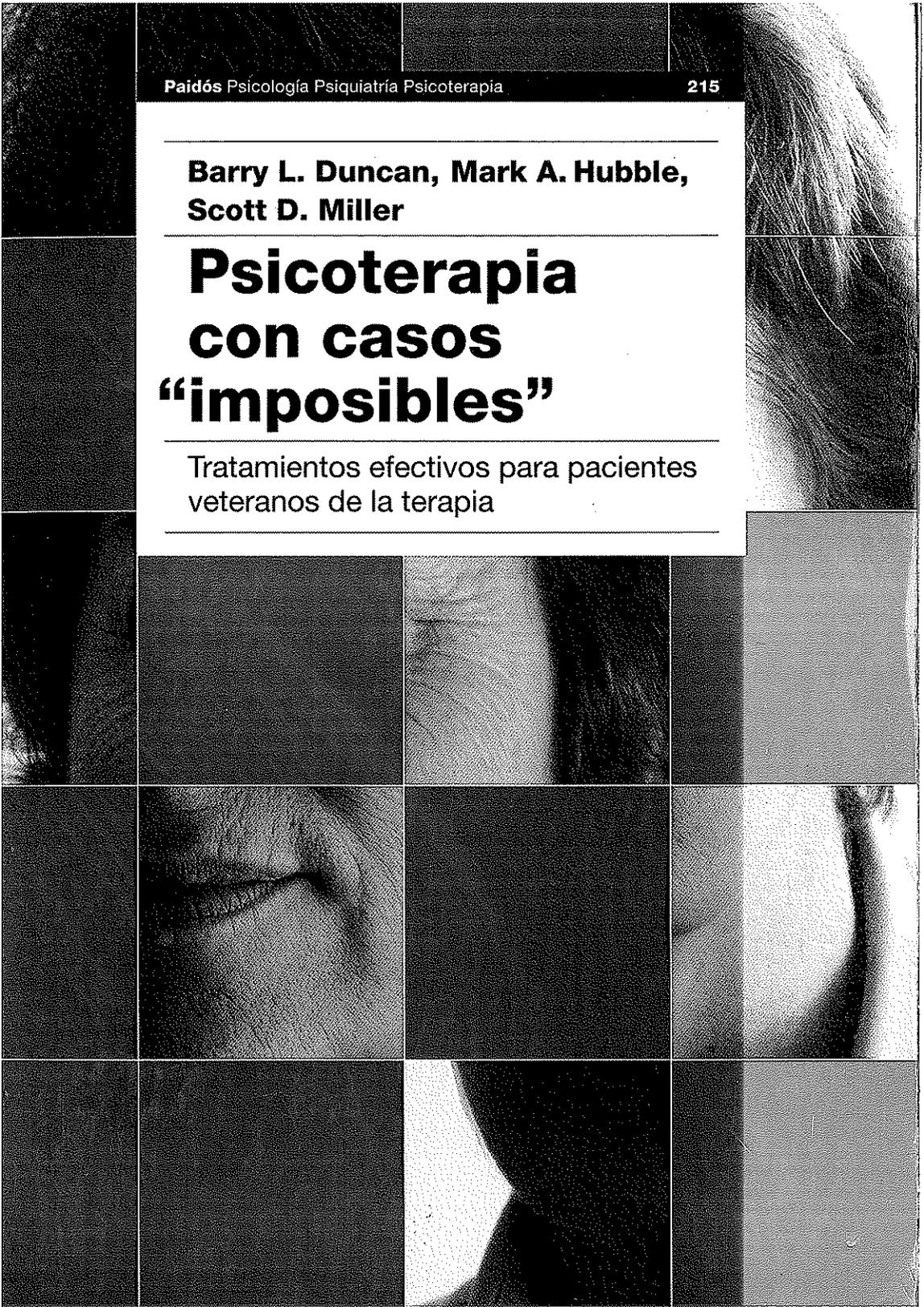

**Barry L. Duncan, Mark A. Hubble,
Scott D. Miller**

Psicoterapia con casos “imposibles”

Tratamientos efectivos para pacientes
veteranos de la terapia



Barry L. Duncan, Mark A. Hubble
y Scott D. Miller

PSICOTERAPIA CON CASOS «IMPOSIBLES»

*Tratamientos efectivos para pacientes
veteranos de la terapia*



PAIDÓS

Barcelona
Buenos Aires
México

Título original: *Psychotherapy with «Impossible» Cases*
Originalmente publicado en inglés, en 1997, por W. W. Norton & Company, Nueva York

Traducción de Rafael Santandreu

Cubierta de Diego Feijóo

Quedan rigurosamente prohibidas, sin la autorización escrita de los titulares del *copyright*, bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, y la distribución de ejemplares de ella mediante alquiler o préstamo públicos.

- © 1967 by Barry L. Duncan, Mark A. Hubble y Scott D. Miller
 - © 2003 de la traducción, Rafael Santandreu
 - © 2003 de todas las ediciones en castellano
- Ediciones Paidós Ibérica, S.A.,
Mariano Cubí, 92 - 08021 Barcelona
y Editorial Paidós, SAICF,
Defensa, 599 - Buenos Aires
<http://www.paidos.com>

ISBN: 84-493-1423-2

Depósito legal: B-22.239/2003

Impreso en Novagràfik, S.L.,
Vivaldi, 5 - 08110 Montcada i Reixac (Barcelona)

Impreso en España - Printed in Spain

*A nuestros padres,
Doris y Lee Duncan, Edith y John Hubble y
Darlene y Paul Miller, por el cariñoso «tratamiento»
que aplicaron a sus propios casos imposibles*

SUMARIO

Prefacio	11
--------------------	----

PRIMERA PARTE INFLUENCIAS EXPERIENCIALES Y EMPÍRICAS

1. Cambiar las reglas de la imposibilidad	19
2. Acomodar la terapia al marco de referencia del cliente: el argumento empírico	43

SEGUNDA PARTE MÉTODOS CLÍNICOS

3. Trabajar con la imposibilidad: consideraciones terapéuticas	61
4. Conversaciones con la imposibilidad: haciendo posible lo imposible	79
5. Explorar, descubrir y validar: el caso de Natalie	107

TERCERA PARTE APLICACIONES CLÍNICAS

6. Caso práctico: trastorno de identidad disociativa o «el collage de dones»	129
7. Caso práctico: trastorno delirante o «sobrevivir hasta la jubilación»	165

→ 8. Caso práctico: trastorno de personalidad límite o «¿qué me pasa. 203

CUARTA PARTE
EPÍLOGO

9. Impracticabilidad: la solución está en tomar otro camino . . . 247

Bibliografía 269

Índice analítico y de nombres 279

PREFACIO

Con más frecuencia de la que quisiéramos recordar o admitir, todos los que nos dedicamos a la práctica clínica nos hemos encontrado con individuos instalados en nuestra compasión, atrapados en sus quejas e inmunes a los procedimientos y técnicas más sofisticados de nuestra profesión. Todos los terapeutas han tenido la experiencia de sentir malestar al ver ciertos nombres en su agenda. Esta incomodidad no suele deberse a que no nos guste el cliente o a nuestra malevolencia personal, sino más bien a la frustración y confusión que experimentamos ante la inmutabilidad del caso. Nos sentimos mal, entre otras razones, por cuestiones relacionadas con nuestra ética y porque las dificultades vitales del sujeto en concreto nos afligen. Esta mezcla de compasión, exasperación ante el fracaso del tratamiento y responsabilidad profesional puede a veces agotarnos y hacernos llegar a la conclusión de que el paciente es «imposible».

A los autores de este libro siempre nos intrigaron los casos imposibles. En un momento dado, nos preguntamos el porqué de los mismos. Ya no nos conformábamos con respuestas que culpaban al cliente o criticaban al terapeuta. Esas explicaciones relacionadas con la imposibilidad sólo nos confundían y, en definitiva, no nos conducían a ninguna parte. En consecuencia, decidimos estudiar, a través de nuestra propia experiencia, la misma cuestión de la imposibilidad. Teníamos la firme intención de descubrir algunas maneras de prevenirla, superarla o, en última instancia, esquivarla. Así, nos presentamos ante la comunidad terapéutica como profesionales dispuestos a tratar los casos

más difíciles. Llegamos a ofrecer a los demás terapeutas apoyo gratuito para tratar a sus pacientes estancados. Nos podían venir a ver y, entre todos, buscaríamos nuevas vías de tratamiento. Llegados a este punto, algunas instituciones nos remitían sus casos «problemáticos» de forma regular. Eran personas con las que el tratamiento había fracasado en múltiples ocasiones y que frecuentemente presentaban un alto riesgo de llegar al suicidio; eran violentos, abusaban de sustancias o, lo que resultaba peor para muchos, eran proclives a emprender acciones legales contra el propio terapeuta.

¿Por qué aceptar esos casos de pesadilla? ¿Éramos unos locos, unos arrogantes o quizás ambas cosas a la vez? Chiflados es posible que lo estemos un poco, pero lo que es seguro es que no nos movía la creencia de que podíamos resolver esos casos mejor que los demás (aunque sabíamos que podíamos ofrecer algo diferente). Simplemente los aceptábamos porque creíamos —y seguimos creyendo— que los clientes son los mejores profesores de psicoterapia que existen. Pensábamos que esos casos nos llevarían más allá de lo que lo hacían nuestras teorías. Los clientes que no respondían a la terapia nos brindaban la oportunidad de aprender de qué modo se desarrolla la imposibilidad y cómo se puede variar su proceso. De hecho, siempre habíamos aprendido más de los fracasos que de los casos perfectos que confirmaban nuestras teorías favoritas. Nuestra táctica fue, esencialmente, la de enfrentarnos a la imposibilidad para conseguir nuevas vías de tratamiento. Este libro es el producto de cinco años de trabajo en ese sentido.

Acabamos de mencionar que nuestros fracasos nos habían enseñado mucho. Todo ello se puede resumir en tres importantes lecciones: 1) que todos los modelos teóricos tienen una aplicabilidad limitada; 2) que la relación terapéutica es más valiosa que una intervención experta; y 3) que lo que los clientes saben, piensan, sienten y quieren tiene mucha más relevancia para la resolución del problema que nuestras conceptualizaciones académicas preferidas (Duncan, Solovey y Rusk, 1992). Nuestro tra-

bajo con casos imposibles añadió una cuarta enseñanza: *podremos tener éxito con los sujetos imposibles siempre y cuando la terapia se acomode a su marco de referencia y se respete su teoría del cambio*. Este libro nos presenta algunas aplicaciones prácticas relacionadas con esta lección.

Cuando nos pusimos a trabajar con la imposibilidad, lo primero que hicimos fue intentar partir de una posición que pudiera proporcionar resultados positivos. Ya que las palabras son tan importantes, buscamos una definición positiva de la situación en la que nos hallábamos; una descripción que nos diese una oportunidad de tener éxito. Encontramos la palabra «impracticable», definida por el *Webster's Collegiate Dictionary* (1993) como «imposible de llevarse a cabo con los medios empleados o disponibles». Esta voz resume nuestra visión de la imposibilidad. Los clientes y sus apuros no son imposibles. Más bien lo parecen sólo a causa de los impedimentos que imponen las soluciones empleadas por los mismos tratamientos. Cuando «los medios empleados» dejan de estar dirigidos por la teoría y empiezan a ser controlados por el cliente emergen nuevas posibilidades. Ése es el objetivo del presente libro: enseñar cómo se puede llevar a cabo una terapia bajo la dirección del cliente.

Nuestro enfoque, por supuesto, no es una de las perspectivas dominantes en el ámbito de la psicoterapia, y menos aún en el tratamiento de esos casos con diagnósticos trágicos que parecen imposibles. De hecho, podemos entenderlo de muchas maneras. Por ejemplo, como un enfoque inusual y creativo que podemos usar con aquellos casos en los que las terapias convencionales no han resultado efectivas. O, en todo caso, como el método de elección (pero que posee la particularidad de que permite la inclusión de aquel enfoque tradicional que el cliente determina que le puede ayudar). Nuestra intención es tan sólo que, independientemente de sus preferencias teóricas, el lector experimente (como lo hemos hecho nosotros) la satisfacción de observar cómo sus clientes superan obstáculos aparentemente insalvables.

Psicoterapia con casos «imposibles» es una descripción detallada de cómo tratar a clientes con experiencias terapéuticas negativas a sus espaldas. Aunque este libro versa sobre los pormenores del tratamiento de casos difíciles, en realidad se basa en una conceptualización de la psicoterapia que maximiza los factores curativos que conocemos en la actualidad, tal como se describe en *Escape From Babel: Toward A Unifying Language For Psychotherapy Practice* (Miller, Duncan y Hubble, 1997). En este sentido, creemos que nuestra psicoterapia de casos imposibles tiene mucho que ver con *Escape From Babel*, pero hay que reconocer también que cada libro posee su propio mérito.

Todo fruto de un esfuerzo, como el libro que el lector tiene en sus manos, es el resultado de numerosas contribuciones y a ellas estamos muy agradecidos. Pero a quienes más debemos es a nuestros clientes, que siguen proporcionándonos información y mejorando nuestro trabajo con su increíble capacidad de recuperación y cambio. Además de los terapeutas mencionados en anteriores publicaciones, queremos mostrar un especial reconocimiento a la inspiración de dos auténticos padres de nuestro campo, Carl Rogers y John Weakland, que influyeron de manera especial en diferentes escuelas. Honre este libro su memoria. Uno de los autores (B. D.) tiene una deuda especial con sus mentores, Steve McConnell, Russ Bent y, sobre todo, Scott Fraser. Queremos dar las gracias también a nuestros antiguos colegas del Dayton Institute for Family Therapy. Paul Bruening nos enseñó a tener paciencia y a tener en cuenta las restricciones del terapeuta. De Andy Solovey aprendimos a distinguir las diversas realidades sociales y a ponernos en contacto con los deseos del cliente. Finalmente, Greg Rusk, uno de los mejores terapeutas que hemos conocido, nos cautivó —cosa que no es de extrañar en él— con su habilidad para ser estimado por clientes de todas las condiciones sociales.

Estaremos agradecidos para siempre a Joe Rock, Rachel Merl, Paul Padlak, Jay McKeel, Annette Wilson, Martha Bouis, Jennifer Uustal y Victoria Lichtman por examinar el manuscrito de este li-

bro y ayudarnos a reforzar su mensaje. También queremos dar las gracias especialmente a Shelley Lopez, John Murphy y Justine Ritter, quienes han contribuido de manera importante y generosa a la preparación de esta obra. Gracias también a Chari y Larry Auerbach, Bob Peach, Estie Topfer, Aileen Erbacher, Dottie Moynihan, Wayne Galloway, Karen Reed, Jay Slayden, Joan Funk, Rebecca Ansted y Linda Heinz por sus comentarios, sugerencias y apoyo. Tampoco queremos olvidarnos de Regina Dahlgren Ardini, de la editorial Norton, por su ayuda y su invariable ánimo. Finalmente, unas palabras de agradecimiento para Susan Barrows Munro, de la editorial Norton: muchas gracias por estar ahí cuando más te hemos necesitado.

BARRY L. DUNCAN
MARK A. HUBBLE
SCOTT D. MILLER

PRIMERA PARTE

INFLUENCIAS EXPERIENCIALES Y EMPÍRICAS

Si puedo evitar que se rompa un corazón
mi vida no habrá sido en vano;
si puedo evitar el dolor en una vida,
o, al menos, reducirlo,
o ayudar a un petirrojo desmayado
a llegar de nuevo a su nido,
mi vida no habrá sido en vano.

EMILY DICKINSON

CAPÍTULO 1

CAMBIAR LAS REGLAS DE LA IMPOSIBILIDAD

Mantén tus manos abiertas y toda la arena del desierto podrá pasar a través de ellas. Ciérralas y todo lo que podrás sentir es un poco de polvo.

TAISEN DESHIMARU

Los casos imposibles se están convirtiendo en un lujo que no nos podemos permitir. A medida que proliferan las empresas proveedoras de servicios sanitarios, los terapeutas se van viendo acorralados por los departamentos de «control de calidad» de estas organizaciones. Los controles de calidad no sólo evalúan la satisfacción del cliente con los servicios recibidos, sino que también controlan la relación coste-eficiencia. Los terapeutas que piden autorización para realizar más sesiones o un tratamiento intensivo debido a la dificultad o complejidad que entrañan los problemas de sus clientes se pueden encontrar con problemas frente a la empresa proveedora. En el peor de los casos, pueden ser despedidos por inoperantes. Por muchas razones, a todos nos interesa —clientes, terapeutas y empresa— abreviar la terapia y tener éxito en la práctica clínica, incluso con aquellos casos supuestamente imposibles.

En nuestros cinco años de consulta con casos imposibles, nuestra constante ha sido tratar de no culpar al terapeuta o al cliente de la situación. Hemos intentado entender cómo se desarrollan estos casos, para que el cliente o el terapeuta pudiesen tomar un camino diferente. Fundamentalmente, nos hemos interesado por los factores de esa imposibilidad: las asunciones, actitudes y acciones inherentes a la psicoterapia. Nuestros propios clientes nos han enseñado las cuatro vías por las que el proceso terapéutico, de manera involuntaria, abre el camino hacia el fracaso del tratamiento.

Vías hacia la imposibilidad

¿QUÉ HAY EN UNA PALABRA?

Una palabra puede llegar muy lejos. Puede traer tanta destrucción como las balas que surcan el espacio.

JOSEPH CONRAD

Históricamente la imposibilidad ha sido siempre atribuida al cliente. Las evaluaciones clínicas asumen que éste posee suficientes trastornos de personalidad, problemas de ego o déficits de origen orgánico como para que así suceda. Un buen ejemplo de ello es el diagnóstico actual del trastorno de personalidad límite. En él, los clínicos encuentran un problema estereotipado: predecible impredecibilidad, impulsividad, peligrosidad, irracionalidad, carencias afectivas, labilidad emocional no modulada, prognosis sombría y mucho más. Frente a tal despliegue de síntomas y características desalentadoras, ¿quién no sentiría desasosiego y un inconfesado deseo de tener un cliente joven, atractivo, con capacidad de palabra, inteligente y sensible, en vez de ese hueso?

Así, el camino hacia el caso imposible se abre a partir de la misma expectativa de la imposibilidad. Tanto si la experiencia se basa en simples atribuciones de rasgos de personalidad como en el establecimiento de un diagnóstico formal, una vez en marcha la expectativa de que la cosa va resultar difícil (o que no se van a conseguir muchos resultados) puede ser sorprendentemente inamovible (Salovey y Turk, 1991). Si no se revisa la situación, la expectativa se convierte en el mismo individuo. De hecho, la persona queda «desindividuada». Termina siendo equivalente a su caracterización o etiqueta (Wright, 1991). Si esto ocurre, los observadores (tanto los profesionales como los que no lo son) distorsionarán sin darse cuenta la información que reciban para ajustarla a sus expectativas.

Para ilustrar este hecho, Temerlin (1968) grabó una cinta magnetofónica que después reprodujo ante un grupo representativo de psiquiatras, psicólogos y estudiantes de posgrado de psicología. Se pidió a los sujetos que determinaran si la persona de la grabación era psicótica, neurótica o sencillamente estaba sana. Es importante tener en cuenta que el hombre de la cinta se presentaba como una persona con éxito en el trabajo, en su vida familiar, en sus relaciones interpersonales y hasta en su vida sexual. Se trataba, según lo que se desprendía de la grabación, de un individuo seguro de sí mismo y estable, poco competitivo, arrogante o presuntuoso y, además, decía haber tenido una infancia agradable. También disfrutaba de un buen sentido del humor y presentaba un nivel bajo de ansiedad con relación a los roles que desempeñaba en la vida; sólo mostraba las preocupaciones razonables habituales. No se apreciaban síntomas patológicos. Tenía toda la apariencia de una persona sana y normal.

En la primera audición experimental, un eminente clínico hacía una introducción a la cinta diciendo que el hombre que iba a mostrarse era un «raro caso de individuo mentalmente sano». En la segunda audición, el mismo clínico sugería que el hombre «parecía neurótico, pero en realidad era psicótico». Los sujetos del tercer grupo no recibieron ninguna sugerencia acerca del diagnóstico del sujeto.

Todos los observadores del primer grupo evaluaron al hombre de la cinta como normal. El 44% de los miembros del grupo al que se sugirió la psicosis evaluó al hombre como psicótico, el 50% como neurótico y el 6% dijo que estaba sano. El 57% de los integrantes del grupo de control lo calificó de sano y el 43% de neurótico. Un ulterior análisis reveló que entre los que habían optado por el diagnóstico de psicótico, los psiquiatras se inclinaban más por una patología grave que los estudiantes de posgrado.

Otro experimento publicado en *Science* en 1973, más conocido que el anterior, ratifica el poder de las expectativas. En este estudio ya clásico, Rosenhan reclutó y entrenó a un grupo de cóm-

plices para ser hospitalizados. Para que los admitiesen hicieron ver que tenían un único síntoma: oían voces. Los clínicos rápidamente diagnosticaron a los sujetos como pacientes mentalmente enfermos (principalmente de esquizofrenia) y los ingresaron para estancias que oscilaban entre 7 y 52 días. Durante su hospitalización, los pseudopacientes dejaron de mostrar síntoma alguno de psicosis, pero el diagnóstico original no cambió en absoluto.

Rosenhan demostró así que las expectativas iniciales del clínico servían de sesgo confirmatorio. Hubo un caso en el que el personal tomó el historial auténtico proporcionado por el pseudopaciente (que no mostraba ningún rasgo patológico) y lo ajustó a la noción teórica dominante sobre la esquizofrenia.

Efectivamente, uno de estos falsos pacientes le contó al personal que durante su infancia había tenido una relación muy estrecha con su madre, al contrario de lo que había sucedido con su padre. Durante su adolescencia, las tornas cambiaron: se distanció de su madre y se acercó a su padre. Según dijo, su relación con su esposa era cálida e intensa, excepto por algunas discusiones ocasionales acerca de pequeños problemas cotidianos; la fricción era mínima. También declaró que se sentía muy unido a sus hijos y que muy pocas veces había tenido que darles unos cachetes para disciplinarlos.

En el informe de baja del pseudopaciente, el personal deja muy claro cuál es su interpretación de los hechos:

Este hombre blanco de 39 años de edad [...] manifiesta un largo historial de considerable ambivalencia en sus relaciones personales que empieza en su primera infancia. Su relación con su madre fue cálida en la infancia, pero se enfrió durante la adolescencia. La relación con el padre, que había sido fría al principio, se tornó después intensa. Hay una ausencia de estabilidad afectiva. Sus intentos de controlar su emotividad con su esposa e hijos se ven salpicados por estallidos de ira y, en el caso de sus hijos, azotainas. Y aunque dice que tiene varios buenos amigos, se percibe también una considerable ambivalencia al respecto. (Rosenhan, 1973, pág. 254).

El personal sesgó la autodescripción del cómplice para ajustarla a una popular teoría sobre la esquizofrenia. Ésta sostiene que la gente a la que se le diagnostica esquizofrenia es extremadamente ambivalente en sus relaciones. Se cree que la inconsistencia y la vacilación de sus sentimientos hacia los demás afloran en su día a día, en sus pensamientos cotidianos. Sin embargo, está claro que ninguna de las relaciones del pseudopaciente de Rosenhan (con sus padres, esposa o amigos) llegaba siquiera a aproximarse a un nivel psicótico. La ambivalencia inferida no era, en realidad, más que las idas y venidas típicas de toda relación humana. Es cierto que las relaciones del pseudopaciente con sus padres cambiaron a lo largo del tiempo, pero esto no tiene nada de especial en el mundo normal.

Después de las atribuciones asignadas a la historia (esto es, sentimientos ambivalentes e inestabilidad emocional), no había duda de que el sujeto era *esquizofrénico*. Si se hubiese sabido desde el principio que el hombre era «normal», seguramente se le habría otorgado otro significado a todas sus declaraciones.

A pesar de que somos conscientes de los riesgos que entrañan tales atribuciones, éstas continúan dirigiendo el proceso mediante el cual formamos nuestras impresiones y socavando nuestro pensamiento crítico. Dejándonos llevar por nuestras rutinas profesionales podemos estar transformando un caso con buenas perspectivas en uno totalmente perdido. Como demuestra la literatura sobre el tema (Salovey y Turk, 1991), este proceso es sumamente importante, opera fuera del rango de la conciencia y erosiona los elementos curativos de la terapia (Miller y otros, 1997).

Hemos querido subrayar esta vía hacia la imposibilidad no para desmerecer los beneficios de un diagnóstico acertado, sino para ilustrar los peligros que acompañan al acto de diagnosticar y describir los problemas del paciente.

Nosotros ofrecemos una alternativa pragmática a los efectos negativos de la atribución que evita la formación de prognosis sombrías.

CONTRATRANSFERENCIA DE LA TEORÍA

Es la teoría lo que hace que los hombres sean completamente incautos.

