de vomitar, que estoy vomitando cada día.

T. Desde luego.

P. Pero muchas veces, incluso. Hasta llegar a seis, siete, ocho veces al día.

T. Escucha, después de aquel asunto del que me han hablado tus padres, ¿has tenido otras historias similares?

P. No, no.

T. Pero parece que aquélla te ha dejado marcado.

P. Sí.

T. ¡O sea que tú has creído que cogiste el sida en aquel momento!

P. Sí, pero digamos que aquel pánico ya ha desaparecido porque, digamos... me he hecho varias pruebas, cosas así, o sea que estoy sano.

T. Pero te ha quedado ese ritual obsesivo.

P. Sí.

T. ¿O sea que todos los rituales son para desinfectarte de este miedo?

T. Hummm. ¿Cómo has intentado combatir estas cosas?

P. Es un poco una cuestión de voluntad, pero no lo he conseguido, no puedo, es mucho más fuerte que yo, es mucho... mucho más fuerte que yo, no puedo.

T. Siempre es más o menos así.

P. Pues sí.

Técnica de la «lectura del pensamiento»

T. Hummm. Escucha, y eso de la voluntad... tú dices: no debo hacerlo, no debo hacerlo, no debo hacerlo, cuanto más lo dices, más lo haces, ¿no?

P. Efectivamente.

T. Hummm, hummm.

P. Como por otra parte lo dice también usted en el libro.

T. Cuanto más intentas evitarlo, más lo haces, ¿no es así?

P. Pues sí.

T. ¿Y cuáles han sido las otras soluciones ensayadas?

P. ¿Para el lavado y eso?

T. Sí, sí.

P. Eh, no sé..., no lo sé, la desinfección de las manos, cosas así... a veces la cara, siempre son, siempre son los lavados habituales... no sé... los pies, desinfectar los pies y eso, por ejemplo alguna vez... no lo sé... siempre son las mismas cosas, siempre las mismas.

T. Hummm. Bien. Bien. Y además de éstos, ¿hay otros problemas, sean o no graves, que te atormenten?

P. No.

T. ¿Qué relación tienes con tus padres?

P. Es una buena relación para digamos, una... buena relación, excepto que por ejemplo incluso con ellos tengo miedo de compartir un cigarrillo, por ejemplo incluso con ellos tengo miedo. De hecho ya no lo hago... aproximar la boquilla a mi boca y eso, no nos damos ni siquiera un beso, y eso, porque me da miedo también con ellos, que me puedan contagiar.

T. Y con las otras personas, ¿qué tal?

P. Sí, con todos.

T. ¿O sea que tú no tocas a nadie?

P. Eh, no, digamos que sí toco, pero después no sé, voy a lavarme y eso... o sea que después siempre tengo que lavarme, digamos.

T. ¿Y ves gente o estás aislado?

P. No, veo gente.

T. ¿Qué gente ves? Amigos, chicos...

P. Amigos, chicas, chicos.

T. ¿Tienes alguna novia?

P. No, en este momento no.

T. Cuando la tenías, si la has tenido, tenías más miedo, ¿no?

P. He tenido, he tenido incluso varias. Solamente que siempre he estado influido por el hecho de que, hummm, digamos... no sé... tenía... besaba a una chica y después tenía que ir a vomitar y eso. Antes no, o sea antes, mucho antes, hace un par de años, cuando

veía a una chica, digamos, no me preocupaba de estas cosas, pero ahora sí, digamos; cuando beso a una chica tengo que ir a vomitar.

T. Hummm.

P. Al menos hasta el último mes ha sido así... Este verano, porque ahora tengo la pierna rota, por tanto...

T. Hummm, hummm. Por tanto sabemos que tu síntoma fundamental sirve para protegerte del terror a tener el sida...

P. ¡Eh!

T. Aunque sabes que no tienes el sida porque...

P. No, no.

T. Pero crees que podrías pillarlo...

P. Eh, ¡eh!

T. Porque está en todas partes.

P. Eh.

T. O sea que es tan fuerte el miedo a pillarlo que tienes que esterilizarte continuamente.

P. Eh, ¡sí!

T. ¡Desde luego has encontrado una buena estrategia para evitar el sida!

P. ¡Eh! (*ríe*).

Reestructuración de la utilidad del comportamiento sintomático y recurso al humor

T. Piensas, ¡seguro que así no lo cojo!

P. Eh, eh, ¡sí!

T. Es genial, habría que empezar a divulgar, a difundir entre la gente el miedo y esta estrategia tuya, ¿no?

P. ¡Eh!

T. Enjuagaos la boca con alcohol, después vomitad, provocándoos el vómito cada vez que hagáis algo; lavaos, esterilizaos el miembro, los hombres, de manera terrible: las mujeres, hagamos que se pongan sosa cáustica en la vagina...

P. (*ríe*).

T. ... todo más o menos así, ¿eh? ¡Una buena solución!

P. Me está tomando el pelo, ¿eh?

T. No. ¡Es una buena solución! (*pausa*)... Si eliminamos esta solución, ¿qué ocurre?

P. En mi opinión no ocurre nada, todo queda tal cual, queda... queda igual, es decir... no pasa nada.

T. Hummm. ¿No te perjudicaría más tarde poder eliminar los síntomas?

P. No he entendido bien la pregunta.

T. ¿No te perjudicaría luego? Es decir, ¿podrías empeorar, tu miedo, el sida u otras cosas, si dejaras de hacer estos rituales?

P. No, no creo; no creo.

T. Hummm.

P. No creo.

T. Hummm. ¿Cuántas veces al día haces estas cosas?

P. El vómito empezó como una broma, hacía varios meses que no me lo provocaba, que no me provocaba el vómito. La historia empezó como una broma; fingí que le daba un beso al perro y eso, pero el perro me besó de verdad, es decir, me pareció (*enfatisa*) que me había besado de verdad, y... fui a vomitar. Empezó así, digamos, y ha continuado, ha continuado.

T. ¿Tienes un perro?

P. Sí.

T. ¿Qué clase de perro?

P. Yorkshire.

T. Bonito... ¿Cuál es el mejor medio para esterilizarse? ¿El alcohol? ¿O hay otro medio mejor?

P. No, el alcohol, siempre utilizo el alcohol... Que también puede infectarse, ¡eh! También puede infectarse.

T. ¿También se infecta el alcohol? ¿También se infecta?

P. Eh, sí.

De nuevo recurso al humor y a la paradoja

T. Pues sí que es un problema, si también se infecta el alcohol. ¿No hay nada mejor, que no se infecte?

P. Eh, no...

T. ¡No has encontrado nada mejor!

P. No.

T. ¿Puede que haya algo mejor, no?

P. No lo sé.

T. ¿No, no lo crees?

P. Sí, creo que sí, ¿algo más desinfectante?

P. No sé, algún desinfectante médico, no lo sé, tal vez lo utilizan en los hospitales.

T. Hummm... ¡O algo aún mejor!

P. ...

T. No, el fuego, podrías utilizar el fuego; ¿no?

P. Eh, pero es un problema, el fuego.

T. Bien, bien, bien. ¿Cómo te las arreglas para hacer todas estas cosas? ¿Cómo lo haces para vomitar?

P. Eh, primero me pongo el alcohol en la boca, cojo la botella y me pongo el alcohol en la boca, después me meto el cepillo, siempre si he comido algo, si no, incluso llego a comer algo, como algo para vomitar. Y después cojo, me meto el cepillo en la boca y me provoco el vómito.

T. Hummm.

P. Y a veces además incluso me lo meto primero en la boca, después bebo el alcohol, y lo vomito enseguida.

T. ¿El alcohol?

P. Eh...

T. ¿Tiene buen sabor?

P. (*ríe*) No, es absolutamente asqueroso el alcohol.

T. Es absolutamente asqueroso. Y para... esterilizarte el miembro, ¿cómo lo haces?

P. Echo un poco de alcohol por encima y después me enjabono. (*Pausa*)... Y quema.

T. Y quema (*pausa*)... Así que necesitas sentir que te quema.

P. Sí, sí.

T. Si no sientes que te quema, piensas no está esterilizado.

P. Ah, sí, sí, sí.

T. ¿O sea que necesitas sentir un poco de dolor?

P. Sí. Es un comportamiento autolesionante.

T. Si no sientes un poco de dolor no está esterilizado.

T. Hummm, hummm. Entiendo (*pausa*)... Sí, es un buen problema. Es un problema muy complicado.

P. Todas estas... ¿Cree usted que se puede resolver?

T. Creo que tengo estrategias muy buenas. No sé si tú serás capaz de... seguirlas.

Uso de la paradoja

P. (*imponiéndose*) Porque yo le admiro mucho, digamos... tengo mucha confianza en usted.

T. Y cómo es que la tienes si no...

P. (*interrumpiendo con vehemencia*) No lo sé, tengo mucha confianza. Digamos, desde el primer momento en que lo vi, pensé, quizá esta persona pueda curarme y eso. Que puede quitar, realmente quitar estas fijaciones y llevar una vida normal como llevaba antes, es decir, no tanto como antes. Pero una vida normal, como todos, usted y las otras personas.

T. ¿Has leído un poco mi libro?

P. Sí, en parte, lo he leído en parte.

T. ¿Qué parte has leído?

P. Eh... La parte en que..., los trastornos obsesivos, habla de los trastornos obsesivos.

T. Cuando has leído lo que hago hacer a las personas, ¿qué efecto te ha hecho?

P. Eh, no lo sé... un efecto un poco raro... es decir, no veo un poco de... no veo cómo... se las arregla, digamos... cómo lo diría... cómo pueden... o sea cómo pueden funcionar, pero o sea, en mi opinión... estas cosas...

T. Cuántas veces haces ese jueguito, ¿cada día?, ¿cuántas veces más o menos?

P. ¿Qué jueguito?

T. El del vómito, el de lavarte el miembro, las manos, y todo lo demás.

P. No, quizá, ahora lo que hago es vomitar, pero digamos que el miembro lo estoy dejando un poco, no hago tanto lo del bidet y eso. Además, lo del miembro, ocurre de vez en cuando, me lo desinfecto. Antes más, antes más. Ahora, en cambio, no. Lo que hago ahora continuamente es vomitar.

T. Escucha, en tu opinión, tu enfermedad, aparte de protegerte del sida, ¿qué tipo de equilibrio establece? ¿Qué tipo de utilidad tiene?

Reestructuración del síntoma: su utilidad relacional

P. No tengo ni idea. Creo que ninguna.

T. Yo, en cambio, le veo una gran utilidad. Y no sólo para ti, creo que para toda tu familia.

P. Tal vez un equilibrio... el equilibrio de la familia quizá.

T. Hummm, hummm.

P. El equilibrio de la familia, quizá en el sentido de que, si no existiese mi problema digamos, sería una familia que quizá... no sé. No tengo idea. Tal vez me parece que no están muy unidos.

T. Hummm, hummm. He leído la carta que me han traído tus padres, que tú les escribiste, sobre todo me he dado cuenta de que discuten, ¡discuten mucho!

Focalización en las peleas de los padres y sobre la función

P. Sí, de hecho ahora... ha surgido este problema...

T. ¡O sea que tu problema es útil!

P. Sí, tal vez sea útil, pero yo quiero acabar con él, no puedo más. Por eso precisamente he venido aquí. Porque quiero acabar lo antes posible.

Acuerdo sobre la modalidad del tratamiento

T. Hummm, hummm. Bien. Bien. Tú has leído, has visto que mis métodos son poco habituales, ¿no? Hago hacer cosas raras, un poco ridículas, pero que tienen que hacerse, a rajatabla, sin hacer preguntas. Te daré las explicaciones. En el momento adecuado. ¿De acuerdo?

P. Sí, sí.

Prescripción: pensar en la utilidad del síntoma para el equilibrio familiar

T. Bien. Ante todo quiero que durante esta semana pienses lo más que puedas en el hecho de que tu síntoma es útil, es indispensable a tu familia, y que cambiarlo significa desequilibrarlo todo. Por lo tanto, quiero que pienses que tu síntoma es útil. Y que es muy peligroso cambiarlo.

P. Entiendo.

T. ¿De acuerdo?

P. Sí.

T. O sea que quiero que pienses intensamente en esto, ¿de acuerdo?

P. Sí.

Prescripción del ritual paradójico

T. Además quiero que hagas ese jueguito que has leído, el del despertador, de la media hora. Ahora te lo voy a explicar mejor. Quiero que, desde ahora hasta que nos volvamos a ver, cojas todos los días un despertador, ¿tienes un despertador?

P. Sí.

T. Te encierras en una habitación, solo, te pones completamente cómodo, con la habitación en penumbra, pones el despertador para que suene al cabo de media hora, y durante esta media hora piensas en todas las cosas angustiosas, los peores miedos que se te puedan ocurrir: que tienes el sida, que lo has pillado, que te has hecho esto o lo otro, todo lo peor que te puedas imaginar, y haces todo lo que te apetezca hacer: si te apetece revolcarte por el suelo, revuélcate; si te apetece romper alguna cosa, rómpela. Cuando suene el despertador, lo paras y se acabó todo. Vuelves a tu vida habitual. Todos los días, más o menos a la misma hora. ¿A qué hora puedes hacerlo?

P. Eh... cuando...

T. Pongamos que de dos y media a tres. Todos los días. ¿De acuerdo?

P. Entiendo.

T. Sobre todo... nadie debe molestarte, no expliques lo que tienes que hacer... dices, me lo ha prescrito el doctor, y lo haces, ¿está claro?

P. ¿No tengo que explicar a mis padres nada de lo que me ha dicho?

T. No. Es un secreto entre tú y yo. ¿De acuerdo?

P. Sí.

T. Lo más importante todos los días es esto. Además durante el día quiero que pienses que tus síntomas son extraordinariamente útiles, sirven, mantienen un equilibrio que es peligroso cambiar.

P. Sí.

T. ¿De acuerdo?

P. Sí, sí.

T. Nos volveremos a ver dentro de una semana, y me contarás lo que has hecho. ¿Está claro?

P. Sí.

(Sale el P. Vuelven a entrar los padres.)

T. He examinado la situación, la he evaluado; es una clara sintomatología de tipo obsesivo-compulsivo, más o menos como las que han visto descritas en el libro. Creo que es un problema muy complicado, muy serio, pero esto no quiere decir que las soluciones también tengan que ser serias, complicadas y dolorosas. Lo importante es encontrar la llave precisa, a veces cuando la llave es la correcta todo se abre de una manera realmente rápida y decisiva. Hay que encontrar la llave correcta. He empezado a trabajar con él, ya le he dado prescripciones, he hecho maniobras; lo que haga con él es un asunto entre él y yo; necesito mucha colaboración por su parte.

Acto de captación de los padres, elevándolos a la categoría de coterapeutas

Pad.-Mad. (asienten) Sí.

T. En el sentido de que necesito que ustedes también hagan lo que les pido.

Mad. Por supuesto.

T. Lo primero que les pido es esto: todos los esfuerzos que han hecho hasta ahora por preocuparse por él, por estar con él, ahora tienen que esforzarse todavía más por

mantenerse al margen: si vomita, que vomite; si hace rituales, que los haga. Tienen que adoptar totalmente una actitud de conjuración de silencio...

Mad. De hecho a veces le reñimos...

T. Conjuración de silencio respecto a sus problemas...

Pad. (*imponiéndose*) ¿Y cuando pide nuestra intervención para cualquier cosa?

Mad. ¡Nos llama continuamente!

T. Tienen que decirle algo así: nos sentimos impotentes, no podemos.

Mad. ¡Pero entonces se pone violento!

T. No podemos hacerlo, perdona.

Mad. Prácticamente abandonarlo (*en voz baja, como comentario entre ellos*).

Pad. Pero si dice ven, coge, levanta la tapa del baño...

Mad. (*interviniendo*) Si no, no hace sus necesidades.

Pad. ... del retrete... la tapa del retrete.

T. Estas cosas insignificantes...

Pad. Esto es, insignificantes.

T. Pero lo importante es que tienen que evitar protegerlo.

El T. acepta el comportamiento de los padres, pero lo anota como ayuda «mínima»; reestructuración y limitación

Pad. Protegerlo. Acciones... sobre todo ¿no espiarlo de ningún modo?

T. Exacto.

Pad. Pero por lo demás...

T. (*imponiéndose*) Sólo estas cositas.

Pad. Digamos que nuestra actitud tiene que ser ésta.

T. Exacto.

Mad. Doctor, a veces me pone las manos encima.

T. ¿Eh?

Mad. Me toca el pecho, a veces. Además también andaba desnudo...

T. Hummm.

Mad. Antes sí.

T. Ahora centrémonos en el presente. Si le toca el seno, un pecho, ¿qué le haría al hijo que le toca el pecho?

Mad. Eh... (*gesticula, no encuentra las palabras*).

T. ¡Le da una buena bofetada!

Mad. ¡Y él me la da a mí, doctor! ¿Qué hago cuando estoy sola en casa?

T. Se lo dice a su padre.

Mad. Y cuando no está mi marido, ¿dónde voy a buscarlo?

T. Le da un grito. ¿De acuerdo?

Mad. ¡Se pone violento, doctor!

T. De acuerdo, señora.

Mad. ¡Tengo miedo cuando se pone violento, doctor!

T. De acuerdo. Bien. Tiene razón.

Pad. (interviniendo rápidamente, dirigiéndose a su mujer; cosa más bien rara, durante la primera sesión los dos se dirigían al T. a la vez, incluso cuando hablaban entre ellos) ¡Escuchemos al doctor!

T. Pero el papel de víctima en este caso es lo peor. ¿De acuerdo?

Mad. Sí.

T. Sabe una cosa. Siempre digo que existen torturadores porque existen víctimas, y no al contrario. El que se hace la víctima convierte a los demás en torturadores. ¿Entendido? Así pues, no adoptemos estas actitudes. ¿De acuerdo?

Pad. Según usted no tenemos que preguntarle a M. ¿qué has hecho, qué le has dicho al doctor?

T. No. ¿De acuerdo?

Segunda sesión

Resumen de la semana, reacciones a las prescripciones

T. ¿Cómo has pasado la semana?

P. He hecho lo de la media hora, lo del despertador y lo he hecho todos los días, excepto ayer, porque ayer me dolía la pierna y no podía... es decir, lo intenté y luego lo dejé...

T. De acuerdo, despacio, ¿qué pasaba en esa media hora? ¿Conseguiste estar muy mal?

P. No... conseguí estar preocupado, pero no exactamente...

T. ¿Qué hacías? ¿Te revolcaste por el suelo?

P. No, nada especial, pensaba, pensaba y... nada, me preocupaba un poco... no me angustié mucho, ni nada por el estilo...

T. ¿Y qué efecto te produjo el hecho de que no consiguieras angustiarte mucho?

P. Quizá no consigo muy bien... no sé...

T. Cuando se acabó la media hora, ¿qué sucedió? Sonó el despertador... volviste a tu vida normal y luego, durante el día, ¿cuántas veces lo hiciste?

P. Para ser sinceros, han disminuido...

T. ¿En cuánto?

P. En mucho, hubo un día durante esta semana que vomité cinco o seis veces, pero después... por ejemplo ayer solamente dos veces, y el primer día ni una siquiera, ninguna vez...

T. ¿Ha habido alguna mejoría?

P. Esto sí, ha habido una mejoría, por eso debo pensar... en el hecho positivo...

T. ¿Cuál es la utilidad positiva de tus síntomas? ¿La has encontrado?

P. Me he repetido con frecuencia: es una cosa buena, es una cosa buena porque mantiene unida a mi familia.

T. ¿Y qué impresión te ha causado?

P. No lo sé.

T. ¿Te has sentido importante?

P. Sí, sí.

T. Bien, tus síntomas se han reducido y ¿qué efecto te ha causado el hecho de que se hayan reducido?

P. No lo sé... he pensado quizá en el hecho de ser importante, que yo con mis fijaciones era importante para mi familia, he pensado que era como una prevención de los síntomas, en cualquier caso me ha hecho un buen efecto, no lo sé...

T. Hummm, y tu familia ¿cómo ha reaccionado ante la disminución de tus síntomas? ¿Lo saben?

P. Sí, sí, lo saben, nada especial...

T. Y qué han hecho, sus reacciones. ¿Has podido observar algunas reacciones suyas? ¿Han demostrado felicidad, dudas? ¿Qué han demostrado?

