

Giorgio Nardone
con Claudette Portelli

Obsesiones, compulsiones, manías



Entenderlas y
superarlas en tiempo breve

Herder

GIORGIO NARDONE CON CLAUDETTE PORTELLI

Obsesiones, compulsiones, manías

Entenderlas y superarlas en tiempo breve

Traducción: MARIA PONS IRAZAZÁBAL

Introducción. El trastorno obsesivo-compulsivo, o la tiranía del absurdo

En una clínica alemana para trastornos mentales un paciente sufre un trastorno realmente extraño: aplaude de forma compulsiva. Los psiquiatras, incapaces de ayudarlo, piden la opinión de dos conocidos psicoterapeutas. El psiquiatra que se ocupa del caso presenta al paciente a los dos profesores y le pide que explique por qué aplaude continuamente. «Para ahuyentar a los elefantes», responde el hombre. El psiquiatra, siguiendo la lógica y el estudio de la realidad, replica: «Pero si en Alemania no hay elefantes». «¿Ve cómo funciona?», rebate el paciente.

Creo que encontraríamos pocos ejemplos capaces de poner en evidencia la lógica aparentemente absurda que se halla en la base del trastorno mental y conductual que llamamos obsesivo-compulsivo; dicho de otro modo, la irrefrenable compulsión a desarrollar comportamientos o pensamientos de forma repetitiva y ritualizada, que destacan por encima de cualquier otra actividad del

individuo. Según las investigaciones, se cree que más del 5% de la población sufre esta patología de una forma grave que requiere terapia. Hay que señalar de antemano que no se trata de un trastorno «moderno»: numerosos personajes históricos lo han padecido, empezando por Sócrates, quien, como cuenta Jenofonte, sentía la compulsión de querer explicar a todo el mundo su filosofía, hasta a los comerciantes de la antigua Atenas, que rechazaban sus elevadas reflexiones. Alejandro Magno es célebre por su asombrosa manía de grandeza, el deseo irrefrenable de conquista y sus ritos propiciatorios; Miguel Ángel se sometía a auténticas torturas físicas; Leonardo quería tener siempre cerca el cuadro de la Gioconda; Alessandro Manzoni no podía evitar guardarlo todo, se dice que incluso sus excrementos. Podríamos continuar la lista e incluir en ella «testimonios» modernos de ese trastorno, muchos de los cuales exhiben sus manías como atractivos artísticos: no es casual que el actor Leonardo Di Caprio interpretara magistralmente el papel de Howard Hughes, afectado de un grave trastorno obsesivo-compulsivo, en la película *El aviador*. Otros cuentan cómo han superado el trastorno que anulaba su rendimiento, como lo hace el gran tenista André Agassi en su autobiografía *Open*: en sus últimos partidos, su obsesión por la pérdida del cabello lo había llevado a prestar más atención a su cabellera que a la pelota, hasta que decidió exhibir su calvicie; el campeón olímpico de esgrima Aldo Montano, en su libro *Risorgere e vincere [Resurgir y vencer]*, cuenta cómo fue anulado durante años por ciertas compulsiones irrefrenables que no podía evitar poner en práctica antes de cada competición, convencido de que de no practicarlas sería derrotado,

ritos propiciatorios que se habían transformado en auténticas prisiones mentales.

Pero el objetivo de esta obra es tratar sobre la patología invalidante y su terapia, y no sobre las excentricidades de personajes famosos, a menos que estas se hayan convertido en auténticos trastornos que exigen un tratamiento. Para ello es importante poner de manifiesto desde un principio que el trastorno obsesivo-compulsivo se sostiene sobre lógicas completamente distintas a las ordinarias, pero que no se trata de un absurdo: en realidad, se basa en una lógica coherente. De modo que solo es ilógico si se observa superficialmente, puesto que parte de presupuestos lógicos que, llevados al extremo, conducen al absurdo. Pero si se adopta un punto de vista antropológico y etológico, lo que la psiquiatría oficial define en el DSM-IV-TR [*Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, cuarta edición revisada] como «trastorno obsesivo-compulsivo» puede ser descrito como la necesidad irrefrenable de tener el control de la realidad, que se expresa en una serie de acciones o pensamientos rituales; su repetición redundante tiene la función de reafirmar a la persona en el control de lo que puede suceder o de los efectos de lo que ha sucedido. Desde la perspectiva de un observador no experto, resulta absurdo que aquello que surge de una necesidad racional de control se vuelva luego totalmente irracional. Por ejemplo, es sano procurar no ensuciarse o lavarse después de haberse ensuciado, pero es insano lavarse durante horas ante la duda de si se ha tocado algo sucio y, tras haberse lavado a conciencia, seguir dudando de si es suficiente y ser impulsado a lavarse de nuevo. O bien, sin duda es sano antes de acostarse controlar que las puertas, los grifos y el gas estén cerrados, pero es decididamente absurdo despertarse varias veces por la noche y volver a controlarlo todo. Puede ser sano elaborar una fantasía positiva respecto a una prueba que hay que superar, pero resulta insano estructurar un ritual de pensamiento propiciatorio que no puede evitarse antes de enfrentarse a cualquier prueba.

Como puede verse, la lógica del trastorno obsesivo-compulsivo se basa en el hecho de que lo que es correcto y sano se convierte, a través de una repetición exasperada, en una auténtica tiranía de lo absurdo, que básicamente se sostiene en la necesidad de estar seguros respecto a la propia realidad: «Me he lavado tan bien que no puedo estar infectado por el VIH», «He rezado tan bien que no podrá pasarme nada en la vida», «Lo tengo todo tan bien controlado que no podrá sucederme nada peligroso». De lo lógico se llega, por exceso, a lo ilógico. El filósofo del siglo XVIII Georg Lichtenberg escribía: «La mente del hombre es tan dúctil y corruptible que podemos enloquecer a través de la razón». Es lo que ocurre justamente en el caso del trastorno obsesivo-compulsivo. Lo confirma también la moderna neuropsicología (Goldberg, 2005, 2009), al revelarnos cómo se

modela el cerebro adaptándose a las experiencias repetidas: paradójicamente, es en virtud de la flexibilidad y de la adaptabilidad mental que, al repetir una acción o un pensamiento un número determinado de veces, no solo los volvemos razonables, sino que hacemos que se conviertan en una compulsión irrefrenable. También en este tipo de patología, como en la mayoría de los trastornos psicológicos, lo que marca la diferencia es el nivel cuantitativo: al superar un cierto umbral, se transforma en salto cualitativo. Por debajo de este umbral, donde la funcionalidad se transforma en disfuncionalidad, esas modalidades de gestión de la realidad son sanas y adaptativas. Ser atentos y meticulosos en el desarrollo de un trabajo es un valor que hace a las personas rigurosas y fiables; tener que revisar algo que ya ha sido controlado varias veces porque no se está seguro de haberlo realizado correctamente se convierte en un problema; desarrollar una compulsión irrefrenable a controlar de nuevo varias veces lo que ya ha sido controlado se convierte en una patología. Sin embargo, las posibilidades de desarrollar un trastorno obsesivo-compulsivo no se basan solo en el miedo, como podría parecer, puesto que existen también compulsiones igualmente patológicas basadas en el placer, por ejemplo, la compulsión a arrancarse los cabellos y pelos del cuerpo hasta quedarse totalmente lampiño, o el deseo irrefrenable de cortarse para experimentar la ambivalente sensación de dolor/placer, o las compras compulsivas o la compulsión patológica al juego o al hurto. A veces, además, el trastorno implica no solo al sujeto, sino también al cónyuge o a los padres, que al intentar ayudar a la persona se convierten en cómplices de la patología, como en el caso de la madre que hace las cosas en lugar del hijo para que este no se exponga a sus propios temores. Este comportamiento, como veremos a continuación, confirma la incapacidad del muchacho y alimenta el trastorno. La ayuda se convierte en un daño, que confirma la validez de la tiranía del absurdo.

Si analizamos la cárcel mental que representa el trastorno obsesivo-compulsivo, podemos observar que precisamente el intento de buscar seguridad frente a un miedo o la tendencia irrefrenable a buscar sensaciones se estructuran rígidamente en una patología.

Con todo lo expuesto queremos brindar al lector un primer contacto con un mundo solo aparentemente ilógico, en el que las trampas que la mente es capaz de construir se presentan con toda su evidencia. Afortunadamente, nuestra corruptibilidad y adaptabilidad mental también nos hace capaces de dar un vuelco a la situación y orientar positivamente nuestros autoengaños patológicos transformándolos de disfuncionales en funcionales. Este libro será un viaje a través de los distintos modos en que se constituye la tiranía del absurdo y aprisiona la mente en sus trampas, pero también, y sobre todo, veremos cómo se puede salir de

estas prisiones y reconducir el absurdo a la racionalidad a través de recorridos estratégicamente planificados.

1. La formación de la patología: cómo la mente construye su propia prisión

Un aspecto fundamental de cómo nuestra mente construye la trampa en la que queda presa es el hecho de que, en el proceso de formación de un trastorno obsesivo-compulsivo, se pueden observar ciertas «regularidades»^[1] en la forma de estructurarse; al mismo tiempo se ponen de manifiesto motivaciones distintas que desencadenan las reacciones y el círculo vicioso de la patología. En la investigación-intervención^[2] sobre esta patología, realizada por el autor y sus colaboradores durante más de veinticinco años en más de veinte mil casos tratados, se ha llegado a distinguir cinco tipos fundamentales de motivación que activan acciones y pensamientos compulsivos.

El primer tipo lo representa la *duda que desencadena la necesidad de respuestas tranquilizadoras*.

Se trata, por ejemplo, de la duda de estar infectados o contagiados de una enfermedad a través del contacto con un agente exterior. Esta duda activa la necesidad de buscar respuestas absolutas y tranquilizadoras; debo prevenir la infección por todos los medios, o bien, si esto no es posible, debo activar las modalidades de desinfección, para poner remedio a lo que ya ha sucedido. La dinámica surge de una duda que pone en marcha un sistema de protecciones razonables, preventivas o reparadoras, que al exacerbarse se convierten en la prisión obsesivo-compulsiva. Este tipo de trampa mental puede activarse también a partir de una duda acerca de lo que puede beneficiar a mi vida: por ejemplo, he hecho un examen y me ha salido bien, ese día llevaba puestos unos determinados pantalones y una camiseta y realicé un recorrido determinado para ir a la universidad. Cuando llega el siguiente examen sigo el mismo ritual y el profesor me pregunta sobre temas que conocía bien; es posible que funcione, de modo que en el próximo examen haré lo mismo. La repetición de este guión puede convertirse también en este caso en una compulsión irrefrenable; si no puedo seguir el guión, el miedo hará que me vaya mal en el examen, demostrando la asociación puramente casual entre el ritual y el resultado del examen.

Este primer tipo surge de una duda a la que respondo poniendo en práctica una serie de acciones o pensamientos que en mi mente funcionan, y por este motivo repito tales acciones o pensamientos hasta que se instalan como compulsión irrefrenable. Lo irracional se vuelve totalmente racional.

La segunda modalidad consiste en la *ritualidad que deriva del exceso de rigidez*

ideológica o en el respeto a una moralidad o en la creencia supersticiosa. Por ejemplo, temo haber cometido un pecado, tengo que rezar para expiar la culpa o para conseguir el perdón, un ritual reparador claramente vinculado a una forma de religiosidad punitiva. O bien me obligo a renunciar a algo que me gusta para resistir a la tentación, pero como es muy difícil me impongo un ritual preventivo, como lavarme con agua fría cada vez que siento el impulso erótico para bloquearlo; o bien, sobre una base moral, puedo activar rituales propiciatorios, como ritos matutinos de oración para que ese día todo salga bien; trato de ganarme la benevolencia de Dios para que a mí y a mis seres queridos no nos ocurra nada malo.

El tercer tipo consiste en la *exacerbación de procesos de razonamiento racional hasta hacerlos completamente irracionales.* Por ejemplo, antes de tomar una decisión tengo que analizar todas las posibilidades, ya que si no lo hago corro el riesgo de equivocarme; esta actuación es razonable, pero si aplico este criterio lógico llevándolo al extremo, se transforma en la incapacidad para tomar cualquier decisión rápidamente. Cuando me encuentro ante situaciones que exigen una respuesta inmediata, tengo que analizar antes compulsivamente todas las

variables. Este proceso conduce al cortocircuito: cuanto más trato de obtener seguridad, menos la consigo. El intento de prevenir los errores se transforma en la incapacidad de actuar. Es lo que sucede cuando, antes de realizar actos importantes, pongo en práctica procedimientos preventivos correctos, que sin embargo exagero en un intento de lograr seguridad, repitiéndolos o tratando de ejecutarlos siempre del mismo modo. Es el caso frecuente del cirujano que, como rito propiciatorio, antes de entrar en el quirófano, al realizar los procedimientos correctos de lavado, desinfección y cambio de ropa, controla hasta la exasperación que todo se realice exactamente del mismo modo, y la más mínima variación en el ritual lo desquicia. Lo que es razonable se transforma en una manía irracional que invalida las capacidades. Cuando me siento inseguro y temo haber cometido un error, controlo una y otra vez lo que he hecho hasta que me resulta imposible hacer lo que pretendía. Por ejemplo, un contable que está convencido de haber cometido un error revisa repetidamente los documentos y repite exageradamente los cálculos hasta bloquearse.

El cuarto tipo lo representa el mecanismo por el que la patología se desencadena partiendo de *actos de sana prevención llevados al extremo:* la prevención se transforma en fobia. Por ejemplo, una madre preocupada por la salud de su hijo llega al extremo de no permitirle exponerse a situaciones consideradas peligrosas. Si bien por una parte es positivo, por la otra puede transformarse en una burbuja de cristal protectora, por ejemplo, cuando al niño no se le puede acercar nadie

porque toda persona es un posible portador de infecciones, cuando se evitan los animales, cuando se teme el más mínimo cambio de temperatura o la exposición al viento o al sol. A menudo, en estos casos la casa se convierte en el templo de la limpieza, y todo aquel que entre ha de ser primero desinfectado: la prevención se transforma en manía fóbica. También en este caso existen muchas variantes de tipo preventivo, reparador o propiciatorio. Por ejemplo, cuando la evitación preventiva no ha sido posible, se procede a desinfecciones exageradas, o se abusa de productos considerados casi mágicos.

El quinto tipo de motivo consiste en los *efectos de una experiencia traumática*. Para defenderse de lo que el trauma ha producido, el sujeto desarrolla una serie de pensamientos o comportamientos sedantes o inmunizadores.^[3] Es una situación que se presenta con frecuencia en las mujeres que han sido víctimas de abusos: después del hecho traumático y una vez en casa, se lavan de una forma exagerada como si pudiesen «eliminar» lo sucedido. Desgraciadamente, esta modalidad tiende a estructurarse como compulsión irrefrenable cada vez que en la vida de la mujer aparece algo que puede ser asociado a la primera experiencia terrible. Basta la mirada de un hombre o la sensación de sentirse atraída por una persona para que la mujer se sienta impulsada a ejecutar el ritual de purificación. Lo que hace «funcional» el rito es que con su ejecución la ansiedad y la angustia asociadas a la sensación de suciedad se ven aliviadas por el lavado compulsivo, que sin embargo invalida la vida personal y relacional del sujeto. También en este caso los rituales pueden ser de tipo reparador, preventivo o incluso propiciatorio, para garantizar ilusoriamente lo que sucederá.

El trastorno obsesivo-compulsivo representa, como ninguna otra patología psíquica y conductual, la evolución de una condición de salubridad a la insalubridad aparentemente más absurda a través de una lógica coherente pero exagerada. De una duda sana se puede llegar al ritual patológico, de la reacción natural a un trauma a la compulsión, de una moral correcta a las torturas inquisitoriales, de la razón a la manía irracional, de la prevención a los comportamientos fóbicos. En otros casos, el objetivo es prevenir o poner remedio a algo no deseado o intentar prever el propio futuro. Sobre esta base se estructuran los tres tipos fundamentales del trastorno, que representan la expresión en la práctica compulsiva de los cinco motivos descritos; para cada una de las posibilidades se pueden dar las tres variantes expresivas del trastorno. Esos mecanismos están sumamente disimulados y pueden engañar a cualquiera precisamente por su fundamentación lógica. La obsesión compulsiva puede insinuarse en la mente de cualquier modo y llegar a devorar completamente su sana razonabilidad.

Por tanto, la única forma posible de prevención consiste en prestar atención al momento en que un comportamiento o una actitud comienza a estructurarse como inevitable. La *inevitabilidad* y la *irrefrenabilidad* son las primeras condiciones de una compulsión; la tercera es la *ritualidad*, es decir, cuando una acción o un pensamiento estereotipado nos tranquilizan o nos garantizan el efecto deseado. Debemos observar además en qué momento nuestra necesidad de control, al prevenir o propiciar nuestra realidad, o bien al remediar los efectos negativos de nuestras acciones y pensamientos, se transforma en una presencia constante e incómoda, que bloquea nuestras sensaciones y nos impide correr el riesgo de equivocarnos para aprender. Pero todo esto requiere una capacidad acrobática en la gestión de uno mismo, de los otros y del mundo circundante.

2. Persistencia del trastorno: cómo la mente permanece prisionera

La trampa mental representada por el trastorno obsesivo-compulsivo no es solo una de las formas más solapadas de trastorno psíquico y conductual, sino también una de las más resistentes al cambio terapéutico, tanto farmacológico como psicoterapéutico. Esto resulta evidente si consideramos la estructura lógica no ordinaria y a veces excéntrica de la patología: si se pretende hacerle frente con procesos racionales y planificaciones basadas en la razón ordinaria, como sucede en los enfoques psicoterapéuticos tradicionales, se choca con la lógica no racional del trastorno. En cuanto a los tratamientos farmacológicos, no existe un tratamiento realmente específico para el trastorno obsesivo-compulsivo, que en la mayoría de los casos es tratado con un cóctel de antidepresivos, ansiolíticos, antipsicóticos y neurolepticos. En este capítulo nos centraremos en cómo persiste y se mantiene este tipo de malestar psíquico, esto es, pondremos al descubierto los mecanismos que alimentan el trastorno cuando ya está formado. Siguiendo lo que hemos expuesto antes, es importante aclarar que, cuando el trastorno, en su fase evolutiva de formación, se estructura y cristaliza como patología, adopta la forma de una auténtica «homeostasis»^[1] y por esto tiende a resistir al cambio, como

ocurre, por otra parte, en todos los tipos de homeostasis de los sistemas vivos, incluso cuando son disfuncionales. Esto significa que el equilibrio asumido por un organismo es alimentado por sus interacciones consigo mismo, con los otros organismos vivos y con el mundo circundante. Aunque pueda parecer contradictorio, incluso un trastorno puede estructurarse como un equilibrio que tiende a mantenerse. Sobre la base de estas afirmaciones que proceden de las ciencias más rigurosas, es posible estudiar una patología en su constitución y en su mantenimiento como un sistema homeostático. El constructo clave para este tipo de investigaciones es el estudio de lo que realizan los sistemas vivos en su constante interacción con la realidad y el análisis de sus modalidades redundantes, porque esos «*pattern* interaccionales» son lo que mantiene y alimenta el equilibrio del sistema, incluso cuando este es disfuncional y desadaptativo. Dicho de otro modo, la observación atenta de cómo el sujeto trata de gestionar su realidad y el examen de los guiones redundantes de percepción y reacción se convierten en el foco de la atención, en cuanto responsables de la autopoiesis^[2] del sistema, es decir, del mantenimiento y alimentación de su equilibrio. Desde este punto de vista, y de acuerdo con la investigación científica más avanzada, se han descubierto las formas redundantes de esa dinámica en los sujetos afectados por un trastorno obsesivo-compulsivo. Tras una primera apreciación podemos observar, como ya se ha indicado en el capítulo anterior, que hay tres clases de ritualidades compulsivas: *preventiva*, *propiciatoria* y *reparadora*.

Esta simple clasificación ya nos permite saber algo más sobre cómo se alimenta el trastorno. Como ya hemos expuesto, son justamente los pensamientos o las actuaciones con que el sujeto pretende prevenir, propiciar o reparar lo que alimenta el propio trastorno. Igualmente es evidente que las tres formas diferentes de equilibrio disfuncional se sostienen sobre lógicas distintas, que, como veremos, requieren modalidades terapéuticas distintas adaptadas a esa dinámica. Para

obtener ese tipo de conocimiento pragmático que nos permita construir la intervención terapéutica, una vez aclarado a cuál de las tres bases de TOC (trastorno obsesivo-compulsivo) se refiere el trastorno, es necesario concentrarse en las formas específicas de comportamiento que desarrolla el sujeto para gestionar el malestar. A tal efecto, nuestra investigación-intervención ha puesto de relieve, igual que para otras formas de psicopatología (Watzlawick, Nardone, 1997; Nardone, Portelli, 2005; Nardone, Balbi, 2008), algunas regularidades de intento disfuncional de gestión del malestar específicas de este trastorno:

- De modo semejante a lo que ocurre con quienes sufren un trastorno fóbico, los sujetos afectados de TOC tienden a evitar todo lo que los espanta, aquello de lo que han de defenderse y con lo que deberían enfrentarse. Como en el caso del trastorno de pánico, la estrategia de la evitación alivia momentáneamente el miedo, pero al mismo tiempo confirma la peligrosidad de la situación evitada; la repetición de este guión incrementa el trastorno hasta estructurarlo en una auténtica fobia. Es lo que en nuestro lenguaje estratégico llamamos la primera solución intentada, típica de este trastorno, que alimenta el problema;

- La segunda modalidad consiste en la petición constante de seguridad y ayuda a las personas más próximas. Esta segunda solución intentada disfuncional, igual que la anterior, si bien en un primer momento hace que el sujeto se sienta protegido, más tarde confirma su incapacidad de gestionar de forma autónoma la situación y, por consiguiente, tiende a empeorar el problema en vez de aliviarlo. No todos los sujetos con TOC manifiestan esta modalidad de gestión disfuncional: una parte de los pacientes, aunque reducida, no se fía de los demás y prefiere mantenerlos alejados de las situaciones en que son artífices y víctimas de su problema;

- La tercera y más característica solución intentada es la ejecución de una secuencia ritualizada de acciones destinadas a combatir el miedo o a gestionar el impulso de placer. Esto indica que la compulsión está basada en una percepción fóbica o en una tendencia irrefrenable a la búsqueda de sensaciones placenteras, es

decir, los sujetos compulsivos repiten sistemáticamente guiones que han resultado ser más funcionales para lograr su objetivo. Sin embargo, si la presencia de rituales fijos representa la «constante regularidad» de esta clase de problema, las posibilidades expresivas del trastorno a través de la ritualidad son ilimitadas y a veces resultan grotescas y creativas. Además de los clásicos ritos de lavarse, desinfectarse, controlar, repetir fórmulas mentales, contar, ordenar, acumular cosas, arrancarse los cabellos, destrozarse la piel, podemos encontrar ritos realmente inusuales y secuencias complicadísimas de varios rituales que deben ser ejecutados de forma rigurosa. En caso contrario, el sujeto se siente impulsado a volver a empezar desde el principio.

Es importante destacar que en la mayoría de los casos, cuando el trastorno se ha estructurado en secuencias rituales, la fobia originaria que lo ha desencadenado pasa a segundo plano y las *soluciones intentadas se convierten en el problema* (Watzlawick, 1974): como veremos a continuación con más profundidad, cuando se consigue desbloquear la secuencia de rituales haciendo que la persona deje de realizarlos y cese, por tanto, de evitar las situaciones temidas y de pedir seguridad y protección, a menudo el trastorno cede y la fobia originaria se desvanece «por arte de magia». No es casual que esta patología, en su persistencia, represente el ejemplo paradigmático del enfoque teórico-aplicativo estratégico: para este método terapéutico, el constructo de solución intentada que mantiene y alimenta el problema representa el punto en el que hay que hacer fuerza para introducir el cambio terapéutico. La intervención terapéutica consiste, pues, casi siempre en romper los equilibrios disfuncionales representados por las modalidades que autoalimentan el trastorno. Al principio bajo la guía y la supervisión de John Weakland y Paul Watzlawick, que formalizaron los primeros enfoques de terapia breve estratégica, después Giorgio Nardone y sus colaboradores utilizaron como criterio operativo de investigación este constructo, formulado antes solo como instrumento terapéutico. Si los maestros de Palo Alto se ocuparon durante años de resolver problemas, Nardone y sus colaboradores se han ocupado además de explicarlos, utilizando como instrumento de exploración precisamente las soluciones terapéuticas que funcionan (Nardone, 1998, 2003a, 2003b; Nardone, Portelli, 2005; Nardone, Balbi, 2008; Nardone, De Santis, 2011). En otras palabras, si somos capaces de construir una estrategia compuesta de maniobras terapéuticas capaces de resolver el mismo tipo de problema en un elevado número de personas, será su estructura la que nos indicará la forma del problema que ha sido resuelto. Como dirían los lógicos matemáticos, la regularidad de una estructura y la persistencia de un problema son desveladas por

la regularidad de la estructura de la solución capaz de resolverlo. Gracias a este tipo de método de investigación-acción trasladado al campo clínico, se llega a conocer de qué modo un trastorno psíquico y conductual persiste y se mantiene en el tiempo gracias a las intervenciones terapéuticas eficaces que pueden ser reproducidas con éxito en la misma clase de patología. Esto solo vale si el método es aplicado a un número significativo de sujetos. En nuestro caso, el protocolo

terapéutico, subdividido en las variantes adaptadas a los distintos tipos de TOC, ha sido aplicado a decenas de miles de casos, aplicados en Italia y en todo el mundo, validando así también su eficacia transcultural. Todo esto nos ha permitido obtener un conocimiento riguroso del funcionamiento de la patología obsesiva-compulsiva y perfeccionar, por tanto, las técnicas de intervención terapéutica hasta llegar a una precisión quirúrgica. La descripción de esta tecnología terapéutica es el tema del siguiente capítulo.

3. El cambio terapéutico: cómo la mente puede ser liberada de sus prisiones

En este capítulo expondremos las estrategias y las estratagemas terapéuticas desarrolladas a lo largo de más de veinticinco años de investigación-intervención en el trastorno obsesivo-compulsivo que representan, por su eficacia y su eficiencia demostradas, lo mejor que hay en el campo de la psicoterapia para la solución en tiempo breve de esta patología; por otra parte, como ya se ha expuesto, precisamente la búsqueda de soluciones terapéuticas y su sistematización en protocolos terapéuticos diferenciados para las distintas variantes de trastorno obsesivo-compulsivo nos han permitido comprender cómo se constituye y tiende a mantenerse como forma de homeostasis patológica. Este capítulo expone de la mejor manera posible los rasgos distintivos de un enfoque estratégico en el ámbito clínico. Todo esto hace de la psicoterapia breve estratégica un modelo único y original, con una teoría y una epistemología específicas, con una rigurosa metodología de la investigación, con técnicas terapéuticas coherentes con la teoría y la investigación y que, en virtud de los resultados, perfeccionan continuamente el enfoque.

Estrategias y estratagemas terapéuticas:

lógica de los problemas y de las soluciones

Antes de pasar a la exposición de las técnicas terapéuticas, nos parece importante ilustrar los fundamentos teóricos de nuestro modelo y de qué modo se distingue de todas las otras formas de psicoterapia, incluso de aquellas que en ciertos aspectos son similares.

Para dejar bien clara la diferencia entre la psicoterapia breve estratégica (Nardone, 1991; Watzlawick, Nardone, 1997; Nardone, Portelli, 2005; Nardone, Watzlawick, 2005) y todas las otras formas de psicoterapia es importante destacar que esta, sobre la base de la moderna teoría de los juegos (von Neumann *et al.*, 1944), la teoría de los sistemas (von Bertalanffy, 1956, 1962), la lógica estratégica (Elster, 1979; Nardone, Salvini, 1997; Nardone, Balbi, 2008), la pragmática de la comunicación (Watzlawick, Beavin, Jackson, 1967), el constructivismo radical (von Glasersfeld, 1975; von Foerster, 1973, 1984; Watzlawick, 1984) y remitiéndose además al antiguo arte de las estratagemas (Nardone, 2003b) y a la retórica de la persuasión de los sofistas (Nardone, Salvini, 2004), considera a cualquier tipo de patología no como una enfermedad biológica que hay que curar, sino como un equilibrio disfuncional que hay que transformar en funcional. Esta

disfuncionalidad está sostenida por una dinámica que se autoalimenta, no sobre la base de determinadas características biológicas, ni empujada por oscuras pulsiones que anidan en el inconsciente, y tampoco como simple fruto de aprendizajes erróneos, sino como efecto de la exacerbación y del anquilosamiento de estrategias adaptativas que se transforman en desadaptativas, es decir, «soluciones intentadas» que han demostrado ser eficaces en ciertas situaciones problemáticas, ~~pero precisamente porque al principio funcionan, estas soluciones constituyen el~~ que se convierten en lo que mantiene y complica el problema en vez de resolverlo. Como ya hemos explicado, también el trastorno obsesivo-compulsivo se construye primero y es alimentado después justamente por los intentos disfuncionales de combatirlo, basados en soluciones intentadas que parecen funcionar, pero que acaban luego por empeorar el trastorno hasta hacerlo invalidante.

Por tanto, la intervención terapéutica consistirá en maniobras capaces de interrumpir esos círculos viciosos contraproducentes. Para que estas maniobras sean eficaces, deberán ir destinadas a subvertir la lógica interna del problema, reorientándola hacia su solución. Para esto, la estrategia, tal como nos enseña la «teoría de los juegos», deberá ser adecuada a las reglas internas del juego y, como indica la lógica estratégica, deberá estar compuesta de una serie de tácticas y técnicas creadas específicamente para conducir a la victoria. Esto significa analizar una psicopatología como un problema que hay que resolver, y no como una enfermedad que hay que curar en el sentido biológico del término. De modo que la solución al problema viene dada por estrategias y estratagemas capaces de hacer que el sujeto cambie sus soluciones intentadas disfuncionales y, gracias a esto, llevarlo a experimentar concretamente el cambio terapéutico, es decir, hacer que el paciente modifique efectivamente la percepción de las cosas que lo obligaban a reacciones patológicas. En este sentido resulta fundamental diferenciar, para cualquier forma de psicopatología, los modelos lógicos de la interacción disfuncional que alimentan su formación y persistencia, y construir en la misma línea modelos de lógica estratégica de la intervención resolutive. Esto es lo que se ha llevado a cabo a partir de la segunda mitad de los años ochenta en el CTS (Centro di Terapia Strategica) de Arezzo, lo que ha permitido elaborar protocolos de tratamiento específicos para muchas formas de trastorno psíquico y conductual. La eficacia y la eficiencia de las estrategias y de las estratagemas terapéuticas construidas *ad hoc* para las distintas patologías y su reproducibilidad nos han permitido tener un conocimiento real y empírico del funcionamiento de esos desequilibrios disfuncionales. Todo esto explica la afirmación aparentemente paradójica: las soluciones explican los problemas.

Terapia breve estratégica y/o terapia cognitiva conductual

Este modelo se asocia a menudo a las psicoterapias cognitivo-conductuales. A este respecto conviene aclarar en qué se diferencia este modelo teórico aplicativo. La semejanza entre los dos enfoques se basa en tres aspectos: a) ambos utilizan una moderna epistemología constructivista, es decir, consideran que el sujeto es un constructor activo de su propia realidad y no una víctima inerte de esta, artífice de su relación consigo mismo, con los otros y con el mundo; b) ambas perspectivas han formulado rigurosos protocolos de intervención basados tanto en los diálogos como en las prescripciones terapéuticas; c) ambos modelos utilizan un método empírico y experimental para la validación de las técnicas y el control de los resultados.

La diferencia sustancial desde un punto de vista teórico consiste en que los enfoques cognitivo-conductuales derivan de la teoría del aprendizaje, mientras que los enfoques estratégicos derivan de la teoría del cambio. Traducido a la *práctica clínica*, el terapeuta cognitivo-conductual conduce al paciente, a través de un proceso basado en la conciencia y en el esfuerzo voluntario, a aprender a combatir o gestionar el trastorno; el terapeuta estratégico utiliza primero estrategias terapéuticas que creen auténticas experiencias emocionales correctivas en las percepciones y en las acciones del paciente, para adquirir luego la capacidad de gestionarlas. En la praxis terapéutica esto significa que el cambio en una terapia cognitivo-conductual se produce de forma progresiva a través del aprendizaje de la capacidad de controlar los propios pensamientos y acciones (Reda, Pilleri, 2013), mientras que en la terapia breve estratégica se produce rápidamente mediante desbloques de la sintomatología que pueden parecer casi mágicos, porque las técnicas terapéuticas inducen a la persona a cambiar primero la percepción y la reacción frente a su realidad para adquirir luego la capacidad de gestionarla. En un caso se pasa a través de la voluntad del sujeto, chocando a menudo con las resistencias al cambio, que en el caso del TOC con frecuencia son muy fuertes, mientras que en el otro caso se esquivan estas resistencias usando estrategias terapéuticas que crean un cambio más allá del esfuerzo voluntario del paciente. Desde el punto de vista de la metodología de la investigación, esto significa que en el caso de la terapia cognitivo-conductual se trabaja mediante progresivas adquisiciones de conocimiento y en la terapia breve estratégica mediante efectos-descubrimiento y posteriores adquisiciones.

Desde el punto de vista de los resultados, lo que tienen en común ambos enfoques es que los dos son resueltamente eficaces en el tratamiento del TOC. El enfoque estratégico, al esquivar las resistencias al cambio, es claramente más

eficiente, es decir, cura en un período de tiempo mucho menor. Especialmente en estos últimos años, el perfeccionamiento de las estrategias y estratagemas terapéuticas ha hecho aumentar también mucho la eficacia; los datos recogidos en un número muy elevado de casos, tanto los tratados en el CTS de Arezzo como los tratados por los colaboradores en todo el mundo, demuestran que en más del 80% de los casos el trastorno se elimina con una duración media del tratamiento inferior a las diez sesiones. Por último, una característica que distingue el modelo cognitivo-conductual de la terapia breve estratégica evolucionada es el tipo de lenguaje utilizado en los diálogos clínicos y en la indicación de las prescripciones terapéuticas. La comunicación en la terapia del primer tipo es *lógico-racional e indicativa*, el típico lenguaje de las explicaciones y de la didáctica formal. En el segundo caso, la comunicación es de tipo *performativo* (Austin, 1962; Lorigo, Nardone, Zeig, 2011) e *inductiva*, o lenguaje que induce a hacer, es decir, un lenguaje sugestivo e hipnótico que hace sentir incluso antes de entender. Para ello se utilizan tanto lenguajes lógicos como analógicos, metáforas sugestivas y comunicación verbal y no verbal hipnótica.