BERTRAND RUSSELL

Las tradiciones o convenciones terapéuticas proporcionan otra vía hacia la imposibilidad. Las tradiciones son importantes en todas las facetas de la existencia humana, pero también pueden tener consecuencias inhibitorias o dañinas. La fuente de las tradiciones psicoterapéuticas se asienta fundamentalmente en la teoría, no en los hechos, pero a pesar de ello muchas veces asume un estatus factual.

La lealtad de un clínico en relación con las tradiciones teóricas y su impacto en la manera de entender los hechos y actuar en la terapia recibe el nombre de «contratransferencia de la teoría» (Hubble y O'Hanlon, 1992; O'Hanlon, 1990). Su rol en el desarrollo de casos imposibles es tan poderoso como la formulación de diagnósticos. En su forma más virulenta puede desembocar en el fundamentalismo teórico y la censura (en cuanto a la dirección de la teoría).

En un sentido estrictamente técnico, la contratransferencia hace referencia a un proceso afectivo, en gran medida inconsciente, que tiene lugar en el terapeuta y que es impulsado por su relación con el cliente. Según la visión psicoanalítica clásica, el núcleo de la contratransferencia se halla en los conflictos neuróticos no resueltos del terapeuta (Eisenbud, 1978). Durante mucho tiempo se pensó que la contratransferencia actuaba a modo de anteojera emocional. Si el psicoanalista no se percataba de su existencia, ésta podía constituir un peligro real para la integridad del tratamiento.

La tradición psicodinámica acepta que la persona del terapeuta (todas sus respuestas, su historia individual y su estado mental) puede apoyar o entorpecer la terapia. Menos atención,

sin embargo, se presta a la manera en que la concepción global de la condición humana y de la terapia que sostiene el terapeuta puede afectar a los resultados del tratamiento. Cuando el psicoanálisis era el único enfoque disponible válido y se le tenía en gran medida como la auténtica verdad, era natural que no se cuestionase su contenido y sus presupuestos teóricos.

A pesar de la presión que ejerció Freud sobre sus seguidores para que permaneciesen fieles a su doctrina, aparecieron dudas. Dos de los primeros en poner de relieve la existencia de la contratransferencia de la teoría (CT) fueron Sandor Ferenczi y Otto Rank, miembros del círculo más estrecho de seguidores de Freud. En 1925, cuestionaron ciertos principios de la floreciente ortodoxia teórica de los escritos de Freud y recomendaron aprender de la práctica clínica. La idea general de su crítica era que los psicoanalistas estaban dando más importancia a la teoría que a la práctica terapéutica.

En particular, Ferenczi y Rank observaron que, en su voluntad por corroborar la teoría en cada paciente, los psicoanalistas llevaban a cabo frecuentemente un psicoanálisis completo, aun cuando éste no estaba indicado. Llegaron a describir sus resultados, poco satisfactorios, como de «tratamiento prolongado y estéril: rico en intelectualización, pero despojado de relevancia emocional» (Flegenheimer, 1982). Ferenczi y Rank criticaban el hecho de que sus colegas se centrasen más en probar la corrección de la teoría que en ayudar eficazmente a sus pacientes.

Durante los últimos treinta años, hemos adquirido una mejor comprensión de los aspectos que delimitan la lealtad a la teoría. Por ejemplo, Aldrich (1968) criticó la tendencia de los terapeutas a descartar cualquier mejoría temprana por considerarla como una huida hacia la salud o una cura de transferencia. Sin embargo, no encontró evidencia alguna de tal cura (y tampoco de otras afirmaciones teóricas) y se atrevió a afirmar que la insistencia en su veracidad producía una «predicción pesimista». El efecto que producía en el cliente era el de animarle a depender del terapeuta, a llevar a cabo un tratamiento prolongado prometiéndole

«un largo período de protección» (pág. 41). Finalmente, llegó a la conclusión de que los beneficios derivados del tratamiento podrían evaporarse al calor del sesgo teórico, el perfeccionismo terapéutico y el uso inflexible de las técnicas.

Milton Erickson también habló de los peligros de la CT. Según él, la lealtad teórica puede conducir a una simplificación excesiva con relación al paciente, a cerrarse a nuevas posibilidades de cambio y a promover la inflexibilidad técnica. Su ya famosa cita resume su posición sobre el papel de la teoría en la terapia:

Toda persona es un individuo. Por lo tanto, la psicoterapia debería ser formulada de manera que responda a la particularidad de las necesidades de la persona, en vez de obligarla a ajustarse a una teoría hipotética de la conducta humana (Zeig y Gilligan, 1990, pág. xix).

La proverbial historia del hombre que un buen día se compró un martillo y a partir de ahí empezó a darse cuenta de que por todas partes había clavos por clavar, ilustra el efecto que tiene la CT. El caso imposible puede ser aquel que aparece cuando el paciente odia el martillo y rechaza que lo utilicen con él. No hay duda de que los clientes mantienen sus propias teorías acerca de su psicología, las dificultades que experimentan y su situación vital (Duncan y otros, 1992). Cuando sus puntos de vista son ignorados, se dejan de lado o se ven atropellados, es de esperar que aparezca la resistencia o el incumplimiento de lo acordado en la terapia. Para el terapeuta, el cliente empieza entonces a volverse un caso imposible. Para el cliente, el terapeuta se muestra indiferente, poco interesado o patentemente equivocado. Llegados a este punto, la terapia ha pasado de ser una relación de ayuda a un choque cultural en el que no habrá un ganador.

Esto no significa que la teoría pueda considerarse la raíz de todos los males. Pero sí que se aplica en demasía y que los beneficios de permanecer leales a ella no son tantos como pudie-

ra parecer. Uno de los propósitos de este libro es desmitificar los modelos teóricos. Los entiende como lentes potencialmente útiles, siempre y cuando compartan con deferencia el «punto de vista» del cliente y su prescripción. Unas lentes que poseen en cada caso diferentes cristales, diferente montura y diferente graduación, lo que permite que los distintos enfoques aporten toda su diversidad y riqueza. Por cierto, estas lentes protegen al terapeuta de la CT.

Este libro presenta un método para hacer de la terapia un instrumento para descubrir verdades subjetivas del cliente, más que para intentar confirmar verdades teóricas. Y ello con el justificado fin de producir el ansiado cambio terapéutico.

MÁS DE LO MISMO

Cuanto más cambian las cosas, más inalteradas permanecen.

ALFONSE KARR

La CT promueve la imposibilidad de dos maneras: aplicando órdenes del día que se ajustan sólo a las premisas teóricas del terapeuta y violan los sentimientos y creencias del cliente. De forma similar, los casos imposibles aparecen cuando se persiste en un enfoque terapéutico que no funciona. Quizá más que ningún otro, el grupo de investigadores y clínicos del Mental Research Institute (MRI) ha examinado esta vía hacia la imposibilidad. En varios trabajos, incluido *Cambio: formación y solución de los problemas humanos* (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974), el MRI buscó determinar cómo surgen y persisten los problemas. Estos autores sostienen que los problemas persistentes o intratables no pueden explicarse tomando como base algunas características innatas del cliente. Más bien dicen que la naturaleza imposible del problema aparece como consecuencia de los esfuerzos por resolverlo.

ra parecer. Uno de los propósitos de este libro es desmitificar los modelos teóricos. Los entiende como lentes potencialmente útiles, siempre y cuando compartan con deferencia el «punto de vista» del cliente y su prescripción. Unas lentes que poseen en cada caso diferentes cristales, diferente montura y diferente graduación, lo que permite que los distintos enfoques aporten toda su diversidad y riqueza. Por cierto, estas lentes protegen al terapeuta de la CT.

Este libro presenta un método para hacer de la terapia un instrumento para descubrir verdades subjetivas del cliente, más que para intentar confirmar verdades teóricas. Y ello con el justificado fin de producir el ansiado cambio terapéutico.

MÁS DE LO MISMO

Cuanto más cambian las cosas, más inalteradas permanecen.

ALFONSE KARR

La CT promueve la imposibilidad de dos maneras: aplicando órdenes del día que se ajustan sólo a las premisas teóricas del terapeuta y violan los sentimientos y creencias del cliente. De forma similar, los casos imposibles aparecen cuando se persiste en un enfoque terapéutico que no funciona. Quizá más que ningún otro, el grupo de investigadores y clínicos del Mental Research Institute (MRI) ha examinado esta vía hacia la imposibilidad. En varios trabajos, incluido *Cambio: formación y solución de los problemas humanos* (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974), el MRI buscó determinar cómo surgen y persisten los problemas. Estos autores sostienen que los problemas persistentes o intratables no pueden explicarse tomando como base algunas características innatas del cliente. Más bien dicen que la naturaleza imposible del problema aparece como consecuencia de los esfuerzos por resolverlo.

El MRI entiende que los problemas se inician con una dificultad ordinaria, de las muchas que surgen en nuestra vida. La mayor parte de esas dificultades crean incomodidad, y para afrontarlas la gente emplea las estrategias que les han ayudado en el pasado. Normalmente, esas soluciones funcionan, pero en ocasiones fracasan.

Según el MRI, para que una dificultad se convierta en un problema sólo se necesita que converjan dos condiciones. Primero, que la dificultad no se maneje correctamente (es decir, que la solución no funcione). Y segundo, que cuando la dificultad se muestre refractaria, se aplique la misma solución ineficaz, es decir, más de lo mismo. Cabe añadir que, en estos casos, también sucede que la dificultad original se deteriora. Pasado un tiempo, se establece un círculo vicioso y la dificultad original llega a convertirse en un problema de tamaño inmenso y de no menos importancia (Weakland, Fisch, Watzlawick y Bodin, 1974).

El problema, una vez percibido como tal, abarca no sólo el dilema original, sino también todos los esfuerzos repetitivos por encontrarle solución. El ciclo de la expresión del problema seguido de las soluciones fallidas correspondientes es sorprendentemente vigoroso. Ocurre a pesar de contar con las mejores intenciones y aunque los participantes reconozcan que los intentos de solución son inadecuados. La solución se ha convertido en un problema imposible.

Los terapeutas no se muestran ajenos a ese ciclo de demanda-solución que acabamos de describir. La intratabilidad y la imposibilidad se desarrollan en aquellas situaciones clínicas en las que el terapeuta aplica repetidamente las mismas (o similares) estrategias terapéuticas. Este proceso puede empezar en un período sorprendentemente corto de tiempo. Los terapeutas que «hacen más de lo mismo» están convencidos de que la persistencia les dará la razón, incluso cuando la evidencia les muestra que su estrategia resulta ineficaz. La lógica para la aplicación de «más de lo mismo» puede ser tan sencilla como atender a razonamientos del tipo «Si no tienes éxito desde el principio, inténtalo de

nuevo» o llegar a complicados sistemas teóricos. De todas formas, sea cual sea la justificación que se le dé, el resultado es el mismo.

Todos los modelos teóricos y estrategias terapéuticas están limitados de forma inherente y todos generarán cierta imposibilidad cuando se apliquen reiteradamente. De hecho, la respuesta a este problema ha sido la proliferación de diferentes escuelas de psicoterapia, cada una de las cuales se suponía que corregía las deficiencias de la anterior. Los 400 enfoques rivales que han aparecido hasta el momento actual parecen poco más que productos envasados que compiten por una porción del mercado.

La misma idea de desarrollar más modelos para resolver el problema de la imposibilidad constituye un excelente ejemplo de «hacer más de lo mismo». En este libro, invitamos al lector a que considere algo diferente. No vamos a defender un nuevo marco de referencia que guíe su práctica. Al contrario, le ofreceremos métodos prácticos para orientar su enfoque terapéutico hacia el punto de vista del cliente.

¿QUÉ ES LA MOTIVACIÓN?

Ten cuidado, no sea que pierdas el cuerpo al intentar asir la sombra.

ESOPPO

Una vía adicional hacia la imposibilidad es el dar la espalda a la motivación del cliente. El cliente desmotivado no existe. Es posible, como hemos observado muchas veces, que no comparta nuestra motivación, pero no hay duda de que posee la suya, y es muy fuerte. Una terapia ineficaz y fútil puede surgir al errar o pasar por alto lo que el cliente quiere conseguir. Si así sucede, lo más probable es que pensemos que el cliente no está preparado para el cambio.

La investigación ha establecido que la clave del éxito de la terapia es la calidad de la participación del cliente (Orlinsky, Graue y Parks, 1994). Los clientes que colaboran en la terapia están comprometidos con el terapeuta y su mente abierta y receptiva les beneficia. Debido a la importancia de la implicación positiva del cliente en el tratamiento, su motivación —no sólo por seguir la terapia, sino por conseguir sus objetivos personales— debe ser entendida, respetada y activamente incorporada al tratamiento. El hecho de imponer líneas de trabajo motivadas por prerrogativas teóricas, por sesgos personales o quizá por el propio criterio de lo que es bueno para el cliente se convierte en una invitación a la imposibilidad.

Antes de acabar de examinar el papel de la motivación en la generación de casos imposibles, debemos hablar también del tema de «salvar las apariencias». Cuando los clientes se sienten agobiados y estancados, pueden experimentar que sus problemas no tienen solución. El hecho de buscar ayuda en esos momentos les ofrece una perspectiva de mejora. Pero al mismo tiempo, acudir a un terapeuta puede significar que no pueden resolver sus problemas por sí mismos. De hecho, sus sentimientos de fracaso pueden ser tan agudos que rechacen cualquier autoevaluación favorable. En esas circunstancias, acudir a una terapia puede representar un desagradable recuerdo de lo mal que manejan sus dificultades. Al insulto se le añade la humillación.

Si un terapeuta sugiere que el punto de vista del cliente está equivocado o no es válido o, de alguna manera, eclipsa al cliente, puede aparecer la «resistencia». Después de todo, aun estando totalmente desmoralizados, ¿quién desea que se le recuerde que es un fracaso, que se le critique, se le juzgue o se le haga sentir que ha de cumplir órdenes? Lo que llamamos resistencia puede reflejar a veces los intentos del cliente por conservar un poco de respeto personal. Esto es probablemente lo que Milton Erickson tenía en mente cuando sugirió que el arte de la terapia consiste en ayudar a los clientes a retirar sus síntomas de manera sutil. Reconocía que los clientes tienen simultáneamen-

te un deseo de cambiar y una tendencia natural a protegerse si el cambio (para peor o para mejor) compromete su dignidad personal.

Este libro ofrece algunas maneras de evitar esa imposibilidad creada por la escasa atención que se le dedica a la motivación. Describiremos un estilo clínico que tiene en cuenta las motivaciones del cliente y que preserva de manera provocativa la dignidad del mismo en cada fase del tratamiento.

Molly: un caso imposible en el punto de mira

En uno de nuestros casos más recientes convergían varias vías hacia la imposibilidad. La coincidencia de lo que llamamos el «despliegue de atribuciones», la contratransferencia de la teoría, el hacer más de lo mismo y la falta de atención con respecto a la motivación convirtieron este caso en un aprieto irreductible.

Molly, una maravillosa niña precoz de 10 años de edad, fue enviada a tratamiento por su madre. Los padres de Molly estaban divorciados. Ella dormía en la cama de mamá y tenía problemas para adaptarse a su nuevo apartamento, a su nueva escuela y a sus nuevos amigos. En uno de sus ingresos en una clínica de salud mental, Molly fue identificada como procedente de una «familia disfuncional». Se le diagnosticó un «trastorno de ansiedad por separación» y se la envió a un grupo de habilidades sociales para niños que tenía lugar un día a la semana.

Después de unas cuantas semanas en el grupo, la madre informó de que Molly tenía pesadillas. Los terapeutas del grupo respondieron añadiendo unas cuantas sesiones individuales. Para su tratamiento, se establecieron los siguientes objetivos: 1) hacer comprender a Molly que podía controlar su conducta y mostrarse más responsable de sus actos, 2) calmar sus miedos acerca del traslado y la adaptación a una nueva escuela y amigos, 3) separar a Molly del conflicto familiar y 4) ayudarle a volver a su propia habitación para dormir.

El terapeuta indagó sobre las impresiones que tenía Molly de la relación de sus padres y la animó a que no se implicase en ella. Después de seis meses de asistir al grupo y recibir tratamiento individual se constató una escasa mejoría. La madre de Molly pensó que quizá podría ayudar el que el terapeuta fuese una mujer.

El equipo terapéutico accedió a la petición de la madre y una terapeuta se hizo cargo del caso. Debido a que Molly le preguntó a su terapeuta si alguna vez se había sentido fea, se supuso que Molly tenía problemas de autoestima. La terapia individual se centró entonces en plantear juegos para ver qué «temas podían salir» a la luz. La terapeuta también sospechaba que podía haber habido abusos sexuales. Sus objetivos para el tratamiento de Molly eran: 1) explorar si había sufrido abusos sexuales y 2) investigar los sentimientos de Molly acerca de su padre.

Todavía preocupada por la falta de progreso de su hija, la madre pidió autorización para buscar un terapeuta fuera de la clínica. El personal del centro decidió que convenía llevar a cabo una evaluación psiquiátrica. En ella se determinó que Molly todavía dormía en la habitación de su madre y que persistían sus quejas somáticas y su aversión hacia la escuela. Se le prescribió imipramina para aliviar su ansiedad de separación. No hubo cambios.

Molly, después de un año de tratamiento (de dos sesiones semanales) y ahora bajo medicación, se había convertido, a la edad de 10 años, en un caso imposible. Ahora, bajo una mirada retrospectiva, podemos reconstruir cómo la práctica clínica contribuyó a la evolución de su imposibilidad.

Llegados a este punto hay que hacer un importante inciso. En cualquier análisis retrospectivo de la imposibilidad nos veremos tentados a crear un hombre de paja. Si los terapeutas hubiesen sido más listos, más astutos o «teóricamente correctos», entonces el caso imposible nunca habría llegado a ese punto. De la misma manera, si el cliente hubiese sido más abierto, dócil o sano habríamos conseguido mejores resultados. La verdad es que esas ideas no sirven de mucho. «Disparar al terapeuta» o «disparar al cliente» es perder el tiempo. *Las culpables son siempre las vías*

que han conducido a la imposibilidad. Esos procesos, basados en nuestra práctica, nuestras tradiciones y nuestra formación, pueden evitar que pongamos en marcha los recursos más adecuados. Al final, todos somos víctimas de ello. Ahora cabe preguntarnos: ¿cómo operaron en el caso de Molly?

Lo primero que observamos en su terapia es que la niña se vio muy influenciada por el despliegue de atribuciones que le aplicaron. Las etiquetas que utilizaban al hablar de ella nos informan de cómo la entendían. Se convirtió en una condición psicológica/psiquiátrica, un fenómeno ya observado por la investigación de Rosenhan (1973). Por ejemplo, cuando preguntó a su terapeuta individual si se había sentido fea alguna vez, se asumió que Molly tenía problemas de autoestima. Simplemente no se tuvo en cuenta la posibilidad de que su pregunta reflejase una curiosidad natural o los intereses típicos de una preadolescente (quizá no se pudo, dadas las circunstancias). Debido a que se establecieron las categorías de «familia disfuncional», «triangulación» y «trastorno de ansiedad por separación», los que cuidaban de ella se vieron obligados a percibir su conducta a través de los filtros perceptivos que creó el diagnóstico y las descripciones clínicas.

En segundo lugar, también hizo su aparición la contratransferencia de la teoría. El primer terapeuta de Molly, quizá siguiendo los postulados de alguna escuela de terapia familiar, investigó la relación que existía entre los síntomas de Molly y el conflicto de sus padres. El terapeuta siguió esta línea de investigación a pesar de que la madre creía que la triangulación no era relevante y, pasado un tiempo, no tuvo en cuenta que el problema persistía de todas formas. Además, por todo lo que se sabía del caso, no había ninguna evidencia de que se hubiese abusado de Molly durante su infancia. Ni ella ni su madre habían mencionado nunca nada al respecto. Sólo porque uno de los terapeutas apuntó esta hipótesis se estableció el objetivo de explorar si era cierto. La terapia pasó entonces de intentar resolver un problema real a satisfacer los requerimientos de la teoría. No se trataba de una agenda compartida por la madre o la cliente.

Tercero, se trabajó haciendo más de lo mismo. Todos los terapeutas que vieron a la niña insistieron en aplicar el mismo enfoque una y otra vez (destriangulación, exploración sobre la existencia o no de abusos, formación en habilidades sociales y medicación), aun cuando había evidencia de que el problema no estaba cambiando. Aunque las terapias parecían diferentes (de grupo, individual, psicofarmacológica), todas partían del supuesto de que Molly sufría un trastorno y se podía hacer algo para aliviar el problema. Además, dentro del rol de expertos de los terapeutas se encontraba la misma asunción: convenía hacer más de lo mismo. Se reunían, evaluaban a Molly y determinaban tanto el diagnóstico como la intervención. Se pretendía que ella estuviese fuera de la toma de decisiones y, al mismo tiempo, se mostrase dispuesta a participar en el proceso terapéutico.

Este último punto nos habla de la cuarta vía hacia la imposibilidad: la falta de atención con respecto a la motivación del cliente. Los objetivos y tareas seleccionados para el tratamiento de Molly no reflejaban su aportación. Los clínicos omitieron preguntar a Molly por sus ideas acerca de sus problemas y las posibles soluciones. Lo que la pequeña pensaba o quería tenía muy poca influencia en sus deliberaciones. Más tarde supimos que Molly en realidad «se resistió» a ser cambiada. Sentía que no le permitían conservar su orgullo; para acatar las órdenes tenía que desprestigiarse demasiado. Volveremos sobre el caso de Molly en el capítulo 2.

Una vez más, visto el desarrollo de la imposibilidad, podemos caer en la tentación de criticar a los terapeutas. Si hubiesen seguido este o aquel camino todo habría salido bien y se habría evitado la imposibilidad. Pero ése no es el propósito de este libro. Sabemos muy bien que las vías hacia la imposibilidad que hemos descrito son fáciles de seguir (las hemos confirmado muchas veces con nuestros propios clientes) y por eso nos centraremos en averiguar qué podemos hacer para corregir o prevenir la evolución de la imposibilidad.

El tratamiento eficiente

La búsqueda actual de la eficiencia queda muy bien reflejada en la multitud de bibliografía que existe en la actualidad sobre lo que se ha dado en llamar la *terapia breve*. Los datos son difíciles de ignorar: existen ya muchas comparaciones entre las terapias a corto y a largo plazo, muchos clientes ya esperan una terapia que dure de seis a veinte sesiones y se da una mayor proporción de cambio en períodos que van de seis a ocho sesiones (Budman y Gurman, 1988; Koss y Shiang, 1994). Para nosotros, las terapias breves ponen de manifiesto una gran eficiencia en la práctica clínica y logran unos resultados muy satisfactorios con la menor cantidad de sesiones posible.

BREVE FRENTE A EFICIENTE

Aunque el término «breve» está de moda, nosotros preferimos trabajar en el contexto de la palabra «eficiente» por tres razones. Primero, porque una de las primeras afirmaciones que se hace de la terapia breve es que, de hecho, es más breve. Los que abogan por la terapia breve afirman que su enfoque ayuda a los clientes a pasar menos tiempo resolviendo dificultades que los otros, es decir, que los enfoques «no breves» o tradicionales. Con respecto a la duración del tratamiento, sin embargo, la literatura muestra que toda terapia es relativamente corta en cuanto a su duración. Es cierto: los datos recogidos durante los últimos cincuenta años muestran que el cliente medio acude sólo a unas cuantas sesiones, independientemente del modelo empleado (Garfield, 1978; Koss y Butcher, 1986; Miller, 1994). En un caso particular, Garfield (1989) investigó la duración de un tratamiento de psicoterapia psicodinámica en la Veteran's Administration en 1949 y halló que el cliente medio sólo acudía a seis sesiones.

La terapia es por lo general breve, independientemente del modelo de tratamiento empleado. La palabra «breve», por lo tan-

to, no dice nada acerca de la efectividad del tratamiento, sólo habla de la duración, y ya hemos visto que se trata de un fenómeno compartido por todos los enfoques. Una terapia eficiente se caracteriza por su brevedad y su efectividad.

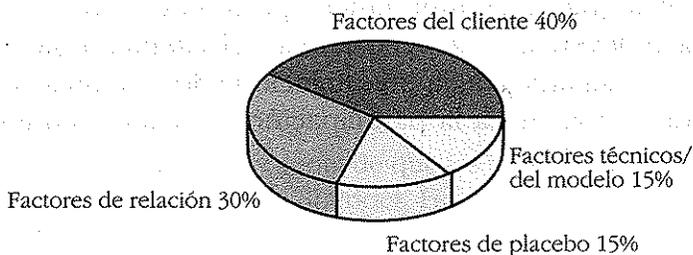
En segundo lugar, «breve» se usa muchas veces para racionalizar un número de sesiones fijado con antelación por el terapeuta o por el centro en el que trabaja. Es interesante observar que cuando los terapeutas intentan poner límite al número de sesiones del cliente con antelación, el tratamiento resulta ser más largo que cuando no se ponen límites (Orlinsky y otros, 1994). Nosotros estamos del lado de las terapias breves, pero nos comprometemos más con el ideal de conseguir un resultado satisfactorio, tal y como éste es definido por el cliente, que con el menor número de sesiones. Esto puede ocurrir en dos sesiones o en veinte. La terapia eficiente, creemos, tiene lugar como consecuencia natural de aceptar el marco de referencia del cliente como teoría para la intervención.