P. Un poco de alegría, poca...

T. Bien, te había dado además otro deber concreto...

P. No.

T. ¿No te había dado otro deber, más concreto, respecto al período del cambio?

P. No, no sé...

T. No lo recuerdas... te había sugerido que pensaras, además del hecho de que esto era muy útil para tu familia, que pensaras también en qué te perjudicaría un cambio o qué perjuicios se ocasionarían, los peligros que representa para ti un posible cambio, ¿no has pensado en esto?

P. No.

T. Hummm, deberás pensar en ello esta vez. Bien, qué has hecho... has ido a clase, has salido...

P. Me han quitado los hierros del aparato para la pierna y no he ido a clase, volveré mañana... quería preguntarle una cosa... como tengo que pensar en todas estas cosas que usted me dice... ¿tengo que pensar?

T. Desde luego.

P. Por eso no sé si seguir estudiando o no... ¿tengo que seguir?

T. Tienes que seguir... tienes que evitar evitar, ¿entiendes?

P. No.

Prescripción paradójica sobre la evitación

T. Cualquier cosa que te pueda crear un problema, cualquier cosa que debas afrontar en tu vida debes evitar evitarla, es decir, lo normal en el caso de muchachos que están mal como tú sería... evito hacer una cosa porque no sé si conseguiré hacerla... no tienes que hacerlo... es decir, tienes que evitar evitar.

P. Entiendo.

T. Si tienes que evitar alguna cosa, evita evitarla, ¿de acuerdo? Así pues, cualquier cosa que tengas que hacer... evita evitarla. Bien, hummm, hummm... así que en la media hora en que estabas allí, estabas allí, pero no conseguiste estar tan mal como hubieras podido estar...

P. Sí.

T. Y durante el día te sentías importante porque sabías que hacías algo importante para

tu familia... Hummm, hummm, bien... me han telefoneado mis colegas de la Universidad C. de N., a la que fuisteis...

P. Sí, sí...

T. Hemos charlado un poco, y se han quedado sorprendidos de haberte encontrado tan bien, te han encontrado decididamente mejor, hemos charlado un poco, hemos intercambiado opiniones... eso es, ¿qué sientes cuando vas allí tú y tu familia, el trabajo que están haciendo con tu familia?

P. No lo sé, no me hace ningún efecto.

T. ¿Cuánto tiempo hace que vais?

P. Sí, pero creo que no iremos más, porque no puedo estar yendo allí continuamente...

T. Hemos decidido que yo tengo que ocuparme de ti, y con mucho gusto voy a ocuparme de ti, pero ¿qué efecto te hacía cuando ibais allí?

P. Eh... no sé qué efecto me hacía... continuamente... se repetían demasiadas veces las mismas cosas, sentía la necesidad de cambiar, me aburría, veía que no había ningún resultado, al menos que yo haya visto...

T. Dos métodos distintos...

P. Sí, sí, y es que no sé, era muy a largo plazo...

T. Bien, ¿tus padres están satisfechos de mis colegas?

P. Están satisfechos porque son buenos, correctos, digamos.

T. Sin duda, bien... ¿y tú qué piensas de tus padres?

Percepción del sistema relacional familiar

P. Son muy condescendientes, me gustan mis padres, están siempre muy dispuestos, han hecho muchas cosas por mí, están haciendo muchas cosas por mí.

T. Bien, ¿y qué piensas de tu hermano?

P. Ahora no lo sé, siento un poco más de afecto hacia él, porque ahora paso una época en que estoy mal, mientras que antes me sentía un poco distanciado, siempre le he considerado bien, estudia, se examina, saca las mejores notas, es muy bueno y da muchas satisfacciones a la familia.

T. Por lo tanto, estás en buena relación... ¿y qué crees que piensan ellos de ti?

P. Eh...

T. Vayamos de uno en uno... ¿qué crees que piensa tu madre de ti?

P. No lo sé, que estoy mal, que estoy mal con todo el mundo...

T. Bien... cada uno tendrá una idea diferente de ti...

P. Eh... no lo sé, no sé decirlo.

T. O sea que no puedes pensar en lo que pueden pensar ellos de ti... bien... ¿te hubiera gustado tener una familia distinta?

P. No.

T. O sea que tus padres te van bien... bien, y tus amigos, ¿qué crees que piensan de ti?

P. Eh, no lo sé, quizá, piensan que soy un tipo un poco acomplexado, pero me quieren.

T. ¿Acomplexado en qué sentido?

P. En el sentido de las fijaciones.

T. Tus amigos saben lo de las fijaciones... están bien enterados... o...

P. Lo saben más o menos, han notado pequeñas cosas...

T. Pero tú ante ellos evitas hacer... las cosas...

P. Sí, sí.

T. Hummm... ¿y lo consigues?

P. Sí, sí.

T. Entonces estos lavados los haces cuando vuelves a casa, ¿fuera no?

P. No.

T. ¿Y si tienes que pasar algunos días fuera de casa?

P. Eh... no sé.

T. ¿Te ha ocurrido últimamente?

P. No.

T. ¿Evitas salir fuera?

P. Sí.

T. Hummm... ¿no podría ocurrir en el futuro?

P. ¿Hacer estas fijaciones?

T. Estar algunos días fuera de casa con los amigos...

P. Sí, cambiar de baño...

T. Encontrarás alguna solución, bien, bien... te voy a dar otro deber que se añade a los que ya te di... ¿de acuerdo?

P. Lo del despertador...

De nuevo la prescripción de la media hora de worst fantasy

T. Bueno, lo de la media hora con el despertador debes seguir haciéndolo todos los días, ¿de acuerdo? Hasta que suene el despertador tienes que estar pensando en todas las peores cosas que consigas imaginar, ¿de acuerdo? Además tienes que seguir pensando que tus síntomas son extraordinariamente importantes, que son útiles a tu familia, y que quizá también son útiles para ti, y además quiero que pienses en qué podría ocurrir de malo si te curaras, y cuáles podrían ser los peligros, para ti o para los que te rodean, de una eventual curación rápida... ¿de acuerdo? Además quiero que observes a los demás e intentes averiguar qué piensan de ti, tus familiares y las personas... qué piensan de ti.

P. ¿Puedo preguntárselo?

T. Hummm... mejor que preguntarlo intenta averiguarlo, sin preguntar... ¿de acuerdo?... Normalmente no se responde con demasiada sinceridad a las preguntas directas... por tanto, es mucho mejor que intentes averiguar sin preguntar...

P. Doctor, yo quisiera llegar a... no sé... mi madre se pone una inyección, una inyección intramuscular... a limpiarle yo la sangre...

T. Lo conseguirás, lo conseguirás...

P. No pasa nada... pero...

T. No tienes que pensarlo ahora, no hay que mirar adelante con los ojos de ahora, si miras el futuro con los ojos de ahora...

P. En realidad...

T. Te asustas, cuando llegues, mirarás con los ojos de entonces, por lo tanto, no mires hacia adelante... ahora sigue al pie de la letra lo que te estoy diciendo... o sea, qué crees que piensan los demás de ti, intentando averiguarlo, la media hora, el peligro de la curación, tienes que pensar en todos los peligros de tu curación, para ti y para las personas que te rodean.

P. ¿Puedo escribirlo?

T. Desde luego.

P. Doctor, está también lo del diario... que tenía que hacer...

Prescripción paradójica de repetición del síntoma un número exacto de veces

T. Ya veremos, veremos, yo decido lo que debes hacer... no intentes curarte tú solo, de lo contrario... soy yo el que elijo las tácticas no tú, aunque hayas leído mi libro. Así que sigue haciendo lo de la media hora, además debes pensar en lo que los demás piensan de ti, pensar en los peligros de una eventual curación rápida para ti y para los demás, y además *dulcis in fundo*, tienes que hacer exactamente lo que ahora te voy a decir... quiero que desde hoy hasta la próxima visita cada vez que tengas ganas de hacer tus lavados, de vomitar o de hacer todos los rituales posibles para purificarte, para quitarte la contaminación... todas las cosas que se te ocurran hacer, o sea el alcohol, los labios, los enjuagues, el vomitar... tu sexo... tienes que hacerlas diez veces, ni una más ni una menos, exactamente diez veces, ni una más ni una menos, ¿de acuerdo? Te lo ruego, todas las veces que se te ocurra hacer uno de tus lavados o de tus rituales tienes que repetirlo diez veces, ni una más ni una menos...

P. ¿Vomitar?

T. Sí, exactamente diez veces, ni una más ni una menos...

P. Es duro.

T. Sí, pero la mejor manera de salir de esto es meterte de lleno... imagina... que estás pisando sobre carbones ardientes, te estás abrasando, si te quedas quieto cada vez te abrasas más, yo estoy intentando hacerte correr, pero está claro que tienes que abrasarte un poco... así que cada vez que vayas a hacer tus rituales, tanto si es lavarte con alcohol como vomitar, o utilizar cualquier desinfección, tienes que repetir lo que haces exactamente diez veces, ni una más ni una menos, cada vez que hagas algo para desinfectarte, ¿de acuerdo? Luego me lo explicarás todo, fíjate cuántos deberes te he puesto.

P. La media hora, pensar en qué piensan los otros de mí, pensar en los peligros de una eventual curación rápida y hacer diez veces todos...

T. Todas estas cosas son un secreto entre tú y yo, ¿de acuerdo? Si tus padres te preguntan algo, tienes que decirles que son deberes, pero no les digas en qué consisten, todo son secretos entre tú y yo, ¿entendido?... Ahora voy a hablar cinco minutos con tus padres y nosotros nos volveremos a ver la próxima semana... y acuérdate de lo que te he dicho... los problemas complicados a veces son los que se resuelven más rápidamente, si se enfocan bien.

(*Entran los padres.*)

T. Siéntense, por favor, estoy siguiendo el procedimiento que habitualmente utilizo en estos casos, puedo decir que estoy satisfecho de lo que me ha explicado y, por tanto, me siento más motivado aún para seguir en esta dirección... y... ¿qué han observado desde la semana pasada hasta hoy?

Pad. Una actitud un poco más tranquila, sobre todo los dos días siguientes a nuestro encuentro, después estuvo un poco más tenso debido a que tenía que quitarse un hierro corrector de la pierna y creyó que le dolería...

Mad. Esto fue el día anterior, después empezó con los vómitos...

Pad. Lo del vómito y encerrarse en el baño, ya no lo ha hecho tanto como antes, en conjunto he observado una reacción positiva... En los dos últimos días se ha provocado el vómito, pero no demasiadas veces...

Mad. Mucho más rápidamente...

Pad. Sólo por hacerlo... no para provocárselo realmente...

Mad. Sigue utilizando el alcohol...

Refuerzo positivo sobre los cambios obtenidos

T. Me ha dicho que el síntoma del vómito lo ha experimentado mucho menos, sorprendentemente; las otras cosas requieren paciencia, y me ha explicado que estaba contento porque ha visto en seguida que algo... bien, lo importante es esto. En estos casos el paciente tiene que notar inmediatamente un cambio porque esto le motiva a otros cambios y a otros cambios... lo importante es conseguir que se produzca inmediatamente algún efecto porque, si no se consigue incidir en la rigidez, no se consigue nada... ¿De acuerdo? Así que yo seguiré a marchas forzadas en esta dirección. Tengo que advertirles una cosa, cualquier cosa que le vean hacer en estos días, manténganse al margen, porque, como ustedes saben, mi trabajo es un poco peculiar, a veces hago hacer cosas ridículas.

Pad. He leído su libro... y entiendo...

T. Así pues, no se preocupen por lo que le vean hacer, es por algo que le estoy haciendo hacer yo... ¿de acuerdo?

Mad. Doctor, con los cigarrillos está muy obsesivo... o el tenedor no está bien, o este paquete de cigarrillos no está bien...

Pad. Bueno, es una constante... pero no es trágico como antes...

Mad. Después los saca, los observa y los pone aparte porque ya no son buenos...

Pad. Pero no es tan trágico como antes...

Mad. A veces dice... mamá dame uno de estos paquetes infectados que guardas, cogeré algunos cigarrillos y me los fumaré...

T. Bien, o sea que como decía no es tan trágico...

Pad. Sí, en el sentido de que antes lo hacía con exasperación, todas estas cosas le ponían muy nervioso, ahora se limita simplemente a decir: no no está bien, no quiero esta taza, dame la otra, por ejemplo...

T. Perfecto, bien, *O.K.* Así que yo seguiré con mi trabajo. Como han leído, es un trabajo que se hace con él, con ustedes habrá consultas, pero el trabajo se hará solamente con él,

además me ha telefonado el doctor... de la Universidad C., hemos estado charlando un buen rato, lo cual me ha complacido mucho, y nos hemos organizado de tal modo que nos ayudaremos mutuamente...

Mad. Ellos seguirán con nosotros...

T. Esto me parece muy bien, en el sentido de que me da la oportunidad de trabajar con mayor serenidad con el muchacho; y ustedes tienen quien les atienda, estaremos en contacto, así que todo marcha del mejor modo posible.

Mad. Doctor, nuestra vida ha cambiado desde que M. está mal, ha empeorado...

T. Me lo imagino...

Mad. Incluso desde el punto de vista económico... algunos días había que comprarle dos o tres cepillos diarios, aunque esto son minucias...

Pad. Esto son tonterías... excepto que... he tenido que trabajar mucho más en estos dos últimos años... bueno...

Mad. Cuéntale un momento al doctor lo del *mouse*...

Pad. Le compré un ordenador, y jugando con un amigo, el amigo tenía un grano en el dedo y manchó de sangre el *mouse*. Él insistió en que le comprara otro *mouse* y se puso tan exaltado que bajé y le compré otro. Actualmente, en las últimas semanas, estas situaciones tan violentas han desaparecido...

Mad. Doctor, una cosa importante, cuando mi marido se fue a comprar el *mouse*, él decía «perdóname papá»...

T. Bien, lo que quisiera aclarar ahora es una cosa, el pasado nadie puede cambiarlo, ¿de acuerdo? Yo no puedo cambiar el pasado, yo trabajo con el presente y el futuro, ¿de acuerdo? Así que lo pasado, pasado, ¿entendido?

Pad. Hay que mirar adelante...

T. Exacto, hay que mirar adelante, al futuro, porque además estoy convencido de que nuestras previsiones influyen mucho más sobre nuestro presente que los hechos sucedidos en el pasado, así que trabajemos con el presente y el futuro..., el pasado ahora ya...

Mad. Doctor, pero ¿por qué le ha pasado una cosa tan horrible a M.?

T. No me pida explicaciones sobre el porqué, ya se lo he dicho... ¿cuándo comprendió que sabía hacer una tortilla?... desde mi punto de vista lo importante es comprender cómo funciona un problema y cómo puede resolverse, el porqué... cuando se ha explicado un primer porqué, aparece un segundo porqué y así sucesivamente, sin límite, yo me intereso por el cómo y por el cómo se puede cambiar...

Pad. Es lo que en definitiva nos interesa también a nosotros, que M. esté mejor y a ser posible bien.

Mad. Además con esto todo se arreglará...

T. Bien, ya tienen quien se ocupará de sus problemas...

Tercera sesión

T. ¿Qué tal? ¿Cómo van las cosas?

P. Doctor, van bastante bien, lo de vomitar y eso lo he hecho un promedio de dos veces al día, excepto ayer, que no lo hice...

T. ¿Y por qué no lo hiciste ayer?

P. Porque conseguí no hacerlo.

T. ¿Cómo?

P. No lo sé, concentrándome conseguí no hacerlo, además porque se me hizo tarde, aquella noche tenía que ir al teatro, y entre paréntesis, en el teatro no me aguantaba, estoy muy inquieto estos días, y además he perdido, quizá, aquellas ganas de vivir que antes tenía, porque, no sé..., el sábado pasado fui a jugar a póquer a casa de unos amigos míos y después de jugar teníamos que ir a la discoteca...

T. ¿Ganaste?

P. No, perdí.

T. ¿Cuánto perdiste?

P. No, perdí poco, diez mil liras, y nada... no lo sé... antes tenía muchas ganas de ir a la discoteca, ahora, no me gusta mucho estar entre tanta gente, no lo sé... he perdido un poco la alegría de vivir que antes tenía, quisiera recuperarla pronto porque... el sábado me gustaría ir a la discoteca...

T. A las chicas las sigues mirando o... ¿tienes miedo de que se te acerquen a causa de tus problemas?

P. No, no, las miro...

T. No tienes miedo de que te contagien...

P. Sí, bueno, pero hace mucho tiempo que no beso a una chica, no he estado bien con la pierna...

T. ¿Tienes ganas?

P. Sí, sí.

Anticipación del pensamiento del paciente

T. Pero en realidad, ¿tienes miedo de que si te besan te contagien todas estas cosas?

P. Sí, sí.

T. ¿Tienes ese miedo?

P. Sí, sí.

T. ¿Mucho?

P. Sí, sí, y además el sábado estaba un poco en crisis, un poco, hice mi media hora, lo hice todo, pensé en lo que piensa de mí todo el mundo...

T. Bien, cuéntame todos tus deberes... ¿qué pasó en la media hora?

P. No sé, en la media hora, no consigo tener ansiedad, incluso pienso en cosas buenas...

T. ¿En qué cosas buenas has pensado, por ejemplo?

P. No sé, que voy a la discoteca, y eso... en una chica...

T. ¿Tienes fantasías eróticas?

P. No, no, eróticas no...

T. ¿Qué clase de fantasías tienes?

P. No lo sé, cualquier cosa...

T. ¿Buena?

P. Buena, además pienso también un poco en las fijaciones...

T. ¿Nunca has conseguido encontrarte mal en la media hora?

P. No, no.

T. Y sin embargo una persona como tú, si se pone a pensar, debería conseguir estar mal.

P. El hecho es que no consigo ni siquiera pensar bien en estas cosas...

T. Y fuera de la media hora, ¿los síntomas han sido los habituales o menos de los habituales?

P. Han sido, no lo sé... normales, han sido como de costumbre, ahora, por ejemplo, tengo miedo de pincharme con una aguja, con una aguja imaginaria, porque ahora voy en la camioneta, y pongo un cojín en el suelo donde me tiendo; por la noche, cuando llego a casa, tengo que mirar si hay alguna aguja en el suelo, si me he pinchado, si veo algún pinchazo. A veces tengo miedo de que haya habido una aguja y por lo tanto tengo que comprobar.

T. O sea que en la media hora no conseguiste estar mal... y por tanto no has hecho nada, no te has tirado por el suelo, no has vomitado... pero fuera de la media hora ha sido más o menos normal... ¿pero normal, como la semana pasada cuando los síntomas habían disminuido, o como la primera vez que viniste?

P. Quizá normal en el sentido de que ha ido un poco mejor.

T. O sea, como la semana pasada...

P. No sé, me preocupé porque fui al hospital a curarme y me pusieron una gasa encima de la herida, y se ensució de sangre y me imaginé que no era mía...

T. Y por lo tanto, seguro que te habían contagiado la enfermedad...

P. Sí, sí, y tuve que quitarme la gasa, desinfectar la herida y volver a poner otra gasa encima.

T. ¿Has hecho los otros deberes?

P. Sí.

T. ¿Qué has hecho exactamente?

P. Otro deber era pensar en qué pensaban los demás de mí...

Percepción de los demás respecto del paciente

T. Sí.

P. He pensado que mi padre cree que soy un muchacho, que estoy en una época un poco difícil... y que, bueno, no estoy muy bien, pero que tengo muchas posibilidades, lo mismo piensa de mí mi madre, que soy inteligente y que tiene confianza.

T. ¿Y los de fuera?

P. Los de fuera piensan, piensan de mí que soy... un poco... tienen mucha confianza en mí, son muy sociables, los amigos, digamos que estamos muy unidos, pero piensan que soy un poco raro...

T. Y realmente lo eres (*sonriendo*), ¿me equivoco?

P. No.

T. Has dicho que te has encontrado mejor esta semana, ¿como la semana pasada?

P. Sí.

T. Esa mejoría, además de tener menos síntomas, menos rituales, ¿repercute en algo más? ¿Estás mejor de estado de ánimo? ¿Qué me dices?

P. Estoy mejor en cuanto a las fijaciones, porque han disminuido en intensidad, pero me noto muy irritable...

T. ¿Con qué?

P. Conmigo mismo.

T. Bien, ¿cuántas veces te has lavado en este período?

P. He hecho lo de las diez veces.

T. Bien, ¿qué ocurría cuando repetías diez veces, ni una más ni una menos...?

P. Lo he repetido diez veces.

T. ¿Siempre diez veces exactamente?

P. Sí.

T. Siempre diez veces exactamente... ni una más ni una menos... al llegar a la décima parabas... ¿alguna vez te has parado antes?