Estos aspectos cruciales de la comunicación terapéutica son perfectamente coherentes con las dos distintas teorías de referencia, la del aprendizaje y la del cambio, aunque, y este es otro aspecto común, al término de una terapia eficaz en ambos enfoques se han producido tanto procesos de cambio como procesos de aprendizaje: este requisito es indispensable para la construcción de un nuevo equilibrio sano que sustituya al anterior equilibrio insano (Nardone, Balbi, 2008; Mahoney, 1991).

Pasemos ahora a examinar detalladamente las distintas formas de intervención terapéutica desarrolladas para el trastorno obsesivo-compulsivo.

Tipos de intervención terapéutica:

tecnología aparentemente mágica

La intervención terapéutica en el trastorno obsesivo-compulsivo debe focalizarse en las tres soluciones intentadas habituales que, como se ha visto, alimentan el trastorno: la estrategia de la evitación, la demanda de seguridad, ayuda y protección, y la ejecución de rituales preventivos, propiciatorios y reparadores. La intervención ha de adaptarse a la percepción y la creencia fóbica específicas; por consiguiente, por una parte, la estrategia terapéutica debe ajustarse al tipo de problema y a su regularidad y, por la otra, debe adaptarse también creativamente a las expresiones originales del trastorno. Las modalidades de

intervención terapéutica pueden distinguirse en dos grandes clases: lo que ocurre durante el diálogo terapéutico y lo que se prescribe al paciente fuera del *setting* clínico. En palabras técnicas:

- Las reestructuraciones de la percepción de la realidad efectuadas durante el coloquio clínico mediante el uso de técnicas específicas de comunicación terapéutica, cuyo objetivo es interrumpir los modelos disfuncionales redundantes que aprisionan la mente del paciente;

- Las prescripciones terapéuticas, es decir, las imposiciones que hay que poner en práctica en el período que transcurre entre una y otra sesión, en la vida real, cuyo objetivo es lograr que el paciente modifique los actos que alimentan el trastorno y descubra cómo salir de él.

Esto significa que en el diálogo terapéutico hay que abrir una brecha en las visiones y creencias rígidas del sujeto, y llevarlo luego a experimentar concretamente, a través de experiencias guiadas, el cambio terapéutico en su vida real.

Teniendo en cuenta la fuerte resistencia al cambio típica del TOC y la rigidez de los mecanismos mentales y conductuales que lo caracterizan, es necesario utilizar formas de comunicación terapéutica sugestivas y persuasivas y modelos lógicos capaces de subvertir la aparente falta de lógica de las obsesiones y compulsiones.

La comunicación terapéutica: reestructurar e imponer

Hasta ahora nos hemos ocupado sobre todo de la lógica de la intervención. Otro aspecto fundamental, la segunda «alma» del modelo de psicoterapia breve estratégica evolucionada, es la comunicación terapéutica. La comunicación con los

pacientes obsesivo-compulsivos es crucial, puesto que esto es lo que determina la potencia de la influencia y permite hacer hacer o hacer sentir al sujeto las experiencias nuevas que cambiarán su percepción de las cosas. Para lograrlo, el terapeuta ha de saber comunicar de forma persuasiva y sugestiva. Las prescripciones, por ejemplo, tienen que ser impuestas, es decir, indicadas al paciente utilizando un lenguaje hipnótico: la prescripción es parecida a una orden poshipnótica. Durante la prescripción, el paciente ha de ser atraído como un gato frente a los faros de un coche: el contacto ocular se debe mantener durante todo el acto de la prescripción. El terapeuta ha de comprobar que el paciente se halle en un estado hipnótico: la postura rígida, la mirada fija, las pupilas dilatadas o los

párpados que se mueven rítmicamente, de lo contrario no respetará la prescripción. Los pacientes obsesivo-compulsivos, al igual que los fóbicos, son muy sugestionables, a diferencia de los pacientes puramente obsesivos que resisten a la sugestión. Por este motivo es fundamental el lenguaje hipnótico y persuasivo tanto para prescribir como para reestructurar las percepciones del paciente durante el diálogo terapéutico. La comunicación sugestiva está ajustada a la característica

de los sujetos obsesivo-compulsivos de responder con decisión a lo que no es usual y lineal. Consideremos, por ejemplo, un paciente que debe prevenir la posibilidad de contagio o la suciedad, y que tiene la casa limpia como una sala de operaciones esterilizada. Cualquier cosa que se introduzca en ella antes ha de ser lavada y desinfectada, incluido el propio cuerpo. Por esta razón no permite que nadie entre en la casa; el propio paciente, antes de entrar en casa, ha de proceder a un prolongado ritual de limpieza de sí mismo y de la ropa que ha entrado en contacto con la suciedad del mundo exterior. La casa es su templo del orden y de la limpieza. En este caso, durante la sesión se debe reestructurar la necesidad del desorden que mantiene el orden, una sofisticada maniobra persuasoria, preguntando a la persona: «En su opinión, ¿su fobia a la suciedad depende del hecho de que en su casa todo está sucio o de que todo está demasiado limpio?». Parece una pregunta inocente, pero por lo general la persona responde: «No, mi casa no está sucia, ¡me paso el día limpiando!». «Entonces, si todo está limpio, ¿por qué tiene miedo a la suciedad?». De este modo se comienza a abrir en la mente de la persona una ventanilla, se traba la puerta con el pie para que pueda pasar todo el cuerpo y se empieza a decir que cada vez que el paciente lo ha limpiado todo empieza el problema, porque tiene que mantenerlo así, tiene que defenderlo de la suciedad; por consiguiente, es la limpieza lo que crea el miedo a la suciedad, y no la suciedad lo que crea la exigencia de la limpieza. Esto puede ocurrir al principio, pero en su casa es imposible porque el paciente la limpia constantemente. Lo mismo vale para la higiene personal: el paciente se lava continuamente, pero es precisamente el hecho de mantenerse limpio lo que suscita el miedo a la suciedad y la necesidad de

protegerse. Tras esta reestructuración muy sugestiva se induce a la persona a pensar que, si queremos eliminar la tensión de la suciedad, necesitamos una «pequeña suciedad» que nos proteja de la «gran limpieza»: la gran limpieza constituye la gran suciedad. Puede parecer un lenguaje absurdo, pero es el lenguaje del obsesivo-compulsivo: de este modo es posible convencer al paciente de que limpie la casa, pero dejando sin limpiar a fondo una pequeña parte, explicándole que desde un punto de vista científico este es el pequeño desorden que crea el orden. Es la entropía de los sistemas vivos: cuando todo está bajo control, al igual que cuando todo está demasiado limpio, es como estar presos en una habitación cubierta de espejos que cristalizan la realidad; no hay nada que viva, mientras que en la naturaleza todo sistema vivo necesita ese mínimo

desorden que es la entropía, que hace que su equilibrio evolucione constantemente. En el caso del paciente, la entropía es esa mínima suciedad que protege de la gran suciedad, de la gran limpieza que crea la gran suciedad. Este circuito hiperracional es muy sugestivo y es un proceso de persuasión que no pasa a través de la prescripción, sino a través del diálogo. Si la persona introduce esa mínima suciedad, viola la obsesión y de nuevo trabajamos la puerta con el pie para dejar que pase todo el cuerpo y le quitamos poder al trastorno hasta destruirlo por completo. El mismo procedimiento puede utilizarse con los pacientes que sienten la necesidad de ordenarlo todo: mediante la misma reestructuración se induce al paciente a mantener un mínimo desorden, día tras día, hasta flexibilizar la percepción y no sentir la necesidad absoluta del orden. También en esta segunda técnica la lógica es solo una parte del trabajo; la otra es la comunicación, el lenguaje. La formulación de estrategias terapéuticas presupone la lógica del *problem solving* y una comunicación estratégica: sin una comunicación persuasiva, sugestiva, no es posible aplicar la lógica del *problem solving*. La persuasión es indispensable para realizar las prescripciones.

El aspecto lingüístico no puede ser protocolizado, más allá de cada una de las prescripciones. Puedo formular la intervención específica, pero en la práctica hay que adaptarla siempre a cada paciente. En el plano lógico se pueden establecer estrategias y estrategias, fórmulas de prescripción y de reestructuración. Pero en su aplicación siempre es necesario adaptar el lenguaje a la persona que tengo delante. La misma maniobra siempre será distinta, porque se adapta a las características de la persona y del contexto. La regularidad se refiere a la estructura del problema y de la solución. La originalidad reside en la interacción con cada paciente. A veces incluso la estructuración de la prescripción tiene que adaptarse, porque el ritual de la persona puede ser especialmente creativo. Los protocolos de tratamiento estratégico no son rígidos, sino flexibles y adaptables en cada momento. Exigen el contacto interpersonal, sobre todo la comunicación verbal y no verbal. Por esto no es posible hacer la terapia a través de Skype, videoconferencia o correo electrónico: la terapia exige necesariamente el contacto directo, el impacto comunicativo es fundamental en el caso del TOC, precisamente por su elevada resistencia al cambio.

No es casual que la mayor parte de los enfoques psicoterapéuticos evite ocuparse de este trastorno, del mismo modo que muchísimos psicoterapeutas envían a los pacientes con TOC al psiquiatra, puesto que este trastorno no responde a las terapias basadas en la búsqueda de las causas, ni en las terapias basadas solo en la relación, ni tampoco a las terapias de tipo racionalista. No basta la solución correcta para que sea eficaz. Es necesario saber aplicarla, es decir, saber

comunicar persuadiendo a los pacientes a seguir las indicaciones y a sentir lo que el terapeuta quiere provocar en ellos. No basta saber, es indispensable saber hacer. Es la diferencia entre los filósofos y los sabios: el término filosofía aparece con Platón, que inaugura la historia de la filosofía, esto es, el dominio de las ideas y del pensamiento sobre las acciones. Antes de Sócrates y de Platón, durante siete siglos, no hubo filósofos sino sabios, concretamente los sofistas, los maestros de la

persuasión. «Sofista» significa sabio excelso. Los sofistas son los primeros precursores de los psicoterapeutas, de los consultores, de los formadores. En el mismo período, en la antigua China, los sabios estrategas eran los que sabían hacer, los que daban consejos, elaboraban estrategias y estratagemas para superar rápidamente problemas que no respondían a la lógica ordinaria. Esta es la tradición que, dos milenios y medio más tarde, fue recuperada primero por la escuela de Palo Alto y luego por el CTS de Arezzo, transformando esta antigua tradición en moderna tecnología terapéutica.

4. «Si quieres ver, aprende a actuar»:^[1] casos clínicos explicativos

Caso 1. De la duda de ensuciarse a la fobia a los excrementos

Se presenta un joven con fobia a los excrementos, incluso a los propios. Ha empezado a poner en práctica los habituales procedimientos tranquilizadores: evitar cualquier contacto posible con los excrementos, lavarse cada vez que tiene dudas de haberse ensuciado. La limpieza es tan profunda y agresiva que el paciente se ha producido una herida en el ano. La fobia ha llegado a ser tan invalidante que el joven no es capaz de salir porque ve excrementos por todas partes; para él la más pequeña mancha oscura es un excremento. Ha seguido una cura psiquiátrica, primero con antidepresivos, aunque sin éxito, y luego con antipsicóticos y neurolepticos. El joven ha perdido lucidez y ha engordado veinte kilos. Este aspecto no debe ser subestimado por quien se somete a curas similares, porque también la percepción de sí mismo tiene consecuencias dramáticas. Como ocurre a menudo en casos como este, los padres se han negado a someter a su hijo a electrochoque. La terapia electroconvulsiva reduce la percepción fóbica pero no elimina los rituales.

El joven ha sido tratado durante dos años por un psicoterapeuta tradicional, que ha analizado las dinámicas inconscientes y ha implicado a los padres en una terapia familiar psicoanalítica, en la que obviamente ha hallado culpas en los padres, pero sin reducir en absoluto el trastorno. Una vez investigado el problema y adoptando la lógica del trastorno, le pregunto al paciente si conoce bien todos los tipos de excrementos. Este sonrío, en presencia de sus padres que me miran como si yo también estuviese un poco loco, y me dice: «Bueno, un poquito sí, los del gato, del perro». Y yo insisto: «Sí, pero también los hay de otros animales, el ratón, el buey, el caballo, el ser humano, hay muchas diferencias... y si queremos luchar contra tu enemigo, antes que nada debemos conocerlo bien, por tanto, has de estudiar los excrementos, has de aprender a distinguirlos bien, porque además creo que no todos te inspiran el mismo temor». «Sí, así es, los que me dan más miedo son los de perro y de hombre, porque son los que más se ven, que están más cerca... también los de gato, en cuanto a los de buey o de caballo no me dan tanto miedo, y en el ratón no había pensado nunca». Sigo insistiendo: «También están los excrementos de ardilla, de otros roedores, de cervatillo, todos son diferentes y por tanto... el primer paso de nuestra terapia será estudiar los excrementos...». Los padres me miran atónitos, pero continúo: «Tienes que hacerlo de dos maneras: primero buscas en Internet —imagino que sabes utilizar un ordenador— trabajos sobre todos los tipos de excrementos y me traes todo lo que hayas encontrado: tipos, composición, dónde se encuentran con más frecuencia, todas las

informaciones útiles. La segunda cosa que quiero que hagas desde ahora hasta que volvamos a vernos es que midas exactamente a qué distancia mínima de un excremento eres capaz de mantenerte. Obviamente, el tipo marca la diferencia. Quiero una medición sistemática. Cada día deberás salir una hora, pasear por la ciudad y por el campo y ver personalmente, puesto que ya los has estudiado, los tipos de excrementos, y medir a qué distancia puedes acercarte. Sin esforzarte, quiero que llegues al límite más allá del cual empezarías a tener miedo». El muchacho responde: «De acuerdo, interesante».

Les digo a los padres que a partir de ese momento han de dejar de hablar totalmente del trastorno: en este caso, la simple mención alimenta la fijación. La madre exclama: «¡Gracias a Dios! Los otros terapeutas, por el contrario, nos decían que teníamos que hablar, socializar, y la caca se había convertido en el tema principal de conversación en casa».

Dos semanas más tarde, el paciente me trae unas hojas impresas con toda la clasificación de los excrementos y todas las formas que ha descubierto. Luego me muestra un esquema de su aproximación a los excrementos: lo curioso es que por primera vez ha conseguido acercarse a un metro, y ha reconocido los excrementos de perro, gato, buey, caballo, ratón y lagartija. Antes convertía cualquier mancha en un excremento: en estas dos semanas su percepción no ha sido alterada, pero se ha vuelto precisa; no solo eso, sino que ha descubierto que puede acercarse más de lo que creía, y esto lo tranquiliza.

El muchacho se ha dado cuenta de que sobre todo temía los excrementos de perro y humanos, en concreto los suyos. Extrañamente, dice, y sin hallar una explicación, su ritual de higiene tan violento, prolongado y autolesivo, se ha reducido. Le parece un hecho extraordinario y del todo imprevisto: en realidad, era el objetivo de las indicaciones terapéuticas destinadas precisamente a provocar esos «eventos casuales planificados».^[2] Se ha creado una nueva situación en la que ha sido posible inducirlo a hacer algo que antes ni siquiera podía imaginar; he construido una *realidad inventada que produce efectos concretos*. Al encargarle tareas tan precisas, aparentemente razonables, he logrado que su mente se concentre en esto, focalizando en la tarea la atención que antes tenía puesta en el trastorno, «surcar el mar sin que el cielo lo sepa». Pero cuando lo he enviado a medir el límite, encargándole una tarea aparentemente rigurosa y científica, he inducido al paciente a experimentar algo que de otro modo habría evitado, he construido una *contraevitación*. Los estudios sobre el miedo dicen que, cuanto más evito un miedo, más lo aumento. Hace unos milenios, los antiguos sumerios escribieron: «El miedo mirado de frente se convierte en valor, el miedo evitado se convierte en pánico». La

contraevitación suscitada por la prescripción estratégica ha permitido al muchacho sentirse tranquilizado respecto a sus capacidades de control.

La intervención disfrazada de exploración sistemática ha producido además una *violación* del ritual. Esto representa un paso fundamental en el tratamiento del TOC, que se sostiene justamente sobre la ritualidad, cada vez más importante e invalidante a través de su práctica, que confirma y alimenta la creencia fóbica, una percepción-reacción disfuncional. Las dos prescripciones, en apariencia banales, representan en cambio una auténtica estratagema terapéutica que utiliza la lógica del trastorno, la tiranía del absurdo, transformándola en su opuesto.

La máxima eficacia se obtiene haciendo cosas sencillas que producen efectos muy complejos. El filósofo Nietzsche escribía: «Todos sabemos complicar las cosas, solo unos pocos son capaces de simplificarlas». En esto consiste la mejor intervención estratégica. Prescribir algo aparentemente inocuo permite superar la resistencia al cambio del paciente y de la patología: lo que pido que hagan o que piensen no se percibe como algo demasiado peligroso y arriesgado. Solo más tarde el paciente se da cuenta de que una cosa muy pequeña desencadena un efecto en cadena: es la bola de nieve que rueda hasta convertirse en una avalancha.

En las dos sesiones siguientes volví a prescribir el estudio y la medición de la distancia mínima. En la tercera sesión llega a acercarse a treinta centímetros. Además se produce un episodio importante. Mientras acude a la psiquiatra para ir reduciendo progresivamente los fármacos, a petición mía, el joven encuentra delante de la puerta de entrada a la consulta un gran excremento pisoteado. Es una situación realmente crítica. El joven piensa: «Antes habría salido corriendo, hace unas semanas no habría entrado en la consulta de la psiquiatra». En cambio explica: «Lo miré y salté por encima tanto a la entrada como a la salida, y fue un descubrimiento maravilloso».

Aprovechando la ocasión comento: «Estupendo, fantástico... ya que lo has hecho tan bien espontáneamente, ahora podemos empezar a transformarlo en una competencia tuya. Además de acercarte y “regatear los excrementos” para estudiarlos, ahora también puedes saltarlos. Por consiguiente, en los próximos días saldrás de paseo, te acercarás a los distintos tipos de excrementos y saltarás por encima».

Parece ridículo, pero todo es extremadamente serio. Gracias a esto el paciente no solo realizará otra contraevitación, sino también un contrarritual. Si

salto un excremento, paso más cerca todavía de este, y hago algo que no es simbólicamente una forma de huida. Es como si sometiese aquello que temo. Antes el muchacho habría revisado y limpiado los zapatos durante horas, mientras que ahora se ha limitado a echarles una mirada para ver si había pisado el excremento, sin lavar ni tirar los zapatos. Seguimos en esta dirección y el joven ha continuado saliendo y divirtiéndose esquivando o saltando por encima de las cacas. Al mismo

tiempo ha empezado a ayudar a su padre en su taller de mecánica. El padre afirma: «Ahora hace cosas, incluso toca el aceite de los motores, ¡limpia! Va a comprar lo que hace falta, va al banco a hacer los ingresos, cosas que antes se negaba rotundamente a hacer. Está empezando a vivir de nuevo».

Pero entonces surge un elemento importante, banal solo en apariencia: cuando el padre le deja el encargo de cerrar el taller, el muchacho controla varias veces que estén cerrados los grifos, el gas, las máquinas. Para este tipo de ritualidad se ha utilizado la más conocida de todas las técnicas desarrolladas para el TOC, esto es: «Desde este momento y hasta la próxima cita, tendrás que hacer una cosita un poco mortificante. Cada vez que estés inseguro y repitas el control, si lo haces una vez, tendrás que volver a hacerlo cinco veces. Ni una más ni una menos... puedes controlar una vez cuando cierres, porque es sano... pero si vuelves atrás para volver a controlar otra vez tendrás que repetirlo cinco veces... ¡ni una más ni una menos! O evitas hacerlo o lo haces cinco veces... ¡Ni una más ni una menos!».

Hay que repetir esta prescripción varias veces, porque implica un lenguaje hipnótico. Es una técnica desarrollada para los rituales basados en la repetición del control, que permite crear una situación en la que nos adueñamos del poder de la obsesión. Ya no es una obsesión la que me obliga a volver a controlar, sino una prescripción. Pero la prescripción que me obliga a controlar también me dice que puedo no hacerlo. Por lo general los pacientes vienen y me dicen que han dejado de hacerlo. «¿Cómo?», les pregunto. «¿Cómo lo has conseguido?». Los pacientes responden: «Era muy pesado volver atrás continuamente». Se transforma la percepción que determina la reacción. Una terapia breve estratégica ha de transformar la percepción, no la reacción, porque la percepción es el fundamento de todas nuestras reacciones. Antes que nada percibimos. Luego llegan las emociones, las cogniciones, los comportamientos. El filósofo Berkeley decía: «Todo lo que es percibido existe». Para un paciente con TOC la percepción puede transformar en un monstruo también lo que no lo es.

Dos semanas más tarde, el muchacho explica que el ritual de volver atrás para repetir el control ha desaparecido por arte de magia. Además, también se ha

divertido saltando por encima de cualquier excremento que encuentra en sus paseos por la ciudad o por el campo. Y el ritual autolesivo de limpieza ha desaparecido. Ahora se limpia y se lava con normalidad. La madre lo confirma: «Ya no se pasa una hora en el baño, ni se hace daño. El médico que lo curaba por aquella lesión también dice que se está curando». En la sexta sesión el trastorno está resuelto. Cuenta el muchacho: «Es evidente que no quiero pisar un excremento, pero ya no estoy asustado y he dejado de practicar todos aquellos rituales de control y de limpieza que hacía antes».

Como en todos los casos que responden a la terapia, se procede a dilatar los espacios entre las sesiones —un mes, dos meses, tres meses— para conseguir que el resultado obtenido se consolide y se convierta en la nueva homeostasis. De una homeostasis patológica se pasa a una sana, que se mantendrá en el tiempo. Entretanto, la terapia farmacológica se ha reducido hasta suprimirse del todo. La paradoja frecuente en estos casos es que la terapia dura mucho menos que la desintoxicación del tratamiento farmacológico. En este caso han sido suficientes seis sesiones para eliminar el trastorno, pero se ha requerido más de un año para eliminar los fármacos. Sin embargo, este es el procedimiento correcto, y se puede hacer que el *follow-up* terapéutico se desarrolle paralelamente al tratamiento farmacológico. Por consiguiente, la terapia se desarrolla en unas ocho o nueve sesiones a lo largo de un año y medio, a fin de controlar la eficacia de la intervención un año después de la desaparición del trastorno. Esto nos permite estar seguros del resultado obtenido y reducir las posibilidades de recaída o de cambios en el síntoma.

COMENTARIO FINAL

Este ejemplo ilustra a la perfección el tratamiento terapéutico para una fobia focalizada en un objeto específico, en este caso la suciedad y los excrementos. Las técnicas utilizadas, gracias a su aparente banalidad, permitieron al joven descubrir una forma distinta de percibir y reaccionar a la fobia, interrumpiendo los guiones disfuncionales y dando paso a nuevas modalidades funcionales de gestionar la duda y el miedo a ensuciarse.

El caso muestra la extraordinaria capacidad del *contrarritual*, desarrollado para los ritos de repetición de control, para acabar con la compulsión casi por arte de magia.

Desde el punto de vista de la pragmática del cambio (Nardone, Balbi, 2008), el primer cambio terapéutico realizado es de tipo geométrico-exponencial, es decir,

un efecto avalancha; el segundo es de tipo catastrófico. En el primer caso se pone en marcha una reacción en cadena que se va haciendo imparable; en el segundo caso, la intervención despliega su potencial de forma explosiva.

Caso 2. De la prevención a la fobia.

«La mirada que contagia»

El protagonista de esta muy particular historia es una persona que acude a mi consulta con una idea obsesiva y fóbica: la mirada de la gente puede contagiarle una enfermedad. La idea ya es de por sí extraña. Pero tratándose de un médico parece realmente absurda. Lo curioso del caso es que el paciente está convencido de que las personas pueden transmitir enfermedades infecciosas comunes, como la hepatitis o el VIH, simplemente a través de la mirada. Esta convicción patológica es tan terrible que el médico ha comprometido su vida y su carrera. Tiene más de 40 años, ha realizado investigaciones importantes, y precisamente sobre enfermedades infecciosas, pero nunca ha trabajado como clínico para evitar el contacto directo con la enfermedad y se ha dedicado exclusivamente a la investigación. A pesar de esta prevención, de vez en cuando el trastorno lo invalida y tiene que dejar de trabajar: precisamente por esto no ha avanzado en su carrera profesional. Además, desde hace tres años está en situación de excedencia: ya no trabaja, porque en su último puesto no era capaz de entrar en el laboratorio; temía ser contagiado por el simple hecho de mirar a otras personas potencialmente infectadas. Para protegerse de este peligro, evita compulsivamente cualquier mirada de otras personas. Si cree haber sido contagiado, se siente obligado a realizar procesos de desinfección, esto es, lavarse repetidamente y tomar antibióticos. Como, obviamente, esto no es posible en el caso de enfermedades infecciosas incurables como el VIH, el médico se somete compulsivamente a análisis de detección del VIH. Cuando se produce nuestra primera entrevista, se somete a estos análisis todas las semanas. La situación lo anula por completo. Decide venir a verme porque en la universidad ha conocido a una de mis mejores alumnas, que lo ha convencido de que debe enfrentarse al problema. Otro motivo importante es que piensa optar a una plaza de médico en el departamento de... ¡enfermedades infecciosas! Se encuentra en un momento crucial de su vida, de modo que ha decidido abordar el problema de una forma diferente, tras haberse sometido sin ningún resultado a numerosas terapias: un tratamiento farmacológico y un psicoanálisis freudiano durante más de diez años.

Cuando llega a mi consulta, me explica el problema y lo analizamos conjuntamente. Ya ha leído algunos libros por indicación de mi alumna; sabe

cuáles son las soluciones intentadas que alimentan el problema y de qué tipo es su trastorno.

Hay que destacar el carácter peculiar de la situación desde el punto de vista comunicativo: estoy ante un médico con dos especialidades, de gran experiencia, amigo de una alumna mía, que ha leído y estudiado mis libros. No puedo tratarlo, ~~por tanto como a un paciente normal, ha llegado hasta mí a través de un canal privilegiado y es un especialista. De modo que, en vez de investigar como lo haría~~ con un paciente cualquiera, desde el primer momento me dirijo a él como si fuese un colega: «Somos colegas, de modo que investiguemos juntos». Lo convierto en coterapeuta de sí mismo, y empezamos así a analizar el funcionamiento de su patología.

—Es evidente que mi solución intentada predominante es la evitación — dice el paciente—. La otra solución intentada es eliminar el posible contagio, y mis rituales son los lavajes con los desinfectantes que se utilizan en los hospitales hasta que me escuece la piel, y el ritual del control a través de los análisis.

—¿Seguro que son estas tres las soluciones intentadas?

—¡Seguro!

—¿Y qué es lo que te obliga a hacerlo? ¿Un riesgo real o un riesgo inventado que se convierte en real?

Se detiene un momento a reflexionar y luego dice:

—Un riesgo inventado que yo convierto en real, porque sé muy bien que una enfermedad infecciosa no puede transmitirse a través de la mirada, y sin embargo me comporto como si fuera verdadero.

—Bien. ¿Cuál es tu principal solución intentada? ¿Y cuál es la creencia que conviertes en verdadera a través de tus soluciones intentadas? El hecho de que puedas ser contagiado a través del contacto ocular y de que cada vez que alguien te mira tengas que desinfectarte, ¿crees que es eficaz o no?

—Los lavajes no sirven para nada. Si la enfermedad pasa a través de los ojos, llega a mi corazón, a mi alma, y no sirve de nada lavarme externamente; por otra parte, los antibióticos que tomo solo funcionan si la patología es tratable. De modo que sé que todo lo que hago para poner remedio no sirve de nada, y sin embargo sigo haciéndolo...

—¿Y los análisis sirven de algo? ¿Si enfermas, te curan o solo te indican que estás enfermo?

—Es evidente que no me pueden curar, no son más que análisis.

—El análisis para una enfermedad que has adquirido a través de la mirada y que da un resultado negativo, ¿te tranquiliza o te suscita otras dudas porque el contagio se ha producido a través de la mirada?

—No me tranquiliza, porque el resultado siempre es negativo.

—¿Y si fuese positivo te tranquilizarías?

—Me llevaría un susto de muerte.

—Pero si fuese positivo, ¿creerías que has contraído la enfermedad a través de la mirada o buscarías otros agentes patógenos?

El médico me mira y dice:

—Interesante pregunta... ¡bravo! —Y luego añade en un tono muy convincente—: Es evidente que si realmente tuviera una enfermedad infecciosa buscaría todos los posibles agentes del contagio, nunca creería haber contraído una enfermedad infecciosa a través de la mirada.

—Muy bien. Resumiendo: lo que me estás diciendo, si no me equivoco, es que si los análisis fueran positivos te pondrías a buscar los agentes infecciosos más conocidos, y nunca pensarías que has contraído la enfermedad a través de la mirada.

—Así es.

—Bien, pero el hecho de buscarlos a través de análisis que siempre dan un resultado negativo ¿reduce o alimenta tu obsesión?

Hasta ahora no había utilizado esta palabra.

—Alimenta claramente mi obsesión —responde—. Y también cuando me lavo.

—Bien, entonces ¿qué debería cambiar en tu conducta, querido colega?

—Debería dejar de hacerme análisis, de tomar antibióticos y de evitar la mirada de las personas, pero no puedo.

—Todo este proceso entre la mirada y el diagnóstico puede compactarse. Vamos a hacer un experimento: desde hoy hasta la próxima visita te dedicarás una hora al día a cruzar la mirada...

—¡No, me da demasiado miedo! —Me interrumpe.

—Déjame terminar... Dedícate a cruzar la mirada con todas las personas, pero no en el hospital, sino con todas las que encuentras por la calle, y míralas bien... eres un investigador... ¿cuáles pueden ser los síntomas de una persona enferma? Puedes ver cómo se mueve, el aspecto del rostro y de la piel, para comprobar si tiene una enfermedad infecciosa. Luego vuelves a casa, y si crees que has contraído una enfermedad infecciosa, te desinfectas voluntariamente, pero debes repetir el ritual cinco veces. Si te lavas una vez con el desinfectante del hospital, ese que te quema la piel, tienes que hacerlo cinco veces, ni más ni menos, puedes no hacerlo, pero si lo haces una vez lo repites cinco veces, ni una más ni una menos. Puedes no hacerlo, pero, por favor, si decides hacerlo tienes que repetirlo cinco veces, ni una más ni una menos.

El médico me mira con cierta turbación. Continúo:

—Lo mismo vale para los análisis. Si te haces un análisis, tienes que repetirlo cinco veces, ni una más ni una menos.

El paciente-colega abandona mi despacho un tanto perplejo, pero está de acuerdo en seguir la doble prescripción construida en el diálogo estratégico. En realidad, en la sesión se ha inducido al médico, a través de preguntas estratégicas y paráfrasis reestructurantes, a percibir y entender que sus soluciones intentadas alimentan el problema y su funcionamiento real, no el que ha presentado como hipótesis. Este descubrimiento real me permite introducir la fase prescriptiva del tratamiento y utilizar las estrategias terapéuticas adecuadas a su caso: una *contraevitación* con la posibilidad de la búsqueda del efecto, pero *transformada en contrarritual*. El propio paciente ha dicho que la búsqueda de pruebas para confirmar su idea era inútil, y que ni el lavaje ni los análisis podían detectar enfermedades contraídas con la mirada. El objetivo terapéutico en esta primera fase no es mirar a las personas, sino buscar fuera del hospital a los posibles enfermos. Aunque uno sea un extraordinario experto, no es tan fácil mirar a una persona en el bar y decir que sufre una determinada enfermedad infecciosa. El

objetivo es desmontar el ritual de control tranquilizador pero contraproducente. Este caso es paradigmático del hecho de que una secuencia ritualizada de acciones puede ser completamente ineficaz y puede estar completamente desligada del control real, pero ser igualmente activada de forma compulsiva porque mientras se realiza reduce la ansiedad causada por la fobia originaria. El médico realiza sus rituales aun sabiendo que no tienen efecto, aunque reducen el terror.

Diez días más tarde, en la segunda entrevista, me dice que por primera vez ha conseguido interrumpir el círculo vicioso de los rituales. No de inmediato: al principio, se ha lavado cinco veces y ha sido una tortura terrible. Ha tenido la piel irritada durante una semana. Para su obsesión, habría bastado una sola vez, pero el hecho de haber realizado el ritual cinco veces le ha hecho sentir que podía asumir el control de su obsesión, y que por tanto podía decidir no realizar el ritual.

Lo más terrible que le ha sucedido es que en el bar se encontró con un paciente que conoce, un drogadicto infectado del VIH. Este paciente, desgraciadamente, no se limitó a mirarle, sino que le saludó, le dio la mano e incluso le invitó a un café, y el médico no supo rechazarlo. De vuelta a casa, fue presa del pánico y pensó: «Es inútil que me lave con desinfectante, porque si me ha transmitido la enfermedad así, ya la he contraído. Es absolutamente necesario que me haga los análisis... pero tengo que hacerlos cinco veces». De modo que se dirigió al hospital y se hizo el análisis, luego contactó con otros cuatro hospitales e, inventando excusas creíbles, encargó otros análisis para el VIH. Pero mientras se hacía el tercer análisis, se dijo a sí mismo: «Realmente eres un idiota, porque sabes muy bien que te ha dado la mano, te ha invitado a un café, pero el café lo ha hecho el camarero, te ha hablado y te ha mirado, y tú eres un experto en enfermedades infecciosas y sabes que no es posible, pero tengo que respetar la prescripción y voy a hacerme los otros análisis». Obviamente, todos dieron un resultado negativo. Sin embargo, esto le hizo sentir que ha saturado su trastorno. Después de esta explicación le pregunto:

—¿Ahora crees que podrías estar infectado y tenemos que hacer otros análisis, o ya es suficiente?