Finalmente, algunas personas entienden que «breve» implica que la terapia es «de primeros auxilios», que no ataca el problema en profundidad. Como demostrarán los resultados de cuatro de nuestros clientes, en un tratamiento eficiente el tiempo tiene poca correlación con la profundidad de la intervención o la calidad de los resultados.

EFECTIVIDAD

Mientras la bibliografía de investigación sobre la terapia breve habla con optimismo de los beneficios de los enfoques de corta duración, aquella cuyo objetivo son los resultados se centra en la efectividad del tratamiento y en sus contribuciones al éxito terapéutico. Una revisión de la bibliografía existente sobre los resultados (Lambert, Shapiro y Bergin, 1986; Miller y otros, 1997), tal y como muestra el gráfico, sugiere que el 30% de los cambios observados responden a los factores comunes (de relación). Los

factores comunes son las similitudes que existen entre las distintas terapias independientemente de su orientación teórica. Los aspectos técnicos, específicos de cada orientación, son responsables del 15% de los resultados positivos. El mismo porcentaje de éxito se debe a factores de placebo/expectativas (mejora producida como resultado de que el cliente se sabe bajo tratamiento).



Fuente: Lambert, 1992.

FIGURA 1. El cambio en la terapia.
Factores que influyen en un resultado satisfactorio

Un 40% de los resultados positivos depende de las variables extraterapéuticas (del cliente), factores que forman parte del cliente y de su ambiente y que contribuyen al cambio independientemente de la participación del cliente en la terapia (Lambert, 1992).

Aunque en un principio nos fue difícil reconocer que la efectividad tenía poco que ver con el ingenio de la teoría o las maravillas de la técnica, finalmente aceptamos los datos que demostraban que la contribución del cliente constituye el aporte más significativo al éxito terapéutico, seguido de ciertos factores comunes (Miller y otros, 1997). Nuestras teorías favoritas resultaron ser menos significativas para el proceso de cambio de lo que nos habían hecho creer. Una conclusión cínica que quizá se pueda extraer ante esta evidencia empírica de que los modelos terapéuticos sólo influyen de manera modesta en el resultado, es que un buen marketing puede llegar a superar unos datos

malos. El bombo publicitario de lo nuevo, mejorado o simplemente diferente oscurece desafortunadamente lo que ya existe y que, por cierto, suele ser mucho más consecuente con la manera en que la gente cambia en el transcurso de la terapia (Miller y otros, 1996).

Por lo tanto, nuestra idea de tratamiento eficiente combina el valor de la brevedad y el deseo de efectividad. La terapia eficiente es la que quita importancia, pero no elimina, a la teoría para dar relevancia a la perspectiva del cliente, aplica activamente los resultados de la investigación y los factores curativos conocidos y maximiza la participación del cliente en todas las fases del tratamiento.

El cliente como veterano

Trabajar con casos imposibles o con sujetos que han pasado por tratamientos sin conseguir resultados satisfactorios puede relacionarse con muchos *descriptores*, como normalmente sucede, pero nosotros preferimos referirnos a esos sujetos que han seguido una terapia y por cualquier razón no han tenido éxito como *veteranos*. Son veteranos en la lucha por una vida mejor. Nos muestran las cicatrices de esa batalla por el cambio de diferentes maneras, desde la desesperanza a la hostilidad con relación al tratamiento. Desafortunadamente, esos veteranos de la tristeza han sido frecuentemente maltratados por el sistema sanitario y perciben a los terapeutas como personas que no tienen en cuenta sus deseos, no dan crédito a su malestar e incluso no se creen sus desgraciadas historias. Como los veteranos de las contiendas militares, están cansados de tanta batalla, se muestran muy cautelosos y, con bastante frecuencia, están malhumorados. También, como los ex combatientes, tienen muchas historias que contar.

Este libro trata de sus historias de tragedia y triunfo. Son ellos y no los terapeutas los protagonistas de dramas auténticos.

Nosotros sólo desempeñamos papeles secundarios. Este libro no se inventa historias acerca de conquistas clínicas basadas en la sabiduría teórica o en la pericia técnica del terapeuta; nuestro volumen no le convertirá en un terapeuta más inteligente en ese sentido.

De Shazer describe contundentemente la desafortunada tendencia que tienen los terapeutas a glorificar su contribución al éxito (excluyendo así al cliente) comparando los relatos de los éxitos mágicos de Erickson con los poderes de ficción de Sherlock Holmes:

Entonces caí en la cuenta de que las historias de Erickson, el inteligente, como las de Sherlock Holmes, en realidad dejaban de lado al resto de los personajes, particularmente a los clientes. A veces, se olvida que esos otros personajes, como el inspector Lestrade, son muy importantes para la historia, no sólo figuras de recortable. En el caso de Erickson no tenemos ni idea de cuál ha sido su contribución al logro terapéutico [...] la terapia inteligente exige que clientes y terapeutas trabajen juntos de manera inteligente (1994, págs. 33-34).

Para que la historia del cliente sea siempre la auténtica protagonista de nuestros relatos, insertaremos, siempre que sea posible, sus propias palabras, incluida su valoración sobre lo que le resultó o no de ayuda. Uno de nuestros cuatro objetivos explícitos es respetar e ilustrar la contribución del cliente en el resultado positivo de la terapia.

Las características de los veteranos cuyos tratamientos expone este libro justifican algunos comentarios adicionales. Todos los casos tratados fueron diagnosticados por anteriores terapeutas y nosotros respetamos tales diagnósticos. Nuestro trabajo con estos veteranos se centró en encontrar nuevas vías de tratamiento, y por eso no hemos querido hacer demasiado hincapié en el diagnóstico diferencial. Podríamos habernos visto tentados de criticar la perspicacia diagnóstica de esos clínicos, pero para no

sotros los casos que exponemos representan, sobre todo, el fracaso del proceso terapéutico y la exasperación de los anteriores terapeutas.

Todos los casos expuestos en este libro son reales. Sólo hemos alterado algunos nombres y cierta información que podría contribuir a identificar a sus protagonistas. Los diálogos proceden de transcripciones literales tomadas de sesiones grabadas en vídeo. Por supuesto, las hemos condensado por cuestiones de espacio y claridad, pero no se han cambiado las palabras del cliente ni del terapeuta.

Los pasajes incluidos ilustran los puntos principales sobre los que trata este libro. No intentan representar todo lo que sucedió durante el tratamiento. Los clínicos experimentados saben que la terapia no es siempre estimulante o productiva. No es nuestra intención presentarla así. Lo que mostramos sucedió tal como se lee, aunque se debe tener en cuenta que también ocurrieron otras cosas, tales como conversaciones irrelevantes, preguntas y comentarios del terapeuta que no condujeron a nada y discusiones que sólo se pueden describir como poco relevantes.

Finalmente, si los casos parecen ajustarse a nuestro enfoque perfectamente, es porque nuestro estilo y método emergieron de ellos; nuestra experiencia clínica conformó nuestro enfoque, no al revés.

Cambiar las normas: de la imposibilidad a la impracticabilidad

Nos gustaría que el lector considerase la posibilidad de tratar al veterano de la terapia permitiendo que su marco de referencia (el del cliente) guíe nuestras acciones. Dentro del cliente hay una teoría del cambio que espera ser descubierta, un marco de referencia para la intervención que puede ser utilizado de forma que obtengamos un resultado satisfactorio. Cada cliente se presenta ante el terapeuta con una nueva teoría, con un nuevo lenguaje

que éste debe aprender y practicar, con nuevas aplicaciones de intervención. La psicoterapia es, entonces, una síntesis única de ideas que produce, una y otra vez, nuevas teorías con validez explicativa y predictiva para las circunstancias específicas del cliente. Este libro enseña cómo aprender de la teoría del cambio del cliente, cómo acomodar la terapia a esa teoría como vía de escape de la imposibilidad. Creemos que tal dirección cambia las situaciones imposibles y las convierte en impracticables.

Al reivindicar este estilo centrado en el cliente, no estamos condenando ninguna teoría ni intentamos lanzar dardos envenenados contra aquellos enfoques que planteen métodos particulares de tratamiento para casos difíciles. Esos enfoques se han ganado su crédito y han encontrado un lugar en el repertorio del clínico bien informado. Recuerde que nosotros afirmamos que no es la teoría, ni el terapeuta, ni el cliente quienes crean la imposibilidad, sino ciertos caminos que conviene dejar de lado. No es nuestra intención ganarnos adversarios para reforzar nuestro enfoque a expensas de una crítica sesgada y simplificada en exceso de enfoques basados más bien en la teoría. Sí es nuestra intención, sin embargo, contrastar un punto de vista tradicionalmente dirigido por la teoría con el enfoque que presentamos aquí. Que sea el lector quien saque sus propias conclusiones acerca de las ventajas y desventajas de ambos enfoques.

Cómo está organizado este libro

Este libro intenta poner de actualidad la idea poco convencional de tomar el marco de referencia del cliente como teoría del cambio. Se trata, pues, de aprender y aplicar ese marco intencionalmente para construir la mejor oportunidad posible de obtener un resultado positivo. Hemos creído que tal punto de vista resultaría más interesante e influyente si usáramos aquellos casos que ponen a prueba a los clínicos o los que sencillamente se consideran intratables. Sin embargo, deseamos aclarar que la

imposibilidad no es ningún requisito para considerar que la visión del mundo del cliente es superior a la nuestra. En el capítulo 2 ofrecemos un argumento convincente a favor de un enfoque terapéutico que reste protagonismo a la teoría y busque deliberadamente el aprovechamiento de las poderosas fuerzas productoras de cambio que contiene la percepción del cliente de la alianza terapeuta/cliente. El capítulo 2 también define la *acomodación* como el principal estilo de este enfoque. El capítulo 3 presenta los principios generales susceptibles de utilizarse en esos casos que nos producen escalofríos y proporciona los pasos pragmáticos para evitar caer en la práctica que hemos descrito en el capítulo 1. Los capítulos 4 y 5 describen un formato para aproximarse a la imposibilidad y detallan la metodología específica para elevar el marco de referencia del cliente a una posición en la que sirva de guía para la acción terapéutica. En los siguientes capítulos, presentaremos a un destacado grupo de veteranos de la terapia. Los capítulos 6, 7 y 8 incluyen tres casos imposibles (trastorno de identidad disociativa [personalidad múltiple], trastorno delirante [paranoia] y trastorno de personalidad límite). Para proporcionar al lector un punto de vista alternativo, cada capítulo se acompaña de una muestra de lo que la terapia convencional diría acerca del caso y el tipo de tratamiento que propondría. Después, para comparar, presentamos nuestro propio tratamiento. El capítulo 9 resume nuestros principales puntos de vista a través de la presentación del «caso fallido» que nos enseñó más acerca de la imposibilidad. Ese mismo capítulo concluye nuestra exposición con una evaluación de los enfoques basados en la teoría frente a aquellos basados en el cliente.

CAPÍTULO 2

ACOMODAR LA TERAPIA AL MARCO DE REFERENCIA DEL CLIENTE: EL ARGUMENTO EMPÍRICO

Hasta que los leones tengan sus propios historiadores, los cuentos sobre la caza glorificarán siempre al cazador.

PROVERBIO AFRICANO

Como clínicos, nos vemos regularmente bombardeados por folletos de talleres y conferencias, presentaciones de libros y otros ingenios del marketing sobre nuevas y diferentes técnicas y terapias. Su pretensión es ser el destinatario de nuestro presupuesto para formación continua. La mayor parte, sino todo, de lo que se vende está basado en la teoría, en una determinada técnica o en las habilidades de un terapeuta magistral. No es una crítica. Tan sólo intentamos poner de manifiesto que la mayor parte de lo que existe está basado en el marco de referencia del terapeuta. Se trata de un fenómeno curioso si tenemos en cuenta que ahora sabemos que otros aspectos de la psicoterapia son mucho más influyentes a la hora de determinar el éxito de la misma (Miller y otros, 1997).

Este capítulo quiere describir otro punto de vista: el del cliente. Vamos a presentar un argumento fruto de 40 años de investigación, así como los recientes hallazgos obtenidos con relación a la percepción del cliente de la alianza terapéutica. La literatura empírica pone el énfasis en determinados marcos de referencia teóricos y ofrece argumentos persuasivos para permitir al cliente dirigir el proceso terapéutico (Duncan y Moynihan, 1994). Este capítulo propone que el terapeuta acomode intencionalmente la terapia al marco de referencia del cliente para conseguir un propósito explícito: un resultado satisfactorio.

Nuestro ensayo empieza definiendo dos términos fundamentales: acomodación y marco de referencia.

Acomodarse al marco de referencia del cliente

DEFINICIONES

El *Webster's Collegiate Dictionary* (1993) define *acomodar* como: 1) ajustar, hacer congruente o disponible; 2) llegar a un acuerdo o acordar; 3) proporcionar algo necesitado, deseado o conveniente; 4) a: hacer sitio a algo, b: colocar algo con comodidad, sin inconvenientes; 5) permitir, considerar algo; 6) adaptarse.

La acomodación (el acto de acomodar) conlleva el proceso terapéutico de:

- hacer sitio a los recursos e ideas del cliente;
- proporcionar las condiciones necesarias para el cambio;
- responder con flexibilidad;
- adaptar o hacer que la terapia se ajuste a las ideas del cliente acerca de lo que puede ayudar;
- identificar al cliente como la parte más importante del proceso de cambio.

El cliente, entonces, es como un invitado a nuestra casa de terapia. Nosotros somos los amables anfitriones que hacemos todo lo posible para asegurarnos de que está cómodo, que sus necesidades especiales están atendidas, que respetamos su visión y que la visita será experimentada como positiva. Tal y como el anfitrión aloja a su invitado, el terapeuta concede toda la importancia al marco de referencia de éste.

El *marco de referencia* del cliente se caracteriza por 1) sus recursos y habilidades para resolver el problema que se le presenta dentro y fuera de la terapia, 2) sus percepciones y experiencia de la relación terapéutica y 3) sus percepciones y experiencia de

la demanda que presenta, sus causas y cómo la terapia puede dirigirse de la mejor manera posible para conseguir su objetivo. Nosotros llamamos a esto último la teoría del cambio del cliente.

Acomodarse a los recursos del cliente

Recuerde que los factores extraterapéuticos o del cliente explican el 40% del éxito de la terapia. Entre los factores del cliente se incluyen sus puntos fuertes personales, sus capacidades innatas para crecer y sus habilidades para conseguir el apoyo y la ayuda de los demás. También se incluyen en esta lista los sucesos fortuitos que ocurren fuera de la terapia y que los clientes pueden entender como oportunidades para el cambio. Los factores del cliente son de gran importancia para un resultado satisfactorio, independientemente de la orientación teórica del terapeuta o del diagnóstico del cliente.

En el mejor de los casos, la intervención crea un contexto ideal para que el cliente exprese sus recursos. Acomodarse a los recursos del cliente significa destacar sus fuerzas y habilidades por encima de sus déficit y debilidades. Parte de ello se traduce en descubrir la respuesta o solución del cliente a la situación que precipitó la terapia.

En el capítulo 1 presentamos el caso de Molly.¹ Se trata de una niña de 10 años de edad que sufre pesadillas y que no pue-

1. El caso de Molly ha generado cierta controversia. Los que han visto la cinta de vídeo en alguno de nuestros talleres se han visto conmovidos por el valor y la capacidad de introspección de la pequeña. Su visión de lo que es útil en terapia y su incisivo examen de los anteriores tratamientos constituyen una auténtica maravilla. Sin embargo, algunos especialistas que leyeron el caso antes de su publicación lo han criticado severamente calificándolo de poco representativo, ingenuo y excesivamente simple. La sencilla solución de Molly a su problema es quizá demasiado incongruente con la presunta complejidad del caso, y para muchos es una razón suficiente para deslegitimar el resultado. Esto es precisamente lo que queríamos poner de relieve al

de dormir en su propia habitación. Antes de que fuera derivada a nosotros, Molly visitó a dos terapeutas, tanto en terapia de grupo como individual, y se le recetaron antidepresivos. Molly recorrió los cuatro senderos que llevan a la imposibilidad.

El caso de Molly proporciona un apoyo muy poderoso a los datos empíricos que subrayan la espectacular importancia del cliente o lo que éste ya posee para la solución de su trastorno. Su caso ilustra que para ser eficaz con casos imposibles se requiere que el terapeuta permita que los recursos y soluciones del cliente ocupen el primer plano de la escena terapéutica. En la primera sesión con Molly, le preguntamos qué creía que resultaría de ayuda para resolver «sus pesadillas y ayudarla a dormir en su cama». En verdad, Molly se quedó asombrada de que por fin alguien le pidiese su opinión. Luego sugirió que podría montar una barricada en su cama con almohadas y animales de peluche.

En la segunda sesión, explicó que su plan estaba dando frutos y la terapia finalizó poco después. Como ilustra Molly, un tratamiento eficiente necesita extraer del cliente aquellas fuerzas, recursos y atributos positivos que resolverán el problema que se presenta. El terapeuta deja espacio y da la máxima consideración a lo que el cliente cree que es el factor más importante a la hora de conseguir el resultado deseado.

decir que el proceso de sanación impone unos obstáculos inherentes a él en aquellos casos que no responden a las intervenciones tradicionales. Cuando sorteamos esos caminos, a veces aparece una solución de lo más sencilla. Un especialista prominente se ofendió ante nuestra «adhesión a la niña como si ella fuese incuestionablemente a decir la verdad absoluta», y se «avergonzaba» de nuestra «completa adopción de su punto de vista». Finalmente, nos criticó porque «nos enamoramos de ella». Ciertamente, nos confesamos culpables de los tres cargos, pero tenemos que añadir que, para nosotros, esas críticas constituyen nuestras mayores virtudes a la hora de enfrentarnos a casos imposibles.

ACOMODAR EN VEZ DE UTILIZAR

Nosotros preferimos la connotación de la palabra «acomodar» a la de «utilizar». Milton Erickson fue el primero en usar el término «utilización» como manera de «explorar la individualidad de un paciente para establecer de qué aprendizajes, experiencias y habilidades mentales se dispone para manejar un problema y después utilizar esas respuestas internas y personales para conseguir objetivos terapéuticos» (Erickson y Rossi, 1979, pág. 1). Quizá nos mostramos demasiado sensibles ante la idea de que la habilidad del terapeuta es la que hace posible los éxitos terapéuticos, pero el término «utilización» parece destacar la capacidad del terapeuta para usar las habilidades del cliente, en vez de centrar la atención en dichas habilidades. Nosotros preferimos la visión de que la terapia crea un espacio para que el cliente consiga sus propios objetivos terapéuticos y el terapeuta no es más que un recurso que el cliente utiliza en su propio proceso de cambio (Bohart y Tallman, 1996; Greening, 1996).

MOLLY O CÓMO HACER SENCILLO LO IMPOSIBLE

Los pasajes que siguen han sido extraídos de la tercera sesión. Reflejan las observaciones de Molly (*motu proprio*) acerca de sus anteriores tratamientos terapéuticos: lo que le ayudó y lo que no le ayudó.

T: Bueno, ¿cómo va?

M: Bien. Estoy durmiendo en mi habitación. He estado en mi propia habitación desde que le hablé de ello.

T: ¡Eso es genial! ¡Maravilloso! Estoy impresionado.

M: Los psiquiatras [terapeutas] no entienden... que una [cliente] también tiene soluciones para uno mismo, pero dicen «Intentemos esto o lo otro», y eso no ayuda, ¿sabe? Una piensa entonces: «No quiero hacer eso». Usted me preguntó qué quería ha-

cer con mi habitación, para volver a mi habitación. Así que *lo que digo a todos los psiquiatras es que tenemos respuestas, sólo necesitamos que alguien nos ayude a traerlas a nuestra cabeza*. Es como si estuviesen [las soluciones] encerradas en un altillo o algo así. Es mucho mejor preguntar a una persona qué quiere hacer y que ella nos diga lo que cree que puede ser de ayuda. Lo que pasa es que ella no sabe si eso puede ayudar y por eso no lo quiere intentar.

Molly recomienda repetidamente que se les pregunte a los clientes acerca de sus ideas y que después se les hagan sugerencias que se ajusten a ello. La niña habla ahora acerca de lo que supuso para ella encontrar su propia solución al problema de dormir.

M: Me siento mucho mejor ahora que he encontrado la solución. Lo hice y estoy orgullosa de mí misma. Si usted me lo hubiese dicho no estaría tan orgullosa: «Qué tal si construyes una barricada con almohadas. Quizás eso funcione». No me hubiese sentido como ahora, así que básicamente lo que estoy diciendo es que *una no disfruta tanto haciendo algo que le han dicho que haga; una prefiere estar orgullosa*.

Molly encontró su propia solución y eso elevó su autoestima. Cuando se le dio la oportunidad, demostró tener una gran inventiva. Cuando se le dio espacio, aparecieron sus recursos. Su «barricada de almohadas» funcionó y pudo dormir en su habitación sin pesadillas. Después, sus otras quejas se resolvieron en poco tiempo.

En el caso de Molly, en cuanto se dio relevancia a sus ideas y recursos, en cuanto fue considerada como una importante participante en la terapia, su problema cesó. No pretendemos condenar a los anteriores terapeutas, ni tener soluciones mágicas, y tampoco queremos decir con ello que todos los casos van a seguir esos derroteros. Simplemente, exponemos esta historia como ejemplo de acomodación a los recursos del cliente.

Además de preguntarle directamente acerca de sus ideas, los recursos del cliente también pueden salir a la luz investigando las excepciones al problema y los cambios espontáneos surgidos antes del tratamiento. Hablaremos de ello en el capítulo 4. Baste concluir aquí con que las habilidades del cliente constituyen el recurso más potente de que dispone un terapeuta.

Acomodar la relación terapéutica

Los factores de relación (o comunes) han sido conceptualizados de muchas maneras. Lambert y Bergin (1994) incluyen la empatía, la calidez, la aceptación y la voluntad de correr riesgos. Ellos sugieren que la mayor parte del éxito que obtiene una intervención puede ser atribuido a esos factores. Los clientes atribuyen en gran parte su éxito a la relación que se establece con el terapeuta. No es una coincidencia que esas cualidades aparezcan en muchos de los estudios, aunque lleven otros nombres: La calidad de la relación contribuye de una manera importantísima al progreso terapéutico. Su significación trasciende los modelos más respetados y cualquier técnica validada por la investigación.

Recuerde que esos factores comunes contribuyen en un 30% al éxito de los resultados, mientras que la orientación específica procedente de la técnica sólo explica un 15% de la variancia. La bibliografía sobre los resultados ofrece la noción de que cualquier enfoque teórico contiene una validez inherente o invariable, y de ella se vale el terapeuta para mantener posiciones de autoridad sobre el cliente.

Por otro lado, la *equivalencia de resultados* hallada en la investigación pone en jaque la noción de devoción por un modelo determinado y destaca la importancia de la relación. A pesar de los esfuerzos hercúleos realizados por parte de seguidores leales, no se ha demostrado la superioridad de un enfoque sobre otro. La equivalencia de resultados ha sido documentada en varios estudios (Bergin y Lambert, 1978; Luborsky, Singer y Luborsky,

1975; Orlinsky y Howard, 1986; Sloane, Staples, Cristol, Yorkston y Whipple, 1975; Smith, Glass y Miller, 1980) y más recientemente en el estudio NIMH de la depresión (Elkin y otros, 1989). La imposibilidad de encontrar resultados diferentes comparando terapias que usan técnicas divergentes apoya la importancia de los factores comunes en la obtención de resultados positivos (Arkowitz, 1992; Lambert, 1992) y suscita serias dudas acerca de la conveniencia de adherirse con lealtad a cualquier enfoque.

Otra afrenta al marco de referencia del terapeuta la proporciona la investigación que demuestra que las percepciones del cliente (no del terapeuta) sobre la relación son los mejores predictores de mejoría (Gurman, 1977; Horowitz, Marmar, Weiss, DeWitt y Rosenbaum, 1984; Lafferty, Beutler y Crago, 1989). Más recientemente, la relación ha sido estudiada en términos de *alianza* terapéutica, lo cual incluye tanto a los terapeutas como las contribuciones del propio cliente y enfatiza la colaboración para conseguir los objetivos de la terapia (Marmar, Horowitz, Weiss y Marziali, 1986).