P. Alguna vez sí... pero no, no, sólo cuando vomitaba...

T. ¿Es duro diez veces? (*sonriendo*).

P. Sí, sí.

T. Bien, casi siempre lo has hecho diez veces y después te has parado. Bien... ¿Qué te hace pensar el hecho de que te haya dicho que lo hagas diez veces, ni una más ni una menos, y que tú lo hayas hecho diez veces, y después hayas parado?

P. No sé, no sabría decir.

T. ¿No crees que estás empezando a adquirir dominio y capacidad de controlar tus síntomas?

P. Eh... quizá sí, pero aún me siento muy inseguro en mis cosas.

Reestructuración paradójica de los síntomas

T. Realmente si no se puede reducir un síntoma intentando reducirlo, tenemos que aprender a controlarlo, provocándolo; así pues, ante síntomas, ante rituales como los tuyos, cuanto más intenta uno no hacerlos más acaba haciéndolos... es más, cuanto más intenta tenerlos a raya más se producen... es como querer tener un gato dentro de un saco, cuanto más encerrado lo tienes más araña el gato, finalmente rompe el saco y sale, tú con tus síntomas haces esto... lo que estoy intentando explicarte es que puedes dominar tus síntomas y tener poder sobre ellos provocándolos más, ya que eres capaz de aumentarlos también eres capaz de anularlos, debes empezar a pensar que no es casual que no consigas estar mal en la media hora, y que incluso tengas pensamientos positivos, porque esto sucede siempre en casos como el tuyo, es decir, cuando hay que hacer voluntariamente algo que se produce de manera inevitable, como involuntario se anula...

P. No lo he entendido bien esto...

T. Cuando quiero hacer, yo, en primera persona, algo que normalmente sale de manera espontánea, inevitable, del interior, al querer hacerlo voluntariamente, en lugar de conseguir hacerlo, lo que conseguimos es la anulación de esta acción; así pues, en tu caso

el sentido común, la lógica del sentido común, no funciona actuando sobre tus síntomas; razonar no sirve de nada, hay que utilizar una lógica distinta, la lógica paradójica, en el sentido de que nuestra mente, de vez en cuando, razona de manera paradójica y no de manera lineal como el sentido común; así pues, si una cosa tiene que ser de una determinada manera, no es obligado hacerlo de esta manera, podemos hacer lo contrario; pues bien, yo estoy utilizando esta lógica con tu mente. Quiero que hagas voluntariamente lo que hasta ahora intentabas evitar, porque de este modo aprenderás a controlarlo y a anularlo... ¿entiendes?

P. Sí.

Incremento del tiempo de la «worst fantasy»

T. Pues bien, quiero que conviertas la media hora en cuarenta minutos, y cada día tienes que estar cuarenta minutos pensando en todas las cosas peores... ¿de acuerdo? Durante cuarenta minutos haces todo lo que tengas ganas de hacer, si quieres revolcarte por el suelo, revuélcate, si quieres gritar, grita, si quieres vomitar, vomita, si quieres arrancarte el cabello, te lo arrancas... cuando suene el despertador, se acabó, te lavas la cara, vuelves a tus cosas; además, cada vez que vayas a hacer uno de tus rituales tienes que hacerlo diez veces, ni una más ni una menos, siempre diez veces. ¿De acuerdo?

P. Sí.

T. ¿De acuerdo? Puedes no hacerlo en absoluto, pero si empiezas a hacerlo, tienes que hacerlo diez veces, ni una más, ni una menos, si no tienes ganas de hacerlo no tienes que hacerlo diez veces, pero si tienes ganas de hacerlo, y empiezas a hacerlo, tienes que hacerlo diez veces, ni una más, ni una menos, ¿de acuerdo? Todos, el vómito, el lavado con alcohol, todo... incluso si se te ocurre darte un martillazo en un dedo tienes que hacerlo diez veces (*sonriendo*), ni una más, ni una menos. ¿De acuerdo? Ahora deja que hable con tus padres.

P. Doctor, no lo sé, pero ¿usted cree que compartiendo un cigarrillo con mi madre puede pasar algo?

T. ¿Con tu madre? ¿Tú qué crees? Yo creo que si compartes un cigarrillo con tu madre te va a contagiar una enfermedad gravísima, mucho peor que el sida. ¿Hay alguna enfermedad peor que el sida?

P. No.

Uso de la ironía

T. Sí, las hay peores, o sea que si tú compartes un cigarrillo con tu madre te va a contagiar una enfermedad aún peor...

P. (*ríe*)

T. Decide tú si quieres correr este riesgo, ¿de acuerdo? (*sonriendo*). ¿Lo has hecho?

P. No.

T. Has hecho bien, de lo contrario podrías contagiarte.

(*Entran los padres.*)

T. Y bien, ¿qué ha ocurrido esta semana? ¿Que han podido observar?

Mad. El sábado fue a la escuela y mi marido fue a buscarlo y volvieron nerviosos, después mi marido se fue un rato a trabajar, nos quedamos solos yo y M., enfadadísimo, decía que quería la motocicleta, yo le decía que tenía que esperar todavía un poco, tres o cuatro meses, fuimos también al psiquiatra, pero él me decía, mamá esto es por la pierna no es por aquello, después me puso las manos en la garganta, palabrotas...

T. ¿La ahogó o no?

Mad. No, puesto que estoy aquí (*ríe*), pero en momentos así tengo miedo porque grita, dice palabrotas...

T. ¿El sábado o también otras veces?

Mad. Antes también.

T. ¿En las últimas semanas?

Mad. No, no, sólo el sábado, porque si le llevas la contraria... hay que dárselo todo, siempre hay que decir que sí.

T. Estos jóvenes han crecido, les hemos criado, les hemos criado con la idea de que se les debe todo... y por tanto...

Pad. Digamos que sobre algunos temas se puede hablar tranquilamente... pero sobre otros, por ejemplo, la motocicleta es una de estas cosas y en la situación en que se encuentra...

Mad. No puede ni siquiera atravesar la calle...

Pad. Le veo sumamente distraído, en conjunto le veo incluso demasiado tranquilo...

Mad. Se pasa el día en la cama, doctor.

Pad. Ha venido algún rato conmigo al taller, está trabajando un poco.

T. ¿Qué hace?

Pad. Pinta.

T. ¿Lo hace bien?

Pad. Sí, bastante, hace poco que ha empezado, pero ya ha hecho un trabajo, bastante dirigido; es posible que si sigue así dentro de poco pueda obtener resultados, es un hecho positivo, porque al no ir ya a la escuela, cuesta trabajo ponerse...

Mad. Está muy tenso.

Pad. Sí, ayer incluso salió del teatro...

Mad. ¿Se lo ha dicho?

T. Sí.

Pad. Por último el Mobiten, está tomando media pastilla al mes, excepto el mes pasado que tomó una pastilla... ¿es esto lo que le da esa calma especial, esa tranquilidad?

Mad. Está un poco apagado...

Pad. Está en las nubes, apático, pasmado...

Mad. Sigo estando muy intranquila, incluso si tiene que cruzar la calle solo.

T. Escuche, la cuestión es ésta, a medida que avancemos en nuestro trabajo y vaya mejorando se puede reducir...

Pad. En realidad el psiquiatra ya lo ha previsto.

T. De momento tiene que ser así, pero a medida que vaya mejorando se reducirán...

Mad. Luego otra cosa, el chico fuma mucho.

T. Me ha preguntado si podía compartir los cigarrillos con usted y le he dicho que tuviera mucho cuidado porque podría coger una enfermedad mucho más grave aún, me ha dicho si cojo un cigarrillo de mi madre ¿puede pasar algo? Yo le he contestado: algo muy grave, procura no coger los cigarrillos de tu madre porque de lo contrario puedes coger algo más grave aún, me ha contestado que no hay nada más grave y yo le he dicho que siempre hay algo más grave.

Mad.-Pad. (ríen.)

T. Bien, ¿han notado mejoría?

Pad. Creo que sí...

Destacar los cambios obtenidos

T. ¿Qué ha notado?

Pad. Desde que vino aquí por primera vez estuvo dos días sin vomitar, después ha vuelto, pero de una manera menos nerviosa, casi sólo por hacerlo...

T. Me ha dicho que lo hace las veces necesarias, pero sin...

Pad. Sí, sí, sólo por hacerlo, antes había veces en que sacaba todo lo que había comido.

Mad. Pero no se seca nunca cuando se lava, luego se levanta por la mañana y no se lava la cara...

T. Deje terminar a su marido.

Pad. Sólo decía que en conjunto me parece mucho más amable, aparte del episodio del sábado, porque se trataba de una cosa que le interesa especialmente, le expuse las razones por las que es mejor esperar un tiempo, pero desde luego para él ese tiempo es arbitrario, y digamos que no insistió demasiado en el tema, esto, así que, en general, noto una cierta mejoría acompañada de este estado de... excesiva calma.

T. Tienen que pensar..., usted ha leído un poco, pero además de lo que ha leído, estoy haciendo otras cosas, estoy concentrando toda su obsesividad en cosas que quiero yo y por tanto le estoy obligando a hacer y pensar un montón de cosas; ya les advertí la semana pasada que podrían observar algo extraño, es que está haciendo cosas extrañas para mí. Bien.

Pad. Ya, ya... entiendo.

T. Y lo está cumpliendo al pie de la letra, está haciendo todo lo que le pido de manera puntual y precisa, y los efectos que estoy observando son los habituales, o sea que estoy muy contento.

Mad. Doctor, ¿es normal que sude? Le sudan mucho las manos.

T. Por supuesto, por supuesto, está muy ansioso, preocupado, es normal que le suden mucho las manos.

Mad. El sábado por la noche salió un rato, porque luego se arrepiente, me abraza, me dice te quiero, cuando se calma, y cosas así, luego se puso a llorar en el coche, el sábado por la noche, y dijo: estoy mejorando en lo de las fijaciones, pero me siento muy deprimido.

T. Ahora lo importante es acabar cuanto antes con las fijaciones y los rituales tan graves,

después la depresión, el sentido de inutilidad que sin duda aparecerá, porque cuando uno se libera de problemas tan graves, se produce un cierto desequilibrio, se sale de una situación disfuncional y se encuentra desequilibrado, no se sabe muy bien quién es o quién no es, es de esperar una cosa así, pero esto es lo de menos.

Pad. Yo, digamos que debido a todo este tiempo que pasaremos, porque dentro de un mes, teniendo en cuenta además que M. ha dejado la escuela, nos trasladaremos a I., donde tengo que empezar mi trabajo, como él allí tiene un montón de amigos a los que aprecia mucho porque son más abiertos, más amables, menos digamos...

Mad. En N., digamos que menos nocivos...

Pad. ... él los quiere mucho más, y además al ser un lugar pequeño hay que pasear, el problema de la motocicleta no surgirá más que en raras ocasiones, además tiene amigos, se distrae, conoce gente, es un lugar de veraneo y a él le gusta mucho, posiblemente sólo con esto ya mejorará, tal vez el hecho de que se distraiga más...

T. No creo que esto...

Pad. Pueda afectar al hecho...

Mad. Puede distraerse más...

Pad. Porque el año pasado en primavera estuvo mucho mejor, y acababa de pasar un invierno terrible...

T. Sí, pero aunque pueda tener alguna repercusión será una cosa pasajera, momentánea...

Pad. Sí, sí, quiero decir que la terapia junto con esta otra circunstancia será mejor que cuando está en N., porque en N. se ve obligado a estar en casa o a venir conmigo un rato al taller, pasear...

T. Desde luego.

Mad. Y hacer algún trabajito, allí es mucho más autónomo.

T. Por supuesto, tengo que decir que le he encontrado mucho más sereno, mucho más calmado, mucho más predispuesto y, por tanto, puedo decir que me siento decididamente optimista, mucho más que cuando lo vi por primera vez. Las respuestas a mi trabajo son las que me esperaba, así que seguiré en la misma línea, les repito que si le ven hacer algo extraño no deben preocuparse porque se lo he encargado yo.

Pad. Por ejemplo lo de buscar si había alguna aguja en mi camioneta...

T. Ahora tiene que hacer lo que yo le prescribo, tiene que repetir las cosas tal como le digo, en cierto modo... así pues, observen...

Mad. Doctor, está muy pálido, ¿no? Creo que tiene una mirada un poco desvaída.

T. No se preocupe...

Mad. Era tan animado... era tan animado.

T. Bien, pero usted en su lugar, intentando superar estos problemas, ¿cómo estaría?

Mad. (asiente.)

T. Es más, el hecho de que esté un poco pensativo, un poco triste desde mi punto de vista es una medida positiva, porque se está dando cuenta de los problemas y los está superando; si estuviese eufórico, si no fuera consciente, estaría exaltado...

Mad. Un poco como el sábado...

T. Así que les pido que actúen correctamente, que observen sin intervenir, las cosas que le estoy haciendo hacer nadie las puede hacer por él. ¿De acuerdo?

Pad. Pero a veces es él el que se enfada, y dice... Digamos que yo no utilizo estas palabrotas, me controlo más...

Pad. Pero no en estas cosas, a veces digo pero qué estás buscando, sabes que no hay nada, a veces me sale así...

T. No tiene que decírselo, sólo tiene que observar. Busca. Busca.

Pad. Ya, pero bueno el otro día había allí una escoba y le dije, hazme un favor, ya que miras tanto, barre un poco, que quedan por ahí muchos papeles...

T. Bien, dejen que yo siga adelante, ustedes observen, no hagan más que observar bien. ¿De acuerdo? Luego tienen que explicarme a mí lo que sucede.

Cuarta sesión

T. Cuéntame lo que has hecho esta semana.

P. Doctor, me he tomado la libertad de llevar una agenda y de anotar cuántas veces he vomitado.

T. Muy bien, los has contado.

P. En total los vómitos que me he provocado son digamos seis veces.

T. ¿Seis veces en toda la semana?

P. En toda la semana.

T. Así que, ¿cuánto has reducido?

P. Bastante, sí.

T. Bastante ¿cuánto?

P. Creo que bastante, porque antes era mucho más. Y además tuve una pequeña crisis, porque el lunes al volver de I., porque el sábado y el domingo fui a I., y al volver de I. me descubrí un puntito en el pie y entonces pensé que había sido una jeringa, que me había pinchado, y entonces cogí el agua oxigenada y me estuve frotando con el algodón hasta hacerme una herida en el pie, me destrocé el pie.

T. Ah, no está nada mal.

P. Me destrocé el pie, y luego quería decir que la semana pasada se me olvidó decirle que estaba caminando por el jardín de mi tía y de pronto noté un pinchazo en la pierna. Fui a casa y empecé a pensar y finalmente decidí volver al lugar para investigar.

T. En el lugar del crimen.

P. Para investigar si había alguna aguja o algo así por el suelo, y veo el puntito en el pie y esa noche tuve que volver a salir otra vez.

T. Al lugar del crimen.

P. Al lugar del crimen.

T. ¿Para ver si encontrabas algo?

P. ¿Eh?

T. Y hasta que no encontraste algo no te quedaste contento.

P. No, no tengo que encontrar nada.

T. Tienes que encontrar, tienes que encontrar algo porque, de no ser así, ¿por qué lo buscas si no tienes que encontrarlo?

P. No, tengo que ir para estar seguro de no encontrar nada, de que no hay nada.

De nuevo se insiste en el funcionamiento paradójico de su sistema perceptivo-reactivo

T. Pero hasta que no encuentres seguirás buscando. Así que tú vas para encontrar. Paradójicamente, si encontrases la jeringa estarías contento por fin. He encontrado algo que me da la razón.

P. Esto me plantea una duda seria: si soy seropositivo o algo así.

T. Bueno... en cualquier caso los síntomas se han reducido.

P. Eh, sí. Estoy mejor. Y además el sábado y el domingo fui a I, fui a la discoteca.

T. Incluso eso.

P. No, sí. Me divertí, bebí alcohol, no tendría que hacerlo, digamos que me emborraché un poco.

T. No nos faltaba más que esto. ¿Estabas con los amigos o solo?

P. Con amigos, muchos amigos.

T. ¿Y había chicas?

P. Sí, pero no tuve ninguna relación. Pero quiero estar con algunas chicas porque estoy aburrido de estar solo.

T. ¿Has hecho el último deber?

P. ¿El de las diez veces? Cuando he vomitado no lo he hecho nunca lo de las diez veces, pero lo he hecho al lavarme las manos, con el bidet.

T. ¿Y que sensación te hizo?

P. No lo sé, no sé explicarlo. Me cansaba de hacerlo diez veces.

T. Diez veces es una bonita cantidad.

P. Sí.

T. Aparte del vómito, los otros síntomas ¿han sido más o menos frecuentes de lo habitual?

P. Menos frecuentes. Una cosa frecuente que me obsesiona es el hecho de pincharme. Esto me obsesiona mucho ahora, hacía ya algún tiempo que no lo hacía. Lo hacía al principio.

T. Pincharte con jeringas.

P. Sí. Con agujas imaginarias que me invento.

T. Te inventas. ¿Y dónde ves esas agujas?

P. No, no las veo, digamos que las noto.

T. Las notas de vez en cuando. Entonces tanto da pincharte de verdad ¿no?

P. No, no.

T. Se me está ocurriendo una cosa todavía más rara. Espera, prepárate. Bien, o sea que ves continuamente esas agujas que te pinchan. Dónde las notas más, ¿en casa o fuera?

P. Las noto fuera, en medio de la calle.
T. Bien. Y la crisis de que me has hablado, ¿cuándo ocurrió?
P. El lunes.
T. ¿Cuáles fueron los síntomas?
P. Me puse a llorar un poco. No fue una auténtica crisis.
T. ¿Por qué te pusiste a llorar?
P. Creía que me había pinchado.
T. Y que habías cogido el sida.
P. Sí.
T. ¿Y te enjuagaste con alcohol, como es normal? ¿Te enjuagaste bien diez veces o no?
P. Sí, digamos que estos lavados no son frecuentes. En el bidet me lavo normalmente una vez al día.
T. Con alcohol.
P. No, con alcohol fue ayer. Lo hago una vez al día como todo el mundo, y nada especial.
T. Escucha, y ¿a las chicas las miras o no?
P. Sí, incluso tengo una localizada.
T. ¿Has ojeado una presa?
P. Sí, pero me cansé...
T. Mira, el sida puedes cogerlo de todos modos. Por lo menos si lo coges divirtiéndote, bienvenido, ¿no? ¿O no?
P. No (*riendo*).
T. «Por lo menos he disfrutado un poquito. Si tengo que cogerlo sin disfrutar siquiera... menuda jugada.» ¿Eh?
P. No, mejor que no, porque además ahora no tengo intención de tener una auténtica relación con una chica, la relación de besarse, digamos.
T. Pero también a través del beso se pueden transmitir estas cosas. ¿Qué? ¿La vas a besar a distancia?
P. No, creo que estas cosas no se transmiten con un beso...
T. Se pueden transmitir de cualquier modo, incluso con el pensamiento, dicen.
P. ¿Por qué con el pensamiento?
T. Por telepatía, ¿sabes?
P. Ah, sí.

Exasperar paradójicamente el síntoma

T. Todo se transmite con el pensamiento, incluso las enfermedades. ¿O no?
P. No creo, yo no lo creo.
T. Creo que no podemos escapar a nuestro destino, de un modo u otro.
P. ¿De un modo u otro tengo que coger el sida?
T. Si estás convencido de que es tu destino, de un modo u otro caerás en él. Por lo tanto, qué más da que disfrutes un poco de la vida.
P. No, yo no creo que tenga que coger el sida.

T. Ah, bueno.

P. Es usted un poco malvado.

T. ¿Hoy? (*riendo*). Escucha: ¿estás contento con la reducción de tus síntomas o esta reducción hace que tengas más miedo?

P. No, estoy contento.

T. Y aparte de los síntomas, ¿te sientes más sereno (en estos rituales que tienes que hacer) o te sigues sintiendo más bien nervioso?

P. No he entendido.

T. Aparte de cuando tienes que repetir las cosas para desinfectarte, durante el día, ¿te sientes más sereno o sigues sintiéndote más bien nervioso?

P. No, estoy un poco nervioso porque estoy impaciente, me cansa esperar. Digamos que estoy un poco nervioso.

T. Bien, ¿qué ha pasado en los famosos cuarenta minutos?

P. No, nada, sólo cosas agradables.

T. ¿Qué cosas agradables se te ocurren?

P. Las chicas.

T. ¿Cómo es esta chica? ¿Quieres que hablemos de ella? ¿Qué clase de chica es?

P. Es muy mona.

T. ¿O sea?

P. Tiene la naricita en punta, respingona, ojos oscuros, si no me equivoco porque hace mucho tiempo que no la veo. Sólo la vi el domingo, el sábado en I.