—Ahora me parece que es así, pero no podría garantizarlo las próximas semanas, podría tener algunas dudas.

—¿Pero has seguido mirando a las personas o las has evitado?

—Por supuesto, incluso he salido más de lo habitual y he mirado a las

personas.

—¿Y te han contagiado?

—Excepto el caso del que te he hablado, no he encontrado personas con signos evidentes de enfermedades infecciosas y, por tanto, no he experimentado el terror habitual.

—¿Estarías dispuesto a enfrentarte a un hospital o sigues teniendo miedo?

El médico cae ahora en la cuenta y afirma:

—Pero si ya lo he hecho, ¿no ves que para hacerme cinco veces las pruebas de VIH he ido a cinco hospitales distintos y he tenido que explicar por qué quería hacerme la prueba? En cada ocasión he tenido que inventarme que había entrado en contacto con una persona que sangraba y que me había tocado. ¿Sabes con quién he tenido que hablar? Con el responsable del departamento de infecciosos... imagina a cuántas personas enfermas ha mirado, y yo le he mirado a él, por tanto puedo haber contraído todas las enfermedades.

—¿Y por qué no realizaste el mismo proceso de desinfección? —Le respondo como colega.

—Porque lo que me prescribiste ha hecho que se me confundan las ideas... tenía mucha necesidad de hacerme la prueba, pero cuando llegué al primer hospital, que era el hospital donde trabajaba antes, creía que nadie me obligaría a hablar con otro médico, sin embargo, la enfermera me dijo: «No, no, tiene que hablar con el responsable». Cuando apareció un colega que me conocía y que me reconoció, que me dio la mano, que incluso me abrazó y me dijo: «¿Cómo estás?», mirándome a los ojos... Pensé en todas las cosas y en todos los pacientes que podía haber tocado, mirado... y ¿sabes, que pensé? Estoy contento de tener que hacerme tantas pruebas y no solo una, así estare más seguro; aunque luego comprendí que estaba haciendo una cosa absurda.

La percepción del médico ha cambiado. Cuando un paciente obsesivo-compulsivo consigue percibir realmente la absurdidad de lo que hace, la patología cae por su propio peso. Si se limita a pensarlo, continúa alimentando el problema. Tiene que percibir la realidad de un modo diferente. De modo que mantenemos la prescripción; dado que el médico se está preparando para el concurso, ahora deberá dirigirse al hospital donde se celebrará el concurso y visitar todos los departamentos. No le pido que mire a las personas a los ojos, sino: «Si el problema

es este y sigues evitándolo, ¿crees que tu miedo aumentará o disminuirá?». La respuesta es: «Seguirá aumentando». De modo que acude al hospital y al principio tiene mucho miedo y tiene la tentación de pensar que ha contraído alguna enfermedad infecciosa a través de la mirada. En un momento determinado, según me cuenta en la sesión siguiente, surge repentinamente un pensamiento: «He mirado a tanta gente... si he cogido alguna enfermedad por este procedimiento he cogido tantas que cualquier terapia y diagnóstico serían inútiles... si ha de pasar pasará». Partiendo de esta conclusión, decidí no realizar ningún ritual.

Desde entonces el médico ha hecho una brillante carrera profesional y ahora dirige uno de los centros de más prestigio en el tratamiento del VIH en Italia. Esto demuestra que incluso una situación tan extrema y aparentemente absurda puede resolverse en tiempo muy breve si se aborda con una tecnología terapéutica adecuada.

COMENTARIO FINAL

En este caso se han utilizado dos tipos de intervención: el *contrarritual* desarrollado para las compulsiones de control repetidas y una indicación muy parecida a la utilizada en el caso anterior de *progresiva contraevitación*. Mi intención era que esta última prescripción fuese mucho más progresiva, como en el caso de la fobia a los excrementos. Pero a veces la casualidad ayuda: el médico encontró a la persona infectada del VIH y la contraevitación se llevó inmediatamente al extremo, acelerando el proceso terapéutico y permitiéndome trabajar hasta destruir su creencia absurda, pero solo después de la experiencia directa. No hay ninguna forma de trastorno obsesivo-compulsivo que pueda ser resuelta a base de comprensión y de reflexión: solo la experiencia puede lograr que desaparezca el fantasma que persigue al paciente.

Caso 3. De la fe al rito propiciatorio: la falsa oración

También los religiosos padecen con frecuencia obsesiones, manías y compulsiones. Esto no supone descalificar sus virtudes, sino confirmar su vocación y su sacrificio, precisamente porque se someten a renunciaciones y actividades que a veces asumen aspectos patológicos. Por esto no debe sorprendernos que también los religiosos puedan tener necesidad de una psicoterapia.

Un humilde y devoto párroco de un pueblecito del sur de Italia solicita mi intervención a causa de una serie de ritos propiciatorios que se siente impulsado a hacer a lo largo del día, como repetir compulsivamente el rosario por la mañana

por temor a que suceda algo malo a él y a sus seres queridos. Precisamente debido a este conflicto interior, le planteo una pregunta crucial:

—Cuando por la mañana repites el rosario, ¿estás haciendo una cosa que honra a tu Dios, de quien eres servidor, o en realidad lo estás utilizando para tus objetivos patológicos?

—Lo estoy utilizando —responde el cura, como atravesado por una espada al rojo vivo.

—¿Y el intento de tranquilizar tu fobia a que suceda algo malo es una oración o un acto egoísta?

—Es un acto culpable de puro egoísmo —insiste. Y luego continúa—: Es cierto, repito el rosario para tranquilizarme respecto a ciertos pensamientos amenazadores que he tenido y para que no me suceda nada malo en todo el día.

—¿Así que rezando el rosario compulsivamente honras a Dios o lo ofendes?

El religioso responde bajando la mirada.

—Lo ofendo, porque lo utilizo para mis objetivos personales.

Aprovecho la ocasión y le sugiero:

—Si rezas a Dios para obtener un beneficio deshonras tu función de párroco y cometes un pecado grave... precisamente tú que estás llamado a dar testimonio de la buena oración. Cuando lo hagas los próximos días, piensa que estás ofendiendo a tu Dios en vez de honrarlo. Ten presente todo esto y cuando sientas el irrefrenable impulso de repetir el rosario u otros rituales, piensa que son «falsas oraciones» basadas en el deseo de obtener un beneficio personal... Por tanto, no te estoy pidiendo que controles tu compulsión voluntariamente... ya has intentado hacerlo sin éxito. Solo quiero que pienses en lo que realmente haces cuando repites por fobia tu oración.

Se trata de una maniobra de reestructuración, realizada a través de las preguntas que orientan hacia la adopción de puntos de vista no considerados o descubiertos aún, que crean una realidad nueva y terapéutica. En este caso, el miedo terapéutico a ofender a Dios, a cuyo servicio me he dedicado como opción de vida, se impondrá sobre el miedo patológico que me obliga a rituales compulsivos.

En nuestro segundo encuentro, el religioso declara que ha suprimido los ritos patológicos y ha vuelto a rezar de forma correcta y con los objetivos adecuados a su función, y me da las gracias por haberlo ayudado a regresar al buen camino tras haberse perdido.

COMENTARIO FINAL

Este ejemplo pone de relieve el gran potencial de las técnicas del diálogo estratégico^[3] (Nardone, Salvini, 2004) cuando se trata de crear efectos de reestructuración de las percepciones de la realidad del paciente, induciéndolo así a romper las cadenas de la fobia que impone las compulsiones. Esta técnica es especialmente eficaz en los casos en que existe un componente moral importante o una creencia que hay que respetar, puesto que representa un punto muy útil sobre el que apoyarse para provocar el miedo terapéutico.

Caso 4. Cuando lo razonable se vuelve irracional: el hijo demasiado bueno

Se presenta en nuestra consulta un muchacho de 14 años, la imagen del hijo que todo el mundo quisiera tener: guapo, pulcro, inteligente. También la madre es la que todo hijo querría: guapa, inteligente, comprensiva. El problema surge cuando el «golden boy» empieza a pedir ayuda a la madre por un hecho extraño que no consigue controlar y que lo está invalidando: cuando prepara las cosas que necesita, luego tiene que volver a controlarlas. Por la noche prepara la cartera para ir al colegio, luego vuelve a controlarla varias veces, porque duda de si ha olvidado alguna cosa. Además, cuando sale de casa controla si ha cogido las llaves. A los 14 años, los padres lo consideran suficientemente responsable como para tener las llaves de la casa. Para responsabilizarlo, los padres le dan dinero, el primer billetero, el carné de identidad, y el chico lo controla todo obsesivamente por temor a haber perdido algo. La vida y el estudio se vuelven muy difíciles, ya que el chico relee cada frase porque no está seguro de recordarla, y acaba bloqueándose. En su habitación, todos los objetos han de estar exactamente en una determinada posición, y no permite que su madre la limpie. Le dice: «Yo limpiaré mi habitación». Al principio, la madre estaba muy contenta, pero luego, cuando entra a darle las buenas noches, se da cuenta de que el reloj, las carpetas, la cartera, los zapatos, el jersey y los objetos de adorno están siempre en la misma posición. La madre empieza a pensar que hay algo que no funciona. El exceso de virtud se convierte en defecto. El hijo pide ayuda y la madre trata de ayudarlo revisando las cosas con él. Desgraciadamente, esta buena intención se convierte en perjudicial: la madre confirma la razonabilidad de las dudas del muchacho. Y de este modo, como ocurre a menudo, los obsesivo-compulsivos pasan a ser dos. Además, el

problema se ha convertido en el tema central de la familia. El chico es hijo único y la madre no trabaja, de modo que se dedica enteramente a su educación. Al investigar sobre la cuestión, descubro que los intentos de solución han fracasado y que, pese a ser razonables e impulsados por los mejores deseos, han alimentado el problema. Por consiguiente, prescribo a la madre que observe sin intervenir y evite totalmente tranquilizar al muchacho. Se lo digo en presencia del hijo, tras haber demostrado que ese comportamiento razonable ha acabado alimentando el problema. Cuando los familiares se implican en los rituales, el primer paso de la terapia consiste en romper el sistema relacional que alimenta el problema; en caso contrario no es posible intervenir en los rituales que el sujeto realiza individualmente. No obstante, hay que hacer esto tras haber demostrado su peligrosidad en presencia del paciente, y no solo diciendo a los padres que dejen de ayudar a su hijo. Si no se obtiene el consenso del muchacho, comienza un pulso entre los padres que ya no quieren ayudar al hijo y el hijo que pide ayuda, lo cual acaba produciendo un empeoramiento del trastorno. En estos casos siempre vence el sujeto enfermo: los padres, más pronto o más tarde, terminan cediendo, y se vuelve a empezar desde el principio. Por este motivo es importante prescribir la interrupción de los intentos fallidos de ayudar al hijo solo después de haber creado la sensación de que esto hace que la situación empeore.

En este caso la madre enseguida se muestra dispuesta a colaborar, y el hijo lo entiende y se compromete a no pedir más seguridades. Una vez conseguido este importante primer acuerdo terapéutico, le pido al hijo que redacte una clasificación de los ritos que realiza durante el día y de las evitaciones o de las precauciones que adopta. En el caso de un adolescente tan colaborador, esto equivale a inducirlo a mirarse en un espejo incómodo, suscitando una reacción aversiva contra aquello que se siente impulsado a hacer para tranquilizarse, e incrementando así su colaboración terapéutica. Aprovechando el fuerte vínculo existente entre madre e hijo, le pido al muchacho, tras haber completado las dos listas, que lo compruebe todo con su madre, implicándola así en la supervisión del trabajo.

En la siguiente sesión, la madre declara que no ha vuelto a intervenir y que el muchacho se las ha arreglado él solo. Además, ha redactado las clasificaciones y me las entrega. La madre las ha supervisado; descubrimos más de veinte tipos distintos de rituales. Los tres juntos hemos subdividido los rituales de recontrol, esto es, volver a controlar para tranquilizarse; la necesidad de orden en la habitación. Hemos distinguido así dos tipos distintos de compulsividad y hemos concluido que la primera es de tipo preventivo (quiero controlar para que todo vaya bien o para arreglar algo que temo que no funcione bien, por ejemplo, controlar la cartera, las llaves, que las puertas, ventanas, grifos y el gas estén cerrados). Por el contrario,

la necesidad de colocar los objetos en una posición determinada es de tipo propiciatorio. Al preguntar por qué se obligaba a hacerlo, el muchacho responde: «Porque si las cosas no están en su sitio temo que pueda pasarles algo a mis padres». Cuando la ritualidad es preventiva, al principio es racional, pero con la repetición se transforma en un ritual mágico y propiciatorio.

Los felicito a ambos por el trabajo realizado y declaro que ahora empezaremos a intervenir directamente en los rituales. A continuación prescribo el contrarritual sobre el control: «Desde ahora y hasta la próxima sesión, cada vez que controles, si lo haces una vez tienes que hacerlo cinco veces, ni una más ni una menos. Puedes no hacerlo, pero si empiezas tienes que repetirlo cinco veces, ni una más ni una menos». Enuncio la prescripción con el lenguaje hipnótico habitual. El muchacho me pregunta: «¿Y en cuanto al orden?». «Del orden nos ocuparemos más adelante, de momento vamos a intervenir en los rituales más invalidantes», le contesto. Como es de prever, el muchacho cumple al pie de la letra las prescripciones, y en la siguiente sesión explica que cada vez que ha controlado lo ha hecho cinco veces, y que se ha sentido muy tranquilizado. También ha advertido que los rituales se han reducido en un 50%, pero lo más interesante para él es que, cuando controlaba cinco veces, realmente se sentía seguro. Como ya he explicado antes, hemos conseguido el control de las obsesiones. Una vez aclarado este aspecto fundamental, aumentamos la «dosis»: «Ahora tendrás que hacerlo siete veces, ni una más ni una menos». En la siguiente sesión explica que siete veces es fastidioso pero, como es habitual, se ha mostrado preciso y riguroso, se ha dado cuenta de que el número de rituales se ha vuelto a reducir en un 20-30% y que ya solo quedan los rituales más importantes. Se han eliminado casi todos, excepto los más importantes. De nuevo afirma que, cuando lo ha hecho siete veces, se ha sentido muy seguro. Vista la eficacia de las indicaciones y del protocolo, aumentamos todavía más la dosis, hasta llegar al punto de saturación. De modo que ahora le prescribo que cada vez que controle tiene que hacerlo diez veces, ni

una más ni una menos. En la siguiente sesión declara que solo se mantienen el ritual de control de las llaves y el del billeteo porque son las dos responsabilidades más importantes. También declara que repetir diez veces el control es realmente fastidioso. A partir de esta afirmación introduzco otra forma de estratagema terapéutica: «Bien, qué prefieres, que aumentemos más la dosis o que cada vez que sientas la necesidad de controlar te digas a ti mismo: “Sí, puedo controlar, pero lo haré dentro de diez minutos”». Es la técnica del aplazamiento: «Dentro de diez minutos puedes controlar, pero si lo haces una vez tendrás que hacerlo diez veces, ni una más ni una menos». El muchacho responde: «Pero si me digo “dentro de diez minutos”, es posible que no lo haga». El joven es muy inteligente y ha captado el truco, pero esto le otorga todavía más eficacia. Cuando

vuelve tres semanas más tarde, explica que en el 80% de los casos ha aplazado diez minutos, y luego no ha controlado. En el 20% de los casos ha aplazado y luego ha controlado diez veces. Acordamos mantener esta prescripción hasta que desaparezcan todos los rituales, porque ahora tengo la seguridad de que esto sucederá en breve.

Este resultado nos permite pasar a abordar el segundo ritual, el de la habitación como templo del orden. Analizamos su preocupación por mantener el orden en su habitación. Luego acordamos empezar a introducir el pequeño desorden que mantiene el orden, esto es, elegimos conjuntamente qué objeto decide colocar en una posición distinta, luego vamos seleccionando uno cada día. En la siguiente sesión cuenta que ha conseguido mantener en una posición distinta un bibelot, una estatuilla, un jarrón y un reloj. Uno cada día, no más. También en este caso aumentamos la dosis acordando cambiar el orden de dos objetos cada día. Finalmente, se produce el efecto avalancha: el muchacho explica que por primera vez ha permitido que su madre le limpie la habitación. Obviamente, la madre no puede acordarse del lugar exacto donde está colocado cada objeto. Dice el chico: «Me lo ha desordenado todo y me han entrado ganas de ordenarlo de nuevo, pero mientras colocaba los libros he pensado “También podría dejarlos así”». Ha conseguido mantener el desorden de su madre o, mejor dicho, el orden de la madre, no el suyo. Esta es la prueba concreta de que también ha superado este problema. En este caso el trabajo ha consistido en desmontar gradualmente todos los tipos de ritualidad y hacer que cambiase su percepción. La terapia duró menos de seis meses, luego le siguieron los *follow-up*. Al final de la terapia el muchacho afirmó no solo que ya no padecía trastornos, sino que sentía que su percepción de las cosas había cambiado y que se sentía mucho más relajado. Gracias a esto, el muchacho empieza a tener sus primeras sensaciones eróticas y conoce a su primera novia. Es una prueba más de la curación del trastorno.

COMENTARIO FINAL

Este ejemplo muestra la importancia de gestionar la dinámica familiar cuando está directamente implicada en el mantenimiento del problema, pero sin acusar o juzgar a los padres, sino comprometiéndolos en la dirección de la terapia. Además, esta terapia muestra un ejemplo excelente de aplicación del contrarritual para las compulsiones de control, que es la primera forma de estratagema terapéutica desarrollada para el trastorno obsesivo-compulsivo hace más de veinticinco años. Además de esta técnica, se pone de manifiesto el poder de la estratagema del «aplazamiento» como intervención eficaz en las ritualidades. Por último, se destaca la violación del orden exigido por la obsesión, como forma de

romper la rigidez del control de las posiciones de los objetos.

En el primer y el tercer caso podemos observar un cambio gradual que se transforma en efecto avalancha, mientras que en el segundo caso observamos un efecto catastrófico inmediato sobre el ritual de control restante.

En las tres modalidades terapéuticas la estratagema consiste en «hacer subir al enemigo al desván y luego quitarle la escalera».

Caso 5. Qué agradable es arrancarse el cabello: del pequeño vicio a la manía

Se presenta en mi consulta una muchacha acompañada de su madre, una mujer muy elegante y refinada. La muchacha, muy guapa, lleva un pañuelo en la cabeza que le otorga un atractivo especial. Exponen el problema: la madre me dice que está muy preocupada porque su hija se arranca el cabello continuamente. Está casi calva y tiene la piel muy irritada. La muchacha, en cambio, no está tan desesperada como la madre, incluso dice que está acostumbrada, y luego afirma: «El pañuelo me sienta muy bien, todo el mundo me lo dice». Enseguida se ve claramente que ha creado una especie de personaje más atractivo y fascinante aún debido precisamente a esta rareza. Al preguntar por su comportamiento averiguo que no es esta su única manía compulsiva. De hecho, es una «buscadora de sensaciones», como le gusta definirse. En un momento determinado me pregunta: «¿Cuántos años tienes?». En aquella época yo tenía 48 años. Se lo digo, e inmediatamente declara que está manteniendo una relación con un hombre dos años mayor que yo, pero que no es la única relación: «Porque él es adulto... fascinante, interesante, me trata tan bien». Es su dermatólogo. «Pero no me basta», sigue diciendo, por esto tiene otras relaciones pero ningún novio fijo. Afirma que así está bien ¡porque se siente libre! Extremadamente inteligente, cursa el último año de bachillerato con excelentes notas. Declara que arrancarse el cabello es agradable: «¡Me gusta! Porque cuando siento ese dolorcillo luego se transforma en placer». Le replico en sintonía con sus ideas: «Una poetisa escribió que el límite entre el placer y el dolor es tan sutil que a menudo es imperceptible y ambas sensaciones se juntan». La muchacha cuenta que arrancarse un solo cabello no es tan agradable, tal vez al principio; ahora es muy poco y por tanto se arranca mechones enteros. Por esto la madre la obliga a llevar el cabello muy corto, confiando en que no pueda arrancárselo. Pero la muchacha utiliza las uñas, excava en la piel, coge varios cabellos a la vez y tira. De la investigación se desprende que este hecho se produce cuando no tiene nada que hacer y se relaja: «Después de comer me tumbo en el sofá, miro un poco la televisión y me divierto, mi madre se enfada porque encuentra los cabellos en el suelo... antes de dormirme por la noche,

voy a la cama y me gusta arrancarme cabellos». Le pregunto si es el único juego entre dolor y placer que practica o si hay otros. Me mira sonriendo y me enseña las uñas: le gusta morderse la piel hasta sangrar, luego utiliza el Rilastil para que no se vea. «¿Tu madre también sabe esto?», le pregunto. «No, no... esto lo oculto, lo tapo...». De hecho, lleva las uñas muy largas, muy bonitas, pintadas: «Tal vez crees que es para estar más guapa, pero es para ocultar lo otro. Con las uñas tan cuidadas, tan bonitas y pintadas, nadie puede imaginar que me muerdo la piel». «De acuerdo», le digo, «¿hay algo más?». Y ella: «Hay otra cosita... cuando practico el sexo me gusta que el hombre me haga un poco de daño, de hecho mi “amigo” anciano es el único que lo sabe, a los jóvenes no puedo explicárselo, y en realidad me gusta hacerlo con él y no con los otros, porque quiero que me apriete la carne con fuerza, quiero que me muerda hasta hacerme moratones en la espalda». Esto es lo que significa «buscadora de sensaciones». No se trata de un trastorno obsesivo-compulsivo basado en el miedo sino en la busca de sensaciones fuertes. Le pregunto si realmente quiere resolver el problema y dice que sí, porque le gustaría llevar el cabello largo como antes, para ser más femenina, pero al mismo tiempo le gustaría mantener algún otro pequeño placer, precisamente para poder renunciar a este. Acordamos, por tanto, empezar el tratamiento para eliminar la compulsión placentera a arrancarse los cabellos y le impongo prescripciones *ad hoc*: «Desde ahora hasta nuestro próximo encuentro, cada hora del día, a las ocho, a las nueve, a las diez... desde que te despiertes hasta que te acuestes, tienes que ponerte ante un espejo y durante un minuto has de arrancarte mechones de cabellos y mirarte mientras lo haces». Inmediatamente replica: «¡Si hago esto me arrancaré todos los cabellos que tengo!». Le respondo: «¡Veremos qué sucede! Podría ocurrir algo extraño... cada hora tienes que ponerte ante el espejo y arrancarte cabellos durante un minuto». La muchacha responde en tono provocador: «¿Y si no me apetece hacerlo?». «Adquirirás el compromiso de hacerlo cada hora... si no es así no puede funcionar», replico. Me dirige un guiño cómplice y dice: «De acuerdo, lo intentaré».

En la siguiente sesión empieza así: «Ya he entendido lo que querías que sintiera, querías que sintiera disgusto al hacer una cosa que me gusta mucho. Empecé a arrancarme los cabellos mirándome al espejo y, mientras me miraba y lo hacía, la sensación no era la misma, no era aquello del dolor que se convierte en placer. Veía cómo se irritaba la piel y los ojos no me ayudaban a sentir, ¡miraba! Y no conseguía apartar la mirada de la cabeza irritada, de modo que al cabo de unos días te mandé a hacer puñetas, y empecé a hacer lo que me apetecía». Respondo: «¿O sea que has vuelto a hacer lo mismo de antes?». Y ella: «No... al cabo de unos días... volví a hacer lo que me habías pedido, porque pensé que es un problema que quiero resolver y ¡porque es la primera vez que siento que haciéndolo así

puedo rechazar ese placer! Además, puedo permitirme otros placeres... estos días he visto varias veces a ese que te dije y me he dado cuenta de que me gusta más esto que arrancarme los cabellos». La felicito por la capacidad demostrada al mandarme a hacer puñetas y le prescribo: «Ahora deberás hacerlo cada dos horas, no una vez cada hora. Pero si tienes ganas de hacerlo porque estás relajada, por ejemplo, cuando estás en el sofá viendo la tele, tienes que levantarte, ponerte delante del espejo y hacerlo durante un minuto. Lo mismo por la noche, antes de dormir: no debes permitir que suceda en los momentos de relax. Debes hacerlo solo cuando te lo concedas tú, cuando lo decidas tú. Lo hemos decidido juntos, debemos apoderarnos de la obsesión y no dejarnos poseer por ella». La idea es de su agrado, asumir el poder le gusta, y dice: «Me gusta decidir cuándo quiero el placer, nunca salgo con un hombre si me lo pide, tengo que pedírselo yo, llamo al dermatólogo y ha de estar disponible, y si me dice que no puede lo castigo, no lo veo durante semanas. Quiero tener el poder incluso sobre mis agradables torturas». De modo que acepta hacerlo cada dos horas y hacerlo siempre delante de un espejo, incluso en los momentos en que siente una compulsión irrefrenable.

En la siguiente sesión declara ser consciente de haberse arrancado mucho menos el cabello: lo ha hecho unas siete u ocho veces al día durante un minuto, mientras que antes lo hacía mucho más y con mucho más ímpetu, porque le proporcionaba placer. Ahora es consciente de que lo hace menos porque no siente tanto placer. Además, ha empezado a comprobar que cada vez tiene más poder sobre su manía y menos deseo de hacerlo. Pasamos a un ritual cada tres horas, y en este caso alguna vez ha tenido ganas de hacerlo en el sofá: inmediatamente ha ido al baño, lo ha hecho frente al espejo, y cuando ha vuelto al sofá ya no le apetecía hacerlo. Poco a poco siente que puede controlar la compulsión, incluso en los momentos difíciles. Hemos seguido reduciendo cada vez más las citas forzadas con el rito: cada cuatro horas, cada cinco horas, y mientras se reducía la compulsión, como ocurre con frecuencia en estos casos, por una especie de «efecto dominó», se reducen también las otras. El rito de destrozarse las pieles de los dedos se ha redimensionado drásticamente. La técnica de «ritualizar el ritual agradable» se ha desarrollado precisamente para hacer primero aburrido, luego fastidioso y finalmente desagradable lo que antes, al ser realizado impulsivamente, era tan placentero. Al convertirlo en voluntario en vez de espontáneo, obligatorio en vez de deseado, con un horario fijo en vez de libre, el efecto se transforma: pasa del placer al fastidio. De este modo, donde había deseo se genera aversión y el trastorno se desploma sobre sí mismo autodestruyéndose. Seguimos así hasta que la muchacha deja completamente de arrancarse los cabellos. Por primera vez se ha quitado el pañuelo, porque ahora el cabello corto le cubre toda la cabeza. Al llegar a este punto planificamos las visitas de control a los tres, seis y doce meses. En la

última visita apareció de nuevo la madre, que quería despedirse y darme las gracias, pero la verdadera satisfacción profesional fue ver a la joven elegante y fascinante, con una espléndida cabellera negra y un peinado masculino, perfectamente adecuado a sus rasgos dulces. Poco antes de despedirnos, me anunció con uno de sus guiños que por fin había encontrado al hombre ideal. Desgraciadamente, este final alegre fue desmentido unos meses después, cuando volví a ver a la joven con lágrimas en los ojos y el rostro hinchado por los golpes recibidos de su «presunto príncipe azul», que había resultado ser una persona celosa hasta la paranoia, agobiante y violento. El hombre la había golpeado por encontrarla excesivamente seductora, desde su punto de vista, con un amigo. Pero esta es otra historia.

Es importante poner de relieve que, incluso en un momento de su vida tan crítico, la muchacha no recayó en el trastorno. Esto confirma que el cambio producido no era, como sostienen a menudo los partidarios de la terapia a largo plazo, solo superficial, sino bien arraigado y duradero. Se trata, en definitiva, de un nuevo equilibrio, que una vez constituido tiende a mantenerse en el tiempo, precisamente en virtud de los principios de homeostasis de los sistemas vivos.

COMENTARIO FINAL

Este ejemplo muestra muy bien cómo la estrategia de «ritualizar el ritual», que a primera vista podría parecer un modo de favorecer el trastorno compulsivo, en realidad lo que hace es capturar su fuerza para reorientarla hacia la extinción «natural»: como diría Tomás de Aquino, «nada hay en la mente que antes no haya estado en los sentidos». La terapia de los trastornos compulsivos basados en el placer exige necesariamente, para ser eficaz, la transformación de las sensaciones, no de las convicciones. Estas se modificarán posteriormente, precisamente en virtud del cambio de la percepción, que se convierte de seductora en fastidiosa.

Caso 6. Realizar lo que se teme: la obsesión de «hacerse las necesidades encima»

Uno de los tipos de TOC más extendido es el que afecta a la funcionalidad del organismo. El más frecuente es el miedo a perder el control de la función intestinal o urinaria, que puede confundirse a veces con un trastorno de ataques de pánico; sin embargo, en este caso la persona intenta combatir el temor con el control mental, mientras que en el trastorno obsesivo-compulsivo el intento de controlar lo que asusta al paciente se realiza a través de rituales. El que tiene miedo de hacerse sus necesidades encima trata de evitar todas las situaciones en las que podría experimentar el malestar, por ejemplo, en un viaje con otras personas, o en

un lugar donde no hay un baño disponible. Esta es la parte fóbica; en relación con el TOC, se trata de la persona que comprueba continuamente si tiene necesidad de ir al baño. A menudo estas personas, antes de salir de casa por la mañana para ir a trabajar, van al baño repetidamente, hasta una decena de veces: esto las tranquiliza respecto a lo que podría suceder, y se repite siempre que tienen a su disposición un baño. Se esfuerzan hasta conseguir evacuaciones o micciones mínimas; de modo que el ritual construye el problema. A veces surgen problemas de colon irritable, porque el TOC exagerado, orientado al propio organismo, produce efectos muy similares a los de la hipocondría grave. Una persona que va al baño veinte veces al día y se esfuerza por evacuar para estar seguro de no perder el control en otras situaciones acaba provocándose problemas físicos reales.

También en estos casos la intervención consiste en «ritualizar el ritual». Se presenta en mi consulta un joven fisioterapeuta. Teniendo en cuenta su formación, es consciente de que se trata de un trastorno puramente psicológico, pero esto no solo no es suficiente para tenerlo controlado: en el caso de ciertas patologías, el conocimiento no ayuda, sino que incluso agrava el problema, precisamente porque se es consciente de estar sufriendo un trastorno creado por uno mismo. El gastroenterólogo al que se dirige, tras realizarle varias pruebas, entre otras una gastroscopia y una colonoscopia, le diagnostica un colon irritable. Sin embargo, esto no basta para explicar por qué esa persona va al baño más de diez veces al día. Es precisamente su esfuerzo por evacuar el que ha creado un prolapso del colon y del recto, y mantiene la irritación. En la primera sesión, el paciente me describe los ritos que realiza: por la mañana desayuna eligiendo los alimentos más adecuados para ayudar al intestino, sobre todo cereales, por indicación del gastroenterólogo, luego va al baño cada 5-10 minutos e intenta evacuar. Por lo general, lo consigue tras los dos primeros intentos, luego se viste y se prepara, pero le asalta la duda de si ha evacuado suficientemente. Vuelve al baño y se esfuerza de nuevo, y por lo general no lo consigue; se vuelve a vestir, sigue con la preparación, luego vuelve al baño y se esfuerza de nuevo. Tras dos o tres intentos consigue volver a evacuar, pero esforzándose muchísimo, encogiendo el abdomen, adoptando incluso posturas de yoga. A pesar de esto, cuando está preparado para salir se encierra y vuelve al baño. Si consigue evacuar, se siente bien hasta la hora de la comida. Si come, el problema aparece de nuevo y el ritual dura al menos una hora y media. El único momento del día en que, después de una comida, consigue no realizar el ritual es por la noche, porque está en casa y piensa: «Si se me escapa voy al baño, y si me ocurriera algo desagradable no tengo que avergonzarme». Todo esto lo obliga a no dormir nunca fuera de casa, sobre todo a no dormir con nadie. Su trastorno ha comprometido incluso la relación con su novia, que ha empezado a preguntarle: «¿Por qué no me invitas nunca a dormir en tu casa? ¿Cómo es que

nunca dormimos juntos en el hotel?». Cuando iba de vacaciones con la novia tenía que alojarse en una habitación individual y la vergüenza le impedía explicarle su trastorno. La situación ha llegado a un nivel de auténtica desesperación, y por esto ha acudido a mí.

A la primera cita acude en moto. Ha salido por la mañana tras haber realizado el ritual. Al llegar a Arezzo, tenía muchísima hambre, porque ha estado conduciendo sin detenerse a comer para evitar el ritual. Ha llegado con mucha anticipación y, al comprobar que en el centro hay baño, ha decidido comer. Pero casualmente, antes de que pueda ir al baño, llego yo y lo invito a entrar en mi despacho. El hombre enrojece y yo, viendo que lo está pasando mal, le digo: «Veo que tal vez lo estoy poniendo en una situación embarazosa». Responde: «No, no es por usted». Entra, se sienta y me explica la situación. Le planteo las preguntas dirigidas típicas de la primera sesión y, tras las averiguaciones sobre el trastorno, hago que explique todos sus intentos de solución fallidos hasta lograr que sienta que son justamente sus controles obsesivos los que crean el problema. Entonces me dice: «Usted ya ha hecho una buena parte de la terapia, porque hace media hora que estoy aquí y todavía no he corrido al baño, pese a que acabo de comer... y cuando salga de aquí no pienso ir a hacer el ritual...». Sin detenerme demasiado en esta cuestión, replico que realmente sería un buen inicio de la terapia, pero que esta requerirá de su parte un compromiso riguroso y también incluso fastidioso. A continuación le prescribo que todas las mañanas y todas las tardes, después de haber comido, cada cinco minutos exactos ha de ir al baño: tiene un minuto exacto de tiempo para evacuar. Luego debe vestirse y salir. Le impongo cinco sesiones de un minuto, y después tiene absolutamente prohibido volver al baño. El paciente me repite la consigna para comprobar que ha entendido bien, luego acepta la indicación. Subrayo el criterio lógico de la prescripción: cinco veces un minuto son cinco minutos, cinco minutos de intervalo por cinco son veinticinco minutos, en total treinta minutos. Si la prescripción funciona, reducimos un tercio la duración del ritual. Además, el paciente ha aceptado poner en práctica la consigna ritualizando rigurosamente el procedimiento de evacuación.