Resaltando algunos hallazgos previos con relación a las percepciones del cliente sobre las relaciones, Bachelor (1991) encontró que las percepciones de la *alianza* por parte del cliente arrojaban mejores predicciones de los resultados que las de los terapeutas, y que desde el punto de vista del cliente los factores más importantes de éxito son la calidez mostrada por parte del terapeuta, la ayuda, el interés, la implicación emocional y los esfuerzos por explorar material relevante para el cliente.

Considérense las siguientes afirmaciones de Molly con respecto a la importancia de las percepciones del cliente de la relación/*alianza* para obtener un resultado positivo. En el siguiente pasaje, Molly comenta que, en el pasado, sus ideas fueron dejadas de lado:

M: Mis otros terapeutas nunca me preguntaron qué temas prefería trabajar. Me hacían preguntas sobre cosas de las que no quería hablar. ¿Debería estar diciéndole esto a usted [terapeuta]?

T: [Ríe].

M: Quiero decir que usted no está aquí para contarme mi vida o algo así. Yo debería venir y decirle a la persona: «Esto es lo que sucede con esta situación» y ellos [los terapeutas] contestar: «Tu mamá nos ha dicho que tú haces esto y lo otro» y también aquello de «¿Cuándo empezó a tener problemas con esto?» [el terapeuta ríe]. Una tiene que venir y hablar, sacar los problemas y trabajar sobre ellos. En vez de que él o ella [el terapeuta] te diga lo que él piensa que te ha pasado: «Tu papá ha hecho esto, tu abuelo esto otro»; eso no ayuda porque tú estás ahí sentada pensando «vaya, vaya» y ésa es la razón por la que odiaba ir a terapia. Nunca me ayudó. Ella [la terapeuta] se sentaba y empezaba a hablar. [Imita la postura y la mirada altiva de la terapeuta.] Y hablaba toda la hora y ¡yo no podía ni decir palabra!

T: Ciertamente no ayudaba mucho a lo que a ti te interesaba, es decir, a dormir en tu habitación.

M: Simplemente ignoraba que yo dormía en la habitación de mi madre... ¡Es como si [los terapeutas] pensasen que son todopoderosos o algo! [Ambos ríen.]

T: Eso es algo que me pone de los nervios acerca de los terapeutas; a veces piensan que son todopoderosos con sus clientes.

M: Que son como Dios. [Molly canta como si estuviera en un coro].

T: Vale [ríe]. ¡Estoy totalmente de acuerdo, Molly! ¿Sabes?, pensamos muy parecido.

M: Es como decir: espera un poco, yo soy alguien. Y usted se ríe cuando intento decir algo gracioso, pero mi antigua terapeuta, siempre que intentaba decir algo sobre cualquier tema, se enfadaba. Es como: ¡oye, yo también tengo una opinión sobre esto!

T: No te tomaba en serio.

M: ¡No!

Al leer este diálogo, recuerde el lector que ésta es la misma niña que acudió a un grupo de habilidades sociales y que ¡fue tratada individualmente durante un año! No pretendemos criti-

car a los anteriores terapeutas, sino enfatizar la importancia de las vías que conducen hacia la imposibilidad.

Molly deja claro que se sentía ignorada, que no se la tenía en cuenta. No se trataban los temas que para ella eran importantes. Lo que valoraba. Dada la importancia de las percepciones del cliente sobre la terapia, no es difícil ver por qué Molly no tuvo una experiencia positiva con ese tratamiento. Es posible que la corta edad de Molly fuese una de las razones para ignorar sus opiniones, pero creemos que sucede lo mismo con los pacientes adultos.

Acomodar la relación terapéutica significa hacer que el cliente se sienta cómodo, atender a sus deseos e intentar que la relación se ajuste a la percepción del cliente de empatía, calidez, etc. (Miller y otros, 1997). La acomodación implica que el terapeuta supervise la respuesta del cliente al proceso y que se ajuste la terapia a las expectativas del cliente. Por ejemplo, en un estudio sobre la percepción del cliente de la empatía, Bachelor (1988) encontró que el 44% de los clientes percibían que la empatía de su terapeuta era cognitiva; el 30%, afectiva; el 18%, participativa (de compartir); y el 7%, educativa. La empatía significa cosas diferentes para cada cliente y los terapeutas deben acomodar su enfoque a lo que éste entiende por una relación útil.

EL CASO DE BARB

Cuarenta años de investigación indican que las percepciones del cliente sobre el proceso terapéutico son un factor muy importante para el éxito del mismo. Sin embargo, los factores de relación y las percepciones del cliente sobre la conducta del terapeuta no suelen ser tan interesantes como las últimas técnicas terapéuticas y, consecuentemente, se dejan de lado. Atendamos a la historia de Barb.

Barb fue diagnosticada de trastorno de personalidad límite y enviada a nuestra consulta porque no estaba contenta con sus

terapeutas. La historia de Barb era una auténtica tragedia. De pequeña su padre y su hermana murieron en un terrible accidente, ella sufrió varios episodios de abuso sexual y creció sin padres porque su madre se derrumbó tras la desgracia. Barb tomaba antidepresivos, frecuentemente ingresaba en un hospital por conducta suicida y tenía la costumbre de llamar una y otra vez a su terapeuta. Los profesionales que la trataron anteriormente manejaron la situación poniéndole límites claros, aunque algunos sentían bastante frustración al respecto.

El nuevo terapeuta respondió a las llamadas permitiendo que se desarrollase una buena relación, lo que nosotros llamamos una alianza terapéutica. Obviando el consejo de que hay que establecer límites claros con los pacientes que padecen un trastorno de personalidad límite, el terapeuta, mientras se hallaba de vacaciones, llamó a la cliente para ver cómo estaba. Barb se emocionó ante el interés mostrado por el terapeuta. Éste constituyó un punto de inflexión en la terapia. Barb abandonó las ideas suicidas, dejó de tomar la medicación y empezó a enfrentarse a varias áreas de su vida de una manera positiva. Seis meses después de terminar la terapia, la cliente escribió al terapeuta y le ofreció sus percepciones sobre la terapia y el interés mostrado por el terapeuta:

Quando pienso en la terapia y lo que echo de menos de ella, me imagino a mí misma en su despacho, diciéndole cosas y usted escuchando. ¡Y pienso en cuando me llamó estando de vacaciones! Debí perder mucho tiempo conduciendo hasta su despacho para obtener mi número de teléfono, porque yo no lo dejé en su contestador. Y siempre que le llamaba, usted me devolvía la llamada. No siempre me ayudaba, pero sabía *que usted estaba allí*. Y me di cuenta de que eso es lo que una niña pequeña desea de su papá, lo que yo había echado de menos toda mi vida y deseaba tanto. Finalmente, con 39 años de edad, alguien me lo dio [...]. Estoy muy feliz de que me enseñara qué es que le importes a alguien. Fue un regalo precioso que usted me hizo. Es irónico que usted me hiciese darme cuenta de lo mucho que Dios me quiere. Cuando me llamó ese fin de semana que

estaba de vacaciones, pensé: «Si un ser humano puede hacer eso por mí, entonces creo en lo que dice la Biblia» [...]. Así que gracias por amarme, porque eso es lo que usted hizo.

La verdad es que, aunque ya sabíamos que los factores de relación tenían una gran importancia, en este caso nos sorprendió que esas llamadas hubiesen resultado tan significativas. Al parecer la cliente usó la llamada del terapeuta como una oportunidad de cambio. Se pueden destacar muchos otros aspectos de este caso, pero lo esencial fue la interpretación que el cliente hizo de la relación. Nuestra experiencia, así como la literatura empírica, apoya esta conclusión. Los clientes que conceden mucha importancia a la alianza tienen más probabilidades de conseguir sus objetivos.

La importancia del cliente y de los factores comunes (en contraposición a la técnica), la superioridad de las percepciones de los clientes para predecir resultados (en contraposición a la del terapeuta) y la equivalencia de resultados entre las diferentes escuelas de psicoterapia nos ofrecen persuasivos argumentos a favor de prestar una mayor atención a la experiencia que tiene el cliente del progreso terapéutico. Para nosotros, el hecho de entender la experiencia subjetiva y la representación fenomenológica del problema que presenta el cliente ofrece a la terapia otra vía de acomodación al marco de referencia de este último.

Acomodarse a la teoría del cambio del cliente

La dimensión final del marco de referencia del cliente abarca los pensamientos, creencias, actitudes y sentimientos del mismo acerca del problema o situación, sus causas y cómo la terapia puede alcanzar de la mejor manera posible los objetivos del tratamiento. Ésta es la teoría del cambio del cliente.

Esta perspectiva surge a partir del concepto de posición del MRI, es decir, las creencias, valores y actitudes del cliente que influyen específicamente en el problema y su participación en

la terapia (Fisch, Weakland y Segal, 1982). El enfoque del MRI, y específicamente el de John Weakland, proporciona una aplicación práctica de cómo tener en cuenta la visión del cliente (Hoyt, 1994).

La teoría del cambio del cliente contiene la mayor parte de los arreos de cualquier teoría psicológica, es decir, etiología, tratamiento y prognosis. Acomodarse a la teoría del cliente requiere que el terapeuta primero la aprenda y después la adopte como el mapa de cómo va a progresar la terapia. Acomodarse significa que todas las actividades e intervenciones del terapeuta sean congruentes con tal o cual teoría, a no ser que se pacte con el cliente que se le va a tratar desde un enfoque distinto de la teoría que él defiende.

Es necesario, al menos, contrastar la teoría del cliente con la orientación del tratamiento del terapeuta. Los enfoques fieles a determinadas teorías consisten en nociones generales acerca de la causa de los problemas (por ejemplo, los síntomas aparentes son manifestaciones de conflictos intrapsíquicos, los síntomas son mecanismos homeostáticos que regulan un subsistema disfuncional) o esquemas específicos predeterminados y explicativos (por ejemplo, un desarrollo psicosexual fijo, triangulación) que son aplicados a ciertos casos para resolver problemas (Held, 1986, 1991). Aquí, están implícitos una causa y un efecto o son especificados por los constructos teóricos de la teoría formal. Esos constructos proporcionan el contenido, y se convierten en explicaciones invariables de los problemas que traen los clientes a la terapia.

En los enfoques basados exclusivamente en la teoría, la orientación teórica del terapeuta es jerárquicamente superior al marco de referencia del cliente. La teoría formal estructura la definición del problema, así como los criterios de valoración de los resultados. Cuanto más basado en una teoría esté un enfoque, más orientados hacia dicha teoría estarán los objetivos.

El cliente llega con una demanda y el terapeuta adapta la queja, abierta o encubiertamente, al lenguaje de la teoría que defiende. La reformulación de la demanda por parte del terapeuta

en un contenido preconcebido hace que el tratamiento siga un camino que parte de la teoría formal.

Por el contrario, acomodarse al marco de referencia del cliente requiere que el centro de la conversación terapéutica parta de la teoría del cliente (Barbara Held llama a esto la teoría informal del cliente). Recordemos el estudio de Bachelor (1991), que subraya la importancia no sólo de las variables que aporta el terapeuta, sino también de sus esfuerzos por explorar el material que el cliente percibe como relevante. Los clientes quieren terapeutas que exploren sus teorías.

En vez de reformular la teoría del cliente en un lenguaje que siga la orientación del terapeuta, nosotros sugerimos que se haga exactamente lo opuesto; que los terapeutas situen las percepciones y experiencias del cliente por encima de las conceptualizaciones teóricas, permitiendo que el cliente dirija el camino terapéutico. Tal proceso, como mínimo, garantiza el establecimiento de una fuerte alianza.

La teoría del cliente y la alianza terapéutica

Acomodarse a la teoría del cliente parece, pues, un requisito esencial, dada la importancia de la percepción del cliente para la obtención de resultados satisfactorios (Bachelor, 1991; Gurman, 1997; Horowitz y otros, 1984) y el gran cuerpo de evidencia que demuestra que la alianza, evaluada por el cliente, el terapeuta y terceras personas, es el mejor predictor del resultado de la psicoterapia (Alexander y Luborsky, 1986; Marmar y otros, 1986).

Gaston (1990) resume la alianza en cuatro componentes: 1) la relación afectiva del cliente con el terapeuta; 2) la capacidad del cliente para trabajar de forma constructiva en la terapia, 3) la comprensión e implicación empática del terapeuta y 4) el acuerdo cliente-terapeuta sobre los objetivos y tareas de la terapia. Mientras el primero y el tercer componente reiteran la importancia de las variables de relación y las que aporta el terapeuta, la

participación del cliente y el acuerdo establecido sobre los objetivos y tareas se refiere a la congruencia que debe existir entre las creencias del cliente y el terapeuta sobre *cómo cambia la gente en la terapia* (Gaston, 1990).

El acomodarse a la teoría del cliente hace posible el establecimiento de una fuerte alianza, al promover que el terapeuta esté de acuerdo con las creencias del cliente acerca del cambio, así como los objetivos y tareas de la terapia. El terapeuta atiende a lo que el cliente considera importante, se dirige a lo que éste le indica como significativo y se acomoda a la intervención (dentro y fuera de la sesión) para conseguir los objetivos especificados por su paciente.

EL CASO DE MOLLY

Volviendo por última vez al caso de Molly, ella explica que cuando no se prestó atención a su manera de ver las cosas, el tratamiento no funcionó. Queda claro que las creencias de Molly y las de aquel primer terapeuta acerca de cómo cambia la gente en la terapia no eran congruentes.

T: Sabía que habías visto a otros terapeutas por el asunto de no poder dormir en tu habitación, pero...

M: No fueron de ayuda. No quería hacerlo. No eran mis ideas y no me parecían bien. Un terapeuta me dijo: «Intentemos esto durante cinco minutos, después intenta que sean diez minutos, después quince y, finalmente, toda la noche». Lo hice una vez y decidí: «¡Esto no me está ayudando!». Lo hice cinco minutos y me negué a hacerlo diez, quince o media hora. No quería hacerlo, así que básicamente lo ignoré.

Con la terapia de Molly, hicimos un esfuerzo deliberado por forjar una alianza. Molly se había convertido a la temprana edad de 10 años en una veterana de las terapias fracasadas, de la tristeza y de la lucha por el cambio. En una de las conversaciones

que mantuvimos, dejó claro que su objetivo era ser capaz de no dormir en la habitación de su madre y no tener pesadillas. Aceptamos su objetivo. De la misma forma, después aceptamos la solución que propuso. Como preveía la literatura, las intervenciones anteriores fueron un fracaso, ya que éstas no partieron de su iniciativa, sino que se trataba de propuestas unilaterales por parte del terapeuta. Sin embargo, su propia intervención sí funcionó y se pudo restaurar su orgullo.

Conclusión

Dejando aparte el atractivo intelectual de los diferentes modelos de psicoterapia, la seducción de las deslumbrantes técnicas que prometen curas mágicas y los carismáticos «maestros», la investigación sugiere que para obtener un resultado satisfactorio se ha de crear un espacio en el que los clientes usen sus recursos, acomodando la terapia a la visión del cliente de lo que resulta relevante en su caso y asegurándonos de que tenga una experiencia de alianza positiva. *Cada cliente, por lo tanto, se presenta ante el terapeuta con una nueva teoría para aprender y un curso terapéutico diferente que seguir.*

Influidos por cuatro décadas de investigación sobre resultados positivos y los recientes hallazgos relacionados con la alianza, proponemos acomodar el proceso terapéutico al marco de referencia del cliente y promocionar deliberadamente una psicoterapia basada en este último. Fortalecer los puntos fuertes del cliente y construir una sólida alianza no implica posturas pasivas por parte del terapeuta, sino que se requiere un esfuerzo activo para conducir la psicoterapia hacia el contexto del marco de referencia del cliente. La investigación sobre los resultados obtenidos en este sentido sugiere que la terapia se ha de centrar en la construcción de lo que el cliente cree que es satisfactorio (Duncan y Moynihan, 1994). Este libro aplica este hallazgo empírico a los casos imposibles.

SEGUNDA PARTE
MÉTODOS CLÍNICOS

que mi corazón esté siempre abierto a pequeños
pájaros que son los secretos del vivir
canten lo que canten es mejor que saber
y si los hombres no los oyen los hombres son viejos

que mi mente se pasee hambrienta por ahí
e intrépida y sedienta y flexible
y hasta si es domingo que pueda estar equivocado
pues siempre que los hombres tienen razón no son jóvenes

y que yo pueda no hacer nada provechosamente
y amarte a ti así más que verdaderamente
jamás ha habido un tonto tan grande que no acertara
a sacudirse todo el cielo sobre su cabeza con una sonrisa

E. E. CUMMINGS

CAPÍTULO 3

TRABAJAR CON LA IMPOSIBILIDAD: CONSIDERACIONES TERAPÉUTICAS

Investigar lo desconocido es ciertamente atrevido, pero mucho más lo es cuestionar lo conocido.

KASPAR

Los veteranos de las terapias fracasadas son bajas en el campo de batalla del sistema de la salud mental. No se les ha creído. Su malestar ha sido desacreditado. No porque los terapeutas sean intencionalmente insensibles, sino debido a los obstáculos que el proceso de asistencia puede introducir. Cuando el tratamiento no es efectivo, lo normal es que la carga del paciente aumente, porque se sugiere que el problema del paciente es caracterológico. La imposibilidad es, a veces, expresión de explicaciones en represalia de interacciones fallidas con los clientes.

El primer paso para crear un encuentro terapéutico adecuado con veteranos es asumir que, de alguna manera, la terapia ha fracasado a la hora de entenderles y satisfacerles. La terapia progresa cuando permitimos que las convenciones sobre psicopatología y la corrección teórica pasen a un segundo plano, mientras colocamos en la avanzadilla, potenciándolo, el marco de referencia del cliente.

Este capítulo presenta los principios generales para tratar casos imposibles que hacen referencia a las vías presentadas en el capítulo 1. Esos principios incluyen: tomarse el pulso, evitar el despliegue de atribuciones, cultivar una mente de principiante y preservar la dignidad (casi) a toda costa.

Tomarse el pulso

Cuánto dolor nos han costado los males que nunca llegaron a suceder.

THOMAS JEFFERSON

Las palabras poseen el poder de inducir reacciones emocionales intensas. El solo hecho de mencionar el nombre de una persona, por ejemplo, puede activar una experiencia de amor u odio, respeto o repulsa, goce o pena. Uno puede experimentar fácilmente la fuerza de las palabras si piensa en los siguientes ejemplos: George Washington, Benedict Arnold, Winston Churchill, Adolph Hitler.

En las profesiones relacionadas con la salud mental usamos otras palabras que, sin ser propiamente nombres, denominan condiciones clínicas, síntomas o demandas. Muchos de esos nombres tienen el poder de inducir fuertes emociones. «Esquizofrenia», por ejemplo, o el término *borderline* [personalidad límite], tan comúnmente usado, constituyen buenos ejemplos de ello. Para los profesionales, esos nombres suelen despertar aprensión, tensión y preocupación. También pueden provocar, como hemos explicado en el capítulo 1, la anticipación de la imposibilidad.

No es muy realista esperar que los terapeutas puedan (o deban) insensibilizarse ante las palabras y experiencias que provocan emociones. Pero sí existen determinadas acciones que se pueden adoptar para aplacar los aspectos más provocativos del diagnóstico, así como algunos de los materiales problemáticos que nos presentan los clientes. A la ejecución de estas acciones la llamamos *tomarse el pulso*.

El objetivo de tomarse el pulso es prepararse para resistir la ansiedad, la urgencia, el pesimismo y la sobreabundancia de responsabilidad. Esos estados de ánimo o expectativas contribuyen a la predicción o anticipación de la imposibilidad, una percep-

ción indeseada y corrosiva cuando se trabaja con un veterano de la terapia.

Aunque la expresión «tomarse el pulso» es una metáfora, nos sugiere qué podemos hacer en concreto al respecto. Los terapeutas pueden querer tomarse el pulso cuando uno de los cuatro jinetes del Apocalipsis de la imposibilidad hace su aparición (a saber, la ansiedad, la urgencia, el pesimismo y el exceso de responsabilidad). La idea es que siempre que aparezca una emoción negativa o la tentación de actuar precipitadamente, introduzcamos en nuestra práctica una pausa, un momento de reflexión. Si no olvidamos que la imposibilidad puede, en parte, estar provocada por nuestras propias actitudes e intervenciones, podremos preservar la serenidad. Pasar tanto tiempo como sea posible fuera de las profundidades de nuestro sistema límbico nos ayudará a nosotros y a nuestros clientes, y derrotará la presunción de imposibilidad.

Para aplicar el principio de tomarnos el pulso, no hay un método o técnica específico a seguir. Cada terapeuta es libre de desarrollar su repertorio para sacudirse las telarañas emocionales. Para desarrollarlo, sólo estamos limitados por nuestra creatividad y nuestro respeto por la experiencia del cliente.

Los pasos que podemos seguir para tomarnos el pulso pueden dividirse en tres grandes categorías: acciones para emprender con uno mismo, con los demás y con el cliente.

ACCIONES PARA EMPRENDER CON UNO MISMO

Joel Bergman, un reconocido psicoterapeuta de Nueva York, es también un habilidoso pianista. En sus talleres dice que cuando se encuentra con una terapia difícil, se sienta al piano que tiene en su consulta, enfrente del cliente. Entonces, empieza a tocar hasta que la perspicacia y la claridad vuelven a su mente.

Aunque Bergman ha cultivado un conocido gusto por la teatralidad y lo inesperado en su trabajo, sabe actuar sobre sí mis-

mo para mantener su capacidad terapéutica. Algunos terapeutas se han referido a ello como «centrarse». Sheldon Kopp (1977), el conocido terapeuta humanístico de Washington DC, describe el proceso con el título de su libro, *Back to One* («Volver a uno»).

Quizás el método más práctico, ya familiar entre la mayoría de los terapeutas, es practicar una variación de la relajación muscular profunda. Por supuesto, no se necesita seguir todo el protocolo de relajación progresiva; es suficiente con cruzar las piernas por la parte de los tobillos, tensar y destensar la musculatura y sentir la diferencia. Respirar con una determinada cadencia también puede resultar útil. Lo importante es conseguir reflexionar, rompiendo cualquier «trance» que pueda conducir a esa anticipación pesimista o ansiosa de la imposibilidad.

En los últimos años, los terapeutas de las tradiciones estructural, estratégica y orientada hacia las soluciones han popularizado la práctica de un receso durante la sesión para ganar distancia y perspectiva y pensar en alguna intervención o sugestión antes de proponérsela al paciente. Reconocer que no es conveniente hacer o decir algo en el impulso del momento les excusa temporalmente para revisar sus hallazgos, desarrollar una estrategia y darse «un respiro». A los clientes, generalmente, se les dice al inicio de la terapia que van a producirse tales recesos y, según nuestra experiencia, raramente los clientes hacen objeciones al respecto. Ese tiempo también puede ser útil para pedir al cliente que piense cuidadosamente sobre cómo ha ido la sesión y considere cuál será el siguiente paso para conseguir una mejora. No es sorprendente que después del tiempo muerto se despierte una expectativa entre clínico y cliente que confiere a ese momento una gran importancia.

Si no es factible tomarse ese receso y si la emoción del momento o la presión para actuar es demasiado grande, puede ganar tiempo diciéndole al cliente: «Por favor, deme un momento para considerar lo que me dice». Entonces, tómese unos minutos para serenarse. Si la pausa le hace sentirse incómodo, anote algunas observaciones, preguntas o sugerencias; eso le hará

sentir mejor. Los clientes, independientemente de la demanda o el nivel de organización del ego que presenten, suelen responder muy bien a las buenas maneras y aprecian los esfuerzos del terapeuta por entenderlos. Las intervenciones aceleradas provocadas por la ansiedad y la urgencia no suelen valer la pena.

Otro enfoque para actuar sobre uno mismo es mantenerse atento al proceso y el desarrollo de la sesión. Aquí, recordamos las palabras del filósofo Wittgenstein: «¡No pienses: mira!». La ansiedad y las demás experiencias perturbadoras pueden usarse como señales o claves para concentrarse en lo que está sucediendo en el encuentro con el cliente. Como indica la cita de Wittgenstein, pensar —especialmente en cosas alarmantes— interfiere en el hecho de observar y escuchar.

En vez de usar los propios sentidos para dejarse dominar por las emociones, lo que debemos hacer (para conseguir mejores resultados) es buscar lo que funciona. Por ejemplo, si nos sentamos más cerca del cliente o más lejos, ¿percibimos alguna diferencia? ¿Responde el cliente favorablemente a ciertas frases o palabras? ¿Usar el nombre de pila del cliente invita a una mayor cercanía o se experimenta como una descortesía (Everstine y Everstine, 1983)? ¿Son mejores las reflexiones que expresan que el terapeuta entiende cognitivamente al paciente o las que indican que entiende sus emociones?