T. ¿Sólo la has visto una vez?

P. No, ya la conocía, pero el sábado fue la única vez que la vi después de mucho tiempo.

T. O sea que en estos cuarenta minutos en que deberías intentar estar mal ocurre, en cambio, lo contrario.

P. De vez en cuando tengo algún pensamiento extraño, no sé, la jeringa y eso, un poco de ansiedad, pero luego sólo pienso en cosas agradables. Me esfuerzo por pensar en cosas malas pero las cosas agradables son más fuertes.

Prescripción de ritual paradójico

T. Tengo un deber aún más bonito para añadir a los otros, que se me ha ocurrido mientras explicabas estas cosas. Tienes que continuar con los cuarenta minutos, que en lugar de cuarenta minutos vuelven a ser media hora, media hora en la que debes esforzarte por estar lo peor posible. Además cada vez que vayas a hacer tu ritual tienes que repetirlo diez veces, ni una más ni una menos, todos, incluso el vómito, ¿de acuerdo? Si vomitas una vez tienes que esforzarte por hacerlo diez veces seguidas.

P. Sí.

T. Además, ya que tienes esta fobia de las agujas y de los pinchazos, quiero que consigas una aguja de coser o un alfiler, ¿de acuerdo? Tienes que llevarlo siempre contigo, en el bolsillo, ¿de acuerdo?

P. Siempre conmigo.

Prescripción de un nuevo ritual paradójico

T. Cada vez que salgas solo y sientas esta sensación de las jeringas imaginarias, pero que las sientes, quiero que cojas esta aguja y te pinches cinco veces en la mano izquierda con la mano derecha y cinco veces en la mano derecha con la mano izquierda, después guardas la aguja.

P. Hummm, tengo que coger una aguja y cada vez que tenga la fijación de que siento un pinchazo, tengo que pincharme cinco veces la mano derecha y cinco veces la mano izquierda.

T. Cada vez que creas sentir que te pinchas con esas agujas de jeringa. Por ejemplo, esta noche, si quieres ir a ver el famoso lugar de las jeringas porque tienes miedo de haberte pinchado con una jeringa, te llevas la aguja, vas allí y pim, pim, pim, pim, pim, no es necesario que te pinches mucho, sólo sentir un ligero dolorcito.

P. ¿Sin que salga sangre?

T. Por descontado. ¿De acuerdo?

P. Comprendo.

T. Todas las veces, desde ahora hasta la próxima semana.

P. O.K.

T. Un deber más extraño que el otro, pero, como ves, las cosas funcionan. ¿Estás contento hasta ahora o no?

P. Sí, pero me gustaría conseguir llegar al punto de querer limpiar yo la sangre de la jeringa, se lo dije la otra vez.

T. Desde luego, llegarás, vamos por el buen camino. En tu opinión, desde que viniste por primera vez, hace tres semanas, ¿cuánto he conseguido reducir tus síntomas?

P. Bastante.

Análisis de la percepción del cambio

T. ¿En qué porcentaje?

P. Quizá por debajo del cuarenta por ciento.

T. Bien. O sea que hemos hecho bastante, ¿no?

P. Sí.

T. Bien. Ya verás que ahora iremos aún más rápidos. Yendo despacio.

P. Yendo despacio.

Sugestión «go slow»

T. Iremos más rápidos yendo despacio, y piensa que de vez en cuando tiene que haber algún mal momento. Porque siempre se dan dos pasos adelante y uno atrás, dos pasos adelante y uno atrás, si no no se avanza.

P. Pero esto del destino...

T. Dos pasos adelante y uno atrás.

P. El hecho del destino de ser seropositivo...

T. Cada uno de nosotros se lo construye, ¿no?

P. ¿Así que mi destino es ser seropositivo?

T. Si te lo construyes sí, si no te lo construyes no.

P. Un amigo mío me dijo: «Tú te preocupas demasiado por el sida, más pronto o más tarde lo cogerás, porque te preocupas demasiado».

T. Es una frase divertida. Bien, piensa también en esto durante la media hora.

P. Sí.

T. Ahora voy a hablar cinco minutos con tus padres, y sigue llevando la cuenta del vómito, va bien.

(Entran los padres.)

T. Bien, cómo ven las cosas...

Mad. De vez en cuando alguna cosa rara.

T. Creo que es inevitable, pero ¿en general?

Pad. Parece que... ¿cuando ocurrió aquel episodio?

Mad. El domingo por la noche en I., entramos en casa y había tanto humo en el apartamento que no se podía respirar. ¿Qué tengo que hacer?

T. A ustedes también les debe parecer evidente lo que me ha dicho a mí, en el sentido de que había hecho una serie de anotaciones de los vómitos y es evidente que se han reducido notablemente.

Pad. Sólo que ahora utiliza la cuchara para vomitar, y además ya no usa el cepillo para lavarse los dientes sino el dedo.

T. Algo es algo, puesto que los dedos se tocan.

Mad. Sigue con el alcohol, evidentemente, ayer se lo puso en el trasero porque vio una pequeña manchita..., por cualquier tontería hace una gran escena. Además, palabrotas cuando se enfada.

T. Bueno, en N. tienen un lenguaje muy expresivo.

Mad. Sí, pero a mí no me gusta. De todos modos, dijo: «Mamá, cuando te veo siento algo, siento ganas de matarte», siempre me da pellizcos.

T. Es una manera de transmitir afecto.

Mad. Sí, pero me molesta.

T. En realidad cuando lo hace está más relajado, tranquilo y sonriente, mientras que antes estas manifestaciones sólo eran violentas.

Mad. La tiene tomada un poco conmigo, dice que tiene que matarme y no sabe por qué. Le he dicho: «Búscate una chica».

T. Lo está pensando y esto es muy positivo, que lo esté pensando muy seriamente.

Mad. De todos modos ha dejado la escuela, se ha dado de baja. Además la otra noche hubo una gran escena porque quería la motocicleta y francamente no estamos dispuestos a dársela. ¿Le ha hablado de esto?

T. Miren, yo me ocupo sobre todo de poder reducir al máximo y en el menor tiempo posible ciertos síntomas, ciertos rituales obsesivos, y estoy extraordinariamente satisfecho, además ustedes me han confirmado la reducción, en realidad estamos casi en un cincuenta por ciento de reducción y esto me produce una gran satisfacción.

Pad. Sí, sí.

T. O sea que ahora me estoy ocupando de esto y no puedo ocuparme de otras cosas... una vez que se hayan reducido los síntomas podré ocuparme también de ciertos aspectos relacionales que deberán entrar en juego, de momento me interesa reducir estos síntomas tan dramáticos, y estamos en el buen camino.

Mad. El sábado fue a la discoteca con los amigos de I. y dijo que había tomado alcohol.

T. Sí, me lo ha explicado.

Mad. Él se dedica cada vez más a la juerga y tengo mucho miedo de que pueda pasarse, ¿entiende?

T. ¿En qué sentido?

Mad. Porque va más de acá para allá, tiene más libertad si está en I. y tengo miedo de que pueda pasarse más y caer de nuevo, como ocurrió el año pasado.

T. Yo creo que con un poco de *grano salis*, es decir, con un poco de cuidado, es bueno que vaya afrontando de nuevo gradualmente las cosas.

Mad. Porque es muy exagerado en todas las cosas, siempre ha sido así. La otra noche volviendo de I. se quitó todas las crostas... junto a la pierna.

T. Me lo ha explicado, me lo ha explicado.

Mad. Siempre lo ha hecho, incluso de pequeñito.

T. No vayamos a investigar el pasado. Yo no me ocupo del pasado, de todos modos no se puede cambiar.

Mad. Siempre ha tenido esta costumbre.

T. Bueno, intentemos cambiar el futuro, el pasado no podemos cambiarlo, querida señora, así que...

Mad. Alrededor del puntito, una peca, se levantó la piel, a base de frotar se hizo sangre...

Pad. De todos modos veo que básicamente está más relajado, y veo que se ha reducido más la confusión que tenía antes... porque incluso viene un rato al taller a trabajar un poco conmigo para tenerlo ocupado, para hacerle hacer algo... en un futuro próximo quién sabe... para evitar que vaya arriba y abajo ahora que nos trasladamos a I. con este trabajito que le he asignado...

Mad. Duerme mucho, doctor.

Calcado a la madre

T. Bien, cuando los niños duermen dicen que están bien.

Pad. Respecto a las medicinas que está tomando, ¿qué piensa? ¿Se las reducirán?

T. Se las irán reduciendo gradualmente y creo que a partir del mes que viene ya se podrían reducir.

Mad. Le ha dado cuatro.

T. Como está reaccionando muy bien y se ven los resultados concretos, es importante al principio que mantenga este apoyo farmacológico, aunque después también es importante hacerle comprender que está reaccionando bien, reduciéndolas.

Pad. Sería mejor que, en lugar de hacer yo de portavoz entre usted y el profesor, para cuando se reduzcan las medicinas, etc..., se pusieran en contacto directamente. Le daré la dirección del profesor.

Refuerzo positivo de los padres

T. Bien, ustedes sigan así, que lo están haciendo muy bien, y procuren que yo pueda contar con su ayuda para decirle a él que realmente lo está haciendo bien. Verán cómo las cosas van a ir cada vez mejor. De vez en cuando está previsto que se produzca alguna recaída, porque forma parte del juego, y si no se produjera sería yo el que la provocaría, porque sirve, es útil para el cambio que de vez en cuando haya una recaída, de no ser así no se llega a cambiar completamente.

Mad. Y cuando llegue ese momento no debemos desanimarnos, porque mi marido hace así (*se golpea dos veces en la frente*) y yo me muero.

T. Eh..., bueno, háganlo entre ustedes, que yo me dedico a pensar en él y él está pensando bien. ¿De acuerdo?

Mad. Doctor, no sé qué decirle.

Quinta sesión

Investigación de los cambios ocurridos durante la semana

T. ¿Qué pasa? Por tu llamada me ha parecido que había buenas noticias.

P. Sí, estoy bien.

T. Cómo, ¿estás bien?

P. Incluso he besado a una chica. No uno de esos besos apasionados...

T. ¿Cómo era?

P. Un beso en la boca. Lo hubiera hecho pero la chica no me gustaba, por eso...

T. ¿Y por qué la besaste entonces?

P. Quizá porque... hacía tanto tiempo que no besaba a una chica.

T. ¿Y dónde ocurrió? Cuéntame.

P. Mañana voy otra vez a I., voy a la discoteca, tres veces por semana, por lo menos.

T. ¿Te encuentras bien allí?

P. Sí, me divierto. Excepto por la pierna, que me duele un poco. Volví a aquel sitio, como me dijo, y efectivamente encontré la jeringa, pero estaba sucia, sin aguja ni nada.

T. De no ser así, ¿cómo podía haber llegado hasta tí?

P. Y luego tuve una duda, me descubrí un puntito encima del pie y entonces me pregunté si por casualidad no me habría pinchado, entonces tuve una duda y por esto me hice los análisis y después le telefoneé.

T. ¿No había nada?

P. No, nada.

T. Bien, ¿has seguido haciendo el jueguito de pincharte con la aguja?

P. Sí, aquí tengo los alfileres.

T. Bien, ¿qué efecto te ha hecho este jueguito?

P. No me ha hecho ningún efecto especial.

T. ¿Y has seguido viendo las jeringas que te pinchaban? ¿Cuántas veces las has visto? ¿Y

notado?

P. No, sinceramente, poquísimas veces esta semana. Sólo esa vez que le he dicho me asusté, porque no sentí ningún dolor, solamente recuerdo haberme hecho una torcedura en el lugar donde estaba la jeringa.

T. ¿Cuántas veces te has tenido que pinchar con tus agujas?

P. Dos veces.

T. Enséñame qué agujas has elegido.

P. No, son alfileres.

T. Estupendo, alfileres, los desinfectaste, ¿no?

P. No, los compré nuevos.

T. Bien, bravo, y cuántas veces te has pinchado, dos veces, diez veces.

P. Cinco aquí y cinco allí.

T. Bravo, ¿y te dolió?

P. Un cierto dolorcillo.

T. Y cuando lo hiciste, ¿qué efecto te produjo?

P. Eh, no lo sé, tal vez una sensación de dolor.

T. ¿Y sólo lo has hecho dos veces?

P. Quizá es la utilidad, porque se me ha pasado, aquella duda... se me ha pasado, aquella duda de que era seropositivo, de que me había pinchado... porque es muy difícil volverse seropositivo si uno se pincha con una jeringa.

T. Escucha, ¿y todos los otros rituales?

P. No, nada. Solamente he vomitado tres veces.

T. ¿Solamente tres veces en toda la semana?

P. Sí. Además ha sido esporádicamente. Ninguna crisis, estoy bien. Me encuentro bien, no lo sé.

T. ¿Cómo te explicas esta mejoría?

P. No lo sé.

T. ¿En cuánto calculas que has mejorado?

P. Veinte por ciento.

T. ¿Qué quieres decir? ¿Que hemos reducido tus problemas en un veinte por ciento?

P. En un veinte por ciento más.

T. Entonces ¿a qué porcentaje hemos llegado?

P. En mi opinión hemos sobrepasado bastante el cincuenta por ciento.

T. Hemos pasado de la mitad. ¿Un cincuenta-sesenta por ciento?

P. Eh, sí. Ah, incluso me he sentido bastante capaz de limpiar la sangre a mi madre. No lo he hecho, pero me sentido bastante capaz. Es decir, podía hacerlo.

Reestructuración del «ve despacio»

T. Espera, despacio. Hemos corrido bastante. Despacio, no tengas prisa. Cuando aprendemos a conducir un coche o una moto se nos va un poco la mano y, si no tenemos cuidado y vamos demasiado rápidos, a la primera curva peligrosa nos salimos de la carretera. Despacio. Ahora hay que ir despacio, disminuir la velocidad. ¿O.K.? Has

hecho cosas muy importantes, ahora despacio, no tengas prisa por limpiar la sangre de la jeringa a tu madre. ¿Coges los cigarrillos de tu madre?

P. Sí, he compartido un cigarrillo con mi padre.

T. ¿Sí? ¿Y qué dicen ellos?

P. Bravo. Estás mejorando.

T. ¿Has vuelto con ellos a los otros doctores? ¿Aquellos a los que vais todos juntos, con la familia?

P. No, fui a saludarles y nada más.

T. Bien, después hablaré yo con ellos. Ahora cuéntame qué has hecho. ¿Has estado en I. o en N.?

P. Un poco en I. y un poco en N. He hecho un poco de terapia. Me he divertido, sólo estas dudas: primero lo de la jeringa, la segunda duda es el hecho de que estaba jugando con las manos con mis amigos, cuando de repente uno me apretó fuertemente con las manos, se divertían haciendo ver que me ahogaban y de repente se me reventó un granito y salió sangre, y me asusté pensando que la sangre no era mía. Después, la tercera duda es que me lavé las manos con el jabón con que se había lavado las manos sucias de sangre el hermano de mi amigo.

T. ¿Con la misma pastilla?

P. Sí, tenía ciertas dudas.

T. En cualquier caso ha sido una semana positiva.

P. Sí, sí. Quizá tengo dudas porque me estoy superando, digamos, porque estoy yendo más allá de mis posibilidades.

T. ¿En qué crees que vas más allá de tus posibilidades? ¿Cuáles son las cosas que haces más allá de tus posibilidades?

P. Quizá, no lo sé, estoy demasiado entre la gente.

T. ¿Por qué demasiado? Estás bien, ¿no es cierto?

P. Sí.

Evitar evitar

T. Entonces, ¿por qué no tienes que estar? Hay una regla que, en tu caso y llegados a este punto, siempre sugiero: evitar evitar. Porque se empieza evitando una cosa, después se evita otra, después otra, después otra hasta que uno se aísla. O sea que: evitar evitar.

P. Sí, sí.

T. O sea que si con la gente estás bien, te diviertes en la discoteca, ¿por qué no tienes que hacerlo? Incluso has besado a una chica...

P. Sí.

T. Pero no te gustaba.

P. No.

T. Y las que te gustan, ¿no están allí?

P. Sí, bueno mañana voy a I. porque va una chica de N., que me gusta mucho y ella quiere ligar conmigo.

T. Ah, sí, ¿y cómo estás tan seguro?

P. Me lo ha dicho un amigo.

T. Así que vas sobre seguro. ¿Cuántas veces te has lavado con alcohol y con las otras cosas?

P. La boca me la he lavado con alcohol tres veces, cuando vomité, después cuatro veces, el miembro sólo una vez.

T. Con alcohol.

P. Y nada más.

T. ¿Y qué había pasado cuando lo hiciste?

P. Porque me senté sobre la tapa del retrete y toqué la tapa con el miembro.

T. ¿En tu casa?

P. Sí.

T. En tu casa naturalmente todo está infectado. ¿Cuáles son los lugares más contaminados, más infectados de tu casa, o las cosas más contaminadas o infectadas?

P. El baño, la taza del retrete.

T. ¿Y además?

P. Nada en concreto.

T. Sólo estas zonas del baño.

P. Sí.

T. Y tus padres, tu hermano, ¿están contaminados o no?

P. Antes sí, pero ahora un poco menos, porque he compartido un cigarrillo con mi padre, así que...

T. Con tu padre, ¿con tu madre no ha pasado nada?

P. Con mi madre no lo he hecho.

T. Pues tienes que hacerlo también con tu madre. Y fuera de casa, ¿cuáles son los lugares más contaminados?

P. Las calles, el pavimento.

T. Porque hay jeringas.

P. ¡Eh!

T. ¿Hay muchas?

P. No las veo, pero las imagino.

T. ¿Has visto muchas?

P. No muchas.

T. ¿Hay muchas cerca de tu casa?

P. No.

T. ¿Vivís en un barrio tranquilo?

P. Bastante.

T. N. es una gran ciudad, ¿hay muchas, no? ¿Cuáles son las zonas donde hay más jeringas?

P. La calle C., cerca del estadio, nada más.

T. ¿Vas alguna vez por aquellos barrios?

P. Sí, pasaba todos los días para ir a la escuela, que está en aquella zona. Ahora ya no voy a la escuela.

T. Entonces ahora no vas por allí ni por casualidad.

P. No, no. Pero no es que quiera evitarlo, basta con no ir a pie.

T. Bien, bien. Esta semana hay que avanzar más, pero despacio, despacio, no hay que ir demasiado rápidos, despacio. Sigue haciendo lo que te apetezca, es decir, ir con la gente, divertirse, besarte, besarse es agradable, y haz alguna otra cosa más porque aún es más agradable. Sigue llevando los alfileres y cada vez que tengas la sensación de que te pinchas: cinco veces y cinco veces (*hace el gesto*). ¿De acuerdo? Además, en cuanto a los rituales de lavado con alcohol y todo esto, quiero que de aquí a la próxima semana, todos los días, dejes de hacer lo de la media hora, pero durante esta media hora harás otras cosas: durante media hora diaria irás por toda la casa tocando las cosas que creas que están más contaminadas, la taza del retrete, la taza del bidet, las cosas que creas que están más contaminadas.

P. Tengo que tocarlas.

Prescripción paradójica desensibilizadora

T. Tienes que tocarlas, después te lavas las manos diez veces exactamente: te las lavas y te las secas diez veces, te las lavas y te las secas diez veces. Todo esto durante media hora diaria. O sea que en la media hora, en lugar de pensar en las peores cosas, vas a hacer las cosas peores. ¿Me explico?

P. Sí.

T. Bien, ¿qué imaginas que haces?

P. Toco la taza del retrete, la del bidet, toco la toalla de mi madre.

T. ¿Y? Tienes que ensuciarlo, contaminarlo y lavarlo diez veces, cada vez tienes que lavarlo durante esta media hora.

P. O sea que toco durante media hora y después me lavo.

T. O bien durante la media hora vas tocando y lavándote, tocando y lavándote, como prefieras.

P. O.K.

T. Además: lleva siempre los alfileres, porque tienen que acompañarte, y cada vez que tengas la sensación de que te pinchas, pínchate con los alfileres. Y ya veremos si realmente consigues ligar con esta chica.

P. Mañana.

T. Creo que no lo conseguirás, ¿eh?... ¿Tú qué crees?

P. Yo creo que sí.

T. Pues yo creo que no.

P. Hagamos una apuesta.

T. Sí, hagamos una apuesta y vayamos despacio, no tengas demasiada prisa, evita evitar, pero no vayas demasiado rápido, no pretendas limpiar la sangre de tu madre, sino compartir cosas con ella. De acuerdo. Ahora voy a hablar con tus padres.