Dos semanas más tarde, el paciente explica que las cosas han ido bastante bien, porque consigue evacuar de forma bastante satisfactoria. Sobre todo, afirma, en la segunda y quinta evacuación consigue hacerlo todo bien en un minuto. Esto le ha hecho sentir mucho mejor porque siente que ha empezado a adquirir el control de su compulsión. Intrigado por su precisión en el control de los tiempos, le pregunto si siempre está tan atento. Me responde: «Yo lo controlo todo con precisión, en el trabajo me apunto todo lo que hago... antes de empezar el masaje controlo de nuevo el trabajo fisioterapéutico, nunca me equivoco, nunca empiezo

un tratamiento sin repasar el historial, ni siquiera con los pacientes neurológicos a los que conozco desde hace años». La necesidad de un control tranquilizador y constante constituye su estilo de vida, como ocurre con frecuencia en los sujetos obsesivo-compulsivos. En ese momento, teniendo en cuenta el cumplimiento total de la prescripción y los «eventos casuales planificados», le pregunto: «¿Qué nos explica esta constatación?». «Que he conseguido hacerlo... que estoy intentando controlar la cosa con éxito». Y yo: «Nos dice una cosa muy importante: que tú, en la gran mayoría de los casos, lo consigues con éxito en el segundo y quinto intento, es decir, que funcionas bien diez minutos y media hora después de haber comido. ¿Qué significa? Que podemos empezar a utilizar tan solo estas dos citas en vez de las cinco». «Interesante», comenta rascándose la cabeza, «no lo había pensado». Por consiguiente le prescribo: «Desde ahora hasta la próxima sesión, desayunas por la mañana, esperas diez minutos, luego vas al baño y vemos cómo funciona, esperas otros veinte minutos, vas al baño y vemos cómo funciona».

Dos semanas más tarde, el paciente comienza a hablar sonriendo: «He conseguido hacerlo a los diez minutos y a la media hora... es una sensación importante... porque en la última semana por primera vez he empezado a sentir menos molestias en el bajo vientre... he hablado con mi gastroenterólogo y me ha dicho que evidentemente ¡si hago menos esfuerzos está menos inflamado!». Vistos los resultados, le pregunto: «¿Cómo valorarías este resultado? ¿Debemos hacer algo más o ya es suficiente?». Y él: «Yo creo que es suficiente... ¡estoy contento!». La pregunta no es casual cuando se obtienen resultados rápidos, porque los pacientes que han sufrido mucho se contentan con una mejoría y no con la solución total del problema; en el caso del TOC esto es muy arriesgado, porque si el trastorno no se resuelve completamente tiende a reproducirse. Para evitar ese riesgo le planteo una pregunta orientativa: «Si nos detuviésemos aquí, ¿crees que podríamos considerar que el problema está resuelto o deberíamos dar un paso más para resolverlo?». «Yo me contentaría porque podría vivir bien», responde, «porque soy yo el que controlo y no la compulsión». De modo que insisto, cambiando la técnica: «Si imaginases tu vida completamente libre de la obsesión de evacuar, como si este problema no hubiese existido nunca, ¿cómo sería esa vida?». Esta pregunta muestra un escenario que supera el límite del problema y permite ver más allá del resultado inmediato. «Si hubiese resuelto del todo el problema, podría hacer todo lo que quiero sin estar atado a las dos citas en el baño. Sé que las personas normales pueden contenerse durante horas y pueden dormir tranquilamente con una mujer sin miedo a perder el control». De este modo hemos aclarado nuevamente el objetivo final de la terapia y hemos evitado el riesgo de un entusiasmo excesivo. La técnica del escenario ha mostrado al paciente todo lo que debería cambiar para considerarse curado, sin contentarse con los primeros

resultados positivos. Retomando sus palabras, continuó: «Has afirmado que el hecho de lograr contenerte te haría sentir realmente bien... es correcto. Por esto te propongo una nueva tarea, esto es: por la mañana, al despertarte, comes y, en vez de ir al baño a los diez minutos, lo retrasas treinta minutos. Esto sería la demostración no solo de la capacidad de ser regular y preciso, sino de saber retrasar la compulsión. Y después de la comida tienes que hacer lo mismo». El paciente, consciente de la importancia de la prueba, dice: «Lo intentaré, pero no sé si voy a conseguirlo».

Dos semanas más tarde, me explica que la primera semana no ha conseguido cumplir con el deber impuesto, porque se sentía tan tranquilo funcionando bien con las dos veces que tenía pánico a estropearlo todo. Como compulsivo ha encontrado el orden y quiere mantenerlo. Pero luego se dijo: «Tengo que intentarlo...». De modo que en la segunda semana ha comprobado que podía retrasar media hora, evacuar completamente y sentirse luego del todo liberado. Lo felicito y le sugiero que consolide el resultado manteniendo las consignas las semanas siguientes. Precisamente durante este período, un día a la hora de comer, mientras está aplazando media hora su «sesión», el responsable del centro de fisioterapia lo llama para una urgencia. «Necesito que vengas para una urgencia, acaba de llegar una persona que necesita tu intervención inmediata». El hombre se ocupa del paciente, y con ello aplaza la evacuación una hora y cuarto, momento en que empiezan las visitas regulares, y se olvida de ir al baño. Acaba de trabajar a las siete de la tarde y solo entonces advierte que, por primera vez, después de la comida ha aplazado la evacuación varias horas sin ningún problema. Ni siquiera ha sentido la necesidad. Al llegar a casa cena y, después de la cena, siente el estímulo natural, va al baño una sola vez y luego se acuesta. Comentamos juntos este hecho espontáneo, tratando de averiguar cómo ha podido producirse. Deducimos que tal vez su evacuación de la tarde no era espontánea sino forzada. Además, se ha dado cuenta de que conseguir retrasar media hora y evacuar completamente en un minuto sin ningún problema es muy tranquilizador, porque en el trabajo puede decir: «Perdonad, voy al baño», como cualquier persona «normal». Utilizando una vez más lo que el paciente explica, le sugiero que actúe de tal modo que esto se convierta en la regla: evacuar por la mañana media hora después de desayunar, evitar esforzarse por la tarde e ir al baño al cabo de media hora solo si siente la necesidad. Durante unas semanas el paciente consigue evitar la evacuación de la tarde y realizar la segunda evacuación casi siempre después de cenar. Un par de días, tal vez por haber comido algo durante el trabajo, entre un paciente y otro, evacuó de forma natural. Fue una experiencia extraordinaria. Vistos los resultados, alargamos de común acuerdo la distancia entre las sesiones. Durante este período su intestino se ha ido regularizando cada vez más hasta

llegar a evacuar prácticamente todos los días solo por la mañana. Dice que solo ha realizado otra evacuación en un 30% de los días. Paralelamente, hemos empezado a correr algún pequeño riesgo relacional, suprimiendo gradualmente las evitaciones por precaución, por ejemplo, yendo en coche con otras personas o en autobús, o bien durmiendo fuera de casa con otras personas, luego con una mujer. Entre el final del tratamiento sintomático y el período de *follow-up*, esto es, un año después de acabar la terapia, el joven ha sido capaz de realizar todas estas contraevitaciones: la primera gran prueba fue ir a un congreso con los compañeros del trabajo y dormir en la misma habitación sin ningún problema; la segunda prueba fue unas vacaciones con un amigo en una barca de vela, afrontando una situación realmente ilustrativa, con una promiscuidad muy elevada. La prueba final fue conseguir llevar una mujer a su casa y pasar la primera noche con ella sin ningún problema.

Como ya hemos aclarado, el tratamiento de un trastorno invalidante como el TOC no puede interrumpirse cuando se producen los primeros resultados positivos, si queremos que los efectos terapéuticos sean duraderos. No debemos limitarnos a eliminar la sintomatología, sino que hemos de lograr que la persona construya una nueva realidad sin limitaciones, un nuevo equilibrio que perdurará en el tiempo.

La lógica del cambio terapéutico

Antes de abordar el tema del próximo capítulo, resumimos brevemente las técnicas fundamentales desarrolladas para el tratamiento en tiempo breve del TOC en sus variantes.

a) El contrarritual basado en la repetición planificada del ritual compulsivo. En términos estratégicos: estratagema de «si 1=5 veces, ni una más ni una menos = 0 ejecuciones», «hacer subir al enemigo al desván y luego quitarle la escalera».

Tipo de cambio: catastrófico, esto es, extinción repentina de la sintomatología producida por la prescripción, que bloquea la dinámica de persistencia del trastorno.

b) Introducción de *violaciones*, cada vez más importantes, de las imposiciones fóbicas. En términos estratégicos: estratagema «desde la violación progresiva hasta la violación total», esto es, utilización de la estratagema desvelada.

Tipo de cambio: aparentemente gradual, pero en realidad geométrico-exponencial, es decir, se realizan pequeños cambios progresivos que originan una aceleración geométrica del proceso, como la bola de nieve que al rodar va aumentando de tamaño hasta transformarse en una avalancha imparable.

c) *Retrasar la compulsión* ampliando progresivamente el tiempo del aplazamiento hasta realizar los ritos solo en los tiempos fijados de antemano, que a su vez se van reduciendo hasta la supresión de las compulsiones. En términos estratégicos: estratagema de «retrasar para aprender a prescindir».

Tipo de cambio: aparentemente gradual, pero en realidad geométrico-exponencial, esto es, un pequeño cambio suscita una reacción en cadena de transformación, del tipo «si puedo retrasarlo también puedo prescindir de ello».

d) *Ritualizar la compulsión* patológica en espacios y tiempos prefijados a lo largo de toda la jornada, primero con citas numerosas y fastidiosas, reducidas luego progresivamente, hasta la supresión del «ritual ritualizado». En términos estratégicos: estratagema de «ritualizar el ritual para asumir el control».

Tipo de cambio: gradual por fases progresivas, esto es, «trabar la puerta con el pie para dejar espacio gradualmente a todo el cuerpo». La patología se va desmembrando pieza por pieza.

e) Introducción en la lógica del paciente de la necesidad del *pequeño desorden que mantiene el orden*, para romper la rigidez del control compulsivo, hasta desestructurar completamente la necesidad irrefrenable.

Variante: «mínima suciedad para evitar la gran suciedad».

En términos estratégicos: estratagema de «reestructurar la creencia para anular su potencia».

Tipo de cambio: gradual y por fases progresivas, que puede transformarse en geométrico-exponencial.

5. Extravagancia patológica: casos particulares

Para demostrar hasta qué punto el TOC puede adoptar formas extravagantes y hasta grotescas, reproducimos ahora, de manera más sintetizada y sin un análisis puntual de las técnicas, otros ejemplos.

La blasfemia esencial

Un colega psiquiatra-psicoterapeuta me llama para fijar una cita urgente. Se siente aplastado por el peso de una compulsión irrefrenable que ha anulado totalmente su vida.

Cuando nos vemos, me cuenta que desde hace dos años se le ha ido consolidando una fijación: cuál puede ser la mayor blasfemia, la más ofensiva, la más radical, la más extrema... Además de ser psiquiatra, es una persona extremadamente religiosa y dirige un grupo de catecúmenos, o sea, un modelo de creyente.

Precisamente su religiosidad y sus estudios en este terreno han propiciado la aparición de ese dilema tan mortificador. El colega me explica que al principio su curiosidad lo había llevado a preguntarse cuál podía ser la peor blasfemia con objeto de prevenirla. Pero esta investigación filológica y lingüística rápidamente se transformó en una obsesión, en virtud de la cual se le ocurren las blasfemias más extravagantes y vulgares. Cuenta que asaltan constantemente sus pensamientos voces de blasfemadores que compiten por la primacía. Como experto en problemas mentales y consciente de lo que le está sucediendo, ha buscado una solución para detener el flujo imparable de la compulsión mental, pidiendo ayuda a un prestigioso colega, también fervoroso católico, y a un padre benedictino conocido por su «sabiduría». Ambos están de acuerdo en que, para liberar la mente del fiel de la intrusión de la compulsión blasfema, además de la oración, los sacramentos y una terapia farmacológica, es necesario acabar con las dudas decretando con toda certeza cuál es la peor blasfemia. Tras unos días de atenta reflexión, el padre benedictino convoca al psiquiatra y le comunica que tras haber realizado profundas investigaciones ha llegado a la formulación del enunciado más sacrílego y ofensivo para la religión católica, pero que por motivos obvios no puede pronunciarlo. Sin embargo, recorre junto con el médico los pasajes lógicos y de fe con los que ha llegado a esa conclusión. Este descubrimiento tiene un efecto fulgurante: de repente, la lucha entre las voces de los blasfemadores y el intento de contrarrestarlas con la oración desaparecen de su pensamiento, pero en su lugar se instala el enunciado de la «peor blasfemia» y el terror de pronunciarla.

En nuestra entrevista la situación es tan grotesca como complicada. No obstante, la experiencia con muchos otros casos igualmente dolorosos y complicados me sugiere que intente aplicar un contrarritual terapéutico que tenga en cuenta la lógica y la estructura del trastorno y se ajuste a estas, pero reorientándolas hacia su autodestrucción. Partiendo de esta base metodológica, declaro que, para liberarse de ese tormento, como sabe también el médico por su condición de experto psicoterapeuta, es necesario «externalizarlo»: debe arrojar fuera de su mente la «peor blasfemia» pronunciándola o escribiéndola. Pero para él es imposible, porque supondría realizar un acto blasfemo. El paciente confirma que efectivamente esta es la situación, y que por esto se siente atormentado, sin encontrar salida alguna.

Entonces, y tras haber constatado la exigencia de exteriorizar el enunciado mental compulsivo y al mismo tiempo su imposibilidad de hacerlo, le propongo una manera peculiar de exteriorizar la «peor blasfemia» sin pronunciarla, esto es: «Querido colega, existe un modo de sacar de tu mente ese enunciado terrible sin que te resulte blasfemo. Coge esta pluma y este papel y escribe la formulación lingüística al revés, o sea, empezando por la última letra. De este modo la escribirás sin pronunciarla directamente». El colega me mira entre atónito y consternado, luego coge la pluma y, con ciertas dudas, empieza a escribir letra a letra el enunciado. Una vez acabado le ordeno: «Ahora léela tal como la has escrito... puedes hacerlo, porque ya no tiene el sentido de antes». Obedece y lee el enunciado al revés, una frase sin sentido. Luego declara: «Es extraño, me siento como liberado...». Le respondo: «Claro, la has escrito sin escribirla, la has pronunciado sin pronunciarla, pero la has sacado de tu mente... Desde ahora hasta nuestro próximo encuentro tienes que llevar siempre en el bolsillo este papel y leerlo al menos cinco veces al día, cada tres horas aproximadamente lees esta frase. Si en algún momento piensas en la “peor blasfemia”, lee cinco veces la frase».

Diez días más tarde vuelvo a ver al colega que sonriente y estupefacto declara que ha eliminado totalmente la compulsión mental gracias a la «fórmula mágica». Y además también me explica por qué este extraño contrarritual ha funcionado. Hace unos días ha estado estudiando algunos de mis libros y ha entendido de qué modo hemos opuesto a la ritualidad compulsiva una ritualidad terapéutica, tras el rito de paso de exteriorizar al revés lo que no habría podido hacer de una manera directa. Por último, él creía que era un caso único e irrepetible, y en cambio en mis libros ha encontrado ejemplos muy parecidos con los que he utilizado la misma estratagema terapéutica.

La pierna que se bloquea

Se presenta un joven con un bloqueo motor realmente extraño: cuando camina, siente que la pierna izquierda se bloquea, se vuelve rígida como si fuese un leño y le impide andar. Esta situación puede hacer que se bloquee durante unos minutos, luego extrañamente la pierna pierde su rigidez y el muchacho puede volver a andar. Desgraciadamente, con el paso del tiempo el problema se presenta cada vez con más frecuencia y gravedad, hasta el punto de que por vergüenza se ve obligado a dejar de hacer vida social y a interrumpir sus estudios universitarios. Lo realmente extraño es que, según explica, cuando practica una actividad motriz, como natación o ejercicios en el gimnasio, el problema no se presenta; solo aparece con todo su dramatismo cuando el joven camina, provocándole un bloqueo y el consiguiente embarazo. El paciente se ha sometido a análisis neurológicos, pero no se le ha descubierto ninguna disfunción. Por este motivo, se ha planteado la hipótesis de que padezca un síndrome de Tourette o un TOC. Le pido al joven que se ponga en pie y camine hacia delante y hacia atrás conservando el equilibrio, distribuyendo el peso sobre las dos piernas y manteniendo la vista al frente. El muchacho se levanta y camina con toda normalidad hacia delante y hacia atrás varias veces, con gran sorpresa, luego mira hacia abajo y se bloquea. Me acuerdo en ese momento de la fábula griega del ciempiés que caminaba tranquilamente hasta que una hormiga le preguntó cómo podía controlar sus innumerables patas. El ciempiés empezó a pensar en ello y se bloqueó. Partiendo de esta imagen, propongo al joven que realice algunos movimientos bastante extraños, esto es: «Ahora que te has bloqueado, en vez de dar pasos hacia delante, gira sobre ti mismo sobre la pierna rígida, con una pirueta, como haría un bailarín, luego das tres pasos hacia atrás, te giras y caminas hacia delante manteniendo la mirada al frente, como te he hecho hacer antes». El joven realiza varias veces el ejercicio sin notar ninguna rigidez ni bloqueo, muestra sorpresa y estupor y me pide explicaciones. Le respondo sibilinamente: «La mente ha caído en una trampa y ha construido una condena. Nosotros ahora construimos una condena para que la mente atrapada se libere». Le prescribo al joven que ejecute este peculiar rito cada vez que se bloquee: girar sobre la pierna rígida como un bailarín, dar tres pasos hacia atrás, girar de nuevo y caminar en línea recta siempre con la mirada puesta en el horizonte. Puede evitarlo si camina sin bloquearse, y para ello le indico que mantenga siempre la mirada en el horizonte, sin bajarla nunca, porque este gesto desencadenaría la alarma y las reacciones de bloqueo. Obviamente, ha de comprometerse a experimentar diariamente todo este ritual saliendo por la tarde a pasear por el centro de la ciudad a la hora en que hay más gente en la calle.

Diez días más tarde, el joven declara que se siente como si se hubiese producido un milagro, porque no ha tenido ningún bloqueo, a lo sumo algún amago. Ha sido suficiente que alzara la vista y mirara al frente para poder seguir

andando con normalidad. Como en todos estos casos aparentemente mágicos, se le desvela el truco. Le explico detalladamente al joven cómo podemos construirnos ciertos trastornos sobre la base de una duda o de una mínima experiencia de malestar que desencadena el intento de control, empeorando el fenómeno en vez de resolverlo. Esto conduce a incrementar los intentos de controlar lo que se nos está escapando de las manos, con la consiguiente creación de auténticos bloqueos.

En realidad, el truco es una estratagema terapéutica que desplaza la atención de la mente del control del síntoma a la ejecución de una tarea grótesca, produciendo el efecto de «surcar el mar sin que el cielo lo sepa». Luego, puesto que la prescripción es realmente embarazosa, se le ofrece la alternativa de evitarla a condición de que no se presente el bloqueo, añadiendo a esto la sugestión de mantener la vista en el horizonte. Como ocurre en la mayoría de estos casos, se realiza la segunda posibilidad. He vuelto a ver al joven otras tres veces al cabo de tres meses, seis meses y un año: no solo se ha mantenido el resultado, sino que el paciente ha vuelto a la universidad y tiene una vida social intensa.

Rituales sin tregua

Un muchacho de 17 años se presenta en mi consulta, acompañado de su madre, por indicación de una alumna y colaboradora mía que le está haciendo un seguimiento por una forma de TOC extremadamente grave. El paciente se siente impulsado a realizar una complicada secuencia de rituales mentales de cálculo y ordenación de los pensamientos, de las palabras y de los objetos que percibe. El trastorno, que había empezado un año antes con la repetición de secuencias numéricas como ritual propiciatorio antes de los exámenes escolares, se ha transformado lentamente en un cálculo y una reordenación repetida no solo de números, sino también de cualquier palabra que se le ocurre, subdividiéndola en vocales y consonantes, antes de iniciar cualquier actividad importante. Todo esto se ha transformado rápidamente en una serie de bucles mentales que impiden al muchacho desarrollar cualquier actividad. La doctora ha intentado aplicar algunas técnicas aprendidas en nuestra escuela, pero los resultados no han sido buenos. Tras haber estudiado a fondo el problema, propongo al muchacho que lleve a cabo un experimento terapéutico: comprobar si es capaz una vez al día de retrasar quince minutos la realización del rito mental: «Una vez al día, cuando sientas la necesidad de realizar tu compulsión a calcular y ordenar, decides retrasarla quince minutos, luego puedes hacer todo el ritual como de costumbre». El muchacho me mira y dice: «¿Eso es todo? Estoy seguro de que lograré hacerlo. Puedo posponer tranquilamente el ritual quince minutos, sabiendo que luego podré realizarlo».

La semana siguiente, el joven acude a ver a la doctora, que ha sido

informada de la estrategia y de cómo proceder partiendo de los efectos provocados. El muchacho le cuenta que, como estaba previsto, ha sido capaz de aplazar quince minutos el ritual compulsivo una vez al día. La doctora, tal como se había acordado, le pide que compruebe si es capaz de retrasar el ritual media hora; el joven acepta de buen grado. En la visita siguiente, el muchacho dice que también ha sido capaz de retrasarlo media hora. La siguiente proposición terapéutica es llegar a una hora. Curiosamente, el muchacho se da cuenta de que al cumplir con este compromiso una vez al día empieza a sentir que al cabo de una hora ya no es tan indispensable realizar el rito. Como ya hemos explicado en el capítulo anterior, la solución terapéutica de posponer no está orientada simplemente al control del síntoma, sino a lograr que el sujeto descubra que puede prescindir de él. De hecho, en este caso, ampliando progresivamente el tiempo del aplazamiento, el joven ha descubierto que puede evitar completamente los ritos propiciatorios.

La identidad negada

Hace más de quince años, se presentó en mi consulta un distinguido señor de mediana edad. En cuanto entra en mi despacho empieza a explicar su problema, excusándose por no poder estrecharme la mano. Se sienta y habla ininterrumpidamente durante más de un cuarto de hora, anulando cualquier intento de intervenir por mi parte: «Si no conoce toda la historia, no puede comprender». Finalmente, con un gesto teatral, se sube las mangas de la chaqueta y de la camisa y me enseña los brazos desollados por el uso de jabones y desinfectantes en sus prolongados lavados diarios. «Esta es la consecuencia de todo lo que le he explicado, me lavo frenéticamente para limpiar el sentimiento de culpabilidad». El hombre es un profesor de filosofía que vive solo en un gran piso veneciano heredado de una tía y donde literalmente se refugió tras la muerte de su madre, con la que vivía hasta el día en que se suicidó arrojándose por la ventana. La madre se mató tras haber descubierto que el hijo era homosexual y había sido denunciado por intento de abusos a un menor de edad. La denuncia fue esmenada por los hechos: el muchachito que lo había acusado, tras el terrible escándalo, confesó que se lo había inventado todo, con la complicidad de algunos compañeros de clase, para vengarse de la severidad del profesor y para justificar ante sus padres su bajo rendimiento escolar. Desgraciadamente, el infame gesto de un grupito de adolescentes irresponsables desencadenó el escándalo y la anciana madre del profesor no pudo resistir la deshonra. El sentimiento de culpabilidad por su homosexualidad y por habérselo ocultado a su madre, conociendo la rigidez de sus principios, atormenta al hijo. Por otra parte el padre, muerto muchos años antes en un accidente laboral, siempre se había mostrado moralmente muy rígido y contrario a la homosexualidad. El hombre siempre había ocultado su condición de

homosexual, y la vivía en el secreto de una relación ya virtual con un hombre casado cuyas tendencias nadie sospechaba. Los estudiantes que le habían acusado lo ignoraban y se burlaban del profesor por sus modales afeminados. El hombre, que ya tenía tendencia a lavarse con exceso, se hundió en el abismo de una compulsión que ya no tenía un carácter de desinfección, sino que pretendía lavar las culpas y aliviar el dolor. Declara que solo los lavajes extenuantes mitigan el sufrimiento por la pérdida y el sentimiento de culpabilidad, al que no ve remedio posible.

Siguiendo el protocolo terapéutico para los trastornos postraumáticos (Cagnoni, Milanese, 2009), antes de intervenir en la sintomatología obsesivo-compulsiva fue necesario hacer que el paciente «atravesara el dolor para salir de él». Por consiguiente, al final de esta primera sesión emocionalmente intensa, le prescribo que escriba todos los días la «novela del trauma»,^[1] como primer paso de la terapia, con la intención, ante todo, de liberarlo del sentimiento de culpabilidad, y luego con el fin de mitigar el dolor de la pérdida y elaborar gradualmente el luto. Como ocurre en la mayoría de los casos de TOC que surgen a raíz de «traumas reales», en esta primera fase de la terapia se observan ya mejoras también en la sintomatología compulsiva. Luego aplicamos la «violación» progresiva y el «aplazamiento del ritual», hasta la extinción total del trastorno.

La terapia acabó once meses después de la primera sesión; en realidad, fueron dos terapias y no una. En nuestro último encuentro, el hombre declara que ha decidido alquilar sus dos casas venecianas y trasladarse al extranjero. Seis meses más tarde, recibo una carta del profesor desde San Francisco, en la que me cuenta que se ha establecido en aquella ciudad y que ha encontrado un trabajo como profesor de italiano en una prestigiosa escuela de idiomas, y me da las gracias por haberlo ayudado a salir de aquella terrible situación. También escribe que el dolor por la pérdida de su madre todavía sigue vivo, pero sin el desgarrador sentimiento de culpabilidad del pasado. Me habla también de su amargura al enterarse de que a los tres alumnos se los había castigado con una simple expulsión temporal. Su abogado consiguió demostrar que la única culpa de los muchachos, ignorantes de la situación personal del profesor, había sido gastar una broma pesada.

El acumulador extremo

Entre las formas de TOC, la que se define como *hoarding*, esto es, la compulsión irrefrenable a conservar los objetos sin deshacerse nunca de ellos, es con toda seguridad una de las más extravagantes y repulsivas: el sujeto lo conserva

obsesivamente todo, desde la basura hasta las propias heces, o cualquier objeto del que por alguna razón no quiere separarse. En realidad, no hay un motivo estándar para la «acumulación patológica»; puede ser uno de los cinco descritos anteriormente, pero la modalidad expresiva de la sintomatología puede concentrarse en cualquier cosa. Recientemente, la irracionalidad y quizá la espectacularidad de esa patología ha atraído incluso la atención del mundo del espectáculo y ha dado lugar a uno de los *reality* más horripilantes que se han visto en las televisiones de todo el mundo.

A lo largo de mi prolongada experiencia en el tratamiento terapéutico del TOC, he tenido que enfrentarme a situaciones realmente impensables. Estos casos van mucho más allá de la imaginación más desenfrenada. Recuerdo a un hombre que acumulaba tapones de botella y por esto tenía el impulso de apoderarse de ellos continuamente, a menudo de una forma grotesca y sufriendo las reacciones incluso violentas de parte de quien veía que le quitaban el tapón de su botella. O a una mujer que se sentía impulsada a guardar sus propias heces y que, al no poder acumularlas en casa por la negativa de su marido, había llenado su coche hasta arriba con bolsas selladas llenas de excrementos. O a un hombre que acumulaba juguetes para niños sacándolos de la basura.

Un caso emblemático es el de un hombre que acumulaba periódicos y revistas para no perder noticias y hechos importantes. Se trataba de un señor distinguido, funcionario, que vino a verme después de que su mujer lo hubiera abandonado precisamente a causa del trastorno, que había hecho imposible la vida familiar. Con los años el hombre había llenado completamente todas las habitaciones de su casa, excepto el dormitorio y la pequeña cocina, esta última defendida literalmente por la mujer, con los periódicos que compraba o que se llevaba furtivamente de las salas de espera o de los contenedores de la calle. Precisamente a causa de esta última modalidad, tras años de aguante e inútiles intentos de curación, la mujer abandonó al marido. El abandono provocado por la patología lo convenció una vez más de la necesidad de acabar con ella. Un amigo, al que conocí en una de sus estancias en una clínica muchos años antes, conocedor de su situación, contactó con él y le sugirió que se dirigiera a mí, explicándole que él también había logrado superar el TOC.

Al final de nuestro primer encuentro, tras haber estudiado al detalle el funcionamiento del trastorno, a fin de prepararlo sugestivamente para las dificultades que tendría que afrontar, le dije que el tratamiento no sería fácil ni indoloro: sería como extirpar un «tumor de la mente» que había hundido sus raíces en lo más profundo de su ser. Luego le prescribí la primera consigna terapéutica:

«Todos los días, en cuanto se despierte, empezará a ordenar todos los periódicos y las revistas como cuando se organiza un archivo... tiene que clasificarlos por años, meses y semanas, además de por cabeceras... y mientras realiza esta clasificación tiene que dejar una marca visible en los titulares que tengan una especial relevancia, ordenándolos en una escala de importancia del uno al tres». El paciente, claramente sorprendido, replicó: «Pero esto es un trabajo descomunal... ¡hace falta un montón de tiempo para ordenar los miles de periódicos y revistas que he acumulado!». Insisto: «Desde luego, pero tiene que convertir su casa en una especie de biblioteca benedictina, donde todas las obras están archivadas de tal modo que se pueden consultar fácilmente. Es la mejor manera de tener el control del saber. Por otra parte, como bien sabrá, la orden de los benedictinos tiene la misión de preservar el saber católico. Debemos utilizar sus enseñanzas... por tanto, ¡ármese de paciencia y de diligencia y póngase a trabajar!».

Diez días más tarde, nuestro «aprendiz de archivero» se presentó a la sesión con aire satisfecho: «No ha sido sencillo, pero tras las primeras dificultades hasta le cogí el gusto. Mire... empecé por el último año, y he hecho montones diferentes, cada uno con grandes pósit amarillos, en cuatro bloques correspondientes a las semanas, divididos a su vez según el día de la semana. Además, tal como me pidió, he puesto un pósit azul, verde o morado a cada titular que me parecía importante. Ahora entiendo lo que quería decirme... verlo todo tan ordenado proporciona una sensación de poder y de serenidad». Lo felicité por el excelente trabajo realizado y le pregunté: «¿Ha calculado cuánto tiempo necesitará para acabar todo el trabajo?». Como buen obsesivo respondió: «Sí. He calculado que a este paso necesitaré al menos cien días, teniendo en cuenta que hace al menos diez años que acumulo periódicos». «Bien... bien... ¡Ya habíamos previsto que sería fatigoso! ¿Y qué ha hecho con los periódicos y las revistas publicados en estos diez días?». Me miró desconcertado y exclamó: «¡Por todos los santos! No me he acordado... estoy tan metido en la tarea de clasificar los que tengo en casa que no he pensado en ninguna otra cosa...». «Si no he entendido mal, ¿me está diciendo que mientras ha estado realizando su trabajo de "archivero benedictino" no ha sentido la compulsión de recoger diarios y revistas?». Y él: «Exactamente... es extraño, pero es lo que ha ocurrido... ahora que lo pienso, es la primera vez en muchos años que no llevo a casa un periódico... ¡me parece increíble!». Sin querer concederle demasiada importancia a este cambio, al menos en apariencia, volví al tema de la tarea impuesta y le dije: «Bien, veremos qué tal va los próximos días... pero de momento lo que importa es seguir archivando todo el material recogido. Por consiguiente, siga así».

Diez días más tarde, el hombre declaró satisfecho que había archivado y

ordenado un año y medio de periódicos: clasificaba con más rapidez y aquel trabajo lo había distraído completamente, sin preocuparse en absoluto de los periódicos publicados durante este tiempo.

Nuestro trabajo se prolongó aproximadamente cuatro meses, durante los que el hombre, en excedencia del trabajo, transformó su casa en un auténtico ~~archivo bien organizado de los periódicos y revistas publicados los últimos diez años.~~ Al dedicarse a esta actividad, se apartó completamente de la compulsión cotidiana de recoger lo que se publicaba, eliminando así también la obsesión del control de las informaciones sobre los hechos relevantes.

Una vez acabado el archivo, decidimos invitar a su mujer a que viera el trabajo realizado. Cuando vio la casa limpia y ordenada y los diarios colocados en los estantes y escrupulosamente archivados, primero se quedó estupefacta y luego soltó una estruendosa carcajada y exclamó: «¡Hemos estado sufriendo durante años sin comprender que bastaba que te lo hicieran hacer bien!».

La pareja volvió a estar junta y unos meses más tarde, en la sesión de control, ambos me informaron de que habían donado el «archivo de las informaciones» a la biblioteca municipal.

6. Eficacia y eficiencia de la terapia breve estratégica en el trastorno obsesivo-compulsivo

Giorgio Nardone, Elisa Balbi,^[1] Elisa Valteroni^[2]

Hemos visto en varias ocasiones cómo el TOC es considerado, no sin razón, una de las patologías más invalidantes y resistentes al cambio terapéutico. A este respecto, ya hemos comparado nuestro modelo con la terapia cognitivo-conductual, en cuanto método de intervención, diferenciando sus premisas teóricas y sus estrategias terapéuticas. Ambos enfoques son los únicos en el panorama de la psicoterapia capaces de ofrecer protocolos específicos para el TOC, y sobre cuya eficacia en el tratamiento de esta patología la literatura nos ofrece datos empíricos. Sin embargo, el método para la evaluación de los resultados de las intervenciones terapéuticas también diferencia a ambos enfoques: la terapia cognitivo-conductual utiliza preferentemente el método *evidence based* tomado de las investigaciones experimentales de laboratorio de tipo farmacológico, una metodología en la que el diseño estadístico predomina sobre la experiencia real sobre el campo. Se privilegian los estudios restringidos a pequeñas muestras de sujetos tratados, comparados con grupos de control sin tratamiento o solo con tratamiento farmacológico.