Podemos comparar la terapia de casos imposibles con el hecho de cruzar un puente tejido con cuerdas en un bosque tropical. Puede parecer que nos hallamos muy cerca de cometer un fallo irreversible. Aunque lo que normalmente nos va a ayudar a tener éxito es tomarnos el tiempo necesario, mirar hacia dónde nos dirigimos, avanzar paso a paso y mantener siempre en mente cuál es el objetivo. En resumen, lo que nos dará la solución al problema es estar atento a aquello que facilita el progreso.

Una última recomendación para actuar sobre uno mismo es admitir que no se dispone de ninguna intervención. Si estamos estancados, ofuscados y no sabemos qué hacer acerca de una

demanda del cliente, es mejor afirmar: «No sé qué decirle» que intervenir sin ton ni son. Una vez más, ofrecer rápidas explicaciones preconcebidas, asignar tareas o actuar con una falsa seguridad nacida de la propia ansiedad puede conllevar el riesgo de hacernos fracasar con el veterano.

Es posible que la idea de ir despacio, sugerir cautela ante lo que parecen circunstancias insuperables, pueda parecer al principio que no ayuda al deseo central de aliviar el sufrimiento. Aun así, la calma puede ser contagiosa. Si decimos: «Vamos a hacer una valoración de este tiempo de diálogo»; «Ahora podemos establecer un ritmo razonable para el cambio»; o «Antes de actuar podemos pasar a considerar todo lo que sabemos de ti», podremos mantener el timón recto en la larga travesía hacia la salida de la tormenta.

ACCIONES PARA EMPRENDER CON LOS DEMÁS

Lo que parece un tormento si estamos solos, en compañía puede convertirse en una experiencia compartida, un baluarte frente a la ansiedad. A este respecto, hemos encontrado que tomarse el pulso puede hacerse más fácilmente en compañía de otros terapeutas de la misma orientación.

Un enfoque válido para superar la preocupación y la tendencia a la acción precipitada es llevar a cabo las terapias en equipo. En los últimos años ha habido una auténtica revolución en lo que respecta al uso de espejos con cristales que permiten la observación oculta. Si confiamos en los colegas de detrás del espejo o que observan la sesión a través de un monitor, podremos eliminar gran parte de la presión de una sesión controvertida. Uno conduce la terapia sabiendo que siempre nos puede llamar un miembro del equipo (o entrar en la sala) para darnos consejo sobre qué dirección debemos seguir.

Otra de las ventajas de trabajar con un equipo es la de tener acceso a ellos durante el receso. Si tomar un descanso para reflexionar por cuenta propia aporta numerosos beneficios, po-

der mantener un pequeño debate en equipo es mucho mejor. Se puede revisar el trabajo realizado hasta el momento, lo que ha funcionado y lo que no, y obtener ideas acerca de qué se debe sugerir al cliente. Por su parte, los clientes muchas veces responden muy positivamente a la idea de que trabaja con un equipo de psicoterapeutas, no con uno solo. A veces, oímos frases como: «Muy bien. Mi problema requiere muchos médicos», o «Cuantas más cabezas pensantes, mejor». Si el cliente alberga algún temor sobre el proceso de trabajo que sigue el equipo, se le puede dejar asistir a una de esas reuniones de grupo o incluso participar en ellas.

Aunque el trabajo en equipo no es una medida que deba usarse en toda ocasión, por su elevado coste, muchas veces resulta más efectiva a nivel económico que otras terapias con un solo terapeuta que no tienen límites de tiempo.

Si no se dispone de un equipo con el que trabajar en la propia consulta, el terapeuta puede consultar con un colega entre sesiones. «Quiero repasar lo que me ha contado hoy, pensar acerca de ello y comentarlo con otros colegas antes de seguir. Cuando nos veamos la próxima vez, le informaré de lo que hayamos hablado con todo detalle.»

Además de actuar como medida para aplacar la ansiedad del terapeuta, un equipo de tratamiento puede servir de alter ego o voz auxiliar para el terapeuta principal. Frecuentemente se ha dicho que uno no puede ser profeta en su tierra y algunos clientes pueden percibir que la opinión de nuestro colega tiene más credibilidad que la nuestra sólo porque lo dice otro experto. Pero quizá lo más importante es que el hecho de consultar con otros terapeutas da muestras de que nos interesa la otra persona; esto es, el terapeuta sabe cómo preguntar, recibir y utilizar recomendaciones de otros en beneficio del veterano. Es como decirle al cliente: «Me importa tanto su situación que buscaré lo que usted necesita donde sea».

Consultar a terceros también tiene el efecto de mostrar que no somos arrogantes. Quizá no haya nada peor para una terapia que

un terapeuta que insiste en una explicación o tratamiento que ya se ha revelado como ineficaz para el veterano. Si admitimos que necesitamos otra opinión o ideas adicionales, el cliente aprende un nuevo modelo de resolución de problemas más flexible.

ACCIONES PARA EMPRENDER CON EL CLIENTE

Como mencioné anteriormente, todos hemos oído de nuestros clientes imposibles que, en el pasado, un terapeuta rechazó sus ideas y opiniones o incluso que su demanda fue ignorada o filtrada a través de una actitud condescendiente. Por lo tanto, el simple acto de decirles: «Estoy confundido (preocupado, ansioso, desconcertado) sobre esto que me ha contado. ¿Me puede ayudar a entenderlo mejor?», para los clientes puede ser la primera vez que les invitan a coparticipar en su terapia.

Hace algún tiempo, uno de nosotros trabajaba con un grupo de internos en un centro donde, además de ofrecer terapia, se formaba a los estudiantes. La cliente no era ajena a la idea del suicidio. De hecho, había sido hospitalizada varias veces por intentos de suicidio y su continuo hablar sobre ese tema afectaba al grupo. Todos estaban preocupados por lo que pudiese hacer; tanto que empezaban a sentirse tan impotentes y deprimidos como la propia cliente. El problema se solventó cuando el terapeuta principal compartió con la cliente su aprensión (y la del grupo) ante su situación, preocupados porque temían decir o hacer algo (o no hacer o decir) que la pudiese llevar al suicidio. Después de oír la confesión del grupo, dijo que ella también estaba preocupada por el rol que desempeñaba el suicidio en su vida. En las últimas sesiones, empezó a dar los pasos necesarios para salir de la depresión y a amar un poco más su propia existencia. Lo que marcó la diferencia es que el equipo la trató de igual a igual, no como una muñeca de porcelana frágil cuya vida dependía de cualquier movimiento que se ejecutase.

Evitar el despliegue de atribuciones

Observa las cosas como son y no prestes atención a los demás.

HUANG PO

En el primer capítulo, avanzamos la idea de que la contra-transferencia de la teoría es una vía sólida y fiable hacia la imposibilidad. Las teorías, especialmente las que evocan ideas de patología, trastorno y disfunción, actúan como lentes poderosas que enfocan la atención del terapeuta. Curiosamente, aunque las disciplinas de la psiquiatría, la psicología y el trabajo social dicen promover la salud y la competencia, tradicionalmente han rendido culto a la incompetencia de sus clientes (Miller y otros, 1997). Con esto no pretendemos quitarle méritos a las profesiones relacionadas con la salud mental; simplemente hablamos de un hecho. Las teorías sobre la terapia son principalmente teorías sobre la psicopatología (véase Held, 1991).

A través del etiquetamiento diagnóstico, la contratransferencia de la teoría contribuye a lo que hemos denominado el *despliegue de atribuciones*. Esto significa que no importa lo decidido que esté el terapeuta a observar al cliente con objetividad, en un momento dado aplicará las características y cualidades que define la teoría con la que trabaja. Por ejemplo, si un clínico se suscribe al trabajo de Kohut, el cliente será visto como herido a nivel narcisista, necesitado de un «ambiente acogedor» y generador de «internalizaciones transmutadoras». El tratamiento será, ineludiblemente, prolongado, ya que el cliente necesitará una mejora pausada bajo las empáticas atenciones del psicoterapeuta. De manera similar, si un clínico está convencido de que los síntomas psicológicos son el resultado de desequilibrios químicos —excesos y carencias de ciertos neurotransmisores—, entonces la respuesta será la medicación. En ese caso, el cliente es un enfermo que no necesita implicarse activamente en su cura-

ción sino someterse a un régimen de pastillas. El cliente se convertirá en la desafortunada víctima de una biología descarriada.

Como sucede con la categorización diagnóstica, las teorías pueden inhibir el trabajo de la terapia. Las teorías no son sustitutas de la realidad. Son abreviaturas. Ciertamente, constituyen abstracciones que se usan para que la confusa información que nos proporciona el cliente tenga algún sentido. Las teorías son como mapas de carreteras, direcciones por donde marchar hacia un resultado satisfactorio.

Debido a que las teorías son abstracciones, su utilidad no está garantizada. Cuando la terapia va bien, hay una tendencia natural a decir que ésta se confirma. No obstante, cuando la teoría se tambalea, frecuentemente el terapeuta la mantiene a expensas del cliente. Y ahí es cuando se convierte en terreno abonado para el despliegue de atribuciones.

Usando el ejemplo del psicoanálisis tradicional, si la terapia no funciona, siempre se tenderá a creer que el cliente estaba peor de lo que pensábamos. No es que el método no se ajuste, sino que la personalidad del analizando puede ser demasiado primitiva para recibir la frustración inherente a la situación psicoanalítica: un escenario construido en parte sobre la interpretación de la transferencia, el desprendimiento emocional del psicoanalista y la adhesión entusiasta a un dogma teórico. No sorprende (sobre todo en el pasado) que cuando fallaba el psicoanálisis, se empezase a ver al paciente como un «esquizofrénico latente».

Para evitar la influencia del despliegue de atribuciones, podemos aplicar una regla pragmática a la teoría. Si la teoría promueve la mejora, ayuda a los clientes a conseguir sus objetivos terapéuticos y proporciona espacio para ser cuestionada, tanto por parte del terapeuta como del cliente, entonces úsela. Por otro lado, si la teoría afirma ser la única verdad, asigna un estereotipo a los clientes, éstos no sacan provecho de ella o sencillamente no funciona, entonces es mejor echarla por la borda. Con cerca de cuatrocientos teorías en el mercado de la psicote-

rapia, seguro que habrá alguna que resulte más aplicable a nuestro veterano.

Otro consejo para superar el despliegue de atribuciones es pensar que, a pesar de lo mal que se vea el caso, el cambio es inevitable. Si repasamos la historia de ciertos «trastornos incurables», llegaremos a la conclusión de que sí se da en ellos una cierta mejoría. Por ejemplo, los estudios a largo plazo con personas diagnosticadas de esquizofrenia muestran que el 50-60% vuelven a un estado normal o mejoran mucho a medida que se hacen mayores (Harding, Zubin y Strauss, 1987). Aparentemente, la asumida biología de la esquizofrenia no determina por completo el destino de los que la sufren.

Otra manera de defendernos de la contratransferencia de la teoría es tomar con reservas las notas e informes clínicos de los otros terapeutas. Es común encontrar en estos sujetos un abultado dossier de informes —notas, resultados de exámenes y pruebas— que atestiguan la condición de imposible del cliente. Es cierto que lo más responsable es pedir informes a cuantos profesionales hayan tratado al cliente, pero nadie dice que uno no pueda formarse una opinión de mano del cliente antes de leer todo ese material.

Cuando una terapia fracasa, el informe clínico suele contener las explicaciones más plausibles de tal resultado. Ni que decir tiene que tales explicaciones suelen exonerar al terapeuta y a su teoría preferida. En esos casos, no se va a ganar nada teniendo en cuenta ese abigarrado arsenal de atribuciones. Es mejor acercarse al cliente sin ideas preconcebidas, atentos a las nuevas oportunidades que se presenten.

Cultivar una mente de principiante

En la mente del principiante hay muchas posibilidades; pocas en la del experto.

SHUNRYU SUZUKI

La experiencia nos enseña que si nos encontramos con un gran animal que se mueve rápidamente, de color gris, con patas enormes, grandes orejas blandas, una larga trompa y que emite un sonido parecido al de una trompeta, es mejor que nos apartemos del camino y le dejemos pasar. Probablemente se trate de un elefante. Aquí, la experiencia tiene un gran valor predictivo.

Sin embargo, ¿qué sucede si, como terapeutas, nuestra experiencia clínica nos dice que con tal tipo de cliente hemos de aplicar tal o cual técnica o modelo? La predicción puede no resultar tan buena. Desafortunadamente, suele ocurrir que, a pesar de las mejores intenciones, la experiencia nos conduce a mantener una técnica o método determinado, aunque en realidad la terapia haga aguas. La experiencia, en estos casos, es una espada de doble filo. Lo que uno gana en práctica y convicción, lo pierde en flexibilidad y apertura.

Con la proliferación de enfoques y esquemas terapéuticos, las profesiones relacionadas con el ámbito de la salud mental han llegado a la conclusión de que con una sola talla no vestimos a todo el mundo. Aun así, una vez en terapia, es fácil caer en la tentación de pensar que con más paciencia, tiempo o agresividad en el planteamiento de la estrategia clínica, el problema del cliente cederá. Después de todo, nos decimos: «Ya he visto un caso así antes». En el capítulo 1, con el caso de Molly, vimos que *hacer más de lo mismo era uno de los caminos hacia la imposibilidad*.

En ocasiones, hacer más de lo mismo es difícil de evitar. Una vez que uno se compromete a seguir un curso de acción, pueden entrar en juego otros factores, además de la experiencia,

que mantengan inalterada la ineficacia. Así por ejemplo, el orgullo puede forzar la mano del terapeuta. En algunas ocasiones, los terapeutas no quieren admitir que se han equivocado o que han cometido un error y ello les obliga a mantener la estrategia terapéutica todavía con más fuerza. Esto es especialmente cierto si el caso es sonado o atrae la atención de otros profesionales (el capítulo 9 proporciona un buen ejemplo de ello).

La contratransferencia de la teoría desempeña también un papel en todo ello. La CT tiene su última encarnación en lo que se llama la terapia de la «solución forzada» (Nylund y Corsiglia, 1994). Los terapeutas que defienden un modelo orientado hacia las soluciones, pueden aporrear a un cliente con búsquedas de excepciones, milagros o una escalada de preguntas y otras tácticas similares hasta que el cliente abandona (véase capítulo 7).

Para responder al reto de hacer más de lo mismo, recomendamos mantener una «mente de principiante». Cultivar una mente de principiante significa que aunque se hayan visto multitud de casos de la «demanda x», ése caso *lo consideraremos como nuevo*. A pesar de los deseos del terapeuta y del marketing de los «tratamientos de elección», los enfoques que prescriben determinadas acciones para problemas específicos se basan más en mitos que en la verificación empírica (Miller y otros, 1997).

Eso también significa que no importa cuántas terapias no satisfactorias haya iniciado el veterano, ésta puede ser diferente. La mente del principiante sugiere que, como terapeutas, no debemos permitir que nuestra experiencia clínica fosilice nuestra apertura a nuevas posibilidades.

Una buena regla práctica para mantener la mente de principiante fresca es la siguiente: si hacia la tercera sesión el cliente no ha hecho progresos, es hora de probar algo diferente. Esto es, ha llegado el momento de empezar de nuevo. Esta regla ayuda a que el terapeuta esté atento a lo que sucede en la sesión, a que se centre en el dilema actual del cliente y no en los recuerdos que tiene de los demás tratamientos y las demandas pasadas.

Cuando nos sentimos encallados con un cliente, podemos recordar las palabras de Spock en *Star Trek*: «Siempre hay otras posibilidades».

Preservar la dignidad (casi) a toda costa

Prefiero luchar a cambiar.

ESLOGAN DE LOS CIGARRILLOS TAREYTON

En otras culturas, existen tradiciones que requieren una gran deferencia hacia la autoridad. En la cultura norteamericana, la relación con la autoridad no está tan clara. Por un lado, existe la demanda de un liderazgo fuerte y capaz (como atestigua la veneración por Abraham Lincoln y Harry Truman) y, al mismo tiempo, un deseo de criticar, oponerse e incluso derribar a aquellos que ejercen cierta influencia y control. Históricamente, este país ha estado fundado, en parte, en la búsqueda de la autodeterminación, la libertad y la dignidad. Nos gusta mantener eslóganes revolucionarios como «Dame libertad o muerte» y «No intentes pisotearme». Los norteamericanos sienten que su legado es algo así como «seguir órdenes es igual a opresión».

La terapia no es inmune a las presiones de la cultura general. Muchos clientes, independientemente de la severidad de su situación, continúan manteniéndose fieles a su sistema cultural de valores. Por eso, no resulta sorprendente que a pesar de la duración y la intensidad de su dolor no colaboren en una terapia que, a sus ojos, de alguna manera les obliga a algo, amenaza su honor o implica que son personas desvalidas debido al aprieto que les trae a nuestra consulta.

A los terapeutas les resulta difícil no colocarse en una situación de superioridad con respecto a los clientes. Nuestras asociaciones profesionales y educacionales refuerzan la idea de que somos autoridades expertas. El elevado coste de nuestra forma-

ción, los títulos de especialización, las licencias y todos los demás pasos necesarios para convertirse en terapeuta confieren, al final, un estatus especial. Por otro lado, nuestro compromiso en la ayuda o alivio del malestar de los demás también nos empuja a actuar, a cambiar las circunstancias de nuestros clientes. A veces desarrollamos grandes cualidades en ese sentido, pero no conseguimos utilizarlas con propiedad. Y en nuestros esfuerzos por aliviar el dolor, los clientes pueden sentir que están *bajo* tratamiento.

En cuanto los clientes se convierten en veteranos, ya saben cuándo y cómo defender su dignidad. Ya han sido sometidos a múltiples exámenes psicológicos, se les ha preguntado sobre todos los aspectos íntimos de su vida, han rellenado fichas de alta en distintos centros, interpretado manchas, inventado historias a partir de dibujos, esperado pacientemente en largas listas de espera, les han visitado médicos residentes y psicólogos en formación (sólo para que éstos tuviesen una visión general de sus casos; después, desaparecen de su vista), etc. A muchos les han recetado montones de medicamentos con desagradables efectos secundarios, han sido hospitalizados, dados de alta y readmitidos después. El hecho de que sigan acudiendo a terapia después de todo, dice mucho acerca de su admirable fuerza o esperanza.

Como nuestros clientes pueden venir preparados para preservar su dignidad a toda costa, haremos bien en adoptar una actitud que les permita salvar la cara, mantener la autoestima. Y no se debe tratar de una estrategia, una táctica interpersonal para ganar la batalla de la resistencia (como se decía en la terapia breve estratégica de Fisch y otros, del MRI, 1982). Se trata de llevar a cabo un genuino esfuerzo por proporcionarle al cliente la oportunidad de reindividualizarse después de haber sido despersonalizado por anteriores tratamientos (Wright, 1991).

Probablemente sea imposible conseguir que el cliente se sitúe en la misma posición de poder que el terapeuta. De todas formas, sí podemos ver al veterano, en primer lugar, como ser humano y, en segundo término, como un «caso resistente» al tratamiento.

Aunque esto pueda parecer obvio, ingenuo o manido, en una época donde nuestra profesión está inundada de nuevas formas de terapia, nuevos sistemas de evaluación y un sinfín de ansiedades en relación con las condiciones de trabajo (sobre los emolumentos, la independencia profesional y el futuro del sistema sanitario), ahora es más fácil que nunca colocar a la figura del veterano en una posición equivocada. Pensemos que ésta es probablemente la última vía hacia la imposibilidad, la más difícil de superar. Ésa es la razón por la que preferimos calificar al cliente «con múltiples problemas, resistente, de alto riesgo, crónico» de veterano. Llamarles veteranos nos ayuda a verlos de nuevo como seres humanos.

Más adelante, en este mismo volumen, trataremos con mayor profundidad el tema de crear las condiciones necesarias para que nuestros clientes mantengan o reconstruyan su dignidad, una cuestión ya tratada por diversos autores (véanse Duncan y otros, 1992; Hubble y Solovey, 1994; Miller y otros, 1997). Adelantamos aquí algunas líneas de actuación:

1. *El cliente es el héroe en el «drama de la terapia».* No existen grandes terapeutas; sólo grandes clientes y profesionales que trabajan codo con codo con ellos.
2. *No aplicamos una terapia al cliente.* Se trata de un intercambio interpersonal (evento) en el que el énfasis recae sobre la calidad de la participación del cliente.
3. *Las intervenciones no son lo que «vende» el terapeuta.* Las intervenciones son extensiones de la alianza terapéutica y no pueden separarse de la relación en la que tienen lugar.
4. *El terapeuta sugiere, el cliente elige.* El terapeuta ofrece explicaciones, teorías o enfoques de intervención para que el cliente considere, acepte, modifique o deseche las que quiera.

Nota final

Es cierto que las vías hacia la imposibilidad pueden derrotarnos a nosotros y a nuestros clientes. No son tan poderosas, sin embargo, como para que debamos seguirlas siempre. La capacidad para derrotarlas depende de lo bien preparados que estemos; esto es, debemos disponer de un plan y unos procedimientos que seguir. Este capítulo contiene algunas ideas acerca de las actitudes y acciones que debemos adoptar para evitar los callejones sin salida de la imposibilidad. Queremos animar al lector a que construya sus propios métodos.

De todas formas, el arma más potente para superar la imposibilidad es la creencia de que puede hacerse. Esta convicción o expectativa de éxito, como ilustraremos en los capítulos que siguen, se manifiesta en nuestra confianza en el cliente y en nuestra inagotable fe en la alianza terapéutica.

CAPÍTULO 4

CONVERSACIONES CON LA IMPOSIBILIDAD: HACIENDO POSIBLE LO IMPOSIBLE

Es más fácil descubrir las deficiencias de un individuo, un estado o la misma Providencia que ver su importancia y valor real.

HEGEL

Nosotros preferimos decir que conversamos con los clientes, más que los entrevistamos (de Shazer, 1988; Goolishian y Anderson, 1987). Entrevistar implica que se le hace algo al cliente, como si no se contara con él. Denota que un experto recoge información con el propósito de evaluar (por ejemplo, una entrevista de diagnóstico). Consecuentemente, el verbo «entrevistar» proporciona una descripción inapropiada *si* la terapia pretende no juzgar, fomentar la colaboración y animar al cliente a la máxima participación.

Una conversación es, por otro lado, un *intercambio* oral de sentimientos, observaciones, opiniones o ideas (*Webster's Collegiate Dictionary*, 1993). La conversación predispone al cliente para la participación en el proceso de explorar su marco de referencia (de aquí en adelante lo llamaremos «su mundo»), descubre nuevas posibilidades para un futuro mejor y valida al cliente.

Explorar el mundo del cliente nos brinda la oportunidad de descubrir nuevas vías de acción. Conversar no sólo crea la posibilidad de cambio, también define la terapia como un acto empático, comprensivo y validante comprometido con los objetivos personales del cliente, lo cual es quizá lo más importante.

La conversación elimina o difumina esa frontera artificial entre relación y técnica. En palabras de Butler y Strupp (1986): «La complejidad y sutileza de los procesos psicoterapéuticos no pueden

ser reducidas a un conjunto de técnicas porque las técnicas cobran significado y, a su vez, efectividad a través de una interacción particular en los individuos que las llevan a cabo» (pág. 33).

Por lo tanto, la conversación es un evento interpersonal que vincula la técnica con las percepciones del cliente sobre la relación (terapéutica) y su teoría del cambio. La técnica, sin la existencia de tal puente, es como comerse el merengue de un pastel y dejar el bizcocho y el relleno: le falta base, forma, sustancia y valor; no satisface ni a unos ni a otros (Miller y otros, 1997).

Este capítulo proporciona una descripción pragmática de cómo hacer factible lo aparentemente imposible mediante la acomodación y el respeto de la teoría del cambio del sujeto. Para ello utilizaremos dos casos diagnosticados de trastorno de personalidad límite de una relevancia clínica significativa.

Explorar el mundo del cliente: aprender su teoría del cambio

El mundo del cliente es un aspecto esencial en el desarrollo del tratamiento. Explorar el mundo del cliente no requiere escuchar con un «tercer oído», sino que el terapeuta prescinda de sus modelos terapéuticos para prestar atención al cliente, sin embutirlo todo dentro de los estrechos confines a los que suelen limitarse los constructos psicológicos y teóricos.

Explorar el mundo del cliente tiene tres objetivos.

1. Conseguir la participación del cliente.
2. Asegurarse de que el cliente tenga una experiencia positiva de la relación y de la misma terapia.
3. Aprender la teoría del cambio del cliente.

Para conseguir los dos primeros objetivos, considérese la conclusión a la que llegan Orlinsky y otros (1994) en su extensa revisión de la bibliografía existente sobre los resultados:

La calidad de la participación del paciente en la terapia aparece como el más destacado determinante de un buen resultado [...]. La mejor contribución del terapeuta (para que el paciente consiga un resultado favorable) consiste en establecer una relación empática, positiva, colaboradora y congruente con él [...]. La importancia de esa relación está basada en cientos de hallazgos empíricos. Se puede considerar un hecho establecido por cuarenta años de investigación en psicoterapia (pág. 361).