(*Entran los padres.*)

T. Y bien, ¿qué tal el chico?

Mad. Lo veo más tranquilo, pero está hecho un golfo, no hace nada.

T. Bueno, cada cosa a su tiempo.

Mad. Y también es un disoluto.

T. Cada cosa a su tiempo. Hasta ahora era un caso desesperado, ahora es un delincuente, licenciado, vagabundo. Calma, cada cosa a su tiempo.

Pad. Yo estoy satisfecho de cómo van las cosas.

T. ¿Qué han observado en concreto?

Pad. ...

T. Antes que nada... quitarle completamente estos síntomas tan terribles, que según él mismo dice se han reducido más de un cincuenta por ciento; por ejemplo, en cuanto al vómito sólo tres veces, no ha tenido ninguna crisis, en cuanto a las fijaciones de las agujas que lo tocan, sólo dos veces durante la semana. Además no sé si les ha explicado que ha tenido contacto con una chica.

Mad. Sí, sí. Es un hecho importante.

T. Creo que marcha francamente bien.

Pad. Yo también creo que sí.

Mad. Aunque hay cosas que me molestan. A veces hace pipí en el bidet, luego pone papel higiénico en la taza.

T. Precisamente estoy trabajando en este aspecto. Me parece que hemos corrido mucho. Ahora he dicho: despacio, hay que disminuir un poco la velocidad porque de lo contrario nos arriesgamos a salirnos de la carretera. ¿De acuerdo? Lo más difícil ya está hecho. El gran trabajo sobre la sintomatología está hecho, ahora es preciso ir mejorando gradualmente el resto, poco a poco. Para cada cosa habrá una táctica precisa, para cada cosita, y ustedes por su parte podrán hacerme un relato aún más efectivo de cómo andan las cosas.

Pad. Si no le hemos explicado muchas cosas es porque no hay mucho que decir.

T. Cuando se encuentre bien de verdad podremos empezar a darle responsabilidades, compromisos. Pero ahora no es el momento.

Mad. Doctor, quiere todas las cosas que cuestan un montón de dinero, no entiende. Y si le decimos, mira no es el momento, le contesta mal a su padre.

T. Si contesta mal, ya se le pasará.

Pad. Tener mayor responsabilidad con su madre y su padre también significa esto.

Mad. Es una cosa importante. Desde luego, comprendo, esto también es parte de lo mismo.

T. Ahora estamos centrados en una cosa, después abordaremos también este aspecto, ahora no podemos tirar de demasiados cabos. ¿De acuerdo?

Pad. Sí.

Sexta sesión

Relato semanal

T. ¿Cuántas veces te has enjuagado?

P. Vomitar, he vomitado cinco veces. Pero he dado un gran paso, porque besé a una chica y ella tenía un herpes aquí (*señala el labio*), por esto vomité cinco veces.

T. Has hecho además otras cosas, te has lavado con alcohol.

P. Un poco el miembro con alcohol, una vez.

T. ¿Cómo han ido los deberes?

P. Tenía que pincharme con los alfileres e ir a buscar las jeringas. Pero no lo hice porque llovía. Pero he hecho terapias: había una jeringa sobre una mesa, la cogí y me pinché, en vez de ir allí.

T. Y con aquella chica... ¿lo conseguiste?

P. Sí, sí.

T. Explicame qué haces durante el día, ahora.

P. Paso los días con la chica, nos besamos, hablamos con los amigos.

T. ¿Estáis solos o acompañados?

P. Solos, acompañados, da igual.

T. ¿Dónde vives ahora con tu amigo?

P. Antes estaba como huésped, ahora tenemos nuestra propia casa.

T. ¿Y cómo te las has arreglado? ¿Has tenido problemas? ¿Te parecía sucia?

P. No, no.

T. Has compartido cosas con ellos; si te daban de beber, bebías tranquilamente, no has tenido miedo de contagiarte.

P. No, no.

T. ¿Qué otras cosas buenas has hecho? ¿Has hecho el deber del baño?

P. Para ser sincero... me olvidé.

T. Estupendo. ¡Ah!

P. Le juro que lo haré mañana.

T. Porque estabas en casa de otras personas.

P. No, no; mañana lo haré.

T. Genial; dedicado por completo a la novia te has olvidado del deber más importante. ¿Has ido al baño de esa casa? ¿No tenías problemas?

P. No, excepto que para hacer de vientre no me apoyo en la tapa.

T. Y además de la ocasión en que te pusiste alcohol en el miembro, ¿has utilizado el alcohol en otras ocasiones?

P. Sí, sólo para vomitar.

T. Sólo cinco veces... Ehm, y estas cinco veces ¿han sido en los primeros días o en los últimos? ¿Cuándo lo has hecho? ¿De día?

P. De día.

T. ¿Por la mañana o por la tarde?

P. Por la tarde.

T. ¿Después de haber estado besándote?

P. Sí.

T. Esto es porque ella tiene un herpes...

P. Sí, incluso me salió un poco de...

T. Sangre.

P. No, aquella especie de líquido, sabe...

T. Y la semana pasada que ella no tenía el herpes...

Refuerzo de los resultados obtenidos

P. Ah, sí.

T. Cuánto durará este herpes... ¿eh? Es un mal propio de la estación, además la primavera ¿eh? O sea que creo que durará... bien, y qué haces, qué dices.

P. Bueno, estamos juntos, nos reímos, nos divertimos explicando anécdotas... de cuando este amigo mío metía las narices, del accidente que tuve yo, de los hospitales, de lo que ocurrió en urgencias, digamos que nos divertimos así.

T. Bien, bien... Y ahora cuánto hemos avanzado, ¿en qué porcentaje crees que hemos avanzado?

P. ¿Desde el principio?

T. Sí, desde el principio.

P. Bueno, un sesenta, más de un sesenta, cerca del sesenta y ocho por ciento.

T. Pero. Hummm...

P. Sigo teniendo miedo de la sangre, de vez en cuando tengo algunas pequeñas dudas, cuando me salía aquel líquido... además no sé, una cosa un poco embarazosa, tengo que decirle que la otra noche tuve un orgasmo durante la noche, ensució un poco las sábanas y digamos que noté las sábanas pegadas al culo, a la espalda y pensé, ¿pero esto es mío? ¿No es mío?

T. ¿Y qué hiciste luego? ¿Te lavaste?

P. Me lavé.

T. Y después te desinfectaste.

P. De vez en cuando lo pienso, pero no me molesta.

T. Sabes, de noche ha entrado alguien a hacer este trabajito y luego ha dejado la señal de este trabajito... ¿Has visto alguna vez a tus padres durante la semana?

P. No.

T. Sin la presencia de tus padres, ¿te has sentido mejor o peor? ¿Les echas de menos?

P. No.

T. Hummm... ¿Te sientes más liberado?

P. Un poco más liberado.

T. ¿De quién? ¿De tu padre o de tu madre? ¿O de ambos?

P. De mi madre.

T. Porque normalmente tu madre te tiene más... ¿te tiene controlado?

P. Sí. Un poco.

T. ¿Te sientes un poco menos oprimido?... ¿Se lo dices a ella?

P. De vez en cuando.

T. ¿Qué cosas te dan todavía mucho miedo? Hacia las que todavía...

P. Las jeringas, y además la sangre.

T. La sangre, dónde y cómo.

P. Entre los amigos mismos... si a uno le sale sangre.

T. Evitas tocarlo... Otros miedos.

P. No, no, sólo que intento no compartir los vasos, no los comparto con cualquier persona.

T. Yo tampoco.

P. Incluso con los amigos íntimos, por ejemplo, lo comparto con mi novia, pero no lo hago con los amigos íntimos. ¿Usted lo hace?

T. ¿Con los amigos íntimos? A veces... Escucha, dime cómo han reaccionado tus padres.

P. Están contentos, pero me dicen que no me lance demasiado.

T. Bien, bien. Tienes que perdonarme pero hoy tengo prisa y debo dejarte. Los deberes de la semana son: seguir llevando los alfileres y hacer el deber cada vez que sientas o veas las jeringas; y al contrario de lo que te han dicho tus padres, te invito a que te lances al máximo.

Séptima sesión (al cabo de tres semanas)

Renovación de la prescripción e invitación a experiencias con la chica. Relato

T. Hola, ¿cómo va?, ¿cómo te encuentras?

P. Bastante bien.

T. Las patillas y el pendiente, oh, ¿quieres dar el golpe, eh? ¿Para qué quieres el pendiente?

P. Fue un capricho, mucha gente lo lleva.

T. ¿Y a tu novia le gustas con el pendiente?

P. Sí, mucho.

T. Bien, ¿cómo van las cosas?

P. Las fijaciones van bastante bien. Hacía mucho tiempo que no nos veíamos, van bastante bien. Vomitar, digamos que tres o cuatro veces; lo más importante es que no tengo muchas ganas de hablar de estas cosas, creo que mi padre se lo ha dicho, hay varios problemas y un problema es que estoy un poco en crisis, no logro expresarme bien, no tengo la mente ordenada, me siento muy confuso, no tengo ganas de hacer nada, estoy en casa, me acuesto en la cama con la mantita hasta las orejas y no quiero saber nada, después salgo y esto me molesta mucho; además está el problema de que querría trasladarme definitivamente a I.

T. ¿Quieres casarte?

P. No, no es por la chica que quiero trasladarme a I., aparte de la chica es una decisión mía, en I. me siento mejor, más a mi aire, mientras que en N. estoy muy limitado, recuerde, además no sé, el accidente; he ido a N. porque esta mañana tenía que venir a Arezzo y... como se dice en N. es como si me hubieran dado un puñetazo, Dios mío, no podía, tenía una sensación horrorosa, quisiera trasladarme a I., pero hay problemas, sabe, mi padre, esto lo entiendo, la casa... pero ya le habrá hablado de ello mi padre.

T. Sí, tu padre me ha explicado este problema.

P. Sí, mi madre querría una casa en condiciones y hay problemas económicos, yo esto lo entiendo, pero también entiendo otra cosa, que yo para sentirme bien tengo que estar en I., siento que tengo que estar en I.

T. De momento me parece que no existen problemas cuando se puedan... no tiene sentido que ahora digas «es absolutamente imprescindible hacer esto».

P. Me preocupo porque tenemos que decidirlo rápido, porque en septiembre quisiera matricularme en la escuela, porque si consigo resolver mis problemas... no sé cuándo...

T. ¿Cuánto hemos resuelto?

P. Bastante, hemos resuelto un setenta por ciento largo.

Se redefinen los proyectos concretos

T. Teniendo en cuenta lo que nos queda, es evidente que piensas en el futuro, si quieres estudiar y trabajar.

P. Querría continuar los estudios, estoy haciendo el liceo científico, pero no para acabar aquí, me gustaría continuar, ir a la Universidad porque, modestia aparte, creo que soy un chico inteligente, tengo la sensación de que si resuelvo mis problemas podré hacer muchas cosas, me considero un chico inteligente, había pensado venir aquí, a Arezzo, a estudiar en la Universidad de aquí, porque como he tenido desde pequeño contactos con psicólogos y psiquiatras, incluso pensaba en hacer una carrera de estas... lo que más me fastidia es que me siento un poco confuso, quizá porque me estoy curando, no lo sé. También tengo un problema en los ojos, me tengo que poner gotas.

T. Lo que tenemos que hacer ahora es ir muy despacio, hemos corrido demasiado, lo comprendes, ¿no? Hay que disminuir la velocidad, porque nos podemos salir de la vía, hay toda una serie de cosas que están madurando, tienen que resolverse todos los problemas.

P. Sí, es cierto. Hemos corrido demasiado. Sí, pero mis padres...

T. Tus padres... piensa que hasta hace pocos meses tu familia estaba acostumbrada a tener un hijo con un problema enorme, ahora las cosas han cambiado tanto que tu familia tiene que encontrar un nuevo equilibrio.

P. Sí, sí, es correcto.

T. ¿De acuerdo?

P. Me está preocupando demasiado el hecho de que mi novia quiere hacer el amor conmigo y yo no.

T. Hazlo, ¿no? ¿De qué tienes miedo?

P. ¿Cómo? Tengo miedo del sida, creo que si hago el amor con una chica quiere decir que estoy curado, es lo máximo en que he pensado, le digo que se haga unos análisis y luego... eh... ¿es una mala idea?

T. ¡Hombre!, ya que todo está en tu cabeza, por qué tienes que obligarla a ella a...

P. No entiendo, ¿qué significa?

T. Significa que el miedo es tuyo, por tanto, ¿por qué tienes que obligarla a someterse a las revisiones?

P. Digamos que tengo que hacerlo y nada más.

Técnica de la provocación

T. Hummm... creo una cosa, que tú no estás en condiciones...

P. ¿Cree que debo esperar un tiempo?

T. Y tú tienes muchas ganas.

P. Bueno, sí, soy una persona normal.

T. ¿No tienes miedo de tener un disgusto?

P. No, no, soy bastante prudente, ya lo he hecho otras veces.

T. ¿Y lo has hecho bien?

P. Sí, digamos que no se quedó embarazada.

T. ¿Usaste preservativo?

P. A mí me gustaría hacerlo sin, creo que ni siquiera el preservativo es seguro al cien por cien.

T. ¿Contra el sida?

P. Contra el sida.

Prescripción de ritual final

T. Creo que ya que quieres hacerlo, tienes que prepararlo bien, durante estos días debes imaginarte situaciones ideales, dejo a tu elección usar o no el preservativo, pero tienes que darle a ella una sorpresa, tienes que encontrar una situación de aislamiento, donde te sientas tranquilo, ¿dónde podrías hacerlo? ¿Dónde te gustaría hacerlo?

P. Bueno, no sé.

T. ¿Al aire libre? ¿En la playa?

P. Ah sí, en la playa sí.

T. ¿Ya te bañas o todavía no?

P. Yo no, todavía no me he bañado, pero un amigo mío me ha dicho que el agua está fría, muy fría.

T. ¿Muy, muy fría? Bien.

P. El tiempo no es gran cosa.

T. Tú (*muy despacio*) vas a la playa (*pausa*)... si quieres usar preservativo o no lo decides tú. Llevas la situación a un cierto punto, consumas y después... inmediatamente después... inmediatamente después te quitas los calcetines, te quitas los pantalones, te quitas el jersey, todo y vas a darte un baño en el agua fría.

P. No (*muy perplejo*), tengo que hacer el amor con ella... y después... ¡el baño en el agua fría! ¿Tengo que hacer esto?

T. ¡Sí! ¿De acuerdo? Puedes hacerlo más de una vez, a mí me basta con que lo hagas una vez, sólo una vez.

P. ¿Y si no hago el amor con ella en estos quince días?

T. Ya veremos si lo harás o no.

P. Lo que me fastidia es que pienso que después me tengo que desinfectar con alcohol.

T. ¿Está el agua de mar, no?... está... fría.

P. O sea que el deber es éste.

T. Tienes que ir a la playa, debes ser especialmente lento a la hora de llevarla... a construir... tienes que excitarte mucho y luego... cuando se haya acabado todo... como hacían ciertos monjes cuando consumaban sus relaciones sexuales y tenían que castigarse, se echaban al agua helada y se castigaban con el agua helada.

P. Y si lo hago en casa, ¿qué hago? ¿Tengo que ir igualmente a tomar un baño?

T. Desde luego, a la playa y después al agua fría, tienes que castigarte.

Octava sesión

T. ¿Ha ido bien el viaje?

P. Sí, hace sol.

T. ¿Qué tal va?

P. Voy bastante bien, incluso muy bien, hasta diría que extraordinariamente bien.

T. ¿Qué significa extraordinariamente bien?

P. Le llamé un día, pero luego se me pasó la preocupación, la cuestión es que me manché de sangre, pero me tranquilicé porque recordé que la otra vez hubo problemas.

T. Y por lo demás...

P. Hice aquello, y lo hice en la playa. ¡Me acordé de todos los santos! Es increíble el frío que hacía, increíble, no se me olvidará nunca, fue demasiado fuerte, el agua estaba helada, la noche era fría.

T. Cuéntamelo todo de cabo a rabo. Yo te había dado una orden concreta y tú, ¿qué hiciste?

P. Digamos que fuimos a la playa, pero lo hice con el preservativo.

T. ¡Estupendo!

P. ¿Por qué estupendo?

T. Está bien; así se evitan los riesgos, los dos riesgos... existe el otro riesgo de quedarse embarazada.

P. La primera vez no es que estuviera muy bien, ninguno de los dos éramos expertos, así que fue un poco embarazoso, de todos modos fue bastante bien, después me tiré al agua y para qué contarle, es increíble, de todos modos yo quería hacerlo sin.

Redefinición del ritual conclusivo

T. Estaba fría el agua.

P. Increíble, era hielo.

T. ¿Qué sensación tuviste al salir?

P. Un frío tremendo.

T. ¿No tuviste miedo de haberte contagiado?

P. No, pero me fui a casa y me desinfecté como de costumbre, después lo hicimos otra vez.

T. Y te volviste a tirar al mar.

P. No.

T. ¿No te volviste a tirar al mar? ¿Sólo una vez?

P. No, estoy tranquilo, pensé que quizá usted me haría la misma pregunta de en qué porcentaje había mejorado, bueno, he mejorado más del ochenta y cinco por ciento.

Investigación sobre la actual percepción de los síntomas

T. O sea que tenemos aún un quince por ciento de síntomas.

P. Bueno, sí.

T. El ochenta y cinco por ciento lo hemos suprimido del todo.

P. Sí, sí.

T. ¿En qué consiste este quince por ciento que queda?

P. Esto del miedo a la sangre, en las jeringas ya no pienso mucho, o mejor dicho, ya no las veo en medio de la calle.

T. ¿Sigues llevando los alfileres?

P. No.

T. ¿Ya no los llevas?

P. No. Porque ya no los siento.

T. ¿Ya no te sirven de nada?

P. No, ya no lo necesito, me molesta cuando a la chica le sale un poco de sangre de la boca, me molesta, no la beso, a menos que vaya a lavarse bien los dientes, cuando tengo relaciones sexuales con ella, tengo que purificarme con alcohol, digamos que todavía queda algo.

Evaluación y redefinición de los cambios obtenidos

T. ¿Siempre que lo haces con ella tienes que purificarte?

P. Sólo el miembro.

T. ¿Otros tipos de purificación?

P. No, no.

T. ¿Ya no has vomitado?

P. No, un par de veces en estos quince días porque ha habido circunstancias, por ejemplo, porque la besé y le salía un poco de sangre por la boca y luego estúpidamente me lamió la boca, pero sólo en circunstancias así, creo que no vomitaré más, prácticamente se me ha pasado.

T. ¿Piensas mucho en el pasado?

P. No.

T. Estupendo, ¿ahora debéis tener más experiencia a la hora de hacerlo, no?

P. La segunda vez ya fue mejor.

T. ¿Sólo lo habéis hecho una vez? (*sorprendido*). ¿Y eso por qué?

P. Porque cada día luego se convierte en un vicio.

T. Bueno, sí, un dulce vicio.

P. Bueno... pero...

T. Creo que deberías entregarte a fondo.

P. En la playa no nos gustaba hacerlo porque es incómodo, mi casa no siempre está libre.

T. En I. no hay bosques, campos, donde ir por la noche, vamos... ¿tengo que enseñarte yo estas cosas?

P. Sí, sí que hay, pero es incómodo, mejor la cama.

T. ¿Mejor la cama? Ah, además queréis estar cómodos. Cuando yo era un muchacho íbamos a los prados y tenía casa, y dime, cuando vio que te tirabas al mar después de haberlo hecho, ¿qué te dijo?

P. Le dije que era un deber.

T. ¿Y ella? ¿Se echó a reír?

P. No, no, dijo hazlo, nada más, quiere decir que tiene un significado que no sé cuál es.

T. ¿Te fue útil?

P. Sí, me fue útil.

T. ¡Bah! ¿Fresquito, no?

P. ¡¡¡Madre mía!!!

T. ¿Nunca te habías bañado en una agua tan fría?

P. No, fue la primera vez.

T. ¿Y después te secaste en seguida? ¿Qué hiciste?

P. Bueno, me sequé, me cambié, pero tenía mucho frío y me fui a casa, me duché, estaba lleno de arena.

T. ¡Bien, bien! Lo que debes hacer ahora es continuar.

P. ¿O sea...? cada día.

T. Lo más frecuentemente posible.

P. ¿Y cuando no me funciona? ¿Si no me funciona?

T. Basta estimularte un poco, necesitas hacer una *full immersion* en el sexo, que además de dar placer es terapéutico, ¿me explico? Puesto que hemos llegado a un ochenta y cinco por ciento hay que pensar, por una parte «¿cómo podría destruir todo lo que he hecho hasta ahora?» y por otra «me lanzo al máximo en el sexo, así me meto de lleno a través del placer en ese miedo a contagiarme»; el mejor modo de superar es meterse de lleno, y además ¡tendrás que aprender cómo se hacen estas cosas, no!