Si bien esta metodología, por una parte, parece rigurosamente científica, porque está basada en los criterios de la investigación controlada en el laboratorio, por la otra es severamente criticada por el reduccionismo metodológico que considera una psicoterapia, en la que la relación y la comunicación con el paciente desempeñan un papel fundamental, como un fármaco, y por consiguiente la evalúa basándose en criterios elaborados para medir los efectos del suministro de remedios farmacológicos. Además, a menudo las muestras de sujetos están constituidas por estudiantes universitarios y no por pacientes reales que se dirigen a un profesional. Por último, no se tiene en cuenta el hecho de que en psicoterapia no puede haber grupo de control, porque el paciente en lista de espera presenta mejorías o empeoramientos de su estado en relación con las propias expectativas sobre el tratamiento que recibirá.

La terapia breve estratégica, en cambio, utiliza preferentemente una recogida de los datos relativos a la eficacia del tratamiento directamente sobre el campo, de acuerdo con el método de la investigación-intervención. Los datos empíricos se refieren a la aplicación del modelo por parte de numerosos terapeutas en la práctica clínica diaria con pacientes reales que solicitan ayuda para su trastorno, y a la estabilidad en el tiempo de los resultados terapéuticos. Esos

resultados son valorados por el terapeuta y por los propios pacientes mediante una escala de valoración relativa a los cambios obtenidos respecto a los objetivos terapéuticos acordados al comienzo de la terapia. Esta recogida de datos se efectúa sobre una muestra de sujetos muy amplia y extendida por todo el mundo, a fin de garantizar la validez externa del modelo, o sea, la posibilidad de generalizar los resultados a pacientes de distinta extracción sociocultural y a terapeutas distintos.

La verificación constante de los resultados y el estudio de las interacciones terapéuticas a través de las grabaciones incentiva la evolución de las técnicas terapéuticas, puesto que estas se comparan directamente con su efecto real sobre el campo.

El enfoque interaccional estratégico (Nardone, Salvini, 2013), cuyo modelo más evolucionado es la terapia breve estratégica, utiliza criterios para la comprobación de la eficacia más cualitativos que cuantitativos, centrandose en los procesos concretos del cambio terapéutico y liberándose de la tiranía de los modelos evaluadores basados en la elaboración estadística de datos recogidos con diseños de investigación de laboratorio. Esto hace que la terapia breve estratégica sea criticada a menudo por la falta de evidencias experimentales: esta acusación solo tiene sentido para quien cree ingenuamente que la ciencia solo se hace en el laboratorio. Entre otras cosas, en el campo de la psicoterapia este enfoque conduce con demasiada frecuencia a una excesiva estandarización de los tratamientos y a la disminución de su eficacia real, porque no son adaptables a las variantes de los trastornos y a las características individuales de los pacientes. Existen otros criterios de científicidad igualmente rigurosos pero mucho más flexibles y susceptibles de una continua corrección a tenor de los resultados concretos sobre el campo. Por lo demás, estos criterios son utilizados por todas las ciencias cuando se centran en el desarrollo de tecnologías operativas eficaces, esto es, capaces de alcanzar los objetivos propuestos; eficientes, o sea, con una relación beneficios/coste-tiempo positiva; replicables, o sea, aplicables con éxito a problemas de la misma clase, transmisibles, o sea, capaces de ser enseñados y aprendidos por otros; predictivos, o sea, capaces de prever los posibles resultados en todas las fases del proceso aplicativo a fin de ser adaptables y autocorrectivos.

Expondremos ahora los datos relativos a la eficacia y eficiencia de los tratamientos terapéuticos del trastorno obsesivo-compulsivo llevados a cabo en el CTS de Arezzo a lo largo de más de veinte años.

Hemos decidido limitar la exposición de los datos a los estudios controlados sobre terapias desarrolladas directamente en el CTS, para evitar la posible crítica

de autocertificación de los datos procedentes de terapeutas y colaboradores externos que utilizan este modelo. Los datos presentados corresponden a casos tratados en presencia de observadores externos, que asisten a las sesiones a través de un circuito cerrado de televisión. Todo el proceso de la terapia ha sido grabado en vídeo. Por esta razón, la muestra es mucho más reducida que el número real de casos tratados, porque no todos los pacientes aceptan ser grabados en vídeo ni ser observados por otros especialistas. No obstante, el número de sujetos es mucho más elevado que en el caso de cualquier otra investigación evaluadora efectuada sobre el trastorno obsesivo-compulsivo. Además, el estudio realizado repetidamente a lo largo de más de veinte años muestra también el constante aumento en la evolución de la eficacia obtenida, gracias al perfeccionamiento progresivo de las técnicas terapéuticas, cada vez más ajustadas a las distintas variantes de TOC.

La terapia de 1990 al 2013

El primer estudio controlado fue realizado en 1990 y publicado en el texto-manifiesto de la terapia breve estratégica evolucionada *L'arte del cambiamento* (Nardone y Watzlawick, *El arte del cambio*, Herder, 2013) y se refiere a una muestra de 24 pacientes tratados mediante la técnica del «contrarritual si lo haces 1=5», la primera técnica formalizada para el tratamiento del TOC. La eficacia es del 70% y la duración media de la terapia es de doce sesiones.

Tres años después de la primera investigación evaluadora de los resultados, se publicó la obra *Paura, panico, fobie: la terapia in tempi brevi* (*Miedo, pánico, fobias: la terapia breve*, Herder, 2002), donde se exponen los protocolos diferenciados de tratamiento para los siguientes trastornos: ataques de pánico, agorafobia, TOC y fijaciones hipocondríacas. Respecto al TOC, se presenta la formalización de la segunda técnica desarrollada para su tratamiento, la «violación» de la imposición fóbica. Los datos relativos a la eficacia y eficiencia de la terapia del TOC expuestos en este libro se refieren a la aplicación de las dos primeras técnicas formalizadas sobre una muestra de 31 pacientes, y ofrecen una eficacia del 77%, con una duración media de la terapia de 14 sesiones.

En los años siguientes se formalizan y exponen en otros textos y artículos las últimas técnicas terapéuticas para el TOC, como «ritualizar el ritual», «el contrarritual para las fórmulas mentales» y el «aplazamiento de la ritualidad», pero no se publica un estudio controlado sobre la eficacia, porque la atención estaba centrada cualitativamente en la evolución de las técnicas y de los procesos terapéuticos.

En el 2003 comenzó la evaluación de los resultados relativos a la eficacia y eficiencia diferencial de todos los protocolos de tratamiento para las distintas formas de psicopatología elaborados y aplicados en el decenio anterior. Se analizaron los resultados de la terapia en miles de casos grabados en vídeo y documentados. La muestra estaba constituida por pacientes no solo italianos, sino procedentes de toda Europa, Rusia y América del Norte y del Sur; una buena parte de ellos padecía de TOC. Debido a su relevancia, a la amplitud de la muestra analizada (3484 casos) y a la diferenciación del análisis de los resultados terapéuticos por patología y por su extensión en un período de diez años de aplicación, el estudio fue publicado en tres libros traducidos a varias lenguas.

En *Brief Strategic Therapy* (2005) se resumen las aportaciones a la psicoterapia desarrolladas a partir de la colaboración entre Paul Watzlawick y Giorgio Nardone; en *Insight may cause blindness and other essays* (Watzlawick, Nardone, Ray, 2007) se exponen artículos clásicos del enfoque de la escuela de Palo Alto; finalmente, en *Comprendre et traiter la souffrance psychique: Quel traitement pour quel trouble?*, Mony Elkaim (2007), autoridad indiscutida en el mundo de la psicoterapia, compara métodos y resultados de los diferentes enfoques de la psicoterapia.

Los resultados de este estudio, realizado sobre una muestra de 923 pacientes afectados de TOC, muestran una eficacia del protocolo terapéutico de un 89% y una duración media del tratamiento de 7 sesiones.

En los últimos años hemos continuado estudiando soluciones terapéuticas cada vez más evolucionadas para las distintas formas de patología psíquica y conductual, que, es necesario subrayarlo, se transforman cambiando incluso la forma y exigiendo, por tanto, constantes actualizaciones técnicas de los tratamientos capaces de conducir a su superación.

No obstante, entre el 2010 y el 2012 realizamos un estudio sistemático sobre los resultados de terapias practicadas en el CTS de Arezzo, con la participación directa de 60 psicólogos y médicos alumnos de la Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Breve Strategica, que participaron activamente en las terapias y estudiaron sus métodos, procesos y resultados.

La muestra total de las terapias evaluadas asciende a 636 casos, de los que 127 son de TOC. La eficacia es del 88% (112 casos resueltos). Los casos restantes corresponden a sujetos que interrumpieron precozmente la terapia o a otros que decidieron interrumpirla tras haber obtenido una mejoría. Consideramos que estos

resultados son negativos, puesto que, según nuestra experiencia con los trastornos compulsivos, si la sintomatología no desaparece por completo, tiende a reproducirse.

La eficiencia respecto a la curación completa del trastorno, que incluye las tres visitas de control realizadas tres, seis y doce meses después de la desaparición de los síntomas compulsivos y de la creencia fóbica, se confirma en una media de 7 sesiones para todo el tratamiento. En cambio, si lo que consideramos es la anulación del trastorno invalidante, o sea el desbloqueo de la sintomatología, en la totalidad de la muestra se ha producido dentro de las cuatro primeras sesiones, o sea a los 2/3 meses del inicio de la terapia.

No hay que subestimar este aspecto: a igualdad de eficacia, es muy distinto verse libres de la patología invalidante en 2/3 meses que en 2/3 años. La eficiencia de un tratamiento es una buena demostración de su eficacia terapéutica real (*effectiveness*). Por esta razón seguimos estudiando y experimentando técnicas y estrategias comunicativas a fin de que las intervenciones terapéuticas estén cada vez más ajustadas a las características no solo de la patología, sino también de la irrepetible individualidad del paciente.

Apéndice. Tecnología terapéutica en acción por Elisa Valteroni

Para una completa exposición del método terapéutico, tanto en relación con la lógica del *problem solving* como en lo que se refiere a la comunicación terapéutica, nos parece útil presentar también las transcripciones completas de dos casos representativos que ponen al descubierto las técnicas utilizadas.

Caso 1. El músico agarrotado

PRIMERA SESIÓN

Pregunta de apertura y definición del problema por parte del paciente: desde hace cuatro años sufre un dolor localizado en la espalda con un historial clínico negativo. El dolor apareció tras haber adoptado unas posturas especiales para mejorar la técnica del violín y coincidiendo con actuaciones estresantes.

TERAPEUTA [T]: Antes de empezar, tengo que cumplir con un ritual importante. ¿Ves los micrófonos y las cámaras? Todo lo que sucede aquí dentro es grabado, forma parte de mis métodos para tenerlo todo bajo control; al acabar la sesión, la doctora estudia la cinta para comprobar que todo se ha hecho de la mejor manera posible.

PACIENTE [P]: Bien, bien.

T: De acuerdo, pero la ley de privacidad exige que te lo digamos antes; en secretaría encontrarás un impreso que debes firmar.

COTERAPEUTA [CT]: ¿Cuál es el problema que te trae aquí hoy?

P: Bueno, hace cuatro años que tengo dolor de espalda y desde el punto de vista físico estoy perfectamente bien, me he hecho...

CT: ... todo tipo de pruebas.

P: Todo tipo de pruebas, sí, además soy muy atlético, no tengo ningún problema físico, o sea, en realidad es una obsesión, pienso en ello y aparece el dolor. Empezó hace unos cuatro años y seguramente está relacionado con el hecho de estudiar violín. Empecé a estudiar a los 11 años y empecé a apasionarme de verdad hacia los 13, sentí una verdadera pasión, me gustaba mucho, las cosas fueron bien hasta los 16 o 17 años, tuve algunos buenos resultados, algún buen concierto, luego cambié de profesor y las cosas empezaron a ir realmente mal.

Hacia los 15 años me dije: ¡quiero ser violinista! O sea, que era una cosa que me importaba mucho, digamos que estaba muy implicado, y cuando cambié de profesor fueron dos años de fracasos, cada vez peor. Diría que una parte de la responsabilidad es mía, porque empecé con una especie de idea preconcebida. Después del examen de quinto curso, me dijeron que tenía talento musical pero que me faltaba técnica. Me empecé a preocupar por la técnica, y de la fijación por la técnica nació una especie de obsesión por la postura del violín, y el profesor con el que estudiaba en mi opinión era un ser despreciable. Me enseñó cosas absurdas, como sostener el violín con la mano izquierda, de modo que perdí la técnica, pero sobre todo perdí la naturalidad de antes, una relación muy instintiva con el instrumento, nunca me había planteado problemas de postura ni nada parecido. Entonces empezó el dolor de espalda, era un dolor físico, esta especie de falta de confianza que tenía, esa cosa de pensar qué postura adoptar, cómo ponerme, pura paranoia. Luego se convirtió en una obsesión, porque además empecé a mirar a mi alrededor y vi un montón de músicos de orquesta maltrechos, en parte me asusté y en parte me di cuenta de que cuando uno tiene dolor de espalda quiere decir que no toca bien. En un momento dado el objetivo era no tener ya dolor de espalda, y no la técnica...

T: Ya.

P: Total, las cosas empezaron a ir realmente mal. En cuarto y quinto de instituto esto se convirtió en auténtico miedo. Fueron dos años críticos... perdón, ¿me podrían dar un vaso de agua? Tengo la boca un poco seca.

T: Sí, vamos a ver si podemos conseguirlo... mejor *[dirigiéndose a la coterapeuta]* ve a la sala de espera, allí hay agua.

P: Lo siento, pero...

T: Tranquilo.

P: Durante estos dos años, cuarto y quinto curso de instituto, tenía a este nuevo profesor. Tuve buenas experiencias, cuando estaba relajado...

T: ¡Por supuesto! ¿Has dicho que dejaste el violín, si no te he entendido mal?

P: Sí, lo dejé después de la selectividad. Ahora tengo 25 años, por lo tanto, hace cinco años.

Redefinición del problema con utilización de la one down position.

T: Bien. Dejaste el violín, que habría sido la causa del dolor de espalda, pero el dolor de espalda no ha desaparecido, si no me equivoco.

P: Sí... muchas gracias [*la coterapeuta trae el vaso de agua*]. Creo que fue un momento muy significativo, hice la selectividad, hice un seminario de música de cámara que realmente fue... los últimos quince días en que estuve muy bien, relajado, luego, dos semanas más tarde, me fui con una orquesta y empecé a hacer cosas terribles, fastidiosas...

T: Otra vez.

P: Otra vez... y estuve realmente muy mal durante cinco días, y además tenía también problemas de cansancio físico. Había hecho la selectividad, había trabajado en una tienda, había hecho el seminario con la orquesta, estábamos a mitad de septiembre, además realicé una prueba con otro grupo de música de cámara y fue algo sumamente fastidioso y pesado, fue entonces cuando tuve dolor de espalda por primera vez. Y no ha desaparecido... recuerdo la fecha: 15 de septiembre de 2006, luego...

Preguntas sobre el problema estratégicamente orientadas: ¿dónde? ¿cuándo? ¿cómo?

T: ¿Quieres hablarnos del dolor de espalda? ¿Dónde te duele exactamente, cómo lo sientes?

P: Sí, en los hombros, un día uno y un día el otro... depende.

T: No es la parte baja de la espalda, sino la zona del trapecio...

P: Sí, los hombros y en medio de los omóplatos.

T: Ya, el gran trapecio, unas veces a la derecha y otras a la izquierda.

P: Sí, con una frecuencia... creo que es el inconsciente que dice: ¡has fastidiado un hombro, ahora vamos a por el otro!

T: ¿Y el dolor es persistente o solo a ratos?

P: Ha ido cambiando a lo largo de estos cuatro años; al principio estuve tres meses bloqueado en casa, no iba a la universidad, no hacía nada, luego cambió, hice muchos estiramientos para... noto una especie de tensión...

T: Endurecimiento.

P: Endurecimiento, por cualquier motivo, una paranoia o una situación de malestar, seguramente ahora la música no tiene nada que ver, es una cosa que afecta a la vida diaria...

T: Ya... ¿reaccionas haciendo estiramientos?

P: Sí, podríamos decir que se está convirtiendo casi en un tic.

T: Enséñame cómo lo haces.

Indagación sobre las soluciones intentadas: la solución intentada inicial respecto al problema se ha estructurado como un ritual compulsivo, preventivo y propiciatorio.

P: Antes hacía así [*hace el gesto*] continuamente, incluso cuando estaba fuera con otras personas, en cambio ahora tengo esta especie de tic, hago esto y esto [*hace el gesto*] y me alivia. La situación ahora es algo distinta a la de hace dos años. Hasta hace dos años, me encontraba mal todo el día, ahora he conseguido una especie de equilibrio dinámico, hago este gesto y lo hago muchas veces, sobre todo antes de iniciar cualquier acción. Si he de comer, por ejemplo, me preparo haciendo algo que elimine la tensión.

CT: De modo que previenes la tensión haciendo este movimiento, y ahora se ha convertido en esto...

P: Sí... todo empezó porque hasta hace unos meses llevaba el cabello largo, y el cabello en la cara me molestaba. Era normal que hiciera este gesto, me apartaba el cabello así y me notaba los hombros, porque había observado que con el estiramiento los hombros estaban mejor. No lo sé, ¡en cualquier caso, siento que elimino la tensión!

CT: Así que cada vez que haces este gesto, la tensión desaparece.

P: Sí, en ese momento sí, pero es evidente que se trata de una cosa compulsiva, además sé que cada vez que tengo un pensamiento desagradable o cualquier cosa, siento esa cosa, de modo que lo hago para curarme, pero sobre todo porque me molesta, para prepararme después para cualquier cosa.

Redefinición del problema. Establecimiento del acuerdo.

T: O sea, una especie de rito propiciatorio para conseguir estar relajado para lo que vas a hacer.

P: Exacto, esto es, yo... la relajación es casi un tabú para mí, es decir, quiero estar relajado pero el mero hecho de pensarlo me hace...

T: Poner nervioso.

P: Me pone nervioso, y además me ocurre una cosa que me fastidia igualmente... en estos cuatro años siempre he pensado en lo que antes me hacía sentir bien, estar relajado, qué sé yo... ducharme, comer, eran momentos relajantes, en el sentido de que no tenía que tomar ninguna decisión, un abandono completo. Es como si en estos cuatro años me hubiese agarrado a estos momentos, esforzándome en cierto sentido, de modo que ahora estoy nervioso cuando como, es decir, me esfuerzo por comer...

CT: Ni siquiera estos momentos son ya relajantes.

P: Exacto.

Paráfrasis reestructurante. Explicación del mecanismo de funcionamiento del problema: el intento de provocarse sensaciones agradables lleva a experimentar sensaciones desagradables.

T: Es más, los momentos que antes eran relajantes ahora te ponen nervioso porque les prestas atención.

P: Sí, deseo estos momentos, quiero estar relajado.

CT: ¡Y por tanto no lo estás!

P: Eso es.

T: De acuerdo, construyes muy bien la paradoja del «sé espontáneo»: quiero ser espontáneo y precisamente porque quiero serlo ¡ya no lo soy!

P: Exacto.

Uso del lenguaje analógico para reforzar el acuerdo sobre la definición del problema.

T: ¿Conoces la fábula del ciempiés? Va caminando tranquilamente hasta que

se pregunta ¿cómo lo hago para caminar tan bien con cien pies a la vez? Intenta controlarlos ¡y se bloquea!

P: Exacto, he de decir que...

Indagación sobre las anteriores intervenciones terapéuticas.

T: Supongo que durante este tiempo, antes de acudir a nosotros, habrás probado otras terapias.

P: Los dos primeros años, estuve probando remedios fisiológicos, gasté mucho dinero para nada... fui a un fisioterapeuta muy bueno que me hacía sentir bien, pero no sirve de nada, porque si juego un partido de fútbol me produce el mismo efecto... de esto estoy orgulloso, es una especie de... es decir, hago deporte de manera incluso compulsiva, todas las noches antes de cenar voy a correr media hora o bien voy a nadar. Es una obsesión, porque antes de cenar tengo que haber hecho una carrera para estar relajado para la cena, *etc.* En realidad esto lo he tenido siempre, he sido siempre muy rutinario. Incluso de niño ya tenía obsesiones. La primera, a los 3 años, era que tenía que beber coca-cola... mi madre me lo recuerda siempre.

T: Siempre has tenido ideas fijas...

P: Bueno, sí, casi siempre... ha habido épocas en que... entre primero y tercero de secundaria...

T: La última obsesión es hacer este movimiento [*le reproduce el gesto*]...

P: Sí... la obsesión, pienso en el dolor de espalda...

Pregunta estratégicamente orientada.

T: ¿Lo haces una sola vez o lo repites varias veces?

P: Si no lo he hecho bien la primera vez, entonces lo repito.

Indagación sobre la motivación para el tratamiento.

T: De acuerdo. ¿Qué es lo que te ha hecho decidir venir aquí?

P: Bueno...

T: Desde tan lejos...

P: Hummm... veamos, bueno, desde hace dos años he comprendido que hay algo en mi mente que produce este dolor. No quería ir a un psicólogo cualquiera y no sabía adónde ir, llamé a un amigo y me dijo que lo conoce, y me dijo: a mí me salvó la vida hace unos años, y me dejó aconsejar por él porque era la única persona de la que me fiaba.

T: Salúdale de mi parte.

P: De acuerdo... además venir a Arezzo... bueno, me gusta viajar, así que ha sido un placer.

T: Bien... de acuerdo... permíteme que resuma a ver si lo he entendido bien. Un dolor en la espalda, en la parte alta del trapecio, que apareció con el violín pero que después se ha mantenido a pesar de los distintos intentos, los estiramientos lo han empeorado aún más y ahora lo anulas con una especie de rito... Pero este rito lo realizas incluso cuando tienes que hacer algo para lo que debes estar relajado, para evitar el dolor de espalda...

P: Sí... no es que analice muy bien lo que me pasa, pero en el momento en que pienso en hacer algo, primero pienso en la espalda, y hago esto... pero ahora empieza a fastidiarme porque lo hago a menudo y parezco un poco idiota... nadie me lo ha advertido, solo mi tía el otro día.

Hiperparáfrasis a modo de resumen: confirmar el acuerdo final terapeuta-paciente sobre la definición del problema.

T: Digamos que se ha convertido en tu pequeño ritual compulsivo propiciatorio... si no hago esto, cuando vaya allí tendré dolor de espalda, tengo que hacerlo y de ese modo me evito el dolor de espalda.

P: Sí...

Contrato terapéutico.

T: Perfecto... bien... el problema está bastante claro, por tanto creo que podremos ayudarte incluso de forma muy rápida, a condición de que sigas nuestras indicaciones al pie de la letra, ¿de acuerdo? Te concederemos solo diez sesiones, porque este es nuestro límite... te daremos indicaciones concretas. Te advierto que es posible que te parezcan extravagantes, extrañas, pero deberás

seguirlas al pie de la letra, ¿de acuerdo?

P: De acuerdo.

Prescripción: Técnica de «si haces 1 haces 5»: hacer subir al enemigo al desván y luego quitarle la escalera.

T: Empecemos por la primera: puesto que este rito tuyo funciona, queremos que lo hagas todavía mejor, queremos que lo hagas de una manera ritualizada, ¿de acuerdo? ¿Quieres sugerirlo tú? [*dirigiéndose a la coterapeuta*]

CT: Sí... queremos que cada vez que desees hacer este movimiento, lo hagas no una vez sino cinco veces, tendrás que repetirlo cinco veces, ni una más ni una menos. Puedes evitar hacerlo, pero si quieres hacerlo una vez, tendrás que repetirlo cinco veces, ni una más ni una menos, ¿de acuerdo?

P: De acuerdo.

T: O sea: he de hacer esta cosa, tendré dolor de espalda... Perfecto, ¿quiero prevenir el dolor de espalda? Muy bien, hago el gesto cinco veces seguidas... o evito hacerlo y me enfrento a la cosa, o lo repito cinco veces, ni una más ni una menos, ¿de acuerdo? Nos veremos dentro de tres semanas, a ver qué tal te ha ido.

Cierre de la sesión.

P: ¡De acuerdo!

SEGUNDA SESIÓN

T: Bien, ¡aquí estamos de nuevo!

CT: ¿Qué nos cuentas?

P: ¡Bien, bien!

CT: Hummm... explícate mejor.

Indagación sobre el proceso terapéutico.

P: Respecto al gesto, creo que lo he hecho en el 90% de los casos cinco veces, este era el deber impuesto, excepto en situaciones imposibles, pero siempre cuando

estaba solo, cuando camino por la calle, a menos que vaya con mis padres. Pero la ayuda que me ha proporcionado más placer es mientras estudio piano, que ahora estoy estudiando mucho, hasta cuatro horas al día, y casi cada hora lo hacía para prepararme para lo que tenía que tocar luego, pero me fastidiaba porque era una cosa un poco histérica, en cambio ahora no, al hacerlo cinco veces es una cosa un poco más tranquila, tengo esta sensación.

Redefinición de los efectos de la prescripción.

T: Nos estás diciendo que en la mayoría de los casos has conseguido hacerlo cinco veces, pero de una forma más relajada que antes, según tu opinión.

P: Sí, siempre... me refiero a cuando toco el piano, que es una de las cosas que más me importan, creo que lo habéis entendido... en cuanto a los otros casos, excepto algunas veces que, a fuerza de hacerlo, me escocía un poco la cara...

Indagación sobre la frecuencia del rito compulsivo: reducción asociada a la sensación de una mayor relajación en la realización del ritual según la modalidad indicada por la prescripción.

T: ¿Pero la frecuencia del rito sigue igual o ha cambiado?

P: Ah... esto no sabría decirlo con certeza. He observado el modo de hacerlo, sigo haciéndolo antes de comer, antes de hacer las cosas, antes de dormir. Los dos o tres días siguientes a mi primera visita, observé que había disminuido ligeramente, porque además al hacerlo cinco veces ya no lo hago continuamente.

CT: Ya, seguro.

P: ¡Así lo creo!

T: O sea que has observado que disminuye.

P: Sí.

T: Bien, muy bien.

P: Lo único que... respecto a este problema, el otro día mientras jugaba a fútbol, allí no lo hacía cinco veces obviamente, pero noté que hay situaciones que me siguen haciendo sufrir... quiero decir, mi problema desde hace un año es que hago este gesto, desde hace cuatro años me duele la espalda, en resumen esta es la

cuestión, y hay situaciones que me resultan desagradables, como conducir... para mí es terrible, me siento mal, o bien de cara al futuro, mientras hago las pizzas, mientras trabajo tiendo a estar mal... pero no es un problema, de hecho ahora he cogido la moto... sí, ¡sigo con mis fijaciones!

Focalización en lo positivo.

T: Bien, si no lo he entendido mal, has dicho: en el 99% de los casos lo he hecho cinco veces, y el hecho de hacerlo cinco veces por una parte ha reducido la frecuencia...

P: Esto es, ¡también me harta un poco!

Redefinición de los efectos de la prescripción con uso de la one down position.

T: ¡Bravo! En cierto modo esto es justamente lo que estaba diciendo, produce esa famosa relajación que buscabas, te harta... eso significa, según intuyo, pero, corrígeme si me equivoco, que esa sensación de estafa en el coste de estar relajado, sin conseguirlo en este caso, la hemos dejado de lado, porque aparece el mecanismo del hartarte.

P: Sí, pero no del todo, quiero decir... también quisiera hacer una pequeña puntualización que creo que es útil. De estos cuatro años he pasado dos en que, al margen del dolor de espalda, estaba deprimido porque no tocaba, ahora desde hace dos años he vuelto a tocar, estudio en el conservatorio, así que soy feliz, y esto también me ha ayudado en mi obsesión, ahora me siento realizado.

Uso del lenguaje evocador para reforzar la conducta funcional.

T: Mira, el ocio es la madre de todos los vicios, ¡más aún que las obsesiones!

P: En realidad... bien, antes no es que estuviera ocioso, hice otras cosas, dibujo y pintura... luego desde hace poco siento esta felicidad que me ayuda... me interesaba decirlo...

Uso del lenguaje de la explicación para describir el mecanismo de funcionamiento del problema.

T: La cuestión era... en la otra sesión aclaraste, y te lo hice notar, que elaborabas continuamente la paradoja del «sé espontáneo», pero precisamente al obligarte a ser espontáneo acababas por no serlo.

P: Sí... al haber hallado la felicidad en muchas cosas soy espontáneo, soy feliz...

T: En la relajación.

P: En la relajación, aquí está... no consigo serlo.

CT: Intentabas conseguirla tú solo, ¡y cuanto más la buscabas menos la obtenías!

P: Sí... en parte sí y en parte no... este gesto me proporcionaba certezas, pero...

Pregunta estratégicamente orientada con anticipación de los efectos de la prescripción: creación de una profecía autocumplida.

T: Ahora, al hacerlo cinco veces, te harta y te proporciona una sensación de relajación, ¿o no?

P: Sí... sí, un poco sí... dura más, es decir, el problema general es que siento que tengo dolor de espalda, también dispongo de remedios a largo plazo, todos los días hago media hora de deporte, esto también es un rito propiciatorio al fin y al cabo, es sano...

T: No es un rito propiciatorio, ¡es una actividad obligada!

P: Sí, pero lo que quiero decir es que tiene la misma función a lo largo de una jornada.

Redefinición de lo que son conductas funcionales y de lo que son, en cambio, conductas disfuncionales.

T: La función es distinta, porque sabes que has cumplido con tu deber respecto a tu medicina preventiva, así que es otra cosa. En cambio, cuando haces el rito, es propiciatorio, ¿no?

P: No, pero es muy parecido, porque siento las tensiones de todo el día, hago esta media hora y me libero de ellas; luego están los estiramientos, que son más a medio plazo, valen para una hora, estudio una hora de piano y hago cinco minutos de estiramientos, y tienen la misma función, me libero de las tensiones, este es un rito más a corto plazo.

T: Sí, pero ¿cómo lo haces para conjugar dos cosas que tienen un efecto fisiológico real, concreto, con un gesto como retirarse el cabello hacia atrás, la cabeza, que es únicamente psicológico?

P: Este gesto surgió al tocarme los hombros...

T: Lo recuerdo.

P: El gesto de frotarme la cabeza nació porque llevaba el cabello largo, aunque ahora ya no lo llevo.

T: Pero nació como un modo de relajarte, después nos dijiste que te había creado incluso problemas de otro tipo, ¿verdad? ¡Nada que ver con la relajación!

P: Me da vergüenza hacerlo, más que cualquier otra cosa... si no estoy solo...

Prescripción con anticipación de los objetivos: aumento del número de repeticiones voluntarias del ritual hasta llegar a la saturación.

T: Bien, has cumplido a la perfección y estamos muy satisfechos, ahora avanzaremos, y te advierto que avanzar significa aumentar la dosis hasta el punto de saturación.

CT: Precisamente porque funciona ¡queremos que lo hagas todavía mejor! Así que ahora, cada vez que quieras hacer el ritual, deberás repetirlo siete veces, ni una más ni una menos... fíjate bien, puedes evitar hacerlo, pero si lo haces una vez, tendrás que repetirlo siete veces, ni una más ni una menos.

P: De acuerdo.

T: Un número más mágico, el siete, más esotérico... te comprometes a hacerlo cada vez que empieces, si haces una haces siete, ni una más ni una menos; o evitas hacerlo o lo haces siete veces, ni una más ni una menos, ¿de acuerdo?

P: Quiero decir... bueno, si la situación se produce en público...

T y CT: ¡Puedes no hacerlo!

P: Trato de no hacerlo, pero si tengo...

T y CT: ¡Siete veces!

P: Siete veces CT: ¡Eh... desgraciadamente así es!

P: ¿Puedo preguntar una última cosa?

T: Por supuesto.

P: Una cosa más banal... yo he venido aquí por mi cuenta, y... quiero decir... tengo un problema de dinero...

T: Te acompaño para que te hagan el descuento, ¡no hay problema! Hasta pronto.

P: Gracias, hasta pronto.

TERCERA SESIÓN

T: Aquí estamos.

CT: Hola.

P: Hola.

Indagación sobre el proceso terapéutico: reducción de la frecuencia del ritual.

CT: Y bien, ¿qué nos cuentas?

P: Bien, he mejorado sensiblemente, ¡me lo ha hecho notar incluso mi madre!

T: ¿Qué significa? Explícanos...

P: Me refiero a que hago con mucha menos frecuencia el gesto propiciatorio... no ha desaparecido del todo, sigo haciéndolo antes de comer, antes de dormir, antes de fumar un cigarrillo... pero me han hecho observar, y yo también me he dado cuenta, que estoy más tranquilo en muchas situaciones: donde no consigo controlarme es en los partidos de fútbol, allí sigo haciéndolo a menudo, cada diez minutos, estoy en un equipo bastante importante, estoy un poco tenso...

Indagación sobre el seguimiento y observancia de la prescripción en la situación crítica referida.

CT: ¿Pero lo has repetido siete veces?

P: No, en el partido de fútbol no, lo hago sin darme cuenta, pero ha sido el único episodio.

CT: O sea que lo has hecho solo una vez.

P: Sí, solo una vez, en los otros casos siempre siete veces, pero en realidad ha disminuido mucho la frecuencia desde que vengo aquí... sí, siempre lo hago siete veces.

CT: ¿Incluso en público?

T: Excepto cuando juegas a fútbol.

P: Sí, el fútbol es la única situación en la que no logro controlarme... si tengo que hacer un pase...

Profundización en el mecanismo de funcionamiento del problema: conocer su lógica.

T: Pero no consigues hacerlo porque es un equipo importante, de modo que no puedes permitirte un error, tienes que hacer el rito propiciatorio... explícate bien, quiero entenderlo.

P: No, me siento... el rito propiciatorio es algo físico para mí, siempre lo ha sido, en ese momento me siento tenso de modo que lo hago solo para relajarme, siempre estoy un poco nervioso en el campo.

T: Entonces haces estiramientos y te relajas.

P: Sí...

T: Pero uno podrías hacerlo al principio, no cuando estás a punto de recibir un pase, ¿no? Si te pasan la pelota hay que correr, y si haces esto [*el terapeuta imita el rito*] ¡no corres!

P: Bueno sí, de hecho.

Uso de la ironía para reforzar la relación.