Queda claro, pues, que la participación del cliente y la evaluación positiva son factores clave para el éxito en todos los casos (Miller y otros, 1997). Tengamos en cuenta, entonces, que los veteranos de la imposibilidad necesitan que se les anime más, que se les preste más atención debido a sus anteriores experiencias terapéuticas negativas. La participación del cliente y la evaluación positiva están casi garantizadas e incluso aumentadas si se respeta la teoría del cliente. Ahí está la clave del éxito con los casos imposibles.

LAS IDEAS Y RECURSOS DEL CLIENTE

Con los veteranos de la imposibilidad, es especialmente importante explorar los recursos e ideas del cliente, porque se tiende a creer que carecen de ellos. Sólo tenemos que leer con detenimiento, por ejemplo, cómo habla el *DSM-IV* de los trastornos de la personalidad o cualquier informe sobre un caso fracasado. Es muy difícil encontrar algo respetuoso o amable. No hay ninguna mención a algún aspecto positivo del cliente, a algo que haga bien.

Pensemos en Katherine, un ama de casa de veintiocho años de edad a la que se le diagnosticó un trastorno de personalidad límite. Katherine había recibido terapia desde la adolescencia. Había sido hospitalizada muchas veces por intentos de suicidio, en la mayor parte de los casos por sobredosis de drogas, y había sido tratada de anorexia y de drogodependencia. Sin em-

bargo, pensaba que la peor situación de su vida ya había pasado. Ahora encaraba una terapia por depresión ante su percepción de que era incompetente para establecer relaciones. Sentía que no valía mucho para los demás y, de vez en cuando, perdía el control.

La cliente acababa de terminar una relación terapéutica de dos años cuando acudió a nuestra consulta, enviada por un amigo miembro de la misma iglesia que ella. Su anterior terapeuta era un conocido especialista en trastornos de personalidad. Katherine había experimentado muchos cambios durante esos dos años, incluido el nacimiento de su hija, su conversión al cristianismo, muchos conflictos con su familia política y la ruptura de la relación con su mejor amiga. En la primera sesión, Katherine dijo que había terminado la anterior terapia por dos razones: no hacía progresos y le ofendía la sugerencia del terapeuta de que aplazase sus estudios de magisterio debido a su inestabilidad en las relaciones.

Exploramos el mundo de Katherine y ello nos reveló una serie de éxitos, cambios e ideas acerca de sus intereses. Hablamos de las demandas y goces de la maternidad y de su reciente fe cristiana. Katherine encontró que en ambas áreas era competente y se la respetaba. Lo más notable era su enfrentamiento con su vieja amiga, la cual parecía aprovechar cualquier oportunidad para dejar en ridículo a Katherine. Aunque estaba triste por la pérdida de su amistad, se sentía bien por la manera en que había llevado el tema. Veía sus acciones como indicativas de que emergía una nueva imagen de ella misma.

Para Katherine, el que se destacasen sus recursos e ideas supuso un gran cambio con respecto a sus experiencias terapéuticas anteriores. Parecía disfrutar mucho de las sesiones y pronto se implicó en ellas de manera activa. Como veremos más adelante, los recursos y éxitos pasados de Katherine resultaron fundamentales para que nuestra terapia consiguiese sus objetivos.

En nuestro trabajo, siempre abrazamos la idea de que el cliente no sólo dispone de todo lo necesario para resolver su

problema, sino que puede que ya haya empezado a hacerlo o tenga una buena idea de cómo conseguirlo (recuérdese a Molly). Las preguntas que destacan sus éxitos pasados y sus competencias y que indagan sobre cuáles son sus hipótesis favorecen la participación, enfatizan lo que aporta el cliente y proporcionan acceso directo a la teoría del cambio del sujeto. Tales cuestiones devuelven al paciente a la posición de principal agente del cambio.

Escuchar con sincera curiosidad los recursos e ideas del cliente no significa que se ignore su dolor o se asuma una actitud frívola, sino que escuchamos toda la historia: la confusión y la claridad, el sufrimiento y la entereza, el dolor y el aguante, la desesperación y el deseo.

Para explorar los recursos e ideas del cliente es necesario:

- Ver al cliente como competente, sano y capaz.
- Reconocer nuestra dependencia de los recursos e ideas del cliente para obtener un resultado satisfactorio.
- Hacer de la participación del cliente un elemento clave de todos los movimientos terapéuticos.

El respeto a las habilidades e ideas del cliente invita a la participación. La participación es la semilla del éxito.

RELACIÓN TERAPÉUTICA/ALIANZA

Explorar la experiencia del cliente acerca de la relación terapéutica es siempre importante, pero particularmente con los casos imposibles. A los clientes, con sus diagnósticos al frente, no se les suele valorar sus capacidades o percepciones. Es habitual encontrarse con que a los casos imposibles nadie les ha preguntado qué impresión tenían de la terapia.

Se trata de un error, porque la visión del cliente de la alianza/relación es la mejor predicción del resultado de la terapia,

independientemente del diagnóstico (véase capítulo 2). Uno de nuestros objetivos será pues alterar la visión negativa de la terapia que tiene el paciente. Con ello, daremos un paso de gigante para la consecución de un resultado positivo. Los casos de Molly y Barb son ilustrativos de ello. A veces, todo lo que se requiere para que tenga lugar un cambio, incluso con algunos casos intratables, es un simple cambio de opinión con respecto a la terapia o al terapeuta.

Katherine acudió a nuestra consulta un poco a la defensiva debido a la experiencia que había tenido con su anterior terapeuta. Más tarde nos comentaría cuánto le había desmoralizado éste (le había aconsejado que abandonase la idea de estudiar magisterio por el momento). Aquella terapia, desafortunadamente, se convirtió en otra verificación de su propia percepción de incompetencia.

Nosotros tuvimos la suerte de que un acontecimiento fortuito nos ayudara a que Katherine se llevase una buena impresión en la primera visita. Debido a ciertos problemas con la canguro de su bebé, la cliente acudió a la consulta con su hija pequeña. Tímidamente, preguntó si había algún problema por ello. El terapeuta le contestó que no, que él tenía un niño de la misma edad y que la presencia de niños le resultaba agradable; le recordaba lo que era la vida fuera de la terapia.

Katherine se relajó y nos explicó que, en una ocasión, su anterior terapeuta había cancelado una sesión porque ella había llevado a su bebé. Era obvio que a Katherine no le gustaba hacer uso de niñeras, así que el terapeuta le propuso que acudiera siempre con su hija. Katherine agradeció muchísimo la flexibilidad del terapeuta y respondió con una participación muy activa.

No estamos sugiriendo con ello que la mejor forma de establecer una fuerte alianza con los clientes sea animarlos a que traigan a sus hijos a la terapia. Lo que decimos es que la flexibilidad y la satisfacción de las necesidades del cliente son factores vitales para el éxito con los casos imposibles. A nosotros

no nos importa, en absoluto, apartarnos de la práctica tradicional para ganarnos la aprobación y la participación del cliente porque sabemos que ello constituye la clave para salvar la imposibilidad.

Para asegurarnos de que el cliente hará una evaluación positiva de la relación es necesario:

- Ser amables, agradables y receptivos.
- Hacer que el cliente se sienta entendido y responder a su visión de lo que debe ser nuestro rol.
- Ser flexible y permitirse ser lo que la gente espera de uno.

Todos somos seres multidimensionales y podemos utilizar nuestra propia complejidad para el beneficio de nuestros clientes, ajustándonos a sus percepciones y respondiendo a sus necesidades.

LA TEORÍA DEL CAMBIO DEL CLIENTE

La teoría del cambio del cliente es como cualquier otra teoría del cambio en psicología; describe y explica el problema desde la etiología hasta el tratamiento. La teoría del cliente contiene la fórmula del éxito de los casos imposibles.

Explorar la teoría del cambio del cliente requiere que el terapeuta adopte una visión de «alienígena». El terapeuta alienígena busca una comprensión prístina de las interpretaciones y experiencias idiosincrásicas del cliente. No tiene otra fuente de datos de la que extraer conclusiones.

El terapeuta escucha pacientemente y permite que el cliente termine su historia sin interrupciones. Con ella, el cliente no sólo da cuenta de cuál es el problema, sino que nos habla de su orientación en la vida, de sus objetivos y ambiciones, de las presiones y eventos que rodean sus demandas. Resumiendo, los clientes nos revelan su filosofía de vida.

El terapeuta aprende y conversa con el lenguaje del cliente y permite que emerjan todas las interpretaciones que éste hace de los hechos. Nunca dejamos de «hablar del problema» para tener más tiempo para «hablar de la solución». Conversar utilizando el lenguaje del cliente demuestra un gran respeto y comprensión y evita además que impongamos connotaciones ajenas al cliente.

Nosotros recomendamos tomar notas durante las sesiones para recoger las palabras que usa el cliente cuando describe sus problemas y deseos. El hecho de tomar notas, siempre que no interrumpan el desarrollo de la terapia, demuestra interés y concede relevancia a las palabras del cliente.

Para aprender la teoría del cliente, podemos usar los elementos básicos de la metodología del MRI: establecer la naturaleza de la demanda, cómo se ha llevado el problema hasta el momento y cuáles son los objetivos mínimos del cliente (Fisch y otros, 1982).

Naturaleza de la demanda: describir el problema

En la visión del cliente de la naturaleza de su propia demanda yacen los cimientos de todo lo que sigue. El cliente determina el significado de los temas que ocuparán las sesiones. El terapeuta sigue al cliente en su descripción del problema. El contexto que se crea, por lo tanto, permite la participación del cliente tanto en la definición del problema como en el significado personal que tiene para él.

A menudo, resulta de ayuda empezar con una descripción concreta mediante la clásica pregunta del MRI: «¿Quién está haciendo lo que provoca el problema, a quién, y cómo esta conducta constituye un problema?» (Fisch y otros, 1982, pág. 70). Con frecuencia la mejor manera de obtener descripciones específicas de las demandas del cliente es pidiéndole ejemplos (Fisch y otros, 1982).

Aunque el «qué» es importante, el «cómo» el problema constituye un obstáculo todavía lo es más. Considérese el trastorno de personalidad límite. ¿Qué significa eso para el cliente? ¿Cuál es la experiencia del sujeto del problema? ¿Cómo constituye ello un problema? ¿Se trata de un problema de relación, de logros, de sentimientos, etc.? Sin duda, es mejor para el terapeuta investigar el «cómo» y no darlo por sabido.

Saber *cómo* la situación constituye un problema nos conduce a la experiencia personal del cliente e identifica los temas que la terapia debería tratar; ello nos proporciona un elemento clave de la teoría del cambio del cliente. El «cómo» tiene relevancia terapéutica para los intereses del cliente, y una investigación en este sentido ayuda a que el cliente participe.

Explorando la demanda de Katherine llegamos a la conclusión de que se consideraba incompetente en las relaciones. Citó numerosos ejemplos en los que la gente se aprovechaba de ella. Cuando ya no podía más, tenía estallidos autodestructivos.

El «qué» de la queja de Katherine tenía dos componentes: 1) darse demasiado en las relaciones y ser el centro de la chanza de los demás y 2) su incapacidad para manejar adecuadamente esas situaciones de injusticia y ridículo. Cuando se le preguntó si sus dificultades con las relaciones constituían un problema, Katherine replicó que estaba cansada de ser «el chivo expiatorio» de su familia política y quería que se la tomase en serio.

Fijémonos en las palabras que usó Katherine. La expresión «chivo expiatorio» nos proporciona información acerca de su teoría del cambio. La respuesta de Katherine al «cómo» reflejaba resentimiento y la sensación de ser maltratada por los demás. Y quizá lo más importante es que la cliente identificó las relaciones específicas hacia las que se debía dirigir su terapia. Explorar la naturaleza de su queja reveló no sólo el quién, el qué y el cómo de la queja de Katherine, sino también sus motivaciones y expectativas ante la terapia. Atendiendo a la demanda de cómo podía manejar y silenciar efectivamente a su familia política, nos aseguramos la participación de Katherine en la terapia.

*Explorar excepciones y soluciones:
estar orientado hacia el cambio*

Explorar la naturaleza de una demanda también supone averiguar cuándo no ocurre el problema (Berg y Miller, 1992; de Shazer, 1994; Miller y otros, 1997). Una forma de conseguir «orientarse hacia el cambio» es investigar si ha habido excepciones en el desarrollo del problema, cambios anteriores al inicio del tratamiento y una mejoría entre sesiones. Precisamente eso es lo que se denomina estar «orientado hacia el cambio»: hacer un esfuerzo para escuchar y validar el cambio en el cliente donde quiera y por la razón que sea que aparezca, antes o durante el tratamiento (Miller y otros, 1996).

Para explorar las excepciones también hay que investigar sobre las soluciones que el cliente ha probado con anterioridad (Watzlawick y otros, 1974). El hecho de discutir soluciones previas permite que el terapeuta evite lo que ha fracasado previamente, amplifique lo que sí ha funcionado y anime al cliente a aportar ideas. Además, de esta manera mantenemos las percepciones del cliente en el centro del juego terapéutico.

Otra de las ventajas de estudiar las soluciones anteriores del cliente es que, al mismo tiempo, recibimos información sobre la teoría del cambio del mismo. El terapeuta tiene a su disposición la evaluación del cliente de sus anteriores intentos y ello nos da una idea de lo que éste cree que puede ayudar. Esto es equivalente a oír la valoración franca del cliente de cómo puede tener lugar el cambio.

La exploración de las excepciones y soluciones anteriores de Katherine se demostró muy útil, tanto para aprender su teoría del cambio como para ofrecerle nuevas posibilidades. Cuando se le preguntó si había habido ocasiones en las que no se había sentido como un chivo expiatorio o en las que su familia política la había tomado en serio, contestó que ello nunca había sucedido. Cuando se le preguntó si había habido excepciones en sus otros conflictos personales, respondió afirmativamente: en

una reciente interacción con su antigua mejor amiga tuvieron un conflicto, y con él acabó la relación, pero se sintió bien por actuar con dignidad: sin pedir disculpas (cuando no le correspondía a ella hacerlo) o ponerse a llorar.

Esta notable excepción era como un letrero de neón que pedía una investigación más exhaustiva. Más adelante hablaremos de cómo se descubre una estrategia de tratamiento construyendo a partir de una excepción.

Al explorar soluciones anteriores también se nos revelaron muchos de los callejones que era mejor evitar, así como información acerca de la teoría del cambio de Katherine. La cliente había intentado todas las técnicas imaginables para comunicar su malestar a los demás ante las críticas y chanzas que le dirigían. Había leído libros de autoayuda y acudido a seminarios sobre comunicación efectiva. Esos enfoques no sólo no fueron eficaces, sino que además se convirtieron también en objeto de burlas. También participó durante varios meses en un grupo de codependencia, pero no consideraba que tuviese ninguna relevancia en su vida.

Descubrir estas soluciones fallidas no sólo le permitió al terapeuta evitar recurrir a ellas, sino que también le dio pie a preguntar por qué creía Katherine que sus intentos de solucionar aquel asunto habían fracasado. La pregunta del «por qué» conducía directamente a la teoría del cambio del cliente.

Katherine respondió que sus intentos no habían funcionado porque su familia política desaprobaba su turbulento pasado y por eso la trataban como a una «inválida mental». No querían que ella cambiase su papel en la familia, el del «bicho raro» que se había casado con su hijo/hermano. Durante la conversación, Katherine dejó claro que ella quería dar la vuelta a la tortilla con respecto a su relación con esa familia. Su motivación estaba muy clara. Si acomodábamos la terapia a esa fuerte motivación el tratamiento resultaría eficaz.

Antes de acudir a nuestra consulta, Katherine había probado otra terapia. Aunque allí habló de problemas similares, su anti-

guo terapeuta sólo quiso atender a la confusión de límites que tenía y a su baja autoestima. Katherine se esforzó, pero no pudo estar de acuerdo en que ella tenía parte de culpa en que sus relaciones fueran tan mal.

Katherine creía que ella había cambiado a lo largo de los años, especialmente desde que se había convertido al cristianismo, pero que los demás se empeñaban en seguir acusándola de loca, querían mantener su rol de cabeza de turco. Ésa era la segunda vez que Katherine decía la palabra «rol». Estaba convencida de que los demás se negaban a verla de otra manera a causa de su pasado como enferma mental. La teoría de Katherine fue emergiendo a medida que se le hacían preguntas. Creía que necesitaba cambiar la visión que los demás tenían de ella. Pensaba que los otros tenían toda la culpa; ella no era tan incompetente como los demás creían.

Objetivos del tratamiento: lo que el cliente desea

El componente final del proceso de exploración es atender a los objetivos, esperanzas y deseos del cliente frente a la terapia. *La información más importante puede ser simplemente qué desea el cliente del tratamiento.* Sus objetivos nos proporcionan una visión clara de la teoría del cliente y una ruta hacia una conclusión satisfactoria.

Muchas veces, sin embargo, esta información se pasa por alto o se da por sabida, especialmente con los veteranos de las terapias fracasadas. Los tratamientos previos o los diagnósticos ominosos no dicen nada acerca de los objetivos terapéuticos que tiene el individuo. Como decíamos en nuestra anterior exposición acerca de la motivación, con frecuencia un tratamiento fracasa por la poca atención que se presta a los deseos del cliente y/o a la imposición teórica de un objetivo. El resultado final depende de la articulación del cliente de sus objetivos y del compromiso de la terapia en relación con dichos objetivos.

Para explorar la visión que tiene el paciente del éxito debemos recurrir a la escucha, una escucha aderezada de preguntas que definen y redefinen los objetivos del cliente respecto al tratamiento. Dependemos de la participación del cliente para determinar los objetivos de la terapia. Cuanto más conscientes, deliberados y centrados sean nuestros intentos de que el cliente establezca objetivos y se implique en el proceso de resolución, menos significativos parecerán los modelos explicativos y la corrección teórica.

Cuando les preguntamos a los clientes qué quieren de la terapia, en qué desean cambiar, damos credibilidad a sus valores con relación al problema y a la solución. Les estamos diciendo que su opinión es importante para nosotros y que la terapia está a su disposición. Este simple acto sirve para invitar al cliente a que se vea como colaborador en el proceso de mejora de su vida. Con ello, propiciamos su participación.

A veces ayuda mucho animar al cliente a pensar a pequeña escala (Fisch y otros, 1982). Un cambio en un aspecto de la vida de un individuo conduce frecuentemente a nuevos cambios en otras áreas. Lo fantástico de pensar a pequeña escala es que la consecución de un objetivo se convierte muchas veces en un símbolo para resolver el problema entero, un paso metafórico hacia una nueva vida.

Nuestra historia favorita sobre pequeños objetivos es la de Bob, un vendedor ingenioso y encantador, deprimido e incapaz de cumplir con sus visitas comerciales. Cuando se le preguntó qué sería diferente si no estuviese deprimido, Bob contestó que acudiría a todas sus citas puntualmente. Cuando se le preguntó cuál podría ser un paso encaminado hacia ese objetivo, respondió que sabría que estaba en el buen camino cuando empezase a limpiarse los dientes con hilo dental. Ahí estuvo la solución: Bob empezó a limpiarse los dientes de esa manera y, acto seguido, a cumplir con sus citas.

La teoría de la depresión de Bob incluía una mejor higiene dental. Funcionó porque era la teoría de Bob, y no la del tera-

peuta. Tal es la naturaleza de averiguar lo que representa un tratamiento satisfactorio para el cliente. Es la impredecibilidad de los métodos y logros del cliente lo que hace que este trabajo sea divertido.

En el caso de Katherine, exploramos y reexploramos su criterio de éxito. Se habló de varios objetivos, pero cuando se le pidió que priorizase uno de ellos, escogió el de llevarse mejor con su familia política. El terapeuta le pidió que reelaborase su criterio de éxito, incluido aquello que sería diferente si se llevara mejor con ellos. Katherine contestó que no lloraría o perdería los nervios y que podría encajar los chistes y críticas de una manera normal.

Descubrir posibilidades: acomodarse a la teoría del paciente

Explorar el mundo del cliente facilita el descubrimiento de nuevas posibilidades tanto para éste como para el terapeuta. Cualquier conversación nos proporciona una oportunidad única de encontrar nuevos senderos para solucionar el dilema del paciente.

Debido a que nuestro objetivo no es darle al cliente la interpretación de su caso o distinguir entre salud, patología o cualquier otro concepto explicativo, tenemos la libertad de especular y considerar una amplia variedad de ideas. Algunas dan frutos, mientras que otras se desvanecen en cuanto nos damos cuenta de que no nos pueden ayudar en nuestro trabajo.

El tipo de preguntas que hacemos y las respuestas obtenidas determinan poderosamente la dirección de la terapia. Promocionan el cambio o lo evitan. Ciertamente, nadie quiere encontrarse en un callejón sin salida, pero éstos existen, y nos los podemos encontrar.

El objetivo de este proceso de descubrimiento es identificar posibilidades (excepciones, soluciones, conexiones o conclu-

siones) que 1) permitan un curso de acción que atienda a los objetivos del cliente o 2) que redefinan la situación, que conviertan el problema en algo que ya no lo sea.

EXCEPCIONES Y SOLUCIONES

Intentar encontrar excepciones a una queja y las soluciones que ya fueron probadas por el cliente ayuda con frecuencia a descubrir posibilidades. Además de prevenir el fracaso terapéutico de recomendar algo que ya se ha probado y no ha funcionado, tal ejercicio también ofrece la oportunidad de discutir soluciones que sí han funcionado, las que están ayudando en estos momentos y las que el cliente puede estar considerando (Heath y Atkinson, 1989).

Preguntar sobre excepciones, soluciones que han funcionado o la idea que tiene el cliente sobre una solución que aún no se ha intentado puede proporcionarnos diferentes puntos de vista o nuevas direcciones para manejar un problema. En el caso de Molly, la investigación que llevó a cabo el terapeuta sobre sus ideas para solucionar el problema le condujo a un resultado satisfactorio.

Una vez que se ha identificado una excepción o una solución, el terapeuta plantea otras preguntas para descubrir perspectivas y desarrollar soluciones que se aplicarán a situaciones problemáticas determinadas. Tales preguntas permiten al cliente partir de un conocimiento previo, lo cual le da una cierta percepción de autoeficacia.

Katherine identificó una excepción importante en su manera habitual de encajar las críticas y su papel de «chivo expiatorio». En una ocasión, Katherine había recibido las acostumbradas pullas de su mejor amiga, pero se había reído de esas bromas, aunque también le habían herido. También había rechazado, a pesar de la insistencia de su amiga y la inducción de ésta a sentirse culpable, cambiar de planes para recoger a otra amiga y comer con

ella. Katherine informó de que la sorpresa mostrada por su amiga le dio fuerzas para conseguirlo.

El terapeuta le preguntó qué otra cosa le había permitido en aquella ocasión superar sus dificultades, a lo que ella respondió de una manera realmente fascinante: había actuado como si fuese otra persona, como una actriz representando un papel. Animada por la reacción de su amiga, Katherine representó el papel de alguien segura de sí misma, a la que no afectan las críticas.

Una larga charla sobre el tema reveló qué papel había interpretado, de dónde procedía y cómo podía implementar ese éxito en la relación con su familia política. Ambos, cliente y terapeuta, contribuyeron activamente en la conversación y por ello la sesión estuvo caracterizada por una sensación de excitación y descubrimiento. El terapeuta le preguntó también a quién creía que correspondía ese papel, en quién estaba basado el personaje que había adoptado. Katherine respondió que en nadie en particular, simplemente en alguien inteligente, ingenioso y que no se tomaba en serio «ninguna porquería» que le dijese.

El terapeuta le pidió a Katherine que imaginase qué personaje real o imaginario podía corresponderse con el papel interpretado. El terapeuta le explicó que en una ocasión leyó un artículo (Coale, 1992) en el que se le pedía a un cliente que adoptase el rol de una persona famosa, viva o muerta, que pudiese afrontar la situación con la que el cliente tenía dificultades. El cliente escogió a Juana de Arco y le resultó de mucha utilidad. El terapeuta admitió que sonaba extraño, pero repitió la pregunta: ¿qué personaje podría dar la vuelta a la situación con su familia política? La cliente respondió: «Katherine Hepburn». En ese momento, terapeuta y cliente sentían que habían hallado un tesoro. Ambos hervían de placer y buenas expectativas.

La siguiente sesión se basó en escribir el guión del papel de Katherine Hepburn para la próxima visita de su familia política. Katherine decidió hacer todo lo posible para representar el papel lo mejor que pudiera, incluso llevar la bufanda característica de la actriz. La idea era encajar los desprecios de manera

humorística. El terapeuta sugirió que podía encajar esas bromas aceptándolas e incluso exagerándolas.