P. Bueno, sí, ¡desde luego!

T. Y qué más haces, ¿estás ocupado en alguna otra cosa o sólo con la chica?

P. He encontrado un trabajo pero va a terminar mal, digamos que he encontrado dos trabajos, uno lo hice una mañana y lo mandé a la porra y el segundo lo hice una tarde y lo mandé a la porra, el primero era un mal tipo, nos pusimos de acuerdo en que yo serviría a las mesas en un bar y, en cambio, me llevó a la playa, y me hizo excavar, un cansancio de muerte, al final le dije: «no me encuentro bien» y me fui.

T. ¿Qué tenías que excavar?

P. Excavar en la arena, para poner una cabina, fue terrible. El segundo trabajo consistía en rascar las barcas y pintarlas en un astillero, fue mal porque el jefe, el encargado, era muy antipático y el trabajo era muy pesado, la semana que viene iré con un amigo en una camioneta a recorrer la isla y a repartir bolsas de patatas, no sé, a las tocinerías, huevecitos Kinder...

T. Es un trabajo efectivo.

P. No, pero me dan más de cien mil al mes, ahora me fastidia estar sin hacer nada.

T. Me parece correcto que empieces a pagar tus gastos y a preocuparte por controlar tus cosas.

Incentivo a la autonomía personal

P. El año próximo querría hacer dos años en uno.

T. Además creo que lo más importante para tu equilibrio es que te sientas capaz de hacer cosas.

P. Además tener la mente un poco ocupada, muchas personas que saben lo mal que he estado siempre me dicen, M., esto sucede porque nunca has tenido la mente ocupada.

T. Los consejos estaban bien dados, pero yo no contestaría esto, creo que esto no tiene nada que ver con tu problema. Creo que trabajar te sentará bien porque necesitas sentirte útil, necesitas asumir la responsabilidad de lo que haces, si el año que viene...

P. Sí, querría dedicarme a hacer cuarto y quinto a la vez, hacer los exámenes de Estado y sacar una buena nota porque después quiero ir a la Universidad, además está ese problema que no sé cuándo habrá que afrontarlo, usted siempre dice que más adelante, es lo de establecerme en I., porque allí estoy muy bien, tengo la novia, empiezo a encontrar trabajo, hay que ganarse las cosas en la vida.

T. Las cosas hay que conquistarlas, si nos las dan los demás no valen mucho, si las conquistamos valen mucho más, por tanto ese problema podrás afrontarlo cuando hayas demostrado a toda la familia y a ti mismo lo que sabes hacer, ¿de acuerdo? Y te lo ruego, sigue adelante con el sexo.

Encuentro con el padre

T. Bien, me parece que las cosas siguen marchando estupendamente.

Pad. Sí, creo que sí, me imagino que sí. Sin embargo, al mismo tiempo hay una cosa... que ahora ya... está notablemente mejorado, sin ninguna duda, pero no sabe esperar, no sabe qué quiere hacer y por tanto el resultado es que acaba haciendo lo que quiere, ayer tarde quería ir conmigo a N., le dije: salimos a las seis; llego a casa y había telefoneado diciendo que no venía, aprovecha las ocasiones favorables para escabullirse, yo lo entiendo y soy más condescendiente, pero él no sabe lo que quiere y por si fuera poco, me acusa.

T. Sí, pero tiene que tener en cuenta que...

Pad. Me doy cuenta, estoy desorientado por los resultados obtenidos, pero nos envenena la existencia, siempre tiene que crear problemas, sin problemas no puede vivir.

Incentivo a la autonomía libres del problema

T. Ahora usted debe pensar en sus problemas, en su mujer, en su trabajo, en sus cosas, en M. ya pienso yo. Ustedes sólo tienen que colaborar. M. me ha hablado de una serie

de proyectos, ir a la Universidad, hacer dos años en uno, sólo hay que orientarle.

Novena sesión

Redefinición de los resultados obtenidos

T. ¡Hummm! Tienes rizos, por qué te has hecho estos rizos. Ahora que te estás abriendo camino para los pecadillos ¿quieres estar más atractivo?

P. Bueno, sí.

T. ¿Qué me cuentas?

P. Todo va bien. Nada de particular.

T. ¿Todo va bien? ¿No has tenido esos problemas?

P. No, vomitar ya no vomito, por eso no sé qué decir, todo va bien.

T. Todo va bien, los problemas son un viejo recuerdo... ¡Bravo!

P. He llegado a un buen porcentaje, el único obstáculo es hacer el amor sin algo.

T. ¿Y sigues tomando el baño en el mar?

P. Bueno, sí, sí.

T. Lo has vuelto a hacer después de haberlo hecho.

P. Sí.

T. Ah, ¿qué ocurre cuando lo volvéis a hacer después de haberte bañado?

P. Voy a la ducha y me lavo sólo esa parte.

T. ¿Y ella se lava?

P. Sí.

T. ¡Ah! Os laváis los dos... hummm... así que el único problema que queda es hacerlo sin preservativo.

P. Además no tengo ningún problema, porque incluso el otro día a un amigo mío le salió sangre de un grano y al quitarse la sangre se manchó de sangre las manos, yo se las toqué y no me preocupé.

T. ¿Y las jeringas que te pinchan?

P. Vigilo un poco en la playa pero esto es incluso normal.

T. Y las jeringas que estaban y no estaban, ¿las has vuelto a ver?

P. No.

T. Bien, ¿qué ha pasado con tus padres?

P. El período de confusión ha empezado a pasar un poco, estoy contento porque ya no existen los problemas de antes, sino problemas de otro tipo, no sé, mi madre está así así, no se adapta mucho a su trabajo, y digamos que es importante adaptarse sobre todo ahora para estar seguros de ir a I., también hemos encontrado otra casa, un chalet, pero lo que cuenta es el dinero.

T. ¿Estás trabajando?

P. He trabajado unos días, pero no he encontrado un trabajo fijo.

T. ¿No tenías un trabajo de viajar, de llevar cosas?

P. Ah, sí. Pero se necesita una patente y yo no la tengo, todavía no tengo dieciocho

años, tengo que empezar a mirar, a dar vueltas, encontrar un trabajo de media jornada, luego, en septiembre, me pondré a estudiar.

T. Luego, de mayor, tener una profesión importante.

P. Espero.

T. O sea que no se ha vuelto a presentar ninguna de tus fijaciones, los rituales... ya no has hecho nada.

P. No, no.

T. Las jeringas que te imaginabas ya no han vuelto a aparecer, ni el miedo del sida, pero después de haber hecho el amor con tu novia tienes que la varte.

P. Es anormal que me desinfecte, sólo esto es anormal, y luego lo de hacerlo sin, es mejor.

T. Da más placer... ¿Pero ella te ha pedido hacerlo sin? ¿O no?

P. No, no me lo pide porque comprende.

T. Pero tú serías capaz de no correr riesgos haciéndolo sin.

P. No he entendido.

T. El riesgo de que se quede embarazada.

P. Sí, sí, soy prudente, ahora quiero empezar mis vacaciones en paz, necesito un período de tranquilidad porque hace siglos que estoy con los médicos y se me están haciendo casi antipáticos estos dos últimos años, coger el hidroplano, estaba en I., el dinero se iba a espueñas, mi padre se ha gastado millones y millones, no se pueden ni contar.

T. Creo que como ya estás bien no es oportuno que te dé uno de mis jueguecitos, pero es conveniente que lo hagas tú solo porque es una minucia, has llegado al noventa y cinco por ciento, por tanto puedes llegar al cien por cien. Si no lo consiguieras, dentro de unos meses afrontaríamos el problema, pero creo que lo conseguirás porque es una tontería. Si te has librado del noventa y cinco por ciento puedes librarte también solo del cinco por ciento, creo que has hecho muchísimo, ¡piensa en cuando viniste aquí!

P. Yo tengo confianza en usted, de una manera increíble y se ha revelado casi... yo le considero casi un dios, sinceramente.

Despedida y estímulo a la autoestima

T. Gracias, pero no me imagino qué dios podría ser.

P. Porque he ido a otros médicos y nunca he solucionado nada.

T. Te has portado muy bien.

P. Gracias.

Atribución de la responsabilidad del cambio al paciente

T. El mérito te corresponde mucho más a ti que a mí, tú tenías los recursos, yo sólo te he estimulado, no he puesto nada que tú no tuvieras ya dentro, sólo he estimulado tus recursos para que salieran a la superficie, mi trabajo sólo ha sido éste, la responsabilidad de un cambio tan rápido e importante es tuya, he tenido que recurrir a esos jueguecitos un poco raros, un poco ridículos.

P. Demasiado raros incluso.

T. Demasiado raros incluso, porque tenía que estimular así tus recursos, si te lo hubiera pedido así, sin jueguecitos, no lo hubieras hecho, en cambio de este modo has recuperado tus recursos personales.

P. A propósito incluso me he hecho una alianza.

T. La alianza de compromiso.

P. Sí, con el borde labrado.

T. ¿La conservarás?

P. Cómo no, ahora estoy enamorado de esta chica, ya hace tres meses que estamos juntos, no son muchos pero...

T. Es la calidad lo que importa, no la cantidad de tiempo que estáis juntos, hacéis una buena pareja. Bien, querido amigo, nos volveremos a ver en septiembre, si me necesitas yo estaré aquí, pero si no me necesitas... Por eso nos volveremos a ver dentro de tres meses y recuerda que te espera ese cinco por ciento, y como no nos veremos me gustaría que me llamas por teléfono, que me llamas cada quince o veinte días para explicarme algunas cosas, quiero estar informado de cuánto tardas en deshacerte de ese cinco por ciento.

P. Usted cree... o sea que depende de mí que se acabe esta terapia, porque sinceramente me muero de ganas de que se acabe, siento no verle más porque ahora ya me había acostumbrado, pero digamos también porque estoy bien... entonces...

T. Para mí, M., se ha acabado la terapia, sólo voy a controlar los efectos.

P. Ah. ¿Se ha acabado?

T. Sólo se trata de hacer que tú sigas adelante pero con entusiasmo.

P. ¿O sea que depende todo de mí?... Doctor, querría pedirle otro favor, como mi madre me prometió que cuando estuviese curado la abuela materna me regalaría una moto, yo siempre he deseado una moto, si usted pudiera... no sé, darme un papel diciendo que ya estoy curado.

T. En septiembre.

P. ¿En septiembre? De acuerdo.

Bibliografia

Amerio 1982

P. Amerio, *Teorie in psicologia sociale*, Il Mulino, Bologna.

Andolfi 1991

M. Andolfi, *Tre generazioni in terapia*, en Malagoli-Togliatti, Telfener, *Dall'Individuo al sistema*, Boringhieri, Turín.

Andrews, Harvey 1981

G. Andrews, R. Harvey, *Does pshychoterapy benefit neurotic patient? A reanalysis of the Smith, Glass and Miller data*, en «Archives of general psychiatry», 38, 1203-1208.

Ashby 1954

W.R. Ashby, *Design for a brain*, Wiley and Sons, Nueva York; trad. it.: *Progetto per un cervello*, Bompiani, Milán 1970; trad. cast.: *Proyecto para un cerebro*, Tecnos, Madrid 1965.

Ashby 1956

W.R. Ashby, *An introduction to cybernetics*, Methuen, Londres; trad. it.: *Introduzione alla cibernetica*, Einaudi, Turín 1971.

Austin 1962

J.L. Austin, *How to do things with words*, Harvard University Press, Cambridge; trad. it.: *Come fare cose con le parole*, Marietti, Génova 1987, trad. cast.: *Cómo hacer cosas con palabras*, Paidós, Barcelona 1990.

Avnet 1965

H.H. Avnet, *How effective is short-term therapy?*, en L.R. Wolberg (ed.) *Short-term psychoterapy*, Grune and Stratton, Nueva York.

Bandler, Grinder 1975

R. Bandler. J. Grinder, *The structure of magics*, Science and behavior books, Meta Publications, Palo Alto; trad. it.: *La struttura della magia*, Astrolabio, Roma 1984.

R. Bandler, J. Grinder, *Patterns of the hypnotics techniques of Milton H. Erickson, M.D.*, Meta Publications, Palo Alto; trad. it.: *I modelli della tecnica ipnotica di Milton H. Erickson*, Astrolabio, Roma 1984.

Bandura 1974

Bandura , *Psychological modeling*, Aldine, Chicago.

Bandura 1977

Bandura, *Social learning theory*, Prentice Holl, Englewood Cliff.

Bannister, Fransella 1977

D. Bannister, F. Fransella, *Inquiring man: the theory of personal constructs*, Penguin Books, Harmondsworth, Inglaterra.

Bateson 1967

G. Bateson, *Cybernetic explanation*, en «American behavioral scientist», 10, 29-32.

Bateson 1972

G. Bateson, *Steps to an ecology of mind*, Ballantine Books, Nueva York; trad. it.: *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi, Milán 1978.

Bateson 1980

G. Bateson, *Mind and nature*, Bantam Books, Nueva York; trad. it.: *Mente e natura*, Adelphi, Milán 1984.

Bateson, Jackson 1964

G. Bateson, Don D. Jackson, *Some varieties of pathogenic organization*, en «Desorders of communication», vol. 42, Research publications association for research in nervous and mental disease, 270-283.

Bateson y otros 1956

G. Bateson, Don D. Jackson, J. Haley, J.H. Weakland, *Towards a theory of schizophrenia*, en «Behavioral science», I, 251-164; trad. it.: *Verso una teoria della schizofrenia*, 21-24, en C.E. Sluzky, D.C. Ransom, *Il doppio legame*, Astrolabio, Roma 1979.

Beck 1985

Aron T. Beck, G. Emery, *Anxiety disorders and phobia*, Basic Books, Nueva York.

Bergin, Strupp 1972

A.E. Bergin, H.H. Strupp, *Changing frontiers in the science of psychoterapy*, Aldine, Chicago.

Bergin, Lambert 1978

A.E. Bergin, M.J. Lambert, *The evaluation of therapeutic outcomes*, en S.L. Garfield, A.E. Bergins (eds.) *Handbook of psychotherapy and behavior change*, segunda ed., Wiley and Sons, Nueva York.

Bergman 1985

J.S. Bergman, *Fishing for barracuda: pragmatics of brief systemic therapy*, W.W. Norton and Co., Nueva York; trad. it.: *Pragmatica della terapia sistemica breve: come si pesca il barracuda*, Astrolabio, Roma 1986.

Bird-Whistel 1970

R. Bird-Whistel, *Metacommunicational thoughts, about communication studies*, en Jakin y otros, *A language*, Molton, La Haya.

Bloch 1989

A. Bloch, *La legge di Murphy e altri motivi per cui le cose vanno a rovescia*, Longanesi, Milán.

Bodin 1980

A. Bodin, *The interactional view: family therapy approaches of the mental research institute*, en A.S. Gurman y D.P. Kniskern (eds.) *The handbook of family therapy*, Brunner-Mazel, Nueva York.

Boscolo y otros 1988

L. Boscolo, G. Cecchin, L. Hoffman, P. Penn, *Milan systemic family therapy*, Basic Books, Nueva York.

Bourn 1990

- E.J. Bourn, *The anxiety and phobia workbook*, New Harlinger Publications Inc., Oakland.
- Brown 1973
G.S. Brown, *Laws of form*, Bantam Books, Nueva York.
- Butcher, Koss 1978
J.N. Butcher, M.P. Koss, *M.M.P.I. research on brief and crisis-oriented therapies*, en S.L. Garfield, A.E. Bergin (eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, segunda ed., Wiley and Sons, Nueva York.
- Cancrini 1987
L. Cancrini, *Psicoterapia: Sintassi e grammatica*, Nuova Italia, Roma.
- Ceronetti 1987
G. Ceronetti, *Pensieri di te*, Adelphi, Milán.
- Chambers, Hamlin 1957
G.S. Chambers, R. Hamlin, *The validity of judgements bases on «blind» Rorschach records*, en «Journal of consulting psychology», 21, 105-109.
- Cialdini 1984
R.B. Cialdini, *How and why people agree to things*, William Morrow and Co., Nueva York; trad. it.: *Le armi della persuasione*, Giunti Barbera, Florencia 1989.
- De Shazer 1982
S. De Shazer, *Patterns of brief therapy*, Guilford, Nueva York.
- De Shazer 1985
S. De Shazer, *Keys to solution in brief therapy*, W.W. Norton and Co., Nueva York; trad. esp.: *Claves para la solución en terapia breve*, Paidós Ibérica, Barcelona 1991.
- DSM III R 1987
DSM III R, American Psychiatric Association; trad. cast.: *DSM-III-R, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Masson, Barcelona 1988.
- Eigen 1986
M. Eigen, *Il gioco*, Adelphi, Milán.
- Ellis 1981
Ellis, *Teoria e prassi della RET*, en Guidano, Reda (dirs.), *Cognitivismo e psicoterapia*, Angeli, Milán.
- Elster 1979
J. Elster, *Ulysses and the sirens*, Cambridge University Press, Cambridge; trad. it.: *Ulisse e le sirene. Indagini sulla razionalità e l'irrazionalità*, Il Mulino, Bolonia 1983.
- Erickson, Rossi 1982
M.H. Erickson, E.L. Rossi (eds.), *The collected papers of Milton H. Erickson of hypnosis*, vol. I, II, III, IV: *Hypnotic investigation of psychodynamic processes*, Irvington, Nueva York.
- Erickson y otros 1979
M.H. Erickson, E.L. Rossi, S.I. Rossi, *Hypnotic realities: the induction of clinical hypnosis and forms of indirect suggestion*, Irvington Publishers, Nueva York; trad.

- it.: *Tecniche di suggestione ipnotica: induzione dell'ipnosi clinica e forme di suggestione indiretta*, Astrolabio, Roma 1982.
- Fisch y otros 1975
R. Fisch, J.H. Weakland, P. Watzlawick, L. Segal, F. Hoebel y M. Deardoff, *Larning brief therapy: an introductory training manual*, Mental Research Institute, Palo Alto, California.
- Fisch y otros 1982
R. Fisch, J.H. Weakland, L. Segal, *The tactics of change*, Jossey-Bass, San Francisco; trad. it.: *Change: le tattiche del cambiamento*, Astrolabio, Roma 1983.
- Fisch y otros 1982
R. Fisch, P. Watzlawick, J.H. Weakland, A. Bodin, *On unbecoming family therapists*, en A. Ferber, M. Mendelson, A. Naiper (eds.), *The book of family therapy*, Science House, Nueva York.
- Foerster 1970
H. von Foerster, *Thoughts and notes on cognition*, en P.L. Garvin (ed.), *Cognition: A multiple view*, Plenum Press, Nueva York, 25-48.
- Foerster 1973
H. von Foerster, *On constructing a reality*, en P. Watzlawick (ed. 1984), *The invented reality*, W.W. Norton and Co., Nueva York, 41-61.
- Foerster 1974
H. von Foerster, *Kybernetik einer erkenntnistheorie*, en W.D. Keidel, W. Handler, M. Spring (eds.), *Kybernetik und bionik*, Oldenburg, Munich-Viena, 27-46.
- Foerster 1987
H. von Foerster, *Sistemi che osservano*, Astrolabio, Roma.
- Frank 1971
J.D. Frank, *Therapeutic components of psychotherapy. A 25-year progress report of research*, en «Journal of consulting and clinical psychology», 37, 307-313.
- Frankl 1960
V.E. Frankl, *Paradoxical intention*, en «American Journal of psychotherapy», 14, 520-535.
- Galli 1987
Galli (dir.), *Antologia di scritti : Lewin*, Il Mulino, Bolonia.
- Garfield 1980
S.L. Garfield, *Psychotherapy and eclectic approach*, Wiley and Sons, Nueva York.
- Garfield 1981
S.L. Garfield, *Psychotherapy. A 40 year appraisal*, en «American psychologist», 2, 174-183.
- Garfield y otros 1971
S.L. Garfield, R.A. Prager, A.E. Bergin, *Evaluation of outcome in psychotherapy*, en «Journal of consulting and clinical psychology», 37, 307-313.
- Garfield 1989
S.L. Garfield, *The practise of brief pshycotherapy*, Pergamon Press, Nueva York.