CT: Eres muy bueno, ¡haces dos cosas a la vez! [*ríen*]

P: ¡Sí! No, pero es el único episodio en que no me controlo.

T: Y en el que no logras hacerlo siete veces... bueno, ¿eso te lo dejamos como un residuo útil!

P: ¡Ah, de acuerdo!

Uso de la ambivalencia: se subraya que en la única situación crítica no sigue la prescripción, pero no se exige directamente que la cumpla, es más, redefinimos el comportamiento sintomático como útil a fin de no crear resistencia.

T: Residuo útil de momento, luego podrás suprimirlo espontáneamente, pero ahora te lo dejamos como un residuo útil... pero para entendernos mejor, ¿lo que quieres decirnos es que en el resto de tu vida este ritual se ha reducido drásticamente?

P: Sí, seguramente... en general el problema de fondo es el dolor de espalda, que también ha disminuido, hay que decirlo.

T: ¡Qué me dices!

P: Me refiero a que soy más... es decir, hago esto siete veces y luego tengo un montón de tiempo para no pensar ya en esto, en esta obsesión.

Profundización en los efectos de la prescripción: la repetición del ritual va asociada a una nueva sensación de cansancio y aburrimiento.

T: Explícalo más detalladamente: cada vez que tienes ganas de hacerlo, ¿tiendes a repetirlo siete veces o tiendes a evitar hacerlo para no repetirlo siete veces?

P: Cuando lo he hecho siete veces...

T: ... Estás bien.

P: Sí, en efecto, desde que lo hago siete veces no es ya que me harte como la primera vez, ¿es que me cabrea un poco hacerlo siete veces! [ríen]

T: ¡Ah, te cabrea!

P: Sí, y sobre todo al final del día hacerlo siete veces es...

Uso del lenguaje exclamativo para subrayar el nuevo efecto de la prescripción y promover indirectamente la evitación del ritual.

T: ¡Un latazo!

CT: Es fatigoso.

P: Es fatigoso, pero cuando ya lo he hecho estoy bien, luego de vez en cuando noto que tal vez no lo hago, pero me esfuerzo un poco, encojo los hombros, me pongo rígido... como para defenderme, para estar tranquilo, pero me duele menos la espalda, eso sí... el dolor de espalda es una cosa, siento la negatividad como dolor de espalda, y este gesto me procura alivio, en cambio ahora siento que cuando lo he hecho durante un buen rato estoy tranquilo.

Prescripción: aumento del número de repeticiones voluntarias del ritual y reestructuración de la utilidad del síntoma en el partido de fútbol.

T: Bien, estamos empezando a transformar el efecto inicial en un efecto diferente, que es lo que queremos, así que ahora vamos a hacer solo un juegucito, aumentamos la dosis.

CT: Cada vez que vayas a hacer el ritual una vez, tendrás que repetirlo diez veces, ni una más ni una menos. Siempre podrás no hacerlo, pero si lo haces una vez tendrás que repetirlo diez veces, ni una más ni una menos.

T: Así que aumentamos la dosis y veremos qué sucede, ¿de acuerdo? ¡Pero te lo permitimos para el partido de fútbol!

P: De acuerdo. Es que cuando empiezo el partido todavía no estoy seguro, luego...

T: Por nosotros, adelante, te lo permitimos. Pero en cualquier otra ocasión siempre que lo hagas una vez lo harás diez veces, ni una más ni una menos. Puedes no hacerlo, pero si lo haces han de ser diez veces, ni una más ni una menos.

P: Sí, me he comprometido a hacerlo.

T: Y los resultados saltan a la vista, ¡hasta el dolor de espalda ha disminuido!

P: Y... una cosa, solo una duda... en general estoy un poco obsesionado por

el estrés, el estrés no desaparece...

Uso de la Go Slow technique y cierre de la sesión.

T: Despacio, estás pidiendo demasiado, ¡llegaremos paso a paso! ¡Hasta la vista!

P: ¡Adiós!

CT: Adiós.

CUARTA SESIÓN

T: Bien, ya estamos aquí... vamos un poco retrasados, pero ¡cuando subo me paran con mil cuestiones!

P: Bueno, diría que en relación con la última sesión la situación se mantiene más o menos estacionaria, ahora lo hago diez veces... cuando lo hago diez veces, ~~antes de escuchar una pieza musical, para prepararme para hechos bastante importantes del día, y en cuanto al resto del tiempo soy muy rutinario, estoy en casa, estudio, tengo horarios fijos, estoy muy bien. Mantengo un equilibrio, para ello hago cinco minutos de estiramientos, luego he adoptado otras costumbres, por ejemplo, por la noche después de cenar voy al bar con los amigos...~~

Redefinición de la conducta adaptativa.

T: ¡Es una sana costumbre!

P: Sí, y allí me encuentro estupendamente, estoy relajado, pero he notado que me pongo un poco agarrotado, estoy bien pero en cualquier caso es un gesto que no debería producirse... o bien...

T: Pero estas rigideces son muy distintas a hacer el ritual.

P: No, no, por supuesto, el ritual lo hago siempre cuando tengo dolor de espalda, o para calmarlo o para prevenirlo.

T: ¿Con qué frecuencia se presenta ahora?

Indagación sobre la frecuencia del problema: reducción del síntoma, pero, como es habitual en este estadio del TOC, aparición de variantes del comportamiento compulsivo.

P: ¿Ahora? Diría que están apareciendo otros... he desempolvado un repertorio de gestos variados, como hacer así, o así [*hace una demostración a los terapeutas*].

T: Ah... ¡esto sí que es divertido! [*ríen*].

P: Antes me había fijado en uno, ahora...

T: Has desempolvado...

P: He sustituido...

T: No has sustituido, has hecho una variante.

P: Pero es mucho menor, en general, lo que veo negativo es que, cuando paso un día en que decido todo lo que voy a hacer, entonces todo va bien, pero nunca me encuentro preparado para los imprevistos. Empecé a ir a clase, a veces me parecía que estaba contento, otras veces que no estaba contento, así que me sentía muy estresado, pero sin ningún motivo... incluso hoy, en el tren estaba muy bien, luego me he puesto a escribir un coral porque me aburría, además me ha salido bien, pero he decidido que había trabajado y que por tanto debía estar estresado, ¡y ahora estoy estresado!

T: La profecía que se autocumple.

P: Sí, cuando tengo plena confianza en lo que hago, todo va bien, pero no estoy preparado para los imprevistos, y esto me asusta un poco.

T: Analicemos bien los resultados. Nos estás diciendo que tu famoso ritual se ha reducido mucho.

P: Sí.

Focalización en el cambio respecto al ritual compulsivo.

T: ¿En qué porcentaje, desde que nos conocemos?

P: Cuando vine aquí por primera vez creo que apenas transcurrían unos segundos...

T: ¿Y ahora?

P: De vez en cuando se me escapa alguno, quiero ser sincero, trato de hacerlo diez veces, no podría decirlo. Por ejemplo, cuando estoy en el bar con los amigos, en dos horas puede que lo haga tres veces.

T: ¿Y antes lo hacías más?

P: Sí, antes lo hacía cada diez segundos...

T: ¿Lo repites siempre diez veces, como te habíamos prescrito?

P: Por supuesto... bueno, no, en el bar con los amigos de vez en cuando voy al lavabo y lo hago diez veces.

Apelación al cumplimiento de la prescripción.

T: Debes ser absolutamente cruel contigo mismo, cada vez que quieras hacerlo debes castigarte.

CT: Incluso si estás con más gente.

P: Sí, obviamente, voy al baño.

T: Has dicho que te ocurren otras cosas.

P: Sí.

Pregunta estratégica discriminante.

T: ¿Y estas cosas que haces son compulsivas o son distintas?

P: No, no, siempre son calculadas, decididas. El otro ritual se estaba volviendo...

Pregunta estratégicamente orientada.

T: ¿Decididas en virtud de qué? ¿En cuanto sientes un agarrotamiento en tu cuerpo tienes que eliminarlo inmediatamente?

P: Sí, exacto. Durante el último partido de fútbol es absurdo, el último partido parecía como antes, lo hacía continuamente. Durante el partido hay esperas muy largas, porque estás en el campo pero pueden pasar veinte minutos

sin que nadie te mire...

T: Sin que te pasen la pelota.

P: Y estoy allí... de vez en cuando me pongo así y lo hago, porque al ser un rito propiciatorio siempre puede ocurrir que me pasen la pelota y tenga que hacer algo, de modo que lo hago muchísimo...

Prescripción

del síntoma en el partido de fútbol y apelación al cumplimiento de la prescripción en las otras situaciones a fin de reducir la resistencia.

T: Pero en el fútbol te lo permitimos, te es útil... puedes hacerlo, está bien, en ese contexto limitado está bien. Pero en la vida diaria cada vez que lo hagas tienes que hacerlo diez veces.

P: De acuerdo.

T: Quiero saber más cosas de los otros procedimientos que utilizas para tratar esos agarrotamientos.

P: Bueno... ante todo están los términos. Una vez al día voy a correr y esto vale para todo el día, tengo que hacer como sea diez o veinte minutos de deporte y esto vale para el día, para pasar la noche tranquilamente. O bien cuando toco, si lo hago por la tarde, estudio cuatro horas y siempre lo hago de hora en hora, al cabo de una hora dejo de estudiar, algunas veces estudio bien, no he tenido tensiones, pero en cualquier caso hago cinco minutos de estiramientos.

T: ¿Qué estiramientos haces?

P: Bueno... me estiro sobre la alfombra, hago la vela, o bien pongo las piernas hacia atrás para estirar la espalda.

T: Bien, la candela o el arado, que son posturas de yoga.

P: Sí... o bien, como tengo el gimnasio, hago cinco minutos de ejercicios.

T: Pero eso no es estiramiento.

P: No, pero para mí tiene el mismo valor, de hecho elijo... ¡ah! El otro estiramiento que hago así, soy muy elástico.

T: Sí, eres muy ágil.

P: Porque lo hago a menudo... si toco una hora me paro dos veces y lo hago, y lo repito diez veces.

T: ¿El habitual?

P: Sí, pero para mí es una opción, era el que más utilizaba...

T: Lo que ahora queremos es que cuando toques cuatro horas, te pares cada hora y hagas cinco minutos de estiramientos. Es sano, pero no esos, ¡los otros!

P: Los otros.

T: Los que tú crees que son estiramientos, ¡pero que no tienen nada que ver con los estiramientos!

Uso repetido del lenguaje del paciente («estos») para reforzar la relación e impulsar la sintonización.

P: No, no, ¡no hago estos!

T: Ah, no haces estos.

P: Hago la vela, u otras cosas.

T: De acuerdo, ¡pero no estos!

P: ¡No, no! Estos solo los utilizo en ciertos momentos.

Uso del lenguaje explicativo y directivo para impulsar el cambio terapéutico: adquirir la conciencia de lo que es sano y de lo que es patológico.

T: Estos son un rito. Es evidente que si tocas un instrumento y acumulas tensión en la espalda, especialmente en la parte alta de la espalda, va bien hacer estiramientos, es sano, pero tienes que hacer estiramientos auténticos, ¡no otras cosas!

P: Por supuesto.

T: Perfecto.

P: El problema es que me digo: estudio una hora, como en el conservatorio el otro día, estudié tres horas y me cansé, me hicieron hacer un coral y estaba estresadísimo, pero si estoy en una ciudad donde no tengo posibilidad de hacer estiramientos, deporte, mis cosas, aunque estoy relajado, si no he tenido tensiones... tal vez un día estoy muy relajado, pero luego decido estar estresado porque es hora de cenar y no puedo hacer deporte.

Partir después para llegar antes: preguntar al paciente antes de dar una explicación a fin de conocer su representación personal y estimular los recursos.

T: De acuerdo, ¿y esto qué te hace pensar? El hecho de tener necesidad siempre de ritmos precisos, puntuales, ¿qué te hace pensar de ti mismo?

P: Bueno, me siento un viejo.

T: Técnicamente se llama tendencia obsesiva a repetir los mismos guiones, y si no puedo repetir el guión entro en crisis. Un determinado grado de obsesividad es sano, más allá de determinado límite se vuelve insano. Si tengo un grado de obsesividad que me obliga a hacer todas las mañanas un cuarto de hora o media hora de ejercicio para mantenerme sano, la obsesividad es sana; en cambio, si tengo la obsesión de que durante el día de vez en cuando tengo que hacer determinadas cosas, es insano. Bien, has dicho que todos los días te obligas a hacer ejercicio.

P: Diría que es sano, correr media hora.

T: Correr media hora y luego los estiramientos.

P: Sí, eso es, tal vez lo que no es sano son las cinco o seis veces que hago estiramientos durante el día.

Redefinición de la conducta sana y patológica y apelación al cumplimiento de la prescripción «si haces 1 haces 10» para las conductas compulsivas.

T: Muy bien, tienes que hacer media hora de carrera, después de esa media hora son necesarios diez minutos de estiramientos, pero después, no durante. Luego debemos suprimir todo el resto, excepto cuando tocas, porque en este caso cinco minutos de estiramientos cada hora son sanos, pero debemos suprimir todo el resto, sobre todo esos extraños estiramientos que te has inventado tú, que no son estiramientos, es un ritual obsesivo-compulsivo... así que, después de correr, diez minutos de estiramientos, y correr todos los días es sano, cuando toques, cinco

minutos cada hora es sano, pero todo lo que haces al margen de esto, si haces uno haces diez, ni uno más ni uno menos, o evitas hacerlo o haces diez, ni uno más ni uno menos, ¿de acuerdo?

P: De acuerdo.

Cierre de la sesión.

T: Distingamos, pues, entre lo que es sano y lo que no es sano. ¿Sabes cómo se origina la mayoría de los problemas de la gente? Haciendo insana una cosa sana, exagerando lo que es sano. Tú estás yendo en esta dirección. Hasta pronto.

P: De acuerdo.

QUINTA SESIÓN

Apertura de la sesión.

CT: Y bien, ¿qué me cuentas? Mientras esperamos...

P: En primer lugar las cosas buenas.

CT: ¡Por supuesto!

P: Una cosa que os dije el otro día, en la pizzería, una de las situaciones en que estaba peor... ¡ha habido una mejoría clarísima!

CT: Bien, no has hecho...

[entra el terapeuta]

P: Antes de venir aquí, cada vez que trabajaba en la pizzería era traumático, siempre por culpa de la espalda. En cambio, en dos ocasiones me he relajado muchísimo, completamente, por ejemplo después del partido, y todavía me da miedo haber estado tan relajado, es lo que quiero, es una cosa tan huidiza que tengo miedo de perder esta situación y entonces me pongo nervioso, pienso qué puedo hacer... otra cosa positiva es que en general tengo menos estrés.

Indagación sobre el proceso de cambio respecto del ritual compulsivo.

T: Vamos a hacer una valoración... respecto al primer trastorno que nos

expusiste, el de tu ritual, ¿en qué situación estás?

P: La situación... en la última sesión tenía que hacer diez veces cualquier gesto, así que de vez en cuando en lugar de hacer... el gesto clásico ha desaparecido del todo.

CT: ¡Del todo!

P: Sí, lo hago muy poco; si pienso en hacer algo para relajarme cuando no hay que hacerlo, lo hago diez veces, pero esto me ocurre siete u ocho veces en todo el día, en cambio persiste algún pequeño movimiento, pero realmente es pequeño y tal vez ni siquiera me doy cuenta, como encorvar la espalda, encoger los hombros. Del gesto originario solo se mantiene... *[se lo enseña]* tipo Vittorio Sgarbi, y cuando hago esto no lo repito diez veces.

T: Ya, ya.

P: Pero siempre siguiendo la misma lógica, antes de sentarme, por ejemplo.

Indagación sobre el proceso de cambio respecto al dolor en la espalda.

T: Perdona... ¿el dolor de espalda persiste o ha mejorado?

P: El dolor en la espalda se mantiene, pero hay muchas situaciones en las que me relajo, sin embargo, todavía persiste, sobre todo en los momentos vacíos, cuando no hago nada.

Uso de la técnica de la escala para la evaluación del cambio.

T: ¿Cómo calificaríamos esta situación? Si quisiéramos darle un valor numérico, del cero al diez, cero cuando nos conocimos y diez cuando puedas decirnos: «Gracias, he resuelto mi problema», ¿qué nota te pondrías hoy?

P: Suficiente, un seis.

T: Bien. Ahora trataremos de comprobar qué es lo que debería cambiar todavía para llegar al diez.

Uso de la técnica del escalador para redefinir los objetivos terapéuticos finales y los intermedios.

CT: Te has puesto un seis. Bien, partamos ahora del diez... para sacar un diez, qué otra cosa tendrías que hacer, qué debería ocurrir?

P: Sigo manteniendo un nerviosismo de fondo... no sé cómo explicarlo... para llegar al diez, esto es... una cosa quería decir, todavía tengo una situación difícil, en el sentido de que aún vivo en casa con mis padres en un ambiente bastante malo, así que hay momentos en que pienso: no estoy en un diez, pero no por culpa mía, y con esto me pongo nervioso...

T: Bien, pero ahora estamos hablando del problema que te ha traído aquí, para los otros problemas tendremos que hacer una escala distinta.

P: No, no... quiero decir que si hago un gesto, siento que mi madre me da la lata, pero lo hago porque ella me ha puesto nervioso... en cualquier caso, todavía no consigo dejarlo...

CT: Qué hacer, cuándo hacerlo...

P: Sí.

CT: De hecho, como te dijimos la otra vez, en tus ritmos hay un grado de obsesividad.

P: Sí, lo hay, pero a mí me va bien, el hecho de correr, el hecho de que sea una obsesión sana me ha dado mucha...

CT: En realidad te dijimos que esto está bien...

T: No se llama ni siquiera obsesión, se llama estilo de vida ordenado; pero diez... ahora debemos llenar los espacios del diez al seis. ¿Qué pondrías en el nueve, qué debería cambiar para estar en el nueve?

P: En el nueve, por ejemplo... ¿voy a la piscina, salgo y estoy bien, y no tener que pensar en qué hago para mantenerlo?

T: Perfecto... ¿y el ocho?

P: Hummm... el ocho... qué sé yo. Comer, sentarme y comer, nada más.

T: Sin pensar...

P: Sí, además limito las cosas...

T: ¿Y el siete?

P: El siete es el partido de fútbol, cuando creo que estoy un poco nervioso porque no juego bien. Me siento fuera de lugar durante una hora y media, me noto rígido, porque no me siento a gusto.

Definición del próximo objetivo terapéutico según la evaluación conjunta terapeuta-paciente.

T: Por tanto, el próximo paso sería conseguir jugar el partido relajado.

P: Exacto.

T: Pero en todo lo que nos has dicho hasta ahora, en tus sucesivas mejoras ya no hay rastro de la compulsión.

P: Sí, precisamente ha quedado en poca cosa, me tiro el cabello hacia atrás y nada más.

T: Y ese gesto...

P: No, ese ya no.

T: Muy bien, estoy muy contento.

P: ¡Yo también!

Prescripciones: 1. «si haces 1 haces 10» para los rituales compulsivos. 2. técnica *solution oriented* basada en la estratagema del «crear de la nada».

T: Bien, mantenemos las habituales prescripciones pero esta vez sin aumentar la dosis. Si haces uno haces diez, ni uno más ni uno menos, si haces el gesto tradicional. En cuanto a lo demás, queremos que relajes tu vida, por la tarde, a las siete, mira hacia atrás y pregúntate: ¿qué nota me pondría hoy de cero a diez? ¿Un seis, o he dado un paso hacia delante? Simplemente esto, ¿de acuerdo?

P: Puede que piense también en este punto.

T: Muy bien, reproducélo en tu mente y volveremos a hablar, porque

además debemos comprobar si realmente estás en un seis o no, porque nuestra valoración es algo diferente, pero no vamos a decírtela, ¡descúbrela tú! En el sentido de que llegaste aquí con un trastorno concreto, un ritual obsesivo-compulsivo sumamente fastidioso, bien... Hoy es la quinta sesión y ¡el ritual obsesivo-compulsivo ha desaparecido! Es obvio que todavía persisten algunos pensamientos, pero aquel ha desaparecido... de modo que repasa un poco el punto diez y retrocede, puede que si abrimos la caja encontremos otra en la que trabajar, pero son escalas diferentes, como en la relación con los tuyos.

P: No, yo vine aquí y sabía que el problema era un fenómeno vinculado al violín, pero lo que me asustaba era que fuese algo visible, al fin y al cabo todos estamos...

T: Te habrías puesto en ridículo, ¿no?

P: Sí.

Cierre de la sesión.

T: Perfecto, avanza, trabaja pensando en la escala, ahora, ¿de acuerdo? Nos veremos como de costumbre, luego si todo va bien a partir del próximo encuentro distanciaremos las sesiones.

P: ¡De acuerdo!

CT: Buen viaje.

SEXTA SESIÓN

Inicio de la sesión.

T: Ya estamos aquí de nuevo CT: Y bien, ¿cómo han ido las cosas este mes?

P: Bien... la última vez me olvidé de venir.

T: Es un indicador muy significativo.

CT: ¡Realmente!

P: He pensado en la clasificación, en lo que falta... ahora el gesto va bastante bien, de vez en cuando reaparece, tuve un período de estrés antes de las fiestas por

culpa del trabajo y volvía un poco, pero la terapia es muy útil, entre otras cosas he dejado de ser tan rígido y de hacerlo diez veces, de modo que si me empeño veo que funciona y estoy bastante satisfecho; lo que falta, en cambio, lo que... en mi opinión, el problema de fondo es que por un lado tengo una obsesión positiva de querer estar siempre relajado, y quererlo siempre es un poco enfermizo, y otra cosa es que mi percepción sigue concentrada en los hombros... esto empezó con el violín, cuando un profesor me dijo: ¡relájate! Y me lo repetía continuamente... me destrozó la vida y la carrera.

Uso de la ironía.

T y CT: ¡Ah! ¡Perfecto! *[ríen]*

P: Realmente nació esta especie de... en el violín los hombros son fundamentales... esto de 2002 a 2004, a partir de 2004 afectó a toda mi vida.

T: Seguro, y no solo el violín.

P: Exacto, y también lo dejé.

Uso de la ironía.

T: ¡Tuvo un gran éxito el maestro!

P: Dejémoslo... desde 2004 hasta hoy la obsesión por los hombros ha disminuido, aunque todavía persiste, soy consciente, además de que también hago gestos para relajarme.

T: Tu idea es: me pondría un diez si sintiera los hombros relajados.

P: No, si no pensara en ello.

T: Pero si es lo mismo.

P: Sí, básicamente sí.

Reestructuración con uso de una analogía.

T: Creo que tal vez la rigidez aparece porque piensas en ella y controlas los hombros, como el ciempiés que controla las patas y se bloquea. Tal vez tienes una sensación de rigidez, como todos, y de ahí nace la obsesión.

P: Sí, quiero relajarme, me doy cuenta de que estoy estresado y de ahí...

Indagación sobre el proceso terapéutico: evaluación numérica y cualitativa del cambio.

CT: ¿Y la nota? ¿Sigue siendo un seis?

P: Depende. Respecto al problema, tal vez incluso un siete, en el sentido de que vivo bien, me ocasiona muchos menos problemas en la vida real; pero si tuviese que hacer una clasificación de cómo me siento en general, ¡diría que un ocho o un nueve!

T: De modo que sería un siete si hablamos del problema, y un ocho o un nueve si hablamos de cómo te sientes.

P: Sí.

T: Has dicho una cosa interesante: si desapareciera esta sensación, esta obsesión de los hombros, llegarías al diez.

P: No lo he dicho, pero esta obsesión me crea otros problemas, como pensar siempre en cómo sentarme. O bien las sensaciones, me gusta sentir un montón de cosas, como las mujeres, por ejemplo.

T: Por supuesto, el tacto es fundamental.

P: Me gusta todo, mirar cualquier cosa, de modo que es como si una parte de mi percepción estuviera siempre perturbada por esto.

Indagación sobre las precauciones como soluciones intentadas respecto al problema del agarrotamiento muscular.

T: Exacto, perturbada. Has centrado otro aspecto, las precauciones que tomas para evitar la rigidez... ¿cuáles son, por lo general?

P: Bueno, hacer el gesto...

T: Esto era, según nos explicaste, la consecuencia de la idea de los estiramientos que se transformó en compulsión. Pero ahora, ¿cuáles son las precauciones?

P: Una precaución casi automática es encogerme de hombros, y es como si los hombros estuvieran fijos, en cierto sentido.

T: ¿Los tienes controlados?

P: Los tengo controlados, trato de sentarme... ah, y no soporto hablar con una persona de lado, tengo que girarme, además hago estiramientos antes de comer, quiero comer tranquilo... y evito un montón de situaciones fastidiosas que tal vez no lo son.

T: Las consideras fastidiosas porque crees que comportan riesgo.

P: Yo qué sé... hablar con mi profesor de composición... hablo con él, pero...

Redefinición de las situaciones que el paciente tiende a evitar.

Uso del lenguaje prescriptivo para lograr que el paciente abandone las conductas de precaución que alimentan las obsesiones.

T: Lo que queremos transmitirte hoy, no solo como información sino como precepto importante, es: las precauciones son lo más peligroso para tu problema, porque lo alimentan, lo confirman. Por consiguiente, nuestro objetivo ahora es desmontar todas las precauciones, eliminarlas, mientras conserves aunque sea solo una, siempre mantendrás un dedo del pie en el hoyo que podrá absorberte de nuevo, ¿entiendes? En primer lugar nos ocupamos de desmontar el ritual obsesivo-compulsivo, respondiste como era de prever y las cosas van mucho mejor. Pero ahora tenemos que suprimir algunas precauciones porque son muy peligrosas, ¿de acuerdo? Pues bien, te sugiero una cosa aparentemente mínima, que ha de sustituir a todas las precauciones, las que haces o evitas hacer, encoger los hombros, hacer estiramientos antes de comer, evitar ciertas posturas... además queremos que desde ahora hasta la próxima sesión hagas una clasificación de todas las situaciones que evitas, porque tenemos que lograr que te enfrentes a todas ellas adecuadamente, y puedes empezar ya a hacerlo partiendo de la más insignificante, pero tienes que clasificarlas, ¿entendido? Desde la más espantosa a la menos temible, y puedes empezar a enfrentarte a ellas... Te propongo un ejercicio sumamente sencillo: mantente recto, también tu precaución de estar siempre tan encorvado...

P: Sí, es una precaución.

Prescripción 1. Lista de las situaciones evitadas por precaución, de la más

espantosa a la menos temible.

T: Bien, has aprendido que ciertas cosas se relajan con los estiramientos. Otra regla que has de saber es que utilizarlos en exceso produce el efecto exactamente contrario, si te pasas con los estiramientos los músculos se endurecen, hasta tal punto que deberías saber que hasta las últimas olimpiadas en el calentamiento del atleta, sobre todo en natación, era obligado hacer estiramientos... luego fueron suprimidos porque se demostró que hacerlos antes, en frío, es más peligroso que propedéutico, o sea, los estiramientos había que hacerlos al final, no al principio, ¡incluso se ha demostrado que muchos problemas musculares están causados por los estiramientos en frío! ¡Fíjate hasta qué punto las cosas pueden invertirse! De modo que cuando haces estiramientos antes de comer, estás corriendo un riesgo. Pero hay algo que aprenden todos los atletas, sobre todo los que practican deportes de lucha, tienen que relajarse para enfrentarse al adversario. Es una cosa muy sencilla: ponte recto, si ahora intentas hacer una espiración lo más prolongada posible, ¡no! ¡Espiración, no inspiración!

Apoyar la visión del paciente para sugerirle un ejercicio de espiración y hacer que viva una experiencia emocional correctiva en la sesión, a fin de hacerle repetir la práctica fuera del setting terapéutico.

P: ¿Espiración quiere decir fuera?

T: Coge poco aire pero saca fuera el máximo posible, inténtalo... no, la espiración es expulsar el aire, imagina que soplas las velitas del pastel de cumpleaños... ¿qué sensación experimentas?

P: De llegar hasta el final.

T: ¿Y tu cuerpo cómo está?

P: Relajado.

T: ¿Qué pasa con los hombros?

P: Se relajan.

T: Perfecto. Quiero que aprendas, cuando vas a hacer una de esas cosas que haces, a tomar aire y... [sopla] hasta vaciar por completo todo el diafragma y la caja torácica, hasta toda la parte inferior de los pulmones. Notarás que los hombros se encogen de manera espontánea, que te relajas, se trata de un método de

relajamiento. Y se utiliza habitualmente como técnica antes de empezar un combate, para distender los hombros y estar relajado.

P: Sí, porque yo también querría hacer muchas cosas...

Prescripción 2

como descubrimiento conjunto: espiración como método de relajación para sustituir las conductas ritualistas.

T: Entrénate, pero no demasiado, ¡de lo contrario se convertirá en una nueva obsesión! Es fácil porque es fisiológico: si soplo con fuerza hasta sentir que el estómago se hunde, los hombros se encogen, ¿entiendes? Y vaciar los pulmones hasta el fondo produce un efecto fisiológico de relajamiento de todo el cuerpo, pero especialmente de los hombros.

P: ¿Sí?

Cierre de la sesión aumentando el intervalo de tiempo entre sesiones.

T: ¡Pues sí! Nos volvemos a ver dentro de un mes.

P: Bien.

CT: Hasta la vista.

SÉPTIMA SESIÓN

T: Hola de nuevo.

P: Empiezo con los progresos. Una cosa que he hecho de forma bastante distendida es no estar con los hombros encogidos. De vez en cuando mientras comía estaba así [*hace el gesto de encoger los hombros*]... lo he eliminado.

Inicio de la sesión: indagación sobre el proceso terapéutico.

T: ¿Sí? ¿Te ha bastado hacer un poco de aquello?

P: Sí, un poco de suspiros...

T: Soplar, más que suspiros.

P: Sí, luego he intentado mantenerme un poco con la espalda recta, pero cuando estoy solo, cuando toco el piano, no en las otras situaciones.

T: De lo contrario se convierte en una nueva obsesión, está bien que sea así.

P: De hecho, ya lo ha sido durante un tiempo... basta estar cómodo, en definitiva.

T: ¿Esto significa que ha bastado que te recomendara practicar un poco estos ejercicios para que relajaras los hombros?

P: Sí, me ha ayudado, todavía no he logrado el equilibrio, pero me ha ayudado... además estaba la cuestión de las cosas que evito hacer, ¿correcto?

CT: Sí, la lista de las evitaciones.

P: No es que haya encontrado una cosa que en realidad no hago, que quiero hacer y que no hago... pero hay cosas que evito hacer... Divido mi jornada en dos partes, la parte de trabajo y la de relax, y el punto divisorio es la carrerita de la tarde. En el conservatorio podría relacionarme con la gente, pero para mí todavía es tiempo de trabajo y no me apetece salir a beber... mientras que por el contrario, después de haber corrido y de haberme relajado, tengo la ocasión de tocar... estoy en el bar y me piden que toque, que es algo que me gusta con locura, pero no lo hago porque es una actividad que he catalogado como actividad laboral y que, por tanto, hago antes de correr. De modo que no hay una cosa que por sí misma no quiera hacer, pero de vez en cuando me arrepiento. Cuando estoy en la fase de trabajo y estoy estresado digo: no voy a hacer cosas divertidas; por el contrario, cuando estoy relajado no me apetece hacer cosas que requieran esfuerzo... mira, una cosa que no me gusta es que por esta razón ya no leo, solo leo si he de estudiar alguna cosa, por tanto, antes de ir a correr, pero si es tarde no leo nunca por placer.

Uso de la paráfrasis para comprobar la comprensión correcta del problema y crear un acuerdo con el paciente.

T: Bien, nos estás hablando de una cosa un poco peculiar. Parece que las cosas que evitas hacer están incluidas entre los deberes y los placeres, por tanto si una cosa es un deber es deber y no puede ser placer, si es un placer es placer y no puede ser deber, ¿es así? Incluso dices: voy al conservatorio, podría relacionarme porque hay mucha gente interesante, pero no lo hago porque se trata de deber.

P: En realidad me relaciono, pero no es un placer como cuando estoy

relajado, cuando ya he ido a correr...

T: La idea de correr es: me relajo y luego puedo divertirme, ¡hasta ese momento no puedo divertirme!

P: Exacto, exacto... por lo tanto, no hay una cosa que no haga de forma tajante, sino que muchas veces no hago ciertas cosas por este motivo... las cosas han de estar siempre encajadas en su ámbito, de lo contrario...

CT: No va bien.

P: No, no va bien.

Uso de la ironía y de la pregunta abierta para empezar a romper el rígido sistema perceptivo.

T: ¡No está mal como organización! ¿Qué te parece a ti como organización?

P: A mí sinceramente me parece bastante bien, por esto la he hecho. Para tocar bien hay que estar implicado, actuar con seriedad, por tanto, es correcto considerarla una actividad profesional.

Pregunta con ilusión de alternativa de respuesta.

T: Es correcto, pero perdona, ¿cuándo se hace mejor una cosa? ¿Cuando solo es deber o cuando también nos divierte?

P: ¡Ah no, cuando nos divierte!

Uso de la reestructuración para llegar a la definición del próximo objetivo terapéutico: flexibilizar el sistema perceptivo-reactivo.

T: Entonces quizá debamos añadir algo interesante. El verdadero paso de principiante a avanzado y a maestro no es un salto únicamente cuantitativo. El artista hace las cosas porque le gusta hacerlas y se divierte mientras crea arte, esta es la gran diferencia; y entran en juego la creatividad, la inspiración. La técnica pura es superada y se convierte en arte. Es evidente, tú estás aún en una fase de paso, has pasado de principiante a avanzado, eres, como se dice, un estudiante aventajado, por tanto, no puede pretenderse que te comportes como un maestro. Pero el objetivo es llegar a hacer las cosas divirtiéndose, porque damos lo mejor de nosotros cuando hacemos una cosa difícil sin percibir la dificultad, sino con el

placer de hacerla.

P: Exacto, y en realidad lo último que quería decir es que es un problema que va más allá... y que tal vez ha sido la base de mi problema. Antes creía temer la actuación, incluso en el fútbol, que es una cosa sin importancia pero que me interesa. En los entrenamientos juego muy bien porque me divierto, luego en el partido rindo menos, me divierto menos.

Redefinición del comportamiento del paciente respecto a la actuación.