Por ejemplo, si le preguntaban la típica cuestión de si todavía se visitaba con un «loquero», Katherine debía responder que sí y que, de hecho, su terapeuta había aumentado el número de sesiones porque estaba al borde de un grave ataque psicótico. La cliente por poco se asfixia de la risa. Se pasó la mayor parte de la sesión riendo y planeando nuevas jugadas. Katherine añadió que pondría en práctica la estrategia de «estar de acuerdo y exagerar» (Duncan y Rock, 1991) con una leve sonrisa tipo Hepburn en su cara.

Intervención frente a invención

La palabra «intervención» no describe adecuadamente el proceso de colaboración que tuvo lugar entre Katherine y el terapeuta. Intervenir es «interponerse por medio de una obstaculización o una modificación» (*Webster's Collegiate Dictionary*, 1993). De la misma forma que «entrevistar» implica hacer algo a los clientes más que con ellos (y por eso preferíamos la palabra «conversar»), «intervenir» enfatiza que el terapeuta es un experto, define unilateralmente lo que es una terapia satisfactoria. La palabra «intervención» no incluye la idea de que la técnica terapéutica depende de los recursos e ideas del cliente. Nosotros creemos que la técnica tiene éxito si el cliente realiza una evaluación positiva de la relación terapeuta/cliente y si se acomoda a la teoría del cambio del cliente.

Por eso nosotros preferimos usar la palabra «inventar» o «invención» en vez de «intervención». Inventar es «encontrar o descubrir, producir por primera vez a través de la imaginación, el pensamiento o la experimentación» (*Webster's Collegiate Dictionary*, 1993). Los clientes reinventan las técnicas terapéuticas una y otra vez para ajustarlas a sus circunstancias. Los clientes son los inventores; nosotros, sus asistentes.

Las técnicas usadas por Katherine (representar un papel, estar de acuerdo con las críticas y exagerarlas) estaban inextricablemente relacionadas con sus percepciones de las relaciones y su teoría del cambio. La descripción de Katherine del éxito que había tenido con su amiga estimuló el recuerdo del terapeuta de la técnica de la «adopción de una identidad» (Coale, 1992). La técnica ya formaba parte del repertorio de conductas satisfactorias de Katherine, e inventó a Hepburn como una aplicación práctica de la misma. De forma similar, añadió la estrategia que le propusimos de estar de acuerdo y exagerar y la aplicó como creía que lo hubiese hecho la propia Katherine Hepburn, incluso con su característica sonrisa encantadora. La técnica, como se usa generalmente, viene acompañada de resignación, depresión o una respuesta no sarcástica similar (por ejemplo, Duncan y Rock, 1991; Fisch y otros, 1982). Ambas técnicas fueron aplicadas de una forma peculiar e ingeniosa, diseñadas por el cliente para encajar con sus ideas y puntos fuertes idiosincrásicos. Fueron, por lo tanto, sus propias invenciones, resultado de su imaginación y su experimentación.

CONEXIONES Y CONCLUSIONES

La comprensión de cualquier situación es un proceso interpretativo y, por lo tanto, siempre está abierto a nuevas aportaciones y revisiones. Cuando conversamos con los clientes descubrimos el significado de sus experiencias, pero al mismo tiempo creamos nuevas conexiones o conclusiones para esas mismas experiencias.

En la bibliografía experimental relacionada con la memoria encontramos una confirmación de la importancia del proceso conversacional. La memoria ya no se entiende como un sistema archivador de recuerdos separados de determinados episodios. La memoria es un proceso que incluye fragmentos de información que son continuamente interpretados y reconstruidos du-

rante el transcurso del recuerdo. Los recuerdos y sus significados no son estáticos, sino que se trata de recreaciones en constante evolución (Rosenfield, 1988).

Los clientes le cuentan al terapeuta sus experiencias, y por lo tanto las reconstruyen una y otra vez, haciendo posible que aparezcan maneras alternativas de entenderlas. Cada articulación de lo que le preocupa al cliente presenta una oportunidad de experimentar de otra manera esas preocupaciones. Muchas veces, al conversar se presentan nuevas conexiones o conclusiones que permiten un nuevo curso de acción. Nuevas estrategias que hacen que el problema deje de serlo.

Conexiones

Los veteranos de la imposibilidad son a veces agobiantes en la presentación de sus problemas. Llenan la sesión de tal manera que el terapeuta se siente ahogado, le falta el aire. Si se consigue conectar el problema a algo que implique que la queja se puede modificar aparece una bocanada de aire fresco, tanto para el terapeuta como para el cliente.

Las conexiones aparecen cuando, a través de las preguntas y la conversación, ligamos la preocupación del cliente a una nueva definición de la queja, esta vez resoluble por medio de la terapia. Recordemos que inicialmente Katherine presentaba un problema de incompetencia en las relaciones. Tras explorar su mundo y definir su visión del éxito introdujimos una descripción del problema que permitía seguir un determinado curso de acción. La definición del problema evolucionó desde algo abstracto y difícil de cambiar, «incompetencia en las relaciones», a una «dificultad para manejar las críticas de su familia política con total competencia, sin llorar ni justificarse».

Muchas veces podemos conectar lo que presenta el cliente con diferentes temas de relación, porque las relaciones suelen estar presentes en la mayor parte de los problemas de los clien-

tes. Por otro lado, el hecho de orientar conjuntamente (cliente y terapeuta) el problema hacia las principales relaciones personales tiene una justificación empírica. En la revisión de Orlinsky y otros (1994), los autores sugieren que se obtienen mejores resultados cuando nos centramos en problemas vitales y relaciones personales. Parece ser que los datos sugieren que la terapia debería ir detrás de las preocupaciones reales de los clientes, y no de los presupuestos de la teoría.

Conclusiones

Desde el momento en que la experiencia está constantemente abierta a revisión, los clientes pueden llegar a conclusiones que permitan la resolución de su problema o que su problema deje de serlo. Consideremos el caso de Cindy. Debido a circunstancias traumáticas, Cindy había estado en terapia la mayor parte de su vida. A la edad de 29 años, ya había pasado por ocho terapeutas. Había sufrido abusos sexuales y representaba un claro ejemplo de fuerza y resistencia. Cuando acudió a nuestra terapia, Cindy se quejaba de que no confiaba en los hombres. Pensaba que tenía un defecto de carácter. Debía resolver esta faceta de su vida para superar por completo la experiencia del abuso.

La exploración del problema de confianza de Cindy nos permitió llegar a diferentes conclusiones. Para empezar, Cindy aportó un resumen de su historia de abusos sexuales que empezó con su padre a la edad de 6 años, pero que siguió con sus tíos, primos y vecinos durante toda su niñez. Después, ya de adulta, Cindy había sido violada y golpeada por su ex marido y acosada sexualmente por un terapeuta. Prácticamente todos los hombres de su vida, especialmente los que la habían «amado» o eran depositarios de su confianza, habían abusado de ella.

Cada vez que Cindy repasaba una de sus muchas experiencias abusivas, su visión de su problema de confianza como un

error personal que debía ser superado perdía credibilidad y se hacían más plausibles otras explicaciones. Una de esas explicaciones era que tenía buenas razones para ser abiertamente escéptica. Su experiencia demostraba claramente que muchos hombres no eran merecedores de su confianza, especialmente aquellos que querían acercarse a ella.

Cindy empezó a expresar dudas acerca de su problema de confianza. Cuanto más se hablaba de ello, más evidente parecía que su desconfianza le resultaba útil de alguna forma. No confiar en los hombres le permitía no comprometerse demasiado rápido y cuidar mejor de sí misma. Cindy llegó a la conclusión de que el *tema* de la confianza (que no problema) era algo que tenía que reevaluar continuamente para estar segura de que no se cerraba a relaciones positivas, pero que en sí mismo estaba bien. Mostrarse recelosa a la hora de invertir su confianza no era ninguna tontería. Este significado de la experiencia del cliente se fue desarrollando hasta que finalmente llegó a la conclusión de que no tenía ningún problema.

Validar al cliente

Hasta el momento, hemos dicho que la experiencia de conversar con los clientes puede ser una forma de explorar su mundo y descubrir nuevas posibilidades para un futuro mejor. A continuación veremos que la conversación terapéutica es también un hecho interpersonal que define la relación y que permite crear una alianza cliente/terapeuta. Pero para ello se requiere la validación de la experiencia del cliente. El objetivo del proceso de validación es reemplazar la invalidación que invariablemente acompaña a los veteranos de la imposibilidad en la terapia. *Cuanto más intratable es el problema, mayor es la necesidad de que el terapeuta valide al cliente.*

Explorar el mundo del cliente y descubrir nuevas posibilidades hace posible lo imposible. Validar al cliente hace que lo

imposible se convierta en probable. La validación requiere que el terapeuta:

- Legitime las preocupaciones del cliente.
- Ponga de relieve la importancia de la lucha del cliente con el problema y la importancia del problema mismo.
- Crea en el cliente y su habilidad para resolver el problema.

La validación permite que el cliente experimente positivamente la terapia, ayuda a desarrollar una alianza fuerte y mantiene la terapia en consonancia con la teoría del cambio del cliente. Y, por otro lado, la validación también enfatiza el aspecto más estudiado del vínculo terapéutico, es decir, la afirmación del terapeuta.

La *afirmación* se define como aceptación, calidez no posesiva o interés positivo. Orlinsky y otros (1994) revisaron noventa investigaciones que indican que la percepción del cliente de la afirmación de la terapia es un factor significativo en la obtención de un resultado positivo. Los clientes desean gustar y no ser condenados por sus problemas.

La validación empieza simplemente escuchando y permitiendo al paciente que cuente su historia. El relato de la historia es en sí mismo una validación poderosa cuando se dirige a un receptor empático. Los clientes escuchan sus propias voces, y eso mismo lo encuentran validante (Parry, 1991).

La validación continúa aceptando, creyendo y considerando completamente comprensibles y justificados los pensamientos, sentimientos y conductas del cliente. Debemos adoptar la genuina actitud de que los clientes están haciendo todo lo que pueden en circunstancias difíciles.

Como ilustran los siguientes capítulos, la validación incluye incluso respetar la validez de ideas y conductas muy inusuales. Pero, de todas formas, la validación no nos constriñe a pensar que la historia del cliente es la única explicación posible de la situación; sencillamente requiere que no la pasemos por alto. Por

ejemplo, si un cliente acude a nuestra consulta y se queja airadamente de que en la misma hay micrófonos ocultos colocados por sus enemigos, un buen acto de validación podría ser pedirle que nos acompañe a buscar por el despacho posibles aparatos de escucha. Este hecho le dice al cliente que su ansiedad tiene sentido dada su actual experiencia del mundo. No hay que hacer ningún intento de negar su realidad o calificarla de loca. Hay que tomarla por auténtica. Los terapeutas no necesitan ser policías de la realidad, especialmente si quieren tener éxito.

La validación de perspectivas (incluso de las más extrañas) permitirá al terapeuta y al cliente generar nuevas ideas y direcciones. La validación de un marco de referencia confiere una gran flexibilidad a ese marco de referencia. El cliente, después de darse cuenta de que no hay necesidad de defenderse o discutir sobre la validez de una posición o «idea delirante», suele abandonar aquellos aspectos de sus creencias que no son de utilidad. La validación le concede a la gente el espacio y la comodidad necesarios para encontrar maneras de solucionar sus dilemas guardando las apariencias.

Consideremos la invalidación que trajo a Katherine a la terapia. Su entorno y ella misma la describían como una persona incompetente para las relaciones. Muchas veces, la gente se reía de aquello que a ella le preocupaba. Se burlaban de sus preocupaciones. Todo el mundo le decía que no se correspondían con la realidad. Se había llegado a un punto en que su familia política podía decirle cualquier cosa y ella no podía enfadarse porque, según ellos, como era hipersensible, acababa malinterpretando todas las situaciones. Cuando respondía, no era porque ellos eran abiertamente desagradables, sino porque ella no estaba mentalmente sana.

La situación fue a peor debido a que la anterior terapia se había centrado en la idea de que ella tenía un problema, reforzando así su propia visión de incompetencia. La nueva terapia validó su experiencia con su familia política y eliminó la invalidación de los demás (estás exagerando, no estás «mentalmente

bien», confundes los límites y tienes una pobre imagen de ti misma) y sus propias invalidaciones (soy incompetente para las relaciones). La validación de la creencia de Katherine de que era el chivo expiatorio de su familia política la ayudó a elaborar lo que podía hacer (de diferente) para enfrentarse a ellos.

La validación incorpora todos los aspectos del proceso terapéutico, desde explorar el mundo del cliente hasta las coinventiones. Las invenciones que codiseñamos para los encuentros de Katherine con su familia política legitimaban su creencia de que lo que se tenía que cambiar era la visión que tenía su familia política de ella, y no ella misma.

Cuando la familia acudió a visitarla, Katherine hizo una representación de Hepburn digna de un Oscar. Se divirtió con ellos por primera vez en su vida. Al final, se encontró a sí misma riendo y disfrutando sin necesidad de representar ningún papel. Lo que más le gustó fue la expresión confusa y sorprendida del hermano de su marido cuando ella estuvo de acuerdo e incluso exageró sus comentarios despectivos sobre la terapia.

Durante toda la velada Katherine fue observando más y más excepciones a su incompetencia, hasta que llegó a la conclusión de que ésta nunca había existido, excepto con gente que, de todas formas, parecía verla de esta manera. Katherine terminó la terapia y emprendió sus estudios de magisterio.

La validación construye una sólida alianza y da pie al cambio del cliente. Muchas veces, la validación es todo lo que se requiere para capacitar a un veterano de la invalidación crónica a resolver sus dificultades. Veamos un ejemplo final que ilustra nuestra creencia de que cuanto más difícil parece ser un caso, mayor es la necesidad de validar al cliente.

Erica, auxiliar de enfermería en un centro de salud mental, acudió a nuestra consulta tras ser abandonada por su terapeuta. Éste había decidido reducir su jornada laboral y excluir algunos casos, entre ellos el de Erica. La vida de la cliente era trágica en muchos aspectos. Tuvo varios incidentes relacionados con abu-

sexuales, por parte de su marido, y había pasado por un tratamiento contra el cáncer. Erica había estado en terapia la mayor parte de su vida y había sido hospitalizada varias veces por intento de suicidio. Durante la última hospitalización, intentó suicidarse colgándose y salvó la vida por muy poco. Le fue diagnosticada una personalidad límite.

El caso de Erica representa la quintaesencia de la invalidación. Recientemente había experimentado una variedad de síntomas físicos que le hacían pensar que padecía esclerosis múltiple (EM). Aunque experimentaba problemas de visión, fatiga extrema e incontinencia, nadie la creyó.

Su médico de familia la había examinado y enviado a un neurólogo, que llevó a cabo una serie de pruebas para confirmar la presencia de EM. Como las pruebas no revelaron señales concluyentes de dicha enfermedad, el médico de familia y el neurólogo consultaron con un psiquiatra sobre el extenso historial de problemas psicológicos de Erica. La conclusión fue que la EM era una reacción psicógena al abandono de su terapeuta.

Esta interpretación representó el golpe final para Erica. Desafortunadamente, ella misma llegó a la conclusión de que debían estar en lo cierto. Quizá todo estaba en su cabeza. Después de todo, le habían dicho hace tiempo que tenía una personalidad límite.

El terapeuta, acomodándose a la familiaridad de Erica con los diagnósticos psiquiátricos, sugirió que Erica no tenía el perfil de una persona que «convierte» sus dificultades psicológicas en problemas físicos, especialmente porque tales individuos tendían a ser psicológicamente poco sofisticados, con poca educación y no se daban cuenta de su malestar mental. Erica, por supuesto, no era una de esas personas, ya que entendía y experimentaba muy bien su dolor físico, hasta el punto de que a veces se cortaba para reducir el dolor emocional.

El terapeuta añadió que Erica tampoco encajaba en ningún trastorno facticio. El *DSM-IV* (American Psychiatric Association, 1994) afirma que la «motivación de la conducta facticia es asu-

mir el rol de enfermo». Cualquiera que tuviese una conversación con Erica, aunque fuese sólo durante cinco minutos, podía ver que no estaba motivada para asumir el rol de enferma. Todo lo contrario. Erica odiaba ese rol y luchaba para que sus problemas no interfiriesen en su vida profesional. El único refugio que encontraba Erica para su trágica vida era su carrera. Su único orgullo era verse a sí misma como una profesional de la asistencia a los demás. Más aún, cuando fue diagnosticada de cáncer, tuvo la oportunidad de asumir el rol de enferma y no lo hizo. En vez de ello, luchó contra la enfermedad, se recuperó de la operación y volvió al trabajo.

La conversación progresó cuestionando la afirmación de que sus síntomas eran psicógenos. No podían serlo porque Erica no encajaba ni en un perfil de trastorno de conversión, ni facticio. Erica tenía buenos conocimientos de psicología y se daba cuenta de que siempre había evitado que su dolor interfiriese en su carrera.

La cliente acudió a la siguiente sesión con una nueva etiqueta diagnóstica. Un nuevo terapeuta le dijo que había descubierto en ella una variedad de trastorno facticio que simulaba específicamente la EM. Erica describió jocosamente esa nueva etiqueta; le habían dicho que estaba motivada por un deseo intenso de asumir un rol profesional. En tal trastorno, nos decía Erica, la formación reactiva es la defensa primaria. Según esa interpretación, su intenso impulso para tener éxito, para superar el cáncer, los abusos y todo lo demás, eran realmente intensas llamadas para que la cuidasen. En el fondo, muy en el fondo, ella realmente ansiaba ocupar el rol de enferma. Lo que le recomendaban (nos decía Erica en un tono muy irónico) era que siguiese un tratamiento (para toda la vida y más bien caro) con el médico que había «descubierto» su problema o la eutanasia a manos de Kevorkian.

Cuando terminó su sarcástica perorata, Erica no parecía ni desmoralizada ni derrotada. El terapeuta validó su manera de ver las cosas y desestimó la invalidación que los demás habían

insinuado o afirmado. Erica le pidió a su médico de familia que la enviara a otro neurólogo y le advirtió de que emprendería acciones legales si le pasaba a éste su historial psiquiátrico.

El nuevo neurólogo le diagnosticó EM, primero por los síntomas y finalmente mediante pruebas oftalmológicas. Erica fue vindicada. Aunque el diagnóstico de EM no era precisamente una buena noticia, Erica aprendió que podía confiar en sus sentimientos y su buen juicio. La terapia no acabó en este punto y la cliente todavía sufrió algunas crisis suicidas, pero aquella validación pareció proporcionarle todo lo que necesitaba para recomponer su vida. El siguiente párrafo incluye los comentarios de Erica acerca de nuestra terapia; los escribió casi un año después:

Mirando hacia atrás [...] fue el hecho de que usted creyese en mí. Que me tratasen como persona y no como paciente. En eso consistió nuestra terapia, ¿verdad? Yo no fui para usted un paciente o una víctima, sino una persona con potencial y valor. Es lo que me mantuvo viva.

Nunca me juzgó ni adoptó el rol de «doctor». Al menos yo nunca pensé en usted de esa manera. Usted me acompañó y me ayudó a desatar los nudos; me ayudó a ver que era capaz de ser lo que quería ser, no lo que los demás pensaban que era. Me ayudó a encontrar mi propia manera de solucionar mis problemas estando ahí, a mi lado, escuchándome, creyéndome e importándome.

Con los pacientes veteranos es crucial ir más allá de las etiquetas diagnósticas. Darles el beneficio de la duda. Pensemos que detrás de cada etiqueta se esconde una invalidación y ésta, cuando se hace crónica, se convierte en imposibilidad. Démosle al cliente una experiencia competente de aceptación y validación y fijémonos en lo que puede hacer.

La tabla 1 proporciona un resumen de las tareas de exploración, descubrimiento y validación que hemos expuesto aquí y que serán ilustradas en profundidad en el siguiente capítulo.

TABLA 1. Resumen: explorar, descubrir y validar

EXPLORAR*Objetivos:*

- Conseguir la participación del cliente
- Asegurarnos de que tenga una experiencia positiva de la alianza
- Aprender la teoría del cambio del cliente

Se consigue mediante:

- Ver al cliente como una persona competente, capaz y sana
- Dependere de los recursos e ideas del cliente
- Hacer de las aportaciones del cliente lo más importante de la terapia
- Ser simpático, agradable y comprometido
- Asegurarse de que el cliente se siente entendido
- Ser flexible y multidimensional
- Pensar en uno mismo como en un extraterrestre que busca la comprensión prístina del cliente
- Comprometerse con el cliente y sus deseos de recibir tratamiento

DESCUBRIR POSIBILIDADES*Objetivo:*

- Identificar excepciones, soluciones, conexiones y/o conclusiones que permitan un nuevo curso de acción o hacer que el problema ya no sea un problema

Se consigue mediante:

- Acomodarse a la teoría del cambio del cliente
- Estar orientado hacia el cambio
- Amplificar lo que funciona, evitar lo que no funciona
- Definir el problema como cambiante
- Crear oportunidades de revisión a través de la conversación

VALIDACIÓN*Objetivo:*

- Eliminar la invalidación que acompaña a los veteranos

Se consigue mediante:

- Legitimar las preocupaciones del cliente
 - Destacar la importancia de la lucha del cliente
 - Creer en el cliente y en sus habilidades
 - Aceptar al cliente al pie de la letra; evitar el rol de policía de la realidad
-

CAPÍTULO 5

EXPLORAR, DESCUBRIR Y VALIDAR: EL CASO DE NATALIE

Los insensatos rechazan lo que ven, no lo que piensan; los sabios rechazan lo que piensan, no lo que ven.

HUANG PO

Para ilustrar las tareas de explorar, descubrir y validar en un caso imposible, presentamos la transcripción de parte del tratamiento de Natalie, una paciente diagnosticada de trastorno de identidad disociativa. A través de este caso, *a priori* difícil o incluso imposible, veremos cómo el terapeuta debe acomodarse a la teoría del cliente. Natalie nos proporciona un provocador ejemplo de cómo se elabora una buena teoría del cambio. El diálogo muestra los métodos de exploración, descubrimiento y validación que se usaron con la cliente y pone de manifiesto dónde se hallan los caminos hacia la imposibilidad. El tratamiento de Natalie concluirá en el capítulo 6.

Natalie nos fue derivada por su médico de familia. Cuando nos llamó para pedir hora de visita, se identificó como una paciente con personalidad múltiple y nos informó de que hacía poco había acabado con otra terapia.

Primera sesión

FRAGMENTO UNO

T: Bueno, ¿qué es lo que la ha llevado a mi consulta?

C: Necesitamos ayuda. Tenemos algo que no sabemos qué es o por qué pasa, y no nos hace estar bien.

T: De acuerdo, y ¿qué clase de problema es éste?

C: Creo que se está produciendo cierta integración y es bastante extraño. Algunas personas a las que suelo hablar ya no están ahí.

T: Bien. Supongo que debe asustar cuando le hablamos a alguien y no está ahí.

C: No nos queremos integrar. Estábamos esperando eso que llaman coconciencia, pero no esto [empieza a llorar]. Y odio llorar, especialmente en la primera visita.

T: Eso asusta bastante.

C: ¿Qué necesita saber que pueda ser de ayuda?

T: Hay tanto que usted sabe y que yo no sé. Todo lo que me dice es de gran ayuda, pero lo que me interesa más es qué es lo que encuentra molesto en la actualidad, de manera que podamos trabajar sobre eso, porque yo no tengo una idea preconcebida de lo que usted necesita.

C: [Suspira] Gracias. Casi todo el mundo la tiene. Y eso ha sido lo más duro. Todo el mundo ha tenido ideas preconcebidas, y es como si encajásemos en la definición de una persona y después no encajásemos para nada en la de otra, y eso no le gusta a nadie. Bueno, no lo puedo evitar.

Comentario

Después de la llamada inicial de Natalie, el terapeuta estaba inquieto. Recordaba los famosos casos de Sybil y Eve* (despliegue de atribuciones) y sabía que se debía ser escéptico ante un

* Los casos de Eve White y Sybil Dorsett son dos clásicos ejemplos de personalidad múltiple. Los terapeutas que los trataron en los años cincuenta, Corbett Thigpen y Cornelia Wilbur, publicaron sendos libros que llegaron a ser grandes éxitos de ventas en Estados Unidos. Posteriormente, numerosos psiquiatras pusieron en duda el planteamiento original de los autores, sugiriendo que las personalidades múltiples fueron fruto de las expectativas de los terapeutas y la sugestionabilidad de los pacientes. (*N. del t.*)

diagnóstico de personalidad múltiple (contratransferencia de la teoría). Todo ello indicaba que debía «tomarse el pulso» y «cultivar una mente de principiante». El terapeuta tomó su ansiedad como una señal de que debía compartir el caso con otros colegas. Esas consultas le permitieron empezar con la mente fría, centrado en escuchar al cliente y en buscar posibilidades.

El comentario acerca de las nociones preconcebidas que hace el terapeuta tiene como objetivo recordarse a sí mismo que debe actuar así. La respuesta clara del cliente a esos primeros comentarios refleja quizá su experiencia negativa frente a otras terapias, así como su deseo de validación. El comentario del cliente anima al terapeuta a continuar por el mismo camino.