Giannattasio, Nencini 1983

E. Giannattasio, R. Nencini, *Conoscenza e modellazione nella psicologia*, La Goliardica, Roma.

Giles 1983

T.R. Giles, *Probable superiority of behavioral interventions: I, Traditional comparative outcome*, en «Journal of behavioral therapy experimental psychiatry», 14 (1), 29-32.

Glaserfeld 1979

E. von Glaserfeld, *Cybernetic experience and concept of self*, en M.N. Ozer (dir.), *A cybernetic approach to assesment of children: towards more human use of human being*, Westview Press, Boulder, Colorado.

Glaserfeld 1984

E. von Glaserfeld, *An introduction to radical constructivism*, en P. Watzlawick (ed.), *The invented reality*, W.W. Norton and Co., Nueva York, 17-40.

Goethe 1983

J.W. Goethe, *Massime e riflessioni*, Theoria, Roma.

Goldwurm y otros 1986

G. Goldwurm y otros, *Tecniche di rilassamento nella terapia comportamentale*, Angeli, Milán.

Gracián 1967

B. Gracián, *Oracolo manuale e arte di prudenza*, Rizzoli, Milán.

Greenberg 1980

G. Greenberg, *Problem-focused brief family interactional pshychotherapy*, en R. Lewis, M.D. Wolberg, L. Marvin, Ph. D. Aronson (eds.), *Group and family therapy*, 307-322, Brunner-Mazel, Nueva York.

Guastafson 1986

J.P. Guastafson, *The complex secret of brief psychotherapy*, W.W. Norton and Co., Nueva York.

Guidano 1988

V. Guidano, *La complessità del sé*, Boringhieri, Turín.

Gurman, Kniskern 1978

A.S. Gurmanm D.P. Kniskern, *Research on marital and family therapy*, en S.L. Garfield, A.E. Bergin (eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, segunda ed., Wiley and Sons, Nueva York.

Haley 1967

J. Haley, *Advanced techniques of hypnosis and therapy selected paper on Milton Erickson M.D.*, Grune and Stratton, Nueva York-Londres; trad. it.: *Le nuove vie dell'ipnosi*, Astrolabio, Roma 1978.

Haley 1973

J. Haley, *Uncommon therapy, The psychiatric techniques of M. Erickson M.D.*, W.W. Norton and Co., Nueva York; trad. it.: *Terapie non comuni*, Astrolabio, Roma 1976.

Haley 1976

J. Haley, *Problem-solving therapy*, Jossey-Bass, Nueva York.

Haley 1985

J. Haley, *Conversations with M. Erickson M.D.*; vol. I: *Changing individuals*, vol. II: *Changing couples*; vol. III: *Changing families and children*, Triangle Press; trad. it.: *Conversazione con Milton Erickson*; vol. I: *Cambiare gli individui*; vol. II: *Cambiare le coppie*; vol. III: *Cambiare le famiglie e i bambini*, Astrolabio, Roma 1987.

Harris y otros 1963

M.R. Harris, B. Kalis, E.H. Freeman, *Precipitating stress: an approach to brief therapy*, en «American journal of psychotherapy», 17, 465- 471.

Harris y otros 1964

M.R. Harris, B. Kalis, E.H. Freeman, *An approach to short-term psychotherapy*, en «Mind», 2, 198-206.

Hecker, Thorpe 1992

J.E. Hecker, G.L. Thorpe, *Agoraphobia and panic: a guide to psychological treatment*, Allyn and Bacon, Boston.

Herr 1979

J. Herr, J.H. Weakland, *Counseling elders and their families*, Springer, Nueva York; trad. it.: *L'anziano e la sua famiglia*, La Nuova Italia Scientifica, Roma 1986.

Hoffman 1981

L. Hoffman, *Foundations of family therapy*, Basic, Nueva York; trad. it.: *Principi di terapia della famiglia*, Astrolabio, Roma 1984.

Hofmannsthal 1980

Hofmannsthal, *Il libro degli amici*, Adelphi, Milán.

Keeney 1985

B. Keeney, *L'estetica del cambiamento*, Astrolabio, Roma.

Keeney 1991

B. Keeney, *La terapia dell'improvvisazione*, Astrolabio, Roma.

Kelly 1955

G.A. Kelly, *The psychology of personal constructs*, 2 vols., W.W. Norton and Co., Nueva York.

Kraus 1972

K. Kraus, *Detti e contraddetti*, Adelphi, Milán

Kuhn 1970

T. Kuhn, *The structure of scientific revolutions*, University of Chicago Press, Chicago; trad. it.: *Struttura delle rivoluzioni scientifiche, come mutano le idee della scienza*, Einaudi, Turín 1978; trad. cast.: *La estructura de las revoluciones científicas*, Fondo de Cultura Económica, México 1975.

Lankton S. y C.H. 1983

S. Lankton, C.H. Lankton, *The answer within: a clinical framework of ericksonian hypnotherapy*, Brunner-Mazel, Nueva York; trad. it.: *La risposta dell'interno, studio*

- clinico della ipnoterapia ericksoniana*, Astrolabio, Roma 1984.
- Lazarus 1981
A.A. Lazarus, *The practice of multimodal therapy*, The Johns Hopkins University Press, Baltimore.
- Lec 1984
S. Lec, *Pensieri spetinati*, Bompiani, Milán.
- Lichtenberg 1978
C.G. Lichtenberg, *Das Lichtenberg trost Büchlein*, Meyster Verlag, Viena-Munic; trad. it.: *Libretto di consolazione*, Rizzoli, Milán 1981.
- Liddle 1982
H.A. Liddle, *Diagnosis and assesment in family therapy: a comparative analysis of six schools of thought*, en B. Keeney (ed.), *Diagnosis and assesment in family therapy*, Aspen Publications, Rockville, M.D.
- Laborit 1982
Laborit, *L'elogio della fuga*, Mondadori, Milán.
- Lorenzini, Sassaroli 1987
R. Lorenzini, S. Sassaroli, *La paura della paura: un modello clinico delle fobie*, La Nuova Italia, Roma.
- Luborsky y otros 1975
L. Luborsky, B. Singer , *Comparative studies of psychotherapies: is it true that everyone has won and all must have prizes?*, en «Archives of general psychiatry», 132, 995-1004.
- Madanes 1981
C. Madanes, *Strategic family therapy*, Jossey-Bass, San Francisco; trad. it.: *Per una terapia familiare strategica*, La Nuova Italia, Roma 1987.
- Madanes 1990
C. Madanes, *Behind the one-way mirror*, Jossey-Bass, San Francisco.
- Mahoney 1979
M.J. Mahoney, *Cognition and clinical science*, Plenum Press, Nueva York.
- Mahoney 1991
M.J. Mahoney, *Human change process*, Basic Books, Nueva York.
- Maisondieü, Matayer 1986
J. Maisondieü, L. Matayer, *Les thérapies familiales*, Press Universitaires de France, París; trad. it.: *Le terapie familiari*, Cappelli, Bolonia 1988.
- Malagoli-Togliatti, Telfener 1991
M. Malagoli-Togliatti, U. Telfener, *Dall'individuo al sistema*, Boringhieri, Turín.
- Maturana, Varela 1973
Maturana, Varela, *De máquinas y seres vivos*, edición Universitaria; trad. it.: *Macchine ed esseri viventi*, Astrolabio, Roma 1992.
- Maturana 1978
H.R. Maturana, *Biology of language: the epistemology of reality*, en G.A. Miller, E. Lennberg (eds.) *Psychology and biology of language and thought*, Academic Press,

- Nueva York.
- Minguzzi 1986
G.F. Minguzzi, *È possibile valutare i risultati della psicoterapia?*, en «Il giornale italiano di psicologia», 13 (1), 7-13.
- Montalvo, Haley 1973
B. Montalvo, J. Haley, *In defense of child therapy*, en «Family process», XII, 227-244.
- Morin 1984
E. Morin, *Scienza con coscienza*, Franco Angeli, Milán.
- Muench 1965
G.A. Muench, *An investigation of the efficacy of timelimited psychotherapy*, en «Journal of counseling psychology», 12, 294-299.
- Nardone 1988
G. Nardone (dir.), *Modelli di psicoterapia a confronto*, Il Ventaglio, Roma.
- Nardone, Watzlawick 1990
G. Nardone, P. Watzlawick, *L'arte del cambiamento, manuale di terapia strategica. Ipnoterapia senza trance*, Ponte dell Grazie, Florencia; trad. cast.: *El arte del cambio. Manual de terapia estratégica e hipnoterapia sin trance*, Herder, Barcelona 1992.
- Nardone 1991
G. Nardone, *Suggestione - Ristrutturazione = Cambiamento*, Giuffrè, Milán.
- Neumann, Morgenstern 1944
J. von Neumann, O. Morgenstern, *Theory of games and economic behavior*, Princeton University Press, Princeton, N.Y.
- O'Honlon, Hexum 1990
W.H. O'Honlon, *An Un common Casebook*, W.W. Norton and Co., Nueva York.
- O'Honlon, Weiner Davis 1989
W.H. O'Honlon, M. Weiner Davis, *In search of solution*, W.W. Norton and Co., Nueva York.
- Pensifory 1988
R.Z., Pensifory, *Anxiety, phobias and panic*, Life Skills.
- Phillips, E.L. Wiener 1966
E.L. Philips D.N. Wiener, *Short term psychotherapy and structural behavior change*, Mc.Growhill, Nueva York.
- Popper 1972
K.R. Popper, *Objective knowledge*, Oxford University Press, Londres; trad. cast.: *Conocimiento objetivo*, Tecnos, Madrid 1974.
- Popper 1983
K.R. Popper, *Realism and the aim of science*, Hutchinson, Londres; trad. cast.: *Realismo y el objetivo de la ciencia*, Tecnos, Madrid 1985.
- Prigogine 1980
I. Prigogine, *From being to becoming*, Freeman and Co., San Francisco; trad. it.:

- Dall'essere al divenire: tempo e complessità nelle scienze fisiche*, Einaudi, Turín 1986.
- Rabkin 1977
R. Rabkin, *Strategic psychotherapy*, Basic Books, Nueva York.
- Reda 1986
Reda, *Sistemi cognitivi complessi e psicoterapia*, La Nuova Italia, Roma.
- Ritterman 1983
M. Ritterman, *Using hypnosis in family therapy*, Jossey-Bass, San Francisco; trad. it.: *L'ipnosi nella terapia della famiglia*, Astrolabio, Roma.
- Rogers 1954
C. Rogers, *La terapia centrata sul cliente*, Giunti, Florencia.
- Rosen 1982
S. Rosen, *The values and philosophy of Milton Erickson*, en *Erickson approaches to hypnosis and psychotherapy*, J.K. Zeig (ed.), Brunner-Mazel, Nueva York.
- Rosenthal 1966
R. Rosenthal, *Experimenter effects in behavioral research*, Appleton-Century-Crofts, Nueva York.
- Salvini 1988
A. Salvini, en E. Fiora, I. Pedrabissi, A. Salvini, *Pluralismo teorico e pragmatismo conoscitivo in psicologia della personalità*, Giuffrè, Milán.
- Salvini 1991
A. Salvini, *La paura è semplicemente un'emozione?*, en «Rivista di scienze sessuologiche», 4 (1991) 1, 9-16.
- Selvini Palazzoli y otros 1975
M. Selvini Palazzoli, L. Boscolo, G. Cecchin, G. Prata, *Paradosso e contraparadosso*, Feltrinelli, Milán.
- Segal 1980
L. Segal, *Focused problem resolution*, en E. Tolsen, W.J. Reid (eds.), *Models of family therapy*, Columbia University Press, Nueva York.
- Shlien 1957
J.M. Shlien, *Time limited psychotherapy: an experimental investigation of practical values and theoretical implications*, en «Journal of counseling psychology», 4, 318-329.
- Schopenhauer 1980
A. Schopenhauer, *Aforismi sulla saggezza del vivere*, Longanesi, Milán.
- Simon y otros 1985
B.F. Simon, H. Stierlin, C.L. Wynne, *The language of family therapy: a systemic vocabulary and sourcebook*, Family Process, Nueva York.
- Sirigatti 1975
S. Sirigatti, *Behavior therapy and therapist variables: A-B distinction in the treatment of monophobias*, en «Bolletino di psicologia applicata», 127-129.
- Sirigatti 1988

- S. Sirigatti, *La ricerca valutativa in psicoterapia: modelli e prospettive*, in G. Nardone (dir.), *Modelli di psicoterapia a confronto*, Il Ventaglio, Roma.
- Skinner 1974
B.F. Skinner, *The behavior of organism*, Appleton-Century-Crofts, Nueva York.
- Sluzki, Donald 1979
C.E. Sluzki, C.R. Donald, *Double bind the foundation of the communicational approach to the family*, Grune and Stratton, Nueva York; trad. it.: *El doppio legame*, Astrolabio, Roma 1979.
- Smith y otros 1980
M.L. Smith, G.U. Glass, T.I. Miller, *The benefits of psychotherapy*, John Hopkins University Press, Baltimore.
- Stolzenberg 1978
G. Stolzenberg, *Can an inquiry into the foundations of mathematics tell us anything interesting about mind?*, en *Psychology and biology of language and thought*, Academic Press, Nueva York; trad. it.: en P. Watzlawick, *La realtà inventata*, Feltrinelli, Milán 1988.
- Strupp, Hadley 1979
H.H. Strupp, S.W. Hadley, *Specific vs. nonspecific factors in psychotherapy: a controled study of outcome*, en «Archives of general psychiatry», 36, 1125-1136.
- Talmom 1990
M. Talmom, *Single session therapy*, Jossey-Bass, Nueva York.
- Thom 1990
R. Thom, *Parabole e catastrofi*, Il Saggiatore, Milán.
- Turner, Beidel 1988
S. M. Turner, D.C. Beidel, *Treating obsesive compulsive disorders*, Pergamon Press, Nueva York.
- Ugorio 1991
V. Ugorio, *La costruzione relazionale dell'organizzazione fobica*, en Malagolo-Togliatti, Telfener, 215-228.
- Varela 1975
F. Varela, *A calculus for self-reference*, en «International Journal of General Systems», 2.
- Varela 1979
F. Varela, *Principles of biological autonomy*, North Holland, Nueva York
- Varela 1988
F. Varela, *Il circolo creativo: abbozzo di una storia naturale della circolarità*, en P. Watzlawick, *La realtà inventata*, Feltrinelli, Milán.
- Watzlawick 1976
P. Watzlawick, *How real is real?*, Fandom House, Nueva York; trad. it.: *Realtà della realtà: confusione, disinformazione, comunicazione*, Astrolabio, Roma 1976; trad. cast.: *¿Es real la realidad? Confusión, desinformación, comunicación*, Herder, Barcelona 1994.

Watzlawick 1977

P. Watzlawick, *Die Möglichkeit des Anderssein: zur Technik der therapeutischen Kommunikation*, Verlag Hans Huber, Berna; trad. it.: *El lenguaje del cambiamento: elementi di comunicazione terapeutica*, Feltrinelli, Milán 1980; trad. cast.: *El lenguaje del cambio. Nueva técnica de la comunicación terapéutica*, Herder, Barcelona 1989.

Watzlawick 1981

P. Watzlawick (dir.), *Die erfundene Wirklichkeit*, Piper und Co., Verlag, Munich; trad. it.: *La realtà inventata*, Feltrinelli, Milán 1988.

Watzlawick 1985

P. Watzlawick, *Hypnotherapy without trance*, en J. Zeig (ed.), *Ericksonian psychotherapy*, vol. I: *Structure*, 5-14, Brunner-Mazel, Nueva York.

Watzlawick, Weakland 1978

P. Watzlawick, J.H. Weakland, *La prospettiva relazionale*, Astrolabio, Roma.

Watzlawick y otros 1967

P. Watzlawick, J. Beavin, Don D. Jackson, *Pragmatics of human communication: a study on interactional patterns, pathologies and paradoxes*, W.W. Norton and Co., Nueva York; trad. it.: *Pragmatica della comunicazione umana*, Astrolabio, Roma 1971; trad. cast.: *Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas*, Herder, Barcelona 1991.

Watzlawick y otros 1974

P. Watzlawick, J.H. Weakland, R. Fisch, *Change: principles of problem formation and problem solution*, W.W. Norton and Co., Nueva York; trad. it.: *Change: la formazione e la soluzione dei problemi*, Astrolabio, Roma 1974; trad. cast.: *Cambio. Formación y solución de los problemas humanos*, Herder, Barcelona 1995.

Weakland y otros 1974

J.H. Weakland, R. Fisch, P. Watzlawick, A. Bodin, *Brief therapy: focused problem resolution*, en «Family process», XIII; trad. it.: *Terapia breve: una soluzione focalizzata dei problemi*, en P. Watzlawick, J.H. Weakland, *La prospettiva relazionale*, Astrolabio, Roma 1978.

Weeks, L'Abate 1982

G. Weeks, L. L'Abate, *Paradoxical psychotherapy: Theory and practise with individuals, couple and family*, Brunner-Mazel, Nueva York.

Wester, Smith 1984

W.C. Wester, H.A. Smith, *Clinical hypnosis*, J.B. Lippincott Company, Filadelfia.

Wiener 1947

N. Wiener, *Time, communications and the nervous system*, en R. W. Miner (ed.), *Teleological mechanisms*, en «Annals of the New York Academy of Sciences», 50, 4, 197-219.

Wiener 1967

N. Wiener, *The human use of human being: cybernetics ad society*, segunda ed., Avon, Nueva York.

Wiener 1975

N. Wiener, *Cybernetics, or control and communication in the animal and the machine*, segunda ed., Massachusetts Institute of Technology Press, Cambridge, M.

Wilde 1986

O. Wilde, *Aforismi*, Mondadori, Milán.

Whitehead, Russell 1910-1913

O. Whitehead, B. Russell, *Principia mathematica*, 3 vols., Cambridge University Press, Cambridge.

Wittgenstein 1983

L. Wittgenstein, *Tractatus Logico-Philosophicus e Quaderni 1914-1916*, Einaudi, Turín; trad. cast.: *Tractatus Logico-Philosophicus*, Alianza, Madrid; *Cuaderno azul y marrón*, Tecnos, Madrid 1976.

Wittgenstein 1980

L. Wittgenstein, *Osservazioni sulla filosofia della psicologia*, Adelphi, Milán.

Wolpe 1958

J. Wolpe, *Psychotherapy by reciprocal inhibition*, Stanford University Press, Stanford.

Wolpe 1973

J. Wolpe, *The practice of behavior therapy*, Pergamon, Nueva York.

Wolpe 1981

J. Wolpe, *Life Without Fear*, New Horlinger Publication, Oakland.

Zeig 1980

J. Zeig, *A teaching seminar with Milton H. Erickson*, Brunner-Mazel, Nueva York.

Zeig 1985

J. Zeig, *Ericksonian psychotherapy*, Brunner-Mazel, Nueva York.

Zeig 1987

J. Zeig, *The evolution of psychotherapy*, Brunner-Mazel, Nueva York.

Breve crónica de la investigación

1. La relación con Watzlawick y sus colegas evolucionó más tarde, y de la primitiva relación maestro-discípulo se pasó a la colaboración e intercambio de información. Fruto de esta colaboración fue la publicación de *El arte del cambio* (Nardone-Watzlawick 1990).
2. Para este tema, véase cap. 3 de Nardone-Watzlawick 1990.

Capítulo 1

1. Para la exposición detallada de este constructo, se remite al capítulo siguiente.
2. Tal como se explicará a continuación, la definición concreta del problema que ha llevado al sujeto/s a solicitar la terapia es el primer paso de un tratamiento estratégico.

Capítulo 2

1. Los modelos teóricos que se presentan como no falsificables, puesto que comprenden y explican cualquier suceso, y que por tanto no resultan ni creíbles ni científicos.