T: No hay responsabilidad en los entrenamientos, mientras que en el partido está la responsabilidad y el compromiso, y se rinde menos.

P: Los demás me han hecho observar que, más que temer al público, temo el juicio. Si tocara frente a cien personas en actitud de adoración...

T: ¡Serías como Dios!

P: Sí, en realidad me ocurre cuando alguien me dice: por favor, toca...

Uso de una técnica orientada a la solución: estratagema de «crear de la nada».

T: Bien, entonces todavía es más válido lo que te estábamos diciendo: empecemos a buscar qué es lo que te gusta en lo que estudias.

P: Os lo digo.

T: ¿Ya lo sabes?

P: Sí, hago dos cosas, compongo y toco; en la composición no tengo ningún problema, porque el trabajo se hace antes, me divierto, me gusta componer, entro en un mundo que tiene algo de mágico, bien... tocar me gusta muchísimo, cuando he tocado divirtiéndome incluso me han valorado... en el estudio me falta un poco de diversión, porque en el piano, a diferencia del fútbol, al final si me preparo toco bastante bien. Depende del estudio, en fin, por tanto, los problemas los arrastro del estudio.

Uso de la reestructuración con analogía procedente del mundo de la música clásica para favorecer el cambio terapéutico.

T: Otra vez lo mismo, el salto entre el estudiante y el artista, además de ser

certificado por el conservatorio, consiste justamente en el hecho de que, si estudio diez años, toco el piano de una forma muy digna, esto sucede en el 70% de los casos aproximadamente; el salto de nivel, que se da en el 30% restante, se debe en gran parte a la cantidad de sensaciones que la persona busca en lo que hace, y a cuánto placer le proporciona hacerlo o cuánto sufrimiento le produce lo que hace, aunque este sufrimiento se convierta en placer. Mira a Chopin: para él, tocar era terapéutico, sufría pero gozaba. Por tanto, la idea es: busquemos en las cosas que haces como estudiante obsesivo algo que proporcione placer. Nos has ofrecido una imagen clara: cuando creas, entras en un mundo mágico y te diviertes, cuando compones te diviertes.

P: También en esto hay un porcentaje de técnica.

Prescripción construida con una profecía autocumplida: buscar en las cosas aburridas momentos de placer, lanzando así la profecía de que estos momentos se producirán.

T: Es que la creatividad no es simplemente un golpe de genio. Muchas veces es un efecto *serendipity* derivado de la práctica, que en un momento determinado te permite superar esa práctica. Cualquiera que haya estudiado arte lo sabe. La cuestión es: en las cosas en las que estudias más con la obsesión del ejercicio intentaremos destacar cuáles son los momentos, si es que los hay, en que tienes sensaciones realmente agradables. Yo tengo alguna idea, pero no puedo sugerírtela. Me gustaría que buscaras las sensaciones agradables. No tienes que programarlas, de lo contrario no las encontrarás.

P: Por supuesto.

Apelación al seguimiento de la prescripción.

T: Estudia, haz todo lo que tengas que hacer, y trata de buscar en la parte más aburrida del estudio las sensaciones agradables, porque tendremos que apoyarnos en ellas, ¿de acuerdo?

P: Sí... ya lo había pensado. En el piano hay una cosa agradable y una negativa. Lo positivo es el tacto. Para mí practicar la técnica no supone un problema, cuando existe el placer de tocar el teclado de una determinada manera hasta la técnica resulta hermosa, cuando hago un determinado movimiento sin detenerme... lo que no soporto en muchos pianistas es que para obtener efectos trascendentales se detienen. Cuando soy natural, espontáneo, es agradable.

T: Bien, ya hemos encontrado dos cosas... ¿hay más?

P: Cuando estudio música —ahora estoy estudiando Mozart— el gusto por la armonía, por la forma...

T: Ya son tres... quiero que busques lo que hay de hermoso en lo que haces, y luego nos lo cuentas.

P: ¿Y os digo también lo desagradable? La repetición. Algunas veces, cuando me doy cuenta de que estoy repitiendo, pienso en otra cosa, automáticamente pienso en la espalda.

Reestructuración con uso de una anécdota procedente del mundo de la música clásica para favorecer la sintonización.

T: Sí, porque cuando se sabe hacer bien una cosa se repite el mismo ejercicio. La mente está ausente. Recuerda a Paganini cuando decía: si no practico un día, lo noto yo, si no practico dos días, lo notan los otros maestros, si no practico tres días, lo nota todo el mundo, pero repetir los ejercicios es una lata. También puedes buscar algo hermoso, pero lo veremos luego... ¿y la segunda cosa negativa?

P: Es que yo tengo una visión salvaje de la vida, si fuese por mí viviría en las montañas, de modo que el hecho de que en el piano solo se utilicen las manos para mí es una limitación. Me gustaría, no sé... bailar, nunca lo he hecho, es una cosa que... nunca consigo hacer abstracción de mi cuerpo, aunque últimamente estoy bastante relajado...

Uso de la reestructuración para incidir en el sistema perceptivo del paciente.

T: Perdóname, pero tengo que hacerte observar solo una cosita. A ver, esto que me describes, esta visión salvaje... El control del cuerpo no puede ser solo sobre una parte, porque si concentras toda tu capacidad en los dedos, para hacer esto bien es necesario mover todo el cuerpo armónicamente, de la punta de los pies a la punta del cabello.

P: Sí, es cierto.

T: ¿Entonces por qué dices que te concentras solo en una parte?

P: Me concentro en todo el cuerpo, en realidad...

T: Los grandes músicos, al igual que los grandes artistas, no utilizan solo una parte, lo utilizan todo.

P: Es cierto.

T: El bailarín no utiliza solo las piernas, utiliza todo el cuerpo.

P: Ya lo sé, lo que me disgusta es que en el piano al fin y al cabo el movimiento solo está en los dedos, pero sé que influye todo el cuerpo.

Pregunta con ilusión de alternativa de respuesta para incidir en el sistema perceptivo reactivo.

T: ¿Así que mueves solo los dedos o mueves también todo el resto del cuerpo?

P: Muevo todo el resto, pero son movimientos pasivos que yo temo.

T: ¡Hazlos activos!

P: De acuerdo.

Reestructuración para transformar las conductas disfuncionales en conductas funcionales.

T: Hazlos activos: ¿qué hemos hecho con la rigidez de los hombros? He conseguido que actives el hecho de soplar y de encoger los hombros. Haz activos todos los movimientos, intenta sentirlos todos. ¿Cómo he de poner el pie para que me llegue correctamente la energía a la punta del dedo? ¿Cómo he de colocar la pierna? ¿Cómo ha de estar el cuerpo? ¿Cómo tengo que respirar? Siente todo tu cuerpo.

P: Ya lo estoy pensando, por ejemplo, para hacer...

Uso del lenguaje metafórico.

T: Ya tienes el germen de todas las cosas, solo falta hacerlas brotar. ¿Decías?

P: Sí, para tocar piezas «maestoso» forzosamente he de mantener la espalda recta, en cambio, para sentir las teclas me encojo.

T: ¿Y esto qué es?

P: Es mover todo el cuerpo, pero después me siento mal porque en la vida es absolutamente necesario mantener la espalda recta.

T: Perdona, pero creo que vuestro mito actual, Giovanni Allevi, no es tan respetuoso, ¿no es cierto?

P: Para mí no es un mito... sin embargo tiene razón.

Uso de una anécdota del mundo de la música clásica para incidir en la rigidez del sistema perceptivo reactivo.

T: Ya sé que para ti no es un mito, pero cuando toca, ¡a quién le importa todo lo demás! Tocó en el festival de San Remo y dijo: desgraciadamente me han pedido que haga una cosa que no sé hacer, una pieza virtuosista, y no una pieza con el corazón, ¡yo estoy acostumbrado a tocar piezas con pasión! Pero lo hizo a su modo, de una forma en cierto modo divertida, casi irónica. Creo que los pianistas de hoy no respetan demasiado estos dogmas.

P: En realidad, ahora me encuentro en un estado de serenidad, porque el curso que hago se llama lectura de la partitura. Tengo que leer las notas, de modo que no tengo ansiedad, la interpretación es una cosa para mí solo.

Apelación al seguimiento de las indicaciones terapéuticas: 1. buscar las sensaciones agradables en las actividades cotidianas. 2. transformar las conductas disfuncionales en funcionales (convertir en activo lo que se ha vivido como pasivo).

T: El próximo paso es buscar las sensaciones agradables en lo que haces, te hemos puesto el ejemplo de un bloqueo: ¡solo muevo los dedos! ¡No! ¡Escúchate, hazlo activo! ¿Entiendes? Cuéntanos lo que hay de hermoso en aquello que hasta ahora te ha parecido aburrido.

P: E intento hacerlo también en el fútbol, supongo.

T: Sí, en cualquier actividad. Nos veremos dentro de poco.

P: Bien.

Cierre de la sesión.

CT: Adiós.

OCTAVA SESIÓN

Inicio de la sesión.

T: Ya estamos aquí.

CT: Y bien, ¿qué nos cuentas?

P: Ante todo os tengo que dar las gracias porque he hecho progresos con el piano, el último día el profesor me felicitó.

CT: ¡Vaya!

P: Sí, era tan sencillo, me divertía. Antes lo hacía y pensaba tan solo en las cosas pesadas, negativas, había apartado lo que era...

T: Hermoso.

CT: La diversión.

P: No, he apartado lo que era aburrido, me concentro en eso y estoy muy contento. En general estoy haciendo un montón de cosas, trabajo y dirijo un coro. Estoy contento, satisfecho, pero estoy un poco cansado.

Redefinición con uso de la ironía.

T: Me lo imagino, el niño hiperactivo se cansa.

P: Sí, además hay que preparar una fiesta de licenciatura, que es agotadora, horas y horas dando vueltas por el bar, lo hago, pero es el trabajo que me fastidia, es la idea de trabajar la que me oprime un poco, aunque dirigir es hermoso. Así que la situación general es estacionaria, el gesto no ha desaparecido del todo, reaparece en algún momento de estrés.

Pregunta estratégica discriminante para investigar el proceso de cambio terapéutico.

CT: ¿Pero reaparece todo el ritual inicial o las precauciones que nos describías la última vez?

P: O una cosa o la otra, cuando ocurre lo hago diez veces.

CT: Muy bien.

P: Sí, pero poco, de hecho nadie se da cuenta ya, ni siquiera mi madre... creo que estoy en el nueve y medio de nuestra escala.

La sesión avanza con la evaluación de lo que ha cambiado en la vida del paciente ahora que ya no le invalida el problema y ha descubierto lo bello. Esto tiene como objeto orientar al joven hacia la conciencia de sus propios recursos y capacidades, libres ahora de las cadenas del TOC.

Al final de la sesión se planifican las tres citas habituales de control al cabo de tres, seis y doce meses. De común acuerdo consideramos que la terapia ha alcanzado los objetivos que nos habíamos propuesto.

Caso 2. El control del embarazo inventado

PRIMERA SESIÓN

P: Buenos días.

CT: Hola.

Inicio de la sesión.

T: Antes de empezar, tengo que cumplir con un ritual obligatorio... cámara de televisión, cámara de televisión, cámara de televisión: todo lo que se hace aquí dentro queda grabado, forma parte de mis métodos para tenerlo todo controlado. La doctora revisa cada sesión para comprobar si hemos hecho bien las cosas e intercambiamos opiniones. Esto garantiza la calidad, pero la ley sobre la privacidad nos obliga a declararlo antes y mi secretaria le dará el impreso que tiene que firmar, ¿está de acuerdo?

P: Pero la grabación se queda aquí, ¿no?

T: Dentro del instituto, por supuesto. Y bien, ¿cuál es el motivo de su visita?

P: Ante todo, lo conozco porque me ha visitado una psicoterapeuta de su escuela, pero para mi problema ha funcionado hasta cierto punto, luego ya no hemos podido avanzar...

T: De acuerdo.

P: Y ella me ha aconsejado, precisamente, que...

Definición del problema e indagación sobre las soluciones intentadas disfuncionales en la anterior psicoterapia.

T: Acudiera a mí. Bien, partamos de aquí: ¿cuál es el problema? ¿Qué es lo que no ha funcionado?

P: Bueno, hummm... estoy un poco nervioso, perdone... El hecho es que cuando tengo que enfrentarme a algo intento evaluar todos sus posibles efectos, porque tengo miedo de no conseguir hacerlo con todas las garantías de seguridad, sobre todo para los demás. Por ejemplo, hace unos años instalaba sistemas de calefacción, justamente como el que tenéis aquí, la misma marca, pero luego la empresa tuvo problemas y ahora me doy cuenta de que para mí fue casi como una excusa, y cambié de trabajo porque aquel me ocasionaba mucha ansiedad. Tenía que estar seguro de que cada instalación se había hecho siguiendo al pie de la letra la normativa, y para tener esta seguridad la analizaba minuciosamente, pero...

T: ¿Controles, controles y más controles?

P: Sí...

Redefinición del problema y creación del primer acuerdo terapeuta-paciente.

T: ¿Así que es el típico problema de quien, para estar seguro, ha de revisar las cosas muchas veces, muchas veces, muchas veces?

P: Exacto.

T: Pero nunca es suficiente.

P: Sí, el problema es que aplico esta metodología a todas las cosas.

T: Precisamente iba a preguntártelo: ¿solo al trabajo o a todo?

P: A todo, a todo.

T: ¿Cuáles son los puntos más calientes, aquellos en los que es indispensable actuar así?

P: Tiempo atrás le habría dicho que el trabajo, pero ahora me he dado cuenta... le aviso que he leído muchos libros suyos... y creo que la cosa se ha generalizado.

Pregunta estratégicamente orientada.

T: ¿Hay algunos rituales que sean más indispensables que otros o son todos indispensables?

P: No sabría darle una respuesta exacta, no tengo las ideas claras.

Pregunta estratégica discriminante.

T: ¿El miedo que hay detrás de la necesidad de controlar surge de la idea «si no he controlado bien ocurrirá algo de lo que soy responsable» o «tengo que controlar, tengo que controlar, tiene que estar perfecto porque de lo contrario creo que no he estado a la altura»?

P: Diría que es más bien la primera opción.

T: Bien, temo ser responsable de una catástrofe, de alguna cosa.

P: Le pongo un ejemplo. Una cosa que me perturbó mucho, y que he de decir que todavía me perturba un poco, es que tuve una relación con una muchacha, y aún ahora me da vergüenza decirlo. Luego, esta relación acabó y tengo miedo de que esta muchacha se hubiera quedado embarazada por mi culpa, así que esta falta de control...

Pregunta estratégica discriminante.

T: ¿Lo comprobaste, la llamaste o evitaste hacerlo?

P: No...

T: Pero en este caso has dicho solamente...

P: No, temía ser entrometido.

T: Tuviste dudas, pero el hecho de que fuera una gestión incómoda te permitió no hacerla, mientras que las otras cosas las controlas, las vuelves a controlar...

P: Digamos que tuve la posibilidad a través de internet... ahora ya se puede controlar cualquier cosa...

T: Por tanto, ¿controlaste?

P: Sí.

T: De acuerdo, perfecto.

P: Pero también de ahí nacieron miedos...

T: Bien. ¿Qué hicisteis con la doctora?

P: Bueno, he de decir que no fue un fracaso total, en el sentido de que ella me ayudó a llegar aquí. Antes de ella hubo otro psicoterapeuta que me dijo que conocía esta escuela y que conocía a esta persona de mi ciudad. Es propio de mi carácter hacer las cosas pasito a pasito. Me dio prescripciones respecto a esta cuestión concreta de la muchacha y me dijo, por ejemplo, que si quería controlar una cosa tenía que hacerlo muchas veces.

Indagación sobre el seguimiento y observancia de las prescripciones de la anterior terapia y sobre el efecto obtenido.

T: ¿Y lo hiciste o no?

P: Sí, lo hice.

T: ¿Y cuál fue el resultado?

P: Al principio... bueno, nunca acabé de entender las prescripciones que me daba y tal vez por eso, no lo sé, yo no lo hacía de manera adecuada o correcta. Hubo muchas, ya que se trata de un hecho que también perturba mi vida familiar. Me impusieron también otras prescripciones.

T: ¿Siempre del mismo tipo o distintas?

P: Me impuso la prescripción de escribir sobre mi familia y funcionó, pero sobre esto del control y de que he de estar siempre seguro...

T: De acuerdo... te estoy tratando de tú, ¿puedo?

P: Por supuesto.

Ampliación de la indagación sobre la vida familiar, afectiva-relacional y social.

T: ¿Vives todavía con tus padres o tienes tu propia familia?

P: No, todavía vivo con mis padres.

T: ¿Tienes alguna relación?

P: No.

T: ¿Cuánto tiempo hace que no tienes una relación?

P: Tuve una relación, pero fue una cosa muy breve.

T: ¿Has tenido alguna relación larga?

P: Un año.

T: ¿Tienes amigos, realizas alguna actividad o estás siempre solo?

P: No, tengo una vida social normal, creo.

T: Por tanto, aparentemente todo está bien.

P: Aparentemente sí.

Pregunta estratégicamente orientada.

T: ¿Los demás no conocen tus problemas, los guardas para ti solo, o lo saben tus amigos, tus familiares?

P: Los que me conocen desde hace tiempo a menudo me advierten de que... por ejemplo, mi maestra escribía en el boletín de notas que «puede dar más de sí».

T: Ah, ya, es una de esas frases que prácticamente todos hemos escuchado, y que tal vez nos han molestado, ¿no?

CT: Pues sí.

P: Pero esto lo dicen incluso ahora, en el trabajo tampoco me he expresado

nunca, ni en la vida.

Uso de una técnica solution oriented para definir los objetivos terapéuticos.

T: Voy a hacerte una pregunta algo diferente: ¿qué debería cambiar en tu vida para que pudieras decirme «gracias profesor, me ha ayudado»?

P: Si me permite utilizar un término suyo, debería cambiar mi percepción de las cosas.

T: Sí, pero ¿en qué notarías que tu percepción ha cambiado?

P: Porque...

T: ¿Cómo serían las cosas si vivieses de un modo distinto? ¿Podrías decir «Mire, mi vida ha cambiado»?

P: Si usted consiguiera, no sé, hacerme sentir menos responsable de las cosas...

T: De acuerdo, la idea es «me siento responsable de todo» y quisiera...

P: Mire, tal vez nunca he sabido exactamente cuál es mi malestar.

Uso de la «Miracle Question» para superar la dificultad en la definición de los objetivos terapéuticos en términos concretos.

T: La pregunta sirve justamente para aclarar esto, porque es mucho más fácil decir cómo sería una vida sin problemas que describir el problema. Así que mi pregunta es: si mañana por la mañana te despertases y por una especie de milagro nocturno estuvieses libre de tus problemas, ¿en qué lo notarías? Te despiertas y ¿qué cambia en tu vida que te hace decir «sí, ha cambiado la percepción, el problema ha desaparecido»?

P: Uf...

T: ¿Qué es lo que harías mañana de forma distinta?

P: Me levantaría y no tendría pensamientos como controlar a aquella chica...

Redefinición del problema para comprobar que se ha comprendido correctamente.

T: Bien, tienes que seguir controlando porque no soportas la idea de que pudiera suceder algo de lo que eres responsable por no haber controlado, ¿es así?

P: No estoy seguro, pero creo que sí.

T: Mira, en estos casos cito el caso muy famoso de un señor alemán que aplaudía para ahuyentar a los elefantes.

P: Lo he leído.

Uso del lenguaje analógico: relato de una anécdota.

T: Así que ya sabes que cuando es presentado a los otros médicos le preguntan: «¿Por qué aplaudes?». Y responde: «Para ahuyentar a los elefantes». El psiquiatra replica: «Pero si aquí no hay elefantes». «¿Ve cómo funciona?». ¿Tú has ahuyentado todos los elefantes de tu vida y de la de tus seres queridos o han llegado los elefantes?

P: Perdona, pero no he entendido.

Pregunta con ilusión de alternativa de respuesta.

T: ¿Controlando una y otra vez has conseguido evitar que sucediese algo, o igualmente ha sucedido algo que no habrías querido?

P: Bueno... digamos que el control me ha aportado beneficios.

T: ¿O sea que funciona?

P: Ha funcionado hasta cierto punto.

T: Como aplaudir para ahuyentar a los elefantes.

P: Funciona [ríe].

Uso de lenguaje lógico y analógico para introducir la indicación terapéutica: una «pequeña violación al día a la exigencia de la obsesión».

T: Por tanto, la asociación es la misma: funciona. ¿Leíste lo que sugerí en aquel caso? Puesto que había sido tan hábil ahuyentando a los elefantes, es posible que estos lo hubieran entendido y no quisieran volver, pero teníamos que

comprobarlo, y solo hay una manera de hacerlo: dejando de aplaudir durante un minuto y comprobando si vuelven los elefantes, y si vuelven empiezo a aplaudir de nuevo y los ahuyento. Es lógico, ¿no? Es perfecto. Bien, en tu caso deberías empezar, al menos una vez al día, a violar uno de los controles y comprobar si ocurre algo, algo de poca importancia que te permita intervenir enseguida. Es como si durante un minuto dejaras de aplaudir y, si llegan los elefantes, te pones a aplaudir de nuevo inmediatamente.

P: Sí, pero no es que controle todos los días.

T: Tú me has dicho: «Me despierto por la mañana e inmediatamente pienso en controlar», y que «si una mañana se produjese el milagro, esto desaparecería».

P: Sí, el problema es que si decido hacer una cosa agradable, conocer a una muchacha o profundizar en una...

Uso de una técnica comunicativa para superar la resistencia e impulsar la observancia de la indicación terapéutica.

T: Ni siquiera te lo pido, no estás en condiciones. Lo que te he pedido simplemente... perdona si soy tan directo...

P: No, no, faltaría más.

T: Es que si no, nos estamos engañando.

P: Cierto.

T: No estás en condiciones de hacer una cosa agradable. Lo que te he pedido es que violes una exigencia obsesiva, o sea, la obsesión te exige controlar una cosa y tú dices: «Hoy no voy a controlarla», luego por la noche compruebas si ha sucedido algo.

P: ¿Y cómo lo controlo?

T: Controlas si ha sucedido algo. ¿Cómo hiciste con la chica para saber si estaba embarazada o no? Encontraste el modo de controlarla, ¿no es cierto?

P: Ya, pero fíjate, no me quedé satisfecho...

Uso de una serie de preguntas estratégicas con doble objetivo: comprobar de nuevo

el sistema perceptivo reactivo del paciente y empezar a desvelar al paciente el mecanismo de funcionamiento del problema.

T: Lo creo. ¿Cuántos meses hace que acabaste la relación con la muchacha?

P: Años.

T: ¿Y todavía crees que la dejaste embarazada?

P: No, no.

T: Por tanto, si ahora te enteras de que está embarazada ¿te preocupas o no te preocupas?

P: Me preocupo de aquella situación que no se produjo y que podía...

Apelación al seguimiento y observancia de la prescripción «una pequeña violación al día a la exigencia de la obsesión»: esto es, renunciar cada día a una forma de control y comprobar qué ocurre.

T: Ah, bien. Pero lo que te estoy pidiendo es un pequeño experimento, como el del señor que aplaudía para ahuyentar a los elefantes. Quiero que cada día elijas una forma de control a la que renunciar y compruebes qué ocurre, ¿entendido? Quiero que dentro de dos semanas me traigas la lista de los controles a los que has renunciado, y luego lo discutimos, ¿de acuerdo?

P: ¿Incluido el problema con la chica?

T: Todo, todo lo que afecte a tu vida. Cada día ha de ser una cosa distinta. Cada día te saltas voluntariamente un control en un área diferente, ¿de acuerdo?

P: De acuerdo.

T: Nos vemos dentro de dos semanas.

SEGUNDA SESIÓN

T: Pasa, por favor...

Inicio de la sesión: el paciente no ha realizado ningún tipo de control.

P: He hecho lo que me había pedido y no he tenido necesidad de hacer la lista porque no he... he resistido a la tentación de hacer cualquier tipo de control.

T: ¡Excelente! O sea que has conseguido violar resueltamente las exigencias de la obsesión.

P: Sí, desde el punto de vista práctico, no he controlado nunca, no he encendido el ordenador para buscar informaciones o cosas de cualquier tipo.

T: Bien, así que no solo una al día... ¡todas!

P: Sí.

Indagación sobre el efecto de la prescripción en cuanto a las sensaciones.

T: ¿Te ha costado mucho trabajo o menos de lo que esperabas?

P: Bueno, digamos que ya estaba entrenado, porque con la doctora ya había hecho estas cosas. Me ha costado un poco de esfuerzo, sí, pero no como antes.

T: Bien, por tanto, el trabajo que habías hecho antes era útil.

P: Sí.

T: ¿Y ahora cuál es la situación? ¿Te sientes completamente libre de estas cosas o todavía te sientes amenazado?

P: No, desgraciadamente no traigo buenas noticias, en el sentido de que el problema es que, aunque consigo dominar esta necesidad de control, casi cada vez que creo hacer un cambio positivo en mi vida reaparecen estos miedos que me llevan a... es como si alguien me dijera «pero si sucede algo... si cambias...».

T: ¿Y luego?

P: Luego es como si me bloquease, el pensamiento pasa de ser positivo...

T: Tú dices «ya no hago las cosas que me imponía la obsesión», ¿correcto?

P: Sí.

Redefinición del problema tras el cambio producido.

T: Pero en cualquier caso me siento bloqueado.

P: Estoy justamente bloqueado.

T: ¿Y qué es lo que te bloquea exactamente?

P: Me cuesta explicarlo... ¿puedo contar un episodio?

T: Sí, quedará más claro.

P: Es decir... si quiero puedo hacer cualquier cosa. Seguí un curso de alpinismo e hice una vía de grado siete con un instructor, estuve seis horas en una pared. O sea que tengo aptitud para hacer cosas, pero me costó muchísimo. Recuerdo que al volver a casa tenía pesadillas, no por el hecho de que me pudiese pasar algo a mí, sino que me imaginaba en el futuro abriendo una vía, y el hecho de que pudiera poner un clavo y que luego alguien pudiera hacerse daño en aquella vía... esta idea me provocaba una fuerte ansiedad...

T: Así que dejaste la escalada...

P: ... esto un poco me...

T: ... ¿o sigues escalando?

P: Voy... pero lo he dejado porque no consigo... y en cualquier caso no disfrutaba.

Redefinición del problema.

T: Piensas: «Ya no hago lo que las obsesiones me exigen, ya no tengo compulsiones pero me bloqueo cuando intento hacer alguna cosa que me gustaría hacer, porque temo hacer daño a alguien».

P: Es lo que me parece...

T: Por consiguiente dices: «Ya no tengo compulsiones, pero estoy bloqueado en la vida».

P: Sí, de hecho estoy bloqueado en el trabajo, en las relaciones, en el deporte.

T: Bien.

P: Incluso he hecho deporte de competición y con el paso de los años me he dado cuenta de que el problema...

T: ... era este.

P: Sí.

T: Bien. ¿Qué tipo de deporte de competición practicabas?

P: Corrí la maratón durante cinco años.

Preguntar al paciente antes de dar explicaciones e indicaciones directas: uso de la estratagema de «salir después para llegar antes».

T: Bien. ¿Cómo crees tú que se puede superar el miedo a hacer algo bueno y al mismo tiempo hacer daño a alguien?

P: No tengo ni idea.

Uso del lenguaje analógico y lógico para introducir la indicación terapéutica: insertar voluntariamente un pequeño riesgo diario.

T: ¿Recuerdas que en la última sesión jugamos con la imagen del hombre que aplaude para ahuyentar a los elefantes? En aquel caso la pregunta fue: intentemos no aplaudir durante un minuto, si llegan los elefantes empiezas a aplaudir inmediatamente, y tú has aplicado esta prescripción a tu manera, lo has hecho muy bien, pero ¿cuál es la diferencia en tu situación respecto a la de los elefantes? Que el hombre se arriesgó a que los elefantes volvieran. Se expuso a ver llegar a los elefantes y, al ver que transcurrido un minuto no llegaban, esperó cinco minutos, luego corrió el riesgo durante cinco minutos, y los elefantes no aparecieron en cinco minutos, después extendió el riesgo a un cuarto de hora y media hora, hasta que paró. En tu caso, además de haber violado las exigencias de tu obsesión, hemos de empezar a insertar voluntariamente en tu vida diaria un pequeño riesgo para ver qué ocurre. ¿A qué pequeño riesgo podrías exponerte hoy al salir de aquí?

P: No sabría decirlo.

T: Cuando me has puesto el ejemplo del alpinismo y de la escalada, era una cosa que te gustaba, ¿no?

P: Mucho.

Pregunta estratégica discriminante.

T: ¿Cuáles son las cosas en las que te has bloqueado, las que te gustan o las que te molestan?

P: Las que me gustan.

Aclaración de qué es para el paciente un pequeño riesgo, o sea, concederse actividades agradables mínimas.

T: Perfecto, ahora sabemos cuál es el pequeño riesgo: concédete alguna cosa agradable, pequeña. Concédete a diario una pequeña cosa agradable y veremos qué ocurre.

P: Es que a veces no sé cuál es la pequeña cosa...

T: ... ¿que te gusta?

P: Que podría gustarme.

Prescripciones: 1. Indicación del «como si», a fin de lograr que sea el propio paciente el que identifique diariamente las actividades agradables que hay que realizar, esto es, los pequeños riesgos 2. Seguir con la «violación de la exigencia de la obsesión».

T: Por la mañana piensa en el día que te espera y pregúntate: «Si estuviese completamente liberado de mi problema, ¿qué me gustaría hacer hoy, cómo organizaría el día?». Entre todas las cosas que se te ocurran, elige la más pequeña y hazla, voluntariamente, ¿entendido? Queremos que nos traigas la lista de todos los pequeños riesgos agradables a que te has expuesto, para comprobar si para ti también han llegado los elefantes.

P: O sea que prácticamente todos los días he de concederme un pequeño placer.

T: Exacto, y debes seguir violando la exigencia de las obsesiones, ¿de acuerdo? Nos veremos como de costumbre.

TERCERA SESIÓN

P: Precisamente creía que no tenía este problema...

[entra la coterapeuta]

T: Adelante. ¿Has oído lo que ha dicho?

CT: No.

T: Bien.

P: Decía que no he traído la lista, pero...

T: ... que se acuerda de todo.

Indagación sobre el proceso de cambio: el paciente se ha concedido pequeños placeres cotidianos y no ha realizado controles.

CT: Ah, bien, ¿cómo ha ido?

P: Me he esforzado por crear pequeños placeres como si ya no tuviese el problema. He procurado salir y conocer gente, pensando precisamente que no tenía el problema, aparentando que no pasaba nada. Me he encontrado con un viejo amigo al que hacía años que no veía, he trabado relación con una persona que conocía y he tratado de conversar de una manera diferente. He continuado esforzándome por no hacer controles y esto ha sido lo más difícil, porque la tendencia a buscar la seguridad absoluta sigue existiendo.

T: ¿Has conseguido mantener la violación respecto a la exigencia de las obsesiones o has caído en la trampa alguna vez?

P: Digamos que no he hecho gestos concretos, de modo que no he ido a buscar...

T: ¿Algún ritual?

P: No.

T: Por tanto, en este aspecto has mantenido el excelente resultado que nos trajiste en la segunda sesión.

P: Sí, no he buscado informaciones sobre la muchacha y... le pongo un

ejemplo. Hace tres noches, un vecino me pidió si podía ir a su casa porque había manipulado la instalación eléctrica y luego tuvo un problema. Sabe que yo entiendo un poco, así que fui a su casa, le eché una mano, encontré el problema y se lo resolví.

T: Muy bien.

P: Sí...

Indagación sobre los efectos del cambio en cuanto a: sensaciones, pensamientos, comportamientos.

T: ¿Y cuál fue la consecuencia?

P: Como el problema estaba relacionado con el interruptor diferencial, me pregunté si había actuado correctamente, y qué consecuencias podrían derivarse...

T: ¿Resistirá el diferencial o no?

P: Exacto.

T: ¿Morirán porque ocurre una cosa que yo no he previsto?

P: Más que nada he tratado de saber cuáles eran los límites absolutos del diferencial y por tanto... luego por suerte salí y me fui al centro, donde pasé una agradable velada y me distraje.

T: Bien.

P: Pero ahora durante todo el trayecto...

T: Mantuviste la duda.

P: Sí...

T: ¿Regresaste para controlar de nuevo o no?

P: No, no lo hice...

T: ¿Te has informado estos días para saber si se había producido un cortocircuito y estaban todos muertos o no?

P: Aquella noche debí pedir una información a un amigo que trabaja en estas cosas, pero al final no lo hice, aunque solo porque había una cosa de la que yo tampoco estaba seguro.

T: Bien.

P: Luego me encontré de nuevo con mi vecino y le pregunté si todo iba bien, me dijo que sí y aquí acabó la cosa.

Indagación sobre los efectos de la prescripción relativa a la exposición diaria a riesgos agradables.

T: Bien. Ahora cuéntame los riesgos agradables a los que te has expuesto.

P: Veamos...

T: Y cuáles han sido los efectos, si ha sucedido algo terrible. Puesto que eras incapaz, en la otra sesión nos dijiste: «Si me expongo a algo agradable, si siento que algo me hace estar bien, seguramente sucederá algo malo».

Indagación sobre los efectos de la prescripción relativa a la exposición diaria a riesgos agradables.

P: Me ha costado un poco encontrar algo realmente agradable, algo que me estimulase. Le pongo un ejemplo. Ahora en el trabajo hago un poco de todo. Mi jefe me tiene un poco acorralado, y estos días he intentado cambiar la situación, he intentado... no sé cómo explicarme, hacer que tuviera menos poder sobre mí, he tratado de hacerle comprender que no soy... entre comillas... un objeto.

T: ¿Y lo has conseguido?

P: Bueno, desde mi punto de vista sí, creo que sí. A menudo, casi siempre, trabajaba los sábados y... bueno, un pequeño placer que me he concedido ha sido decir que el sábado no iría... y esto me ha proporcionado placer.

T: ¡Ah, bien! ¿Y ha ocurrido algo terrible?

P: No.