Capítulo 3

1. El cambio 2 es, según la definición de Watzlawick: «Hay dos tipos distintos de cambio: uno que se produce dentro de un sistema que permanece sin cambios, mientras que el otro –cuando se produce– cambia el sistema mismo. Pongamos un ejemplo de esta distinción en términos más conductistas. Una persona que tiene una pesadilla puede hacer muchas cosas en su sueño: correr, esconderse, luchar, gritar, saltar de un precipicio, etc., pero ningún cambio de cualquiera de estos comportamientos a otro pondrá jamás fin a la pesadilla. *De ahora en adelante nos referiremos a este tipo de cambio como cambio 1*. La única forma de acabar con un sueño implica pasar de soñar a estar despierto. Evidentemente, estar despierto no forma parte ya del sueño, pero es un cambio a un estado completamente distinto. *De ahora en adelante nos referiremos a este tipo de cambio como cambio 2*». (Watzlawick et al. 1974, 27).
2. Las fobias frente a un objeto concreto, situación o animal, por ej.: miedo a los perros, miedo al agua, al público, etc. Estas fobias son formas de trastorno no generalizado, es decir, en estos casos los sujetos no han estructurado un sistema de percepción y reacción frente a la realidad, basado en el miedo, sino que manifiestan reacciones fóbicas solamente frente a determinados estímulos.
3. Este modelo de intervención terapéutica, para poder ser explicitado claramente tanto desde el punto de vista epistemológico como operativo, requeriría ser analizado y

discutido detalladamente, pero como esto ya se ha hecho de manera sobrada en otro lugar (Nardone-Watzlawick 1990, Nardone 1991), se invita al lector interesado en profundizar en estos temas a que consulte estos textos; de otro modo correríamos el riesgo de incurrir en tediosas repeticiones.

4. *136 estratagemas*, Guida 1991.

5. *Go slow technique in Brief therapy*. Véase Fisch *et al.* 1982.

6. Algunos ejemplos clarificadores de los rituales compulsivos pueden ser los siguientes: 1. un joven administrativo, obligado por su temor obsesivo a equivocarse a repasar y volver a repasar indefinidamente los números progresivos de las facturas y de otros trabajos, un buen día se derrumbó y tuvo que dejar temporalmente su trabajo; 2. un joven obsesionado por la idea angustiosa de ser homosexual se sometía diariamente a maratones de películas y revistas pornográficas, para medir y comprobar su excitación ante el sexo femenino o el masculino; 3. una mujer perseguida por la convicción de haber atropellado a un peatón se veía obligada a volver al lugar del presunto «delito» con otra persona que le confirmase que no era cierto lo que creía; 4. un marido, convencido obsesivamente de que su mujer le engañaba, conseguía encontrar la falsa confirmación de su idea en cualquier hecho, aunque no tuviera nada que ver con ello, y de este modo se veía obligado a seguir a todas partes a su mujer y a controlar todos sus movimientos; 5. una muchacha que para poder dormir tenía que realizar, antes de acostarse, el ritual de comprobar todas las cerraduras de las puertas, de las ventanas, y repetirlo varias veces. Luego, durante la noche, se despertaba y tenía que comenzar de nuevo el ritual de control.

7. Para la secuencia estratégica de la intervención en las fijaciones hipocondríacas, véase la pág. 107.

8. Por otra parte, el estudio, la adquisición y la utilización del lenguaje del cliente es uno de los presupuestos esenciales del método estratégico: el terapeuta y el tratamiento deben adaptarse al paciente y no el paciente al tratamiento y al terapeuta.

Capítulo 4

1. Comunicación al Congreso Internacional de Psicoterapia Cognitiva de Enna.

Capítulo 5

* A la redacción de este capítulo ha contribuido Laura Del Citeria.

1. Para profundizar en esta temática véase Nardone-Watzlawick 1990, cap. 2.

2. De la teoría de los sistemas se obtiene el constructo referente a que cualquier sistema se resiste al cambio de su equilibrio, aun cuando éste sea disfuncional.

3. Por otra parte, ya en otros trabajos (Nardone-Watzlawick 1990, Nardone 1991) ha sido tratado el tema de la evolución del método estratégico, desde las primeras

expresiones ericksonianas hasta las formulaciones de los modelos de terapia breve estratégica de los años setenta, y las actuales formulaciones de terapia breve estratégica y constructivista.

4. G. F. Cecchin, *Comunicación personal*. Arezzo 1990.

Apéndice

1. La transcripción fiel y completa de las terapias (con la omisión de los nombres de las personas y de los lugares para garantizar el anonimato de los pacientes que, no obstante, han autorizado la publicación de su tratamiento) y la distinción de los movimientos ha sido efectuada por un grupo de alumnos y colaboradores, a quienes el autor quiere expresar su agradecimiento, y que merecen por lo menos ser citados personalmente. Son los siguientes: Angelita Malfetti, Costantino Casilli, Rita Rocchi, Manuela Giannotti, Branka Scojanic, Leonardo Bruni, Aldo Chiappini. Finalmente, Laura Del Citero, que ha revisado conmigo su trabajo.

Ficha del libro



Giorgio Nardone está considerado como el representante más importante de los investigadores de la llamada Escuela de Palo Alto y es el único alumno y heredero de Paul Watzlawick, con el que fundó el *Centro di Terapia Strategica* de Arezzo donde lleva a cabo su actividad como psicoterapeuta y docente. Está internacionalmente reconocido como uno de los terapeutas más creativos y rigurosos gracias a sus numerosos, innovadores y eficaces trabajos sobre Modelos en Terapia Breve y Problem Solving

Estratégico. Entre otras actividades, dirige la Escuela de Postgrado de Especialización en Psicoterapia Breve Estratégica (MIUR) de Arezzo y también la Escuela de Comunicación y Problem Solving Estratégico en Arezzo y Milán (Italia); imparte clases de «Diálogo en la psicología clínica» en la Universidad de Florencia; es miembro del comité consultivo del Consejo de los Derechos Humanos del Niño de la Univ. de San Francisco (EE.UU.); es coordinador de la red mundial de la *Revista Europea de Psicoterapia Breve Estratégica y Sistémica*; co-dirige la revista *Journal of Brief, Strategic and Systemic Therapies* y es fundador emérito de *The American Association of Brief & Strategic Therapists*. Giorgio Nardone imparte regularmente conferencias y seminarios tanto clínicos como de «management» por todo el mundo. Además ha publicado 27 libros que han sido traducidos a numerosas lenguas y entre los cuales destacamos *Miedo, pánico, fobias*; *Corrígeme si me equivoco*; *Psicosoluciones*; *Terapia Breve estratégica* y *El arte del cambio* (estas dos últimas con Paul Watzlawick).

Otros títulos de interés:

Giorgio Nardone

[No hay noche que no vea el día](#) (ebook)

[Psicosoluciones](#) (ebook)

[Corrígeme si me equivoco](#) (ebook)

Giorgio Nardone/Tiziana Verbitz/Roberta Milanese

[Las prisiones de la comida](#) (ebook)

Giorgio Nardone/Claudette Portelli

[Conocer a través del cambio](#)

Giorgio Nardone/Paul Watzlawick

[El arte del cambio](#) (ebook)

[Terapia breve: filosofía y arte](#)

**VIKTOR EL HOMBRE
FRANKL EN BUSCA
DE SENTIDO**



Herder

El hombre en busca de sentido

Frankl, Viktor

9788425432033

168 Páginas

[Cómpralo y empieza a leer](#)

* Nueva traducción*

El hombre en busca de sentido es el estremecedor relato en el que Viktor Frankl nos narra su experiencia en los campos de concentración.

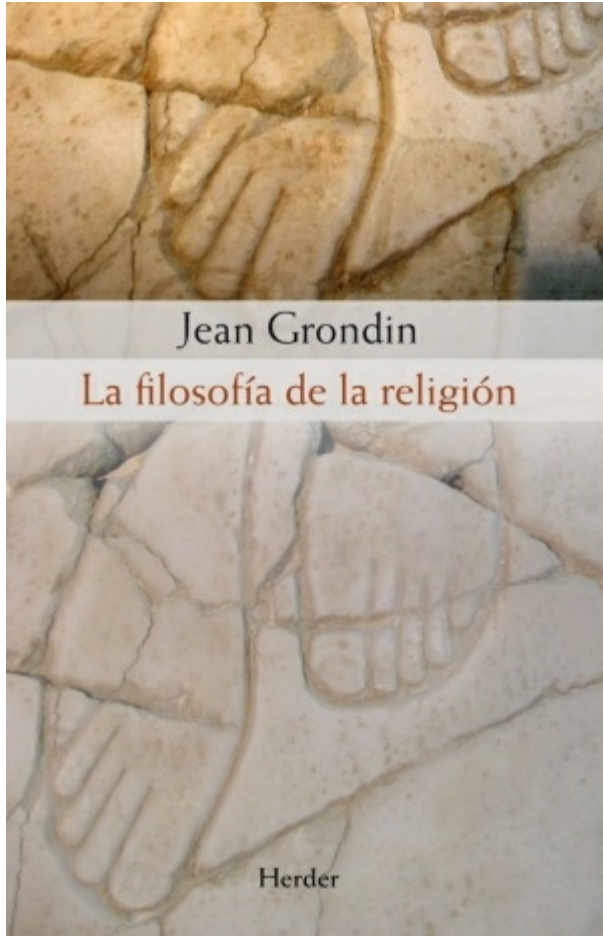
Durante todos esos años de sufrimiento, sintió en su propio ser lo que significaba una existencia desnuda, absolutamente desprovista de todo, salvo de la existencia misma. Él, que todo lo había perdido, que padeció hambre, frío y brutalidades, que tantas veces estuvo a punto de ser ejecutado, pudo reconocer que, pese a todo, la vida es digna de ser vivida y que la libertad interior y la dignidad humana son indestructibles. En su condición de psiquiatra y prisionero, Frankl reflexiona con palabras de sorprendente esperanza sobre la capacidad humana de trascender las dificultades y descubrir una verdad profunda que nos orienta y da sentido a nuestras vidas.

La logoterapia, método psicoterapéutico creado por el propio Frankl, se centra precisamente en el sentido de la existencia y en la búsqueda de ese sentido por parte del hombre, que asume la responsabilidad ante sí mismo, ante los demás y ante la vida. ¿Qué espera la vida de nosotros?

El hombre en busca de sentido es mucho más que el testimonio de un psiquiatra sobre los hechos y los acontecimientos vividos en un campo de concentración, es

una lección existencial. Traducido a medio centenar de idiomas, se han vendido millones de ejemplares en todo el mundo. Según la Library of Congress de Washington, es uno de los diez libros de mayor influencia en Estados Unidos.

[Cómpralo y empieza a leer](#)



La filosofía de la religión

Grondin, Jean

9788425433511

168 Páginas

[Cómpralo y empieza a leer](#)

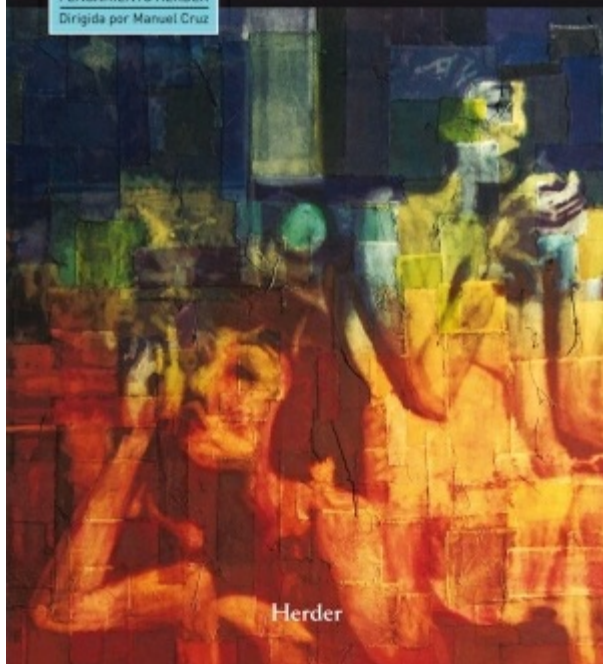
¿Para qué vivimos? La filosofía nace precisamente de este enigma y no ignora que la religión intenta darle respuesta. La tarea de la filosofía de la religión es meditar sobre el sentido de esta respuesta y el lugar que puede ocupar en la existencia humana, individual o colectiva.

La filosofía de la religión se configura así como una reflexión sobre la esencia olvidada de la religión y de sus razones, y hasta de sus sinrazones. ¿A qué se debe, en efecto, esa fuerza de lo religioso que la actualidad, lejos de desmentir, confirma?

[Cómpralo y empieza a leer](#)

Byung-Chul Han
La sociedad del cansancio

PENSAMIENTO HERDER
Dirigida por Manuel Cruz



Herder

La sociedad del cansancio

Han, Byung-Chul

9788425429101

80 Páginas

[Cómpralo y empieza a leer](#)

Byung-Chul Han, una de las voces filosóficas más innovadoras que ha surgido en Alemania recientemente, afirma en este inesperado best seller, cuya primera tirada se agotó en unas semanas, que la sociedad occidental está sufriendo un silencioso cambio de paradigma: el exceso de positividad está conduciendo a una sociedad del cansancio. Así como la sociedad disciplinaria foucaultiana producía criminales y locos, la sociedad que ha acuñado el eslogan Yes We Can produce individuos agotados, fracasados y depresivos.

Según el autor, la resistencia solo es posible en relación con la coacción externa. La explotación a la que uno mismo se somete es mucho peor que la externa, ya que se ayuda del sentimiento de libertad. Esta forma de explotación resulta, asimismo, mucho más eficiente y productiva debido a que el individuo decide voluntariamente explotarse a sí mismo hasta la extenuación. Hoy en día carecemos de un tirano o de un rey al que oponernos diciendo No. En este sentido, obras como Indignaos, de Stéphane Hessel, no son de gran ayuda, ya que el propio sistema hace desaparecer aquello a lo que uno podría enfrentarse. Resulta muy difícil rebelarse cuando víctima y verdugo, explotador y explotado, son la misma persona.

Han señala que la filosofía debería relajarse y convertirse en un juego productivo, lo que daría lugar a resultados completamente nuevos, que los occidentales deberíamos abandonar conceptos como originalidad, genialidad y

creación de la nada y buscar una mayor flexibilidad en el pensamiento: "todos nosotros deberíamos jugar más y trabajar menos, entonces produciríamos más".

[Cómpralo y empieza a leer](#)



Martin Heidegger

La idea de la filosofía
y el problema de
la concepción del mundo

Herder

La idea de la filosofía y el problema de la concepción del mundo

Heidegger, Martin

9788425429880

165 Páginas

[Cómpralo y empieza a leer](#)

¿Cuál es la tarea de la filosofía?, se pregunta el joven Heidegger cuando todavía retumba el eco de los morteros de la I Guerra Mundial. ¿Qué novedades aporta en su diálogo con filósofos de la talla de Dilthey, Rickert, Natorp o Husserl? En otras palabras, ¿qué actitud adopta frente a la hermeneútica, al psicologismo, al neokantismo o a la fenomenología? He ahí algunas de las cuestiones fundamentales que se plantean en estas primeras lecciones de Heidegger, mientras éste inicia su prometedora carrera académica en la Universidad de Friburgo (1919- 1923) como asistente de Husserl.

[Cómpralo y empieza a leer](#)

JESPER JUUL



Decir no, por amor

Padres que hablan claro:
niños seguros de sí mismos

Herder

Decir no, por amor

Juul, Jesper

9788425428845

88 Páginas

[Cómpralo y empieza a leer](#)

El presente texto nace del profundo respeto hacia una generación de padres que trata de desarrollar su rol paterno de dentro hacia fuera, partiendo de sus propios pensamientos, sentimientos y valores, porque ya no hay ningún consenso cultural y objetivamente fundado al que recurrir; una generación que al mismo tiempo ha de crear una relación paritaria de pareja que tenga en cuenta tanto las necesidades de cada uno como las exigencias de la vida en común.

Jesper Juul nos muestra que, en beneficio de todos, debemos definirnos y delimitarnos a nosotros mismos, y nos indica cómo hacerlo sin ofender o herir a los demás, ya que debemos aprender a hacer todo esto con tranquilidad, sabiendo que así ofrecemos a nuestros hijos modelos válidos de comportamiento. La obra no trata de la necesidad de imponer límites a los hijos, sino que se propone explicar cuán importante es poder decir no, porque debemos decirnos sí a nosotros mismos.

[Cómpralo y empieza a leer](#)

Índice

Cubierta	2
Portada	3
Créditos	4
Índice	5
Prólogo a la edición española	8
Prefacio	18
Introducción	21
La estructura del libro	28
La epistemología cibernético-constructivista	30
Breve crónica de la investigación-intervención	34
1. Definición del problema y de las metodologías	43
1. El problema: definición y/o descripción de las formas graves de miedo, pánico y fobia	43
Clasificación de las neurosis fóbicas extraída del dsm-iii-r (1987)	46
1) Síndrome de ataques de pánico: criterios de diagnóstico	46
Formas específicas de ataques de pánico	47
2) Síndrome de agorafobia con ataques de pánico: criterios de diagnóstico	47
Formas específicas de comportamiento de evitación agorafóbica	47
3) Agorafobia sin ataques de pánico: criterios de diagnóstico	48
4) Síndrome obsesivo-compulsivo: criterios de diagnóstico	48
5) Hipocondría. Criterios de diagnóstico	49
2. El grupo de sujetos de la investigación-intervención	50
2. Formación y persistencia de los trastornos fóbicos	53
1. Formación y persistencia: premisa epistemológica	53
2. Formación y persistencia: recogida de datos empírica	58
3. Soluciones ensayadas del sistema perceptivo-reactivo de la agorafobia	67
4. Soluciones ensayadas y persistencia del síndrome de ataques de pánico	68
5. Soluciones ensayadas y persistencia del síndrome compuesto de agorafobia y ataques de pánico	70
6. Soluciones ensayadas y persistencia del síndrome obsesivo-compulsivo	71
7. Soluciones ensayadas y persistencia del síndrome fóbico-hipocondríaco	72

8. El modelo de la interacción entre las soluciones ensayadas y la persistencia en los trastornos fóbicos	74
3. Cambio y solución	81
1. Premisas epistemológicas, hipótesis y experimentaciones iniciales para el diseño del tratamiento	81
2. El modelo de terapia breve-estratégica de los trastornos fóbicos	87
Esquema del modelo de tratamiento	88
Primer estadio: primera sesión	88
Segundo estadio: de la segunda a la quinta sesión	89
Tercer estadio: de la sexta sesión en adelante	89
Cuarto estadio	90
3. La estrategia y las estrategias para la solución de la agorafobia	90
El protocolo de tratamiento	93
Primer estadio	93
Segundo estadio	96
Tercer estadio	99
Cuarto estadio: última sesión	101
4. La estrategia y las estrategias para la solución del síndrome de los ataques de pánico	102
El protocolo de tratamiento	103
Primer estadio	103
Segundo estadio	105
Tercer estadio	107
Cuarto estadio: última sesión	110
5. La estrategia y las estrategias para la solución de los síndromes mixtos de agorafobia y ataques de pánico	110
6. La estrategia y las estrategias para la solución de los síndromes obsesivo-compulsivos	112
El protocolo de tratamiento	113
Primer estadio	113
Segundo estadio	115
Tercer estadio	117
Cuarto estadio	119
Quinto estadio: última sesión	120
7. La estrategia y las estrategias para la solución de los síndromes fóbico-hipocondríacos	121

8. Reflexiones al margen de las técnicas	121
4. Eficacia y eficiencia del tratamiento	124
1. La validez de un modelo de terapia	124
2. Eficacia de la terapia	125
3. Datos relativos a 152 casos tratados: resultados de la intervención	130
4. Valoración de la eficiencia de la terapia	133
5. El método estratégico en relación con otros modelos de psicoterapia	137
Epílogo	150
«Las contraindicaciones»	150
Apéndice	152
Estudio de dos casos clínicos	152
1. Cómo anular el miedo al miedo: un caso de agorafobia con ataques de pánico	152
Primera sesión	152
Segunda sesión	159
Tercera sesión	166
Cuarta sesión	171
Quinta sesión	175
Sexta sesión	180
Séptima sesión	184
Octava sesión	189
Novena sesión	194
Décima sesión	201
2. Ritual y contrarritual: un caso de compulsiones fóbico-obsesivas	205
Primer encuentro: entran los padres del paciente	205
Segunda sesión	221
Tercera sesión	227
Cuarta sesión	235
Quinta sesión	242
Sexta sesión	247
Séptima sesión (al cabo de tres semanas)	250
Octava sesión	253
Encuentro con el padre	256
Novena sesión	257

Bibliografía	260
Notas	272
Breve crónica de la investigación	272
Capítulo 1	272
Capítulo 2	272
Capítulo 3	272
Capítulo 4	273
Capítulo 5	273
Apéndice	274
Información adicional	275