T: ¿Y esto qué significa para ti? ¿Te acuerdas del hombre que aplaudía para ahuyentar a los elefantes? Cuando decidió dejar de aplaudir, no aparecieron los

elefantes. Tampoco han aparecido los elefantes en tu caso.

P: No.

T: Bien. ¿Crees que es un descubrimiento importante o no sirve de nada?

P: No, ha sido un descubrimiento importante, pero a veces lo olvido.

Redefinición del proceso de cambio y atribución de la responsabilidad al paciente.

T: Bien. Pensemos en dos cosas. Esta es la tercera vez que nos vemos. La primera vez estabas bloqueado por tus obsesiones y compulsiones. Hablamos y te di una indicación, estuviste muy bien porque respondiste inmediatamente violando las exigencias de las obsesiones sin realizar los rituales. Y esto hay que tenerlo en cuenta, porque fuiste capaz de bloquear las exigencias de la obsesión. Pero luego nos dijiste que el problema era que no hacías nada agradable porque tenías miedo, que si hacías algo agradable sucedería... en estas dos semanas has corrido el riesgo de hacer cosas agradables, es más, el episodio con tu jefe me parece muy importante porque no es solo un placer, te has enfrentado a una situación emocionalmente estresante, bien. Esto significa que tienes más recursos de lo normal, así que felicidades, has estado muy bien, no debes subestimarlos.

P: Yo me subestimo...

Prescripciones: 1. Violar la exigencia de la obsesión. 2. Realización diaria de una actividad agradable. 3. Uso de una sugestión «aplica a tu vida tu capacidad de resolver problemas y arreglar las cosas» para incentivar los recursos del paciente hacia la resolución personal de los problemas.

T: ... siempre subestimándote. Ahora tenemos que asegurar que te concedas diariamente un riesgo agradable, tienes que violar constantemente la exigencia de las obsesiones y, tal como has empezado a hacer, sigue arreglando, como sabes hacer, todas las cosas que en tu vida no funcionan como deberían. Exactamente como arreglaste el diferencial de tu vecino, hablaste con tu jefe y le dijiste: «No soy un objeto, no quiero ser tratado como un objeto», y te negaste dos veces a trabajar en sábado. Ahora vamos a aplicar a tu vida esa capacidad tuya de resolver y arreglar situaciones. Has dicho que procuraste contactar con amigos y tratar a gente, y que fuiste a una fiesta, muy bien. Ahora tienes que utilizar esa capacidad tuya de arreglar las cosas para arreglar tu vida, ¿entendido?

P: No sé si soy capaz.

T: ¡Ya lo veremos! Hasta el momento has demostrado serlo, ahora queremos un riesgo agradable todos los días y mantener lo que has sabido modificar tan bien, por tanto, violar cualquier exigencia obsesiva, ¿de acuerdo?

P: ¿Y respecto al deseo de tener información sobre aquella muchacha?

T: Sería como responder a la obsesión, por tanto, tienes que violar la respuesta, ¿de acuerdo? ¡Adiós! ¡Muy bien! Hasta pronto.

CUARTA SESIÓN

T: ¿Cómo han ido las cosas?

P: Bien, he de decir que el control de la muchacha...

[entra la coterapeuta]

T: Empecemos de nuevo.

Indagación sobre el proceso de cambio en cuanto a pensamientos, comportamientos y relaciones.

CT: ¿Cómo han ido las cosas esta semana?

P: El control, la obsesión de la muchacha... no he hecho nada que me haya satisfecho, pero persiste...

CT: El pensamiento.

P: El pensamiento persiste, cuando he de decidir hacer algo que podría mejorar mi situación es como si esta obsesión... es más, dice «no lo hagas, porque todavía podría presentarse ella y podría haber problemas...». Pero me he obligado a transgredir.

CT: ¿A correr algún pequeño riesgo?

P: Sí, en las relaciones con las otras personas algo ha mejorado, en el sentido de que... nada especial, pero con las personas con las que trabajo y con las que temía hablar ahora consigo hablar más, y también he reducido un poco el ritmo de trabajo, quiero decir que... además de hacer mi trabajo, en casa gestiono un poco los asuntos de la familia, y hay que decir que en estos dos años me han ocupado

mucho tiempo. Además he intentado tener un control cada vez mayor, y esto ha alimentado mis miedos. La cosa positiva, y que tal vez inconscientemente he hecho sin darme cuenta, ha sido llevar un currículum a otra empresa, y también he valorado la posibilidad de alquilar un apartamento.

T: ¿O sea, distanciarte un poco de la familia?

P: Sí.

T: ¿Y cómo se te ha ocurrido esta idea? ¿Es uno de los pequeños riesgos o es otra cosa?

P: No, creo que al reducir el control soy más capaz de soportar la incertidumbre, el futuro, aunque todavía estoy muy asustado.

Uso de la técnica «Go Slow» y exploración de las áreas en las que persisten las exigencias obsesivas.

T: Despacio, despacio, nos hemos visto tan solo cuatro veces, en la última sesión dijimos que evitaríamos subestimar los progresos, pero vayamos por pasos. Quisiera evitar ir demasiado rápido, porque de lo contrario nos saldremos de la carretera, ¿entiendes? Y, perdóname, cuando aparecen las obsesiones, ¿consigues violar siempre su exigencia o a veces te dominan y las secundas?

P: No, a veces me dominan.

T: ¿Nos puedes poner algún ejemplo?

P: En estas tres últimas semanas creo que el problema fundamental ha sido todavía la muchacha. Me daba vergüenza decirlo, porque desde el punto de vista de los demás soy totalmente irracional.

T: Bueno, estás aquí para esto.

P: Con esta muchacha tuve una relación normalísima que luego acabó y... pero esto me apartó de ella, me llevó a pensar en qué habría podido hacer luego, ya que por lo general me siento responsable de las personas, la idea de que pudiese haber tenido un hijo mío y que yo ni siquiera lo supiese...

Indagación sobre las soluciones intentadas puestas en práctica para gestionar la duda obsesiva de tener un hijo de la exnovia.

T: Y en este caso ¿cómo reforzaste la obsesión? ¿Buscaste información?

P: Desde que vengo aquí no he buscado más informaciones, pero sobre la base de las que ya tenía he construido varias hipótesis. Por ejemplo, me ha ocurrido encontrarme con el hijo de un amigo y preguntarle la edad, y compararla con las fotografías.

T: ¿Para estar seguro de que no era él?

P: No, porque sé que esta chica tiene una niña. He visto las fotografías. Desde un punto racional, sé que no podría ser hija mía, porque se ve... es grande... pero mi mente no se da por satisfecha.

T: Te sigue asaltando la duda.

P: Sí.

Redefinición en positivo de la realización de un único control.

T: Bien, digamos que por una parte esto es un trabajo añadido que podrías evitarte, pero por la otra también te hace trabajar mejor.

P: Sí, en algunos casos me ha sido muy útil.

T: Bien, lo importante es que evites insistir en ello, ¿entendido? Para nosotros lo importante es evitar el ritual de repetición del control. No tienes que evitar el control, sino la repetición del control. Me parece que lo estás evitando, al menos en comparación con lo que nos dijiste la última vez.

P: Sí, digamos que en la práctica no hago controles, pero mentalmente...

Uso de la técnica «Go Slow».

T: Bien, estos irán disminuyendo poco a poco, ¿de acuerdo? Lo que tienes que hacer ahora es evitar secundar la exigencia de la obsesión al cien por cien. Ya sabes lo que se dice, has de tratar la obsesión como tal... si la tratas como si fuera real la haces real.

P: Perdona, no entiendo.

Prescripción: 1. Evitar responder a la duda obsesiva con conductas

tranquilizadoras. 2. Uso de la sugestión «ya que sabes arreglar bien las cosas, arreglemos también tu vida».

T: Si piensas «podría haber tenido un hijo mío», evitas responder a la duda buscando la confirmación, por tanto evitas informarte, evitas hacer preguntas. Este es el ejemplo, evitas la repetición del control que responde a la obsesión. ¿Que sigues con la obsesión en la mente? Perfecto, la llevas contigo como una banda sonora, pero evitas responder con acciones que podrían proporcionarte una respuesta tranquilizadora. Este es el objetivo principal, si conseguimos esto haremos que después se derrumbe todo. Esto es lo que debes hacer. Como ya dijimos en la otra sesión, ya que sabes arreglar bien las cosas, arreglemos también las cosas de tu vida. Hasta pronto.

QUINTA SESIÓN

CT: Hola, mientras tanto empezamos nosotros. ¿Cómo han ido las cosas este último mes?

P: Bueno, he estado de vacaciones y he descansado un poco, al estar lejos del trabajo me he relajado.

CT: ¿Así que has logrado... desconectar?

Indagación sobre el proceso de cambio en los pensamientos, sensaciones y conductas.

P: Sí, me he distraído un poco, he ido a la playa y... digamos que cuando estoy en el trabajo y a lo mejor estoy haciendo cosas rutinarias reaparecen los pensamientos.

CT: La idea de controlar...

P: En cambio, si estoy lejos del trabajo las cosas mejoran, el fin de semana ya estoy un poco más relajado.

[entra el terapeuta]

T: Sigue, sigue.

P: Hasta la semana antes de volver al trabajo el control disminuyó. El lunes fui a trabajar con la moral por los suelos.

CT: Porque tenías ganas de controlar, es decir, había regresado con más fuerza aún el deseo de controlar o...

P: En parte por culpa del trabajo, creo que como no me gusta influye un poco en la moral. Además, como hago un trabajo en el que estoy buena parte del tiempo solo, puedo pensar y dar vueltas a las cosas. Como no logro distraerme, mis obsesiones encuentran allí el terreno abonado. Pero he tratado de no controlar más, de no pedir información sobre la muchacha.

CT: ¿Y cómo ha ido?

P: Lo he conseguido, excepto en dos ocasiones, sin saberlo...

Refuerzo positivo al cambio realizado.

T: ¡Qué bueno! Incluso sin saberlo...

P: Resulta que conseguí informaciones.

T: Pero no las pediste tú.

P: Sí, sin querer me di cuenta de que había un niño, el hijo de un pariente, y le pregunté cuántos años tenía, y luego advertí que era una forma de pensar en el pasado.

T: ¡Ah! Pero no pediste información directamente.

P: No sé decírselo.

Focalización en el cambio producido respecto a la capacidad de evitar ceder a la exigencia obsesiva.

T: Muy bien. Recuerda que la última vez dijimos que queríamos llegar al cien por cien, aunque ya eres muy capaz de no alimentar tu obsesión. Veamos, según nuestra planificación, en qué punto te encuentras? Solo dos veces has cedido a la obsesión, si no me equivoco.

P: Sí, en cuanto a otras cosas... por ejemplo, me he dado cuenta de que, para ocuparme de los intereses de mi familia... durante bastante tiempo he tenido que seguir los intereses financieros y controlo por medio de internet las cuentas bancarias y las inversiones. Me he dado cuenta de que esto también se había

convertido en una obsesión.

T: Entendido.

P: Porque además había un problema auténtico que había que resolver, y en este último mes me he impuesto no utilizar el portátil y darme un tiempo.

T: Muy bien.

Refuerzo positivo a las capacidades del paciente.

P: Sí, lo estoy consiguiendo, digamos que evitar esto me ha hecho ver las cosas de otra manera.

T: Por tanto has conseguido hacer cosas realmente importantes.

P: Sí, he de decir que lo he conseguido.

Superar la resistencia: uso de una comunicación que reconoce y anticipa las percepciones del paciente y al mismo tiempo invita al seguimiento y observancia de la prescripción.

T: Muy bien. Sabes que desde el principio te dijimos que no sería una curación indolora, sin esfuerzo, ¿te acuerdas? Luego te dijimos que cada vez que respondes a la obsesión la alimentas: debes violar siempre la respuesta, y cada vez lo has hecho mejor, pero es cansado y a veces incluso doloroso.

P: Es doloroso.

T: Pero si miramos hacia atrás, ¿cuánto tiempo hace que no respondes a las obsesiones?

P: Bueno... creo que dos semanas.

T: Completas, muy bien. O sea que estamos al cien por cien. Ahora tienes que mantener esto durante unos meses y todo desaparecerá.

P: El problema es que todavía tengo ganas...

Uso del lenguaje analógico para crear aversión a la posibilidad de responder a la exigencia obsesiva y nuevo refuerzo positivo de las habilidades del paciente.

T: De acuerdo, puedes tener ganas de darte un martillazo en el pie, puedes hacerlo, nadie te lo impedirá, pero sabes que te harías daño. En este caso, además del martillazo en el pie y del dolor, significa poner en marcha de nuevo aquello que te ha traído aquí. Esta es la quinta sesión y hemos conseguido que alcances el objetivo del cien por cien de violación de la obsesión, ahora debes mantenerte en este camino, lo has hecho muy bien.

P: Pero este pensamiento sigo teniéndolo... constantemente.

Uso de una imagen analógica para incentivar el mantenimiento del rumbo, esto es, el cumplimiento de las indicaciones terapéuticas.

T: Por supuesto, y seguirás teniéndolo. Pero fíjate en esta imagen: es como el que va a hacer senderismo, pero no por diversión, sino porque tiene que transportar... yo qué sé... material al campamento base y lleva una mochila que pesa veinte kilos. El primer kilómetro parece insoportable, el segundo un poco menos, el tercero aún menos, y al quinto la mochila ya ni se nota. Es lo que tienes que hacer: mientras caminas con la mochila es como si la mochila no existiera y por tanto no existe, ¿de acuerdo? Este es nuestro trabajo. Nos veremos dentro de tres semanas.

SEXTA SESIÓN

CT: Buenas tardes.

P: Buenas tardes.

Indagación sobre el proceso de cambio.

CT: ¿Qué tal ha ido estas últimas semanas?

P: Hace dos domingos cedí al control.

T: ¿Y te castigaste por esto?

P: No [ríe].

CT: ¿Qué tipo de control?

P: Bueno, fui a casa de unos amigos y casi sin darme cuenta pregunté por la muchacha. Durante estos días la ansiedad y el pensamiento siguen fijos. No he

realizado otros controles.

T: Bien.

CT: ¿Ha sido el único? La única vez...

P: Sí, tal vez hojeando los periódicos me he detenido a mirar la fotografía de un niño y sin darme cuenta he hecho comparaciones.

T: ¿Pero el control una sola vez?

P: Sí.

Pregunta con ilusión de alternativa de respuesta.

T: Y después de hacerlo ¿te sentiste mejor o peor?

P: Mucho peor.

T: ¡Ah!

P: Me sentí culpable.

Pregunta con ilusión de alternativa de respuesta.

T: Por tanto, ¿vale o no la pena hacer controles, si luego se te vuelve todo en contra?

P: No lo sé, como me fío de usted es como si no hubiese mantenido...

T: Eso es, bien.

P: Pero no sé explicarme...

Sintonización mediante el uso del lenguaje analógico.

T: La mochila pesaba en aquel momento...

P: Sí.

T: Los veinte kilos en aquel momento se habían convertido en cien...

P: Creo que sí.

T: Muy bien.

P: Además, pienso más a menudo cuando estoy en el trabajo, puesto que estoy haciendo un trabajo que no me gusta, rutinario, al que no apporto absolutamente nada personal y entonces es cuando se desencadenan obsesiones que exigen respuestas. Me he dado cuenta de que debo plantearme seriamente la idea de cambiar de trabajo, aunque en este momento estoy muy asustado.

Uso de la técnica «Go Slow» reforzada por una analogía.

T: De acuerdo, hay que hacerlo cuando uno está seguro, ¿no? En esto debemos aprender de las mujeres, que no sueltan un caballo si no tienen ya otro al que subir. Ahora ella me mira mal [*se gira hacia la coterapeuta*], pero es la realidad, ¿no es cierto?

CT: Bueno sí, en general sí.

T: En general sí, por tanto, las mujeres no dejan nunca a un hombre si no tienen ya a otro, y si hay una excepción, esta confirma la regla.

P: Sí, no dejaré el trabajo...

Indagación sobre el cambio social y relacional.

T: Hasta que no encuentres otro que te vaya mejor, de acuerdo. Desde un punto de vista social y relacional ¿has estado parado o activo?

P: Creo que... un poco también mis amigos... tengo ocasiones normales, como todos los chicos de mi edad, pero este miedo hace que siempre evite enfrentarme a las relaciones. Y cuando no lo pienso, consigo un acercamiento algo más abierto, pero actualmente no pienso en... me da miedo el tema de la relación.

Uso del lenguaje explicativo para promover cambios desde un punto de vista relacional.

T: Mientras nosotros nos ocupamos de anular tu respuesta a las obsesiones, es importante que en este momento haya también en tu vida aspectos constructivos desde el punto de vista relacional. De no ser así, precisamente por una necesidad interna, vuelves siempre al vínculo anterior.

P: El problema es que... no consigo razonar de una forma paralela sino que lo hago de forma sucesiva, por tanto, primero resuelvo el problema y luego...

T: Así no funciona.

P: Ya me he dado cuenta, pero...

Reestructuración del proceso de cambio mediante el uso del lenguaje lógico y analógico para promover la introducción de otros aspectos de vida constructivos.

T: En la vida no se avanza por diagramas de flujo, en los que no se pasa al segundo si no se ha terminado el primero. La vida es como una espiral, vas hacia delante, vuelves atrás para ir hacia delante y si no vuelves atrás no vas hacia delante, ¿entiendes? Las cosas hay que hacerlas paralelamente, al mismo tiempo, porque son fenómenos que se influyen de una forma interdependiente. En estas cinco sesiones te has esforzado extraordinariamente por combatir tus obsesiones y estamos muy contentos, a pesar del resbalón, pero ha sido uno en un mes, ¿no?

Ahora es importante introducir en tu vida otros aspectos constructivos, porque de lo contrario estarás solo en el combate. Y además, y sobre todo, porque los aspectos constructivos tienen que ver con la relación con el mundo femenino, si no vas en esta dirección, volverás siempre al pasado, y esto influye en tus obsesiones.

P: No entiendo por qué dice que tiene que ver con el mundo femenino. ¿Por qué cree que el problema está allí?

Redefinición del mundo relacional como recurso para superar completamente el problema.

T: El problema no está en el mundo femenino, al contrario. Es algo que hay que añadir para no permitir que el problema se alimente respecto al control sobre tu ex, ¿me sigues? No es un problema, es una cosa que debes añadir para eliminar del todo esas dudas.

P: Es que cuando pienso en una posible relación, pienso en el hecho de venir aquí, aunque en el pasado tuve otro psicoterapeuta, y esto me limita un poco.

T: ¿Esto significa que tienes que explicarlo? Es un asunto que forma parte de la intimidad de los secretos personales, todo el mundo ha de tener una parte de sí mismo que es solo suya. Mira, se dice que un adolescente se hace mayor cuando aprende a guardar sus propios secretos.

P: Ya lo sé.

Incentivo a través del lenguaje lógico y analógico a la ampliación de las relaciones, en especial con las mujeres.

T: Bien, tenlo presente. Uno se hace mayor cuando es capaz de guardar sus propios secretos. Si te acercas a una mujer, no tienes por qué ser como un libro abierto, ¿no? Hay algunas páginas que deben mantenerse en secreto, que son solo nuestras.

P: Por lo general lo hago así, pero pienso que...

Uso de la redundancia para incentivar la consolidación de los resultados y la atención al mundo femenino.

T: Te lo repito, en este momento necesitamos que avances en espiral. Mientras tanto, consolida el resultado con las obsesiones hasta llegar al cien por cien, y te hemos dicho que se requieren tres o cuatro meses para mantener el rumbo. Entretanto, intenta construir alguna relación. No digo que tengas que encontrar una novia, digo simplemente que has de empezar a relacionarte, como hacen otros amigos tuyos que no tienen este problema. Deseo que luego encuentres a una persona que realmente te guste, pero de momento es importante relacionarse, es decir, reducir un poco la distancia con el mundo femenino, en vez de mantenerte a distancia para defenderte.

P: Eso no quiere decir que no tenga trato con las mujeres.

T: Sí, pero te mantienes a una distancia prudente.

P: Digamos al menos que me pongo una máscara.

Crear un miedo mayor (el de las obsesiones) contra uno menor (la aproximación al mundo femenino) para superar el menor y favorecer el cambio.

T: De acuerdo, puedes utilizar la máscara, pero quiero que te acerques, tienes que buscar cierta intimidad, aunque solo en la conversación, ¿entendido? Es fundamental, porque de no ser así, repito, precisamente por una exigencia de apego afectivo, vuelves siempre a la obsesión de tu ex.

P: Según usted, la falta de relaciones con las mujeres es lo que provoca...

Apelación al mantenimiento del rumbo y ampliación del tiempo transcurrido entre las sesiones.

T: Exacto, influye en las obsesiones. ¿De acuerdo? Veremos qué tal te va. Nos volveremos a ver... ¿cuántas semanas han pasado desde la última sesión?

P: Tres semanas.

T: Pues ahora nos veremos dentro de un mes. Espaciaremos cada vez más las visitas, porque el aspecto relacional requiere más tiempo, pero tú has de mantener el rumbo, ¿de acuerdo?

P: He de violar el control obsesivo.

T: Exacto.

P: Gracias.

Como el lector especializado en el tema habrá deducido de las transcripciones puntuales de los dos casos, se ve claramente que entre la teoría y el método descritos en el texto y la práctica clínica real existe una clara coherencia, rasgo esencial de un enfoque correcto desde el punto epistemológico. También resulta evidente la adaptación constante de la rigurosa estrategia a las características individuales y originales de los distintos pacientes, mediante la hábil utilización del lenguaje y de la comunicación terapéutica que modelan la intervención como un traje que se fabrica a medida para cada paciente.

Bibliografía

AUSTIN, J. L. (1962) , *How to do things with words*, Cambridge, Cambridge University Press (*Cómo hacer cosas con palabras: palabras y acciones*, Barcelona, Paidós, 2008).

BERTALANFFY. L. VON (1956), «General system theory», en *General Systems Yearbook*, 1, pp. 1-10.

—; (1962), «General system theory», en *General Systems Yearbook*, 7, pp. 1-20.

CAGNONI, F.; R. MILANESE, (2009), *Cambiare il passato*, Milán, Ponte alle Grazie (*Cambiar el pasado*, Barcelona, Herder, 2010).

ELKAIM, M. (2007), *Comprendre et traiter la souffrance psychique: Quel traitement pour quel trouble?*, París, Seuil.

ELSTER, J. (1979), *Ulysses and the Sirens: studies in rationality and irrationality*, Cambridge, Cambridge University Press (*Ulises y las sirenas: estudios sobre racionalidad e irracionalidad*, México, FCE, 1989).

FOERSTER, H. VON (1973), «On constructing a reality», en *Environmental Design Research*, vol. 2, F. E. Preiser (ed.), Stroudsburg (PA), Dowden, Hutchinson & Ross, pp. 35-46 («Construir una realidad», en P. Watzlawick, *La realidad inventada*, Barcelona, Gedisa, 1995).

—; (1984), *Observing systems*, Seaside (CA), Intersystems.

GLASERSFELD, E. VON (1975), *Radical Constructivism*, Londres, The Falmer Press.

GOLDBERG, E. (2005), *The wisdom paradox: how your mind can grow stronger as your brain grows older*, Nueva York, Gotham Books (*La Paradoja de la sabiduría: cómo la mente puede mejorar con la edad*, Barcelona, Crítica, 2007).

GOLDBERG, E. (2009), *The new executive brain: frontal lobes in a complex world*, Oxford, Nueva York, Oxford University Press.

LORIEDO, C.; G. NARDONE; J. ZEIG (2011), *Transforming Ericksonian Methods 21st Century Visions*, Phoenix, The Milton H. Erickson Foundation Press.

MAHONEY, M. J. (1991), *Human Change Process: The Scientific Foundations of Psychotherapy*, Nueva York, Basic Books.

NARDONE, G. (1991), *Suggestione → Ristrutturazione = Cambiamento. L'approccio strategico e costruttivista alla psicoterapia breve*, Milán, Giuffrè.

— (1993), *Paura, panico, fobie*, Milán, Ponte alle Grazie (*Miedo, pánico, fobias: la terapia breve*, Barcelona, Herder, 2002).

— (1998), *Psicosoluzioni*, Milán, Rizzoli (*Psicosoluciones: cómo resolver rápidamente problemas humanos complicados*, Barcelona, Herder, 2010).

— (2003a), *Non c'è notte che non veda il giorno*, Milán, Ponte alle Grazie (*No hay noche que no vea el día: la terapia breve para los ataques de pánico*, Barcelona, Herder, 2008).

— (2003b), *Cavalcare la propria tigre*, Milán, Ponte alle Grazie (*El Arte de la estratagema: cómo resolver problemas difíciles mediante soluciones simples*, Barcelona, Herder, 2013).

—; E. BALBI (2008), *Solcare il mare all'insaputa del cielo. Lezioni sul cambiamento terapeutico e le logiche non ordinarie*, Milán, Ponte alle Grazie (*Surcar el mar sin que el cielo lo sepa*, Barcelona, Herder, 2009).

—; G. DE SANTIS (2011), *Cogito ergo soffro. Quando pensare troppo fa male*, Milán, Ponte alle Grazie (*Pienso, luego sufro. Cuando pensar demasiado hace daño*, Barcelona, Espasa, 2012).

—; C. PORTELLI (2005), *Knowing Through Changing: the evolution of Brief Strategic Therapy*, Glasgow, Crown House Publishing (*Conocer a través del cambio: la evolución de la terapia breve estratégica*, Barcelona, Herder, 2006) NARDONE, G.; A. SALVINI (1997), «Logica matematica e logiche non ordinarie come guida per il problem solving strategico», en P. Watzlawick; G. Nardone, *Terapia breve strategica*, Milán, Raffaello Cortina («Lógica matemática y lógicas no ordinarias como guía para el problem solving strategico», en P. Watzlawick; G. Nardone, *Terapia breve estratégica: pasos hacia un cambio de percepción de la realidad*, Barcelona, Paidós, 1999).

—; ; A. SALVINI (2004), *Il dialogo strategico*, Milán, Ponte alle Grazie (*El diálogo estratégico. Comunicar persuadiendo: técnicas para conseguir el cambio*, Barcelona, Herder, 2011).

—; A. SALVINI (2013), *Dizionario internazionale di psicoterapia*, Milán, Garzanti.

—; P. WATZLAWICK (1990), *L'Arte del cambiamento: manuale di terapia strategica e ipnoterapia senza trance*, Milán, Ponte alle Grazie (*El arte del cambio: trastornos fóbicos y obsesivos*, Barcelona, Herder, 62013).

—; P. WATZLAWICK (2005), *Brief Strategic Therapy: Philosophy, Techniques and Research*, Nueva Jersey, Rowman & Littlefield.

NEUMANN, J. VON; O. MORGENSTERN (1944) *Theory of games and economic behaviour*, Princeton, Princeton University Press.

REDA, M. A.; M. F. PILLERI (2013), «Il paradigma cognitivista», en G. Nardone; A. Salvini, *Dizionario internazionale di psicoterapia*, Milán, Garzanti.

WATZLAWICK, P.; J. H. WEAKLAND; R. FISCH (1974), *Change. Principles of Problem Formation and Problem Resolution*, Nueva York, W. W. Norton (*Cambio. Formación y solución de los problemas humanos*, Barcelona, Herder, 131976).

—; (1984), *The Invented Reality: How do we know what we believe we know?*, Nueva York, W. W. Norton (*La realidad inventada*, Barcelona, Gedisa, 41995).

—; J. H. BEAVIN; D. D. JACKSON (1967), *Pragmatics of Human Communication. A Study of Interactional Patterns, Pathologies, and Paradoxes*, Nueva York, W. W. Norton (*Teoría de la comunicación humana: interacciones, patologías y paradojas*, Barcelona, Herder, 162002).

WATZLAWICK, P.; G. NARDONE (eds.) (1997), *Terapia breve strategica*, Milán, Raffaello Cortina (*Terapia breve estratégica: pasos hacia un cambio de percepción de la realidad*, Barcelona, Raidós, 2000).

—; G. NARDONE; W. RAY (eds.) (2007), *Guardarsi dentro rende ciechi*, Milán, Ponte alle Grazie.

Notas

1. La formación de la patología: cómo la mente construye su propia prisión

1. En los procesos de formación y persistencia de una patología es posible observar regularidades, esto es, mecanismos que se hallan en todos los pacientes afectados por la patología en cuestión, y especificidades, esto es, características por lo general únicas e irrepetibles normalmente vinculadas a cualidades intrínsecas del paciente y/o del sistema relacional en el que está inserto.

2. Por investigación-intervención entendemos una metodología de investigación, tomada de Kurt Lewin y de la cibernética de primer y segundo orden (von Foerster, 1973), que se basa en un proceso empírico-experimental, controlado en todas sus fases de actuación, mediante el que se conoce un problema interviniendo en el problema mismo, esto es, se establece una circularidad entre teoría y práctica clínica. Concretamente, el estudio de las técnicas de intervención preveía su aplicación en una muestra significativa de pacientes afectados por el trastorno obsesivo-compulsivo (al menos 100) y solo se consideraban válidas si respondían a los criterios de eficacia, eficiencia, reproducibilidad, transmisibilidad y predictividad.

3. El término «inmunizador» se refiere a la finalidad que la persona atribuye a estos pensamientos o conductas, esto es, a la capacidad de desarrollar una protección frente a hechos no deseados y que son fuente de angustia.

2. Persistencia del trastorno: cómo la mente permanece prisionera

1. El término «homeostasis» procede de los conceptos de Claude Bernard y Cannon e implica una condición interna estable, que es mantenida a través de la continua acción recíproca de fuerzas dinámicas. En este contexto, el término define la característica de los seres vivos de preservar el propio equilibrio interno, aunque sea disfuncional.

2. «Autopoiesis» es un término introducido en 1972 por Humberto Maturana y designa la característica de los sistemas vivos de redefinirse continuamente a sí mismos, sosteniéndose y reproduciéndose en su interior. Por tanto, los sistemas autopoieticos tienden a preservar sus características, reproduciéndolas de forma recursiva.

3. El cambio terapéutico: cómo la mente puede ser liberada de sus prisiones

1. El modelo de terapia breve estratégica evolucionada surge, a partir de los años ochenta, de la colaboración a lo largo de veinte años entre Paul Watzlawick y Giorgio Nardone, que se tradujo en la formalización de protocolos de tratamiento específicos para las distintas formas de psicopatología. El clínico dispone, así, tanto de directrices de las fases del proceso de la terapia desde el comienzo hasta el final, como de las estrategias terapéuticas más idóneas para desbloquear los *patterns* de interacción disfuncional entre la persona y la representación de su realidad. Además, otra característica que distingue el modelo evolucionado del original de terapia breve estratégica es la importancia atribuida a la fase de consolidación en el proceso psicoterapéutico, esto es, a la fase en la que, una vez roto el equilibrio patógeno, se tiende a reconstruir otro que sea funcional, desarrollando y reforzando en el paciente la conciencia de sus propios recursos.

4. «Si quieres ver, aprende a actuar»: casos clínicos explicativos

1. La máxima que da título a este capítulo fue tomada de una obra de Heinz von Foerster, quien la considera su «imperativo estético».

2. La definición de «eventos casuales planificados» fue formulada por Paul Watzlawick para referirse a aquellos hechos que para el terapeuta son planificados, pero que para el paciente constituyen un descubrimiento personal que conduce a una percepción distinta de la realidad.

3. El diálogo estratégico es una técnica evolucionada de comunicación sugestiva y evocadora destinada a lograr objetivos concretos. En el campo de la clínica se utiliza para conducir al paciente, a través de un proceso de autoconvencimiento, a romper su interacción disfuncional con la realidad problemática y a hacer inevitable el cambio en el plano perceptivo, emocional, conductual y cognitivo.

5. Extravagancia patológica: casos particulares

1. La «novela del trauma» es la técnica elegida para la superación del trastorno de estrés postraumático. Se basa en la narración vívida de la experiencia postraumática con objeto de lograr gradualmente una distancia emocional. De este modo «el pasado se mete en el pasado y hace que no se extienda ya al presente ni invalide el futuro».

6. Eficacia y eficiencia de la terapia breve estratégica en el trastorno obsesivo-compulsivo

1. Elisa Balbi es psicóloga y psicoterapeuta, investigadora asociada al CTS (Centro di Terapia Strategica) y ayudante de dirección de la Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Breve Strategica de Arezzo.

2. Elisa Valteroni es psicóloga, realiza la especialización en la Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Breve Strategica de Arezzo y es investigadora en el CTS.

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es una de las psicopatologías más graves e invalidantes, caracterizada por pensamientos obsesivos y rituales repetitivos. El TOC se estructura sobre la base de presupuestos lógicos y se autoalimenta de mecanismos racionales que, llevados al extremo, se convierten en algo absurdo e ilógico.

El modelo evolucionado de la terapia breve estratégica propuesto por Giorgio Nardone, se propone como un instrumento extraordinariamente eficaz para combatir el TOC, precisamente porque es capaz de autodestruir la lógica que aprisiona la mente y reconducir el absurdo a la racionalidad.

El autor dedica buena parte de la obra a la práctica clínica, exponiendo numerosos casos de pacientes que supieron romper las barreras del miedo y de la obsesión confiando en estratagemas terapéuticas minuciosamente planificadas.

«Todos sabemos complicar las cosas, solo unos pocos son capaces de simplificarlas».

AUTORES

Giorgio Nardone es director del Centro di Terapia Strategica de Arezzo, que fundó junto con Paul Watzlawick. Dirige la Escuela de Especialización en Psicoterapia Breve Estratégica y la Escuela de Comunicación y Problem Solving Estratégico, con sedes en Arezzo, Milán, Madrid y Barcelona. Reconocido internacionalmente como el máximo exponente de los investigadores que impulsaron la evolución de la Escuela de Palo Alto, es autor de numerosos trabajos que se han convertido en una referencia teórica y práctica para estudiosos, psicoterapeutas y *managers* de todo el mundo.

Claudette Portelli, psicóloga y psicoterapeuta, es investigadora y docente en el Centro di Terapia Strategica de Arezzo. Desarrolla su actividad profesional en Ancona y en Malta, donde nació y de cuya universidad es también profesora visitante. Es coautora, junto con G. Nardone, del libro *Conocer a través del cambio*, también publicado en Herder Editorial.