FRAGMENTO DOS

T: La gente me trae a veces su diagnóstico, pero eso no me dice realmente qué es lo que desean, y eso es lo que a mí me interesa. ¿Qué es lo mejor para usted? Mi trabajo es ayudarla a conseguir lo que desee, no imponerle ninguna idea de cómo debería ser usted. Si se encuentra cómoda, si se acepta, si sólo tiene uno o dos aspectos molestos en su vida, para mí su situación está bien.

C: Estamos cómodas con ello porque algunas de nosotras tenemos diferentes habilidades. La que mejor sabe llevar a cabo una situación, pues la hace.

T: ¡Umm! Es un sistema fantástico.

C: Lo es para nosotras, aunque ya sé que suena loco.

T: A mí no me lo parece. Suena muy práctico. Usted saca la personalidad que mejor puede manejar una situación determinada y la pone a trabajar.

C: Sí, eso es lo que hemos hecho siempre. Cuando empecé la terapia, durante este último año, hubo una ruptura importante y eso no nos gusta. Da miedo. Pero se nos dijo: «Oh, no, usted está en el proceso adecuado. Está integrándose». Yo no es-

toy tan segura de que eso sea tan bueno. A mí no me gusta. No sé qué está causándolo. No sé si lo que ha pasado es que hemos tenido demasiado estrés o que nos estamos separando. Creo que ése es mi miedo más grande, el que haya una ruptura. Pero no sé dónde está o qué es.

T: Bien. Suena como si el otro terapeuta hubiese intentado romper las cosas e integrarlas de nuevo.

C: Lo hizo. Estaba trabajando con nosotras y nos dijo que era realmente importante identificar el sistema y que quería tener acceso a todas las personalidades.

Comentario

Fijémonos en los inconvenientes de la contratransferencia de la teoría (CT) y la poca atención prestada a la motivación que se dio en este caso. La anterior terapia no sólo dictaba qué hacer (romper el sistema para que pudiese darse una integración), sino también cómo hacerlo (haciendo que cada una de las personalidades saliese fuera y hablase). La anterior terapia, desde una posición teórica, puso a Natalie en el camino de eliminar las personalidades. Como en el caso de Molly, a Natalie no le gustaba nada que le dijiesen lo que debía hacer y se ignorasen sus creencias. La motivación de Natalie no estaba en la dirección de una integración, como la terapia anterior había definido.

FRAGMENTO TRES

C: Bueno, perversamente, el propio hecho de que ella pensase que eso era tan importante nos puso muy a la defensiva. Ya hemos tenido tanta gente haciéndonos cosas sin nuestro control o consentimiento que... y su insistencia en tener acceso a todas las personalidades... eso no me parecía bien y aún no me lo parece.

T: Vale. Eso es realmente imponer.

C: Chris tenía la mejor descripción. Dijo: «Era como pedirnos que actuásemos según el capricho de alguien».

T: Claro.

C: Y eso no lo admitimos.

T: Sí.

C: Pero hablando con el doctor R [el médico que nos la envió], nos dijo que usted tenía otra manera de ver el mundo y que estaría dispuesto a escucharnos, y para nosotras eso ya es suficiente.

Comentario

Natalie deja claro qué es lo que busca en la terapia: quiere que la escuchen sin que la encajen en nociones preconcebidas (precedentes del despliegue de atribuciones y la contratransferencia de la teoría). En retrospectiva, sorprende cuán difícil puede resultar escuchar a un cliente. Y lo que lo hace difícil es nuestra formación. La CT y el despliegue de atribuciones se convierten en poderosas influencias. Son los culpables de la imposibilidad.

Recordemos la literatura sobre resultados, la investigación sobre la alianza y la importancia de la percepción del cliente de la relación. Natalie se sintió molesta en su terapia anterior porque le imponían cosas, lo cual no es un buen indicador de éxito. Después de cultivar una mente de principiante y asumir que la terapia no había atendido a los deseos del cliente, el primer paso que da el terapeuta es cambiar la experiencia negativa de Natalie frente a la terapia.

FRAGMENTO CUATRO

T: Bien. Precio su confianza (refiriéndose al doctor R).

C: Pretender que actuemos según el capricho de alguien es algo que no podemos hacer. ¿Ve? Otra cosa de la que nos hemos

dato cuenta es de que no tenemos el control de quién sale y quién entra. Lo que sucede es que según lo que se necesite hacer, sale una persona u otra.

T: Uh, uh. Creo que eso es maravilloso y muy práctico. Me encantan las cosas prácticas.

C: Quiero decir que normalmente ha sido así, pero ahora tenemos problemas porque la cosa no funciona.

T: Bien. Usted está esperando que salga la persona correcta, pero no tiene acceso a ella.

C: No en el momento apropiado.

T: Bien. Eso da miedo, porque así es como usted ha funcionado durante mucho, mucho tiempo. Y le ha ido bien.

C: Bueno. Creo que estamos experimentando una ruptura y tiene que detenerse. Algo ha de cambiar. Normalmente está Teresa, de tres años de edad. Linda, que tiene entre ocho y nueve. Ah, y Nancy, de unos catorce años y, después, el resto de nosotras, que somos las mayores. Estoy yo, que soy Nat; Gretchen, Kerna, Chris y Mary. Y puedo decirle lo que normalmente ocurre. Por ejemplo, yo tengo grandes limitaciones físicas, me cuesta subir escaleras. Es un problema de equilibrio. Así que las sube Gretchen. Sube en un periquete. Las sube saltando y todo. Lo hace muy bien. Otro ejemplo es el de Chris: ella se expresa muy bien, es extremadamente lógica. Ella es nuestra escritora, podríamos decir.

T: ¡Umm!

C: Siempre que hemos tenido que redactar comunicados, manuales técnicos y demás, ella es la escritora. Gretchen es la matemática, la que crea los sistemas. Yo soy extremadamente intuitiva. Sé que puede sonar muy loco, pero oigo unas campañas de advertencia y cuando no les prestamos atención, nos pasa algo malo. Y ha sido así desde que recuerdo... Quiero decir, incluso de pequeña. Siempre sabía cuándo era seguro volver a casa, cuándo papá estaba durmiendo y no nos podía pillar. Siempre sabía cuándo debíamos volver a casa y miraba de dilatar la vuelta hasta ese momento. A veces estaba fuera de nues-

tro control, pero yo lo sabía. Puedo entrar en una habitación y decir quién no se lleva bien con quién y quién está interesado en quién. Ya sé que parece loco, pero todas han confiado en mí para eso.

T: De acuerdo.

C: Cuando llaman por teléfono, yo ya sé quién es antes de descolgar el aparato. Sé si es mamá o si es Joe... También sé si es alguien con el que no quiero hablar [ríe]. Es terrible.

T: [Ríe.]

C: Y si no me apetece hablar con esa persona, no cojo el teléfono.

T: Me parece una capacidad fantástica [ríe].

C: [Ríe.] Pero sé que suena extraño y que los terapeutas tienen problemas para creerlo.

T: Qué mal.

C: Y eso es parte de mí. Creo que me ha ayudado a pasar por muchas cosas.

T: ¡Umm! Suena como si no hubiese tenido muy buena experiencia con la terapia. No sintió que la creían.

C: La mitad del tiempo no nos creían, pero lo intentábamos de todas maneras.

Comentario

«La mitad del tiempo no nos creían, pero lo intentábamos de todas maneras.» Esto lo dice todo. A veces, los clientes cuyas historias son poco convencionales y diferentes de las experiencias de la gente de clase media normal tienen la sensación de que no les creen. Pero lo más increíble es el comentario final —«pero lo intentábamos de todas maneras»—, una impresionante demostración de perseverancia. Frente a toda una serie de imposiciones de marcos de referencia, curiosidad intrusiva, incredulidad e invalidación total, Natalie continuaba en la terapia con la esperanza de que las cosas mejorasen. Al reemplazar las anteriores ex-

perencias negativas de Natalie (con la terapia) por un contexto validante ponemos los cimientos del éxito terapéutico.

La rápida y positiva respuesta del cliente a los comentarios del terapeuta sobre las nociones preconcebidas proporcionan el empuje inicial necesario para que se establezca una relación terapéutica favorable. La exploración también permite que surja claramente uno de los objetivos del cliente, la restauración de su sistema de personalidades múltiples.

En este punto, el terapeuta está tomando su propio pulso ante la situación. Aunque está contento con la sesión, no le viene nada a la mente en relación con la demanda del cliente. Como ya tiene programado consultar con sus colegas, se da permiso para no pensar en ello hasta más tarde. A su vez, se recuerda a sí mismo que debe tener fe en el cliente y confianza en el proceso terapéutico. Siempre le ha ido bien tener esto presente.

El terapeuta continúa su exploración, validando durante el proceso, buscando nuevas posibilidades de cambio.

FRAGMENTO CINCO

T: [Suspira.] Vaya, veo que está realmente enfadada. Tiene problemas para acceder a un recurso que antes estaba disponible. ¿Cuándo empezó a sentir que le fallaba esa capacidad?

C: Bien, desde octubre más o menos. Aunque es algo intermitente. Al principio, no nos preocupaba mucho. Pensábamos que estábamos simplemente cansadas. Tenemos Epstein-Barr. Eso nos ha afectado en general. Pero cuando nos hemos dado cuenta de que nos estaba afectando de verdad ha sido en enero. Desde que Joe [su novio] empezó con todo su lío. Su padre murió y hay una lucha muy grande por la herencia entre su hermano y su hermana. Él es un caso perdido y ha estado explosivo, como una bomba a punto de explotar. ¡Joe, en una ocasión, amenazó de muerte a los dos! Tienen una discusión tras otra.

Comentario

Se descubre una posibilidad. El cliente conecta sus dificultades para acceder a sus personalidades con la convivencia con su novio Joe. Aunque todavía no sabemos si este nuevo dato nos aportará soluciones para el problema del acceso a sus personalidades, representa una clara conexión con la dificultad que queremos tratar en la terapia. El terapeuta archiva esta posibilidad y continúa explorando el sistema de acceso a sus personalidades, intentando entender su peculiar manera de tratar con el mundo.

FRAGMENTO SEIS

T: Los métodos o vías normales de acceder no están funcionando.

C: Correcto.

T: Así que no sirve de nada seguir el proceso que normalmente seguía.

C: Correcto, es como si no estuviesen ahí.

T: Y no están ahí. Es como si entrase en su habitación y Teresa no estuviese ahí.

C: Sí. No está ahí.

T: Bien.

C: Y cuando voy a buscarla, no la encuentro.

T: ¡Umm!

C: Y por su parte, Nancy salió ayer por la noche durante un rato. No ha podido encontrar a Chris. Chris siempre cuidó de ellas, siempre, porque había veces en las que papá hacía cosas y Chris nos escondía para que no tuviésemos que pasar por ello.

T: Bien. Estoy intentando entender su sistema. A través de la imaginación, tiene una casa, un sistema de habitaciones.

C: Sí, supongo que sí. Creo que sí.

T: Y va de habitación en habitación buscando sus personalidades.

C: Sí, y tenemos una zona exterior donde jugar. Supongo que suena muy loco, pero es así.

T: A mí no me suena loco. Me parece un sistema muy eficiente.

C: Sí, está decorado según el gusto de cada una y... [empieza a llorar otra vez].

T: Bueno.

C: Estoy cansada de llorar.

T: Bien. Ha tenido una pérdida importante en su vida. Pero esperemos que no sea permanente.

C: Creo que eso es lo que me asusta y no sé cómo me enfrentaré a las cosas a partir de ahora.

T: Claro, si no lo arreglamos, su sistema de enfrentamiento se habrá esfumado.

C: Es como si se hubiese derrumbado.

T: Ha pasado por un período de mucho estrés.

C: Considerable.

T: Quiero decir con Joe y todo por lo que está pasando...

C: Ha sido duro.

T: Ha sido muy duro, hasta el punto de que ha amenazado a sus hermanos. Es posible que su situación se deba al problema de Joe, ya que es uno de los momentos más estresantes de su vida. Quizá no es que las personalidades se estén desintegrando o rompiendo, sino que no están accesibles, están escondidas.

C: ¿Porque tenemos demasiado estrés?

T: Sí, demasiado. Porque las trifulcas de Joe son demasiado.

Comentario

El terapeuta vuelve a la posibilidad descubierta con anterioridad, la conexión entre la dificultad para acceder a las persona-

lidades y la situación estresante con Joe. A través del proceso de exploración, el terapeuta ha entrado en el mundo de la cliente y le ha comunicado que su marco de referencia es válido. Al conversar con ella desde su mundo, se le permite al terapeuta contemplar la posibilidad de que las personalidades no hayan desaparecido, sino que estén inaccesibles debido al estrés que provocan los arrebatos de Joe. Aunque todavía no se ha hablado abiertamente de ello, existe la implicación de que si se tratan los arrebatos de Joe o se maneja el miedo que provocan en la cliente, podrán aparecer nuevas vías de acceso a las personalidades. Nos acercamos al final de la sesión y ya se ha sembrado esa posibilidad. Acto seguido, el terapeuta le pide a la cliente que piense en cómo ella conseguía previamente acceso a sus personalidades para así continuar explorando su mundo y las posibilidades adicionales para un futuro mejor.

FRAGMENTO SIETE

T: Si usted piensa que es una buena idea, le sugeriría que pensase en cómo antes conseguía tener acceso a sus personalidades.

C: Sí, creo que es una buena idea. Estoy abierta a ello. La cosa era que cualquiera que pudiese hacer algo mejor que las otras, aparecía. Ellas sabían cómo hacerlo.

T: La que tenía las mejores capacidades en determinada área, aparecía. Es un sistema maravilloso.

C: Sí, eso es lo que hacíamos. Gracias. Dios le bendiga. Usted es la primera persona que ha dicho eso. Usted es la primera y la única. Todo el mundo nos dice: «Te equivocas. Estás hecha un lío. Tienes que hacer esto o lo otro», y nosotras nos sentábamos y decíamos: «No creo que seamos tan malas».

T: Bien hecho, porque es verdad que no son tan malas.

C: Pero siempre hemos querido tener coconciencia. Eso es lo que siempre hemos deseado.

T: Eso tiene sentido.

C: Hemos tenido trabajos con éxito. Nuestro trabajo artístico se expone. Hemos ganado premios. Todo eso no habría ocurrido si hubiésemos sido tan disfuncionales.

T: Eso es cierto.

C: Ahora sí que somos disfuncionales.

T: Porque no puede tener acceso a todos sus recursos. A toda la gente que le ha resultado siempre de ayuda.

Comentario

La sesión termina en un tono muy positivo: «Usted es la primera persona...». Se han cumplido los objetivos de explorar el mundo de la cliente. Ésta participa abiertamente e informa de que tiene una visión prometedora de la terapia. Además, se ha descubierto una posibilidad de cambio. Si pudiese manejar mejor su situación con Joe, quizás entonces volvería la vía de acceso a sus personalidades. El terapeuta legitima las preocupaciones de la cliente, destaca su importancia y cree en ella. Después de la primera sesión, el terapeuta siente que no sólo es posible el cambio, sino probable. Siente que las cosas van bien aun cuando todavía no tiene ningún plan concreto para que la cliente recupere el acceso. El terapeuta mantiene su fe en su cliente y en el proceso terapéutico.

El equipo de colegas se encuentra y ve el vídeo de la primera sesión. Examinar la sesión y debatir acerca del caso ayuda al terapeuta a estar centrado en su cliente y en lo que demanda del tratamiento. El mensaje del equipo es que el terapeuta debe «ir despacio» y seguir con su plan: escuchar, validar, evitar el despliegue de atribuciones y la CT. El equipo piensa que el proceso parece ir por buen camino.

Segunda sesión

FRAGMENTO UNO

T: Bien, ¿qué tal está?

C: Bueno, eso es un poco difícil de responder. Estoy un poco, un poco perdida. Soy Chris.

T: Muy bien.

C: Y las notas del diario de Nat no han sido muy buenas. Pero creo que he captado lo esencial de lo que sucede y estoy muy enfadada. El fin de semana ha sido horrible, porque Joe estaba decidido a ir a ver a su hija y Nat le estuvo diciendo que no era una buena idea. Ella tenía un mal presentimiento y pensaba que al menos podía retrasarlo una semana. No hubo manera y allí nos vimos en medio de la ventisca. La verdad es que estoy harta de esa conducta autodestructiva. Quiero decir que no le importa lo que le diga, porque no hace ningún caso.

T: ¡Umm!

C: Me pone mala. Me gustaría decirle que se atuviera a la realidad, pero viniendo de una persona con personalidad múltiple es un poco gracioso, ¿verdad? [Ambos ríen.]

T: ¿Qué le molesta?

C: Supongo que, en primer lugar, él ha aportado un montón de cosas buenas a nuestra vida, pero las últimas ocho o diez semanas han sido un infierno absoluto. Hemos llegado a un punto en que no queremos ir a casa porque no sabemos qué nos vamos a encontrar. Yo soy una comunicadora bastante directa. Nat y Gretchen son más indirectas, un poco más suaves.

T: Está bien.

C: Y ellas han expresado que están incómodas con la intensidad y la incontrolabilidad de su conducta y su rabia. Yo cada día me estoy poniendo peor. Sus estallidos son intolerables. Y después el viaje durante el fin de semana fue muy duro. Estaba realmente maniaco, y hacía cosas estúpidas. Todavía me duele el estrés de todo eso. Me duele físicamente.

T: De acuerdo.

C: Y estoy enfadada por eso también.

T: Uh.

C: No puedo contactar con las pequeñas y siempre he cuidado de ellas. No sé qué decirle. Nat ha estado intentando, como usted le pidió, ser consciente de cómo ha tenido acceso a ellas en el pasado.

T: ¡Umm!

C: Y ella lleva un diario, de manera que si cualquiera de nosotras sale, lo sabríamos. Lo deja en un lugar muy visible para que podamos verlo.

T: Muy bien. Fantástico.

C: Y ella volvió al viejo sistema que teníamos. Siempre teníamos un bloc de notas en un lugar. Íbamos y leíamos.

T: Muy bien. ¿Da eso acceso a alguna de ellas?

C: Realmente, no. No puedo contactar con ellas, y eso me preocupa.

T: Claro.

C: Creo francamente que están escondiéndose, y no las culpo de ello.

T: No sé si Nat ha sido capaz de poner esto en su diario para que usted lo viese, pero una de las cosas de las que hablamos la última vez es que todo el asunto de Joe y el estrés que pasan está haciendo que todas se retraigan a sus zonas de comodidad, y por eso es difícil acceder a ellas.

C: Así lo creo yo y estoy enfadada con él por ello.

T: ¡Umm!

C: He intentado decírselo.

T: ¡Umm!

C: Y él, por alguna razón, no quiere oírlo.

T: ¡Umm!

Comentario

En esta segunda sesión, acude una personalidad diferente. El terapeuta está encantado de tener otra perspectiva de la situación. Chris amplía la conversación y da detalles acerca de su situación con Joe. Cuando el terapeuta explora su historia, buscando nuevas posibilidades y la oportunidad de seguir con el descubrimiento de la sesión anterior, ella expresa su ira. Pero, finalmente, se da la oportunidad que buscamos: la conexión continúa intacta e incluso parece ser más fuerte cuando la cliente dice: «Están escondiéndose y no las culpo».

El terapeuta sigue informándose acerca de la teoría de la cliente y explora los intentos que ella usaba antes para acceder a sus personalidades. El mundo de la cliente continúa revelándose a medida que el terapeuta le pregunta más acerca de su sistema de acceso y los estallidos de cólera de Joe.

FRAGMENTO DOS

C: La cosa no está yendo muy bien. Tengo suerte de haber podido salir.

T: Al decirme que usted es Chris, lo primero que me vino a la mente fue: «¿Cómo ha salido? ¿Cómo ha sucedido?».

C: Si he de ser honesta, no lo sé.

T: Está bien.

C: Es como si me hubiese despertado hace dos días. Soy la que se despertó por la mañana hace dos días.

T: Está bien.

C: No puedo llegar hasta las pequeñas. Eso me molesta muchísimo.

T: ¡Umm!

C: Porque siempre jugaba con ellas. Les enseñaba a leer. Siempre les decía que era bueno estar fuera y que podían tener un rato de recreo.

T: ¡Umm!

C: Yo me encargaba de decirles cuándo tenían que trabajar las grandes.

T: ¡Umm!

C: Ahora no puedo llegar hasta ellas.

T: Claro.

C: Normalmente, Gretchen tiene una casa. Y ya no puedo encontrar el camino a su casa. Y eso que era un camino bien señalado.

T: ¿Era eso una imagen que usaba para llegar hasta Gretchen? ¿O estoy intentando concretar demasiado?

C: Oh, no importa. Pero no sé exactamente la respuesta. Podría cerrar los ojos y seguir el camino. Y así llegaría.

T: Está bien.

C: Y a veces no tengo que hacer ni eso.

T: Vale. Pero ése era un método válido; ciertamente ese método funcionaba.

C: Sí.

T: Ah, ahora no está funcionando.

C: No; quiero decir que el camino ha desaparecido.

T: Muy bien.

C: Adivino que esto probablemente suena un poco extraño, pero todas tenemos nuestro lugar, decorado y todo. Cada una de las habitaciones refleja nuestro propio gusto. Pero ahora se ha ido todo. No puedo encontrar a las pequeñas.

T: ¿Piensa que se harían accesibles si redujésemos el estrés de su situación vital en general?

C: Me he estado preguntando esto mismo y sí, pienso que sí.

T: Muy bien.

C: Intentaba llegar a una conclusión sobre eso, porque quería recordar qué pasaba cuando las cosas se ponían realmente malas con papá. Con papá, sin embargo, daba con las pequeñas y las escondía de manera que no tuviesen que ver ni escuchar.

T: ¡Umm!

C: Y entonces Kerna era la luchadora, la más dotada físicamente. Mi papá intentó matar a mi hermano un par de veces. Kerna lo detuvo una vez. Tenía un hacha en la mano y corría detrás de él. Kerna le paró. Y dependiendo de la situación aparecía una u otra. Bueno, Kerna era la mejor físicamente.

T: Eso es realmente lo bueno del sistema. Según la situación, eran capaces de acceder a la más dotada para llevar a cabo la tarea en cuestión. Ésa es la grandeza de su sistema.

G: Sí, yo no pensaba que fuésemos tan malas.

T: Sí, yo no pienso que sean malas en absoluto. Lo que es malo es que no puedan acceder a alguien cuando antes siempre habían podido hacerlo.

C: Sí, para nosotras es muy malo.

T: Seguro que sí.

C: Y, ahora que lo pienso, hemos estado muy aisladas desde que la gente se enteró de todo esto. Incluso una persona llegó a decir que esto era cosa de Satán y que necesitábamos un exorcismo para ponerme bien. Lo que me apetecía era gritarle «¡bugui, bugui!» y perseguirla por la sala. [Ambos ríen.]

T: Hubiese sido divertido. La falta de aceptación no es cosa sólo de gente común, sino también de profesionales.

C: Usted es el primero que nos cree. Nat volvió a casa y nos lo dijo. Le estoy agradecida. Ella nos dijo que usted le dio esperanzas. Los otros médicos que hemos visto nos trataban como si fuésemos rarezas de circo. Uno pretendía tener acceso a cada una de nosotras con sólo pedirlo. ¡Perdóneme! ¿Quién diablos es usted?

T: Realmente, eso es bastante impertinente.

C: Eso mismo creo yo.

T: Sí, poco respetuoso.

C: Y también me parece que, francamente, después de lo que nos había hecho nuestro papá, esto era igual de detestable. Y en todas partes nos decían: «Oh, esto está mal, tú eres mala. Esto no está bien. Necesitas integrarte». Nosotras no queríamos integrarnos. Lo que sí queremos es tener coconciencia. Eso nos

haría la vida más fácil. Nancy le preguntó al último doctor, llorando: «¿Voy a irme?». Y el doctor no le pudo decir ni que sí, ni que no. Ni siquiera quizás. Eso es inaceptable.

T: Sí, ¡umm!

C: Y eso es inaceptable para nosotras como chicas grandes.

T: ¿Por qué iban a querer ustedes que alguien se fuese?

C: Claro, nosotras no queríamos. Gracias por darnos esperanza. Quería decírselo porque usted es el primero que nos ha dicho: «No sois realmente malas».

T: Sí. Yo no creo que ustedes sean malas en absoluto.

C: Bueno, ahora mismo no parece ser así.

T: Ésa es una de las razones que hacen que estén estresadas. Y la persona más significativa en su vida está siendo poco razonable y amable con ustedes y está yendo por un camino completamente improductivo, increíblemente traumático. Y a pesar de todos sus esfuerzos por intentar ser de ayuda ha sido como un pozo de serpientes para ustedes.

C: Sí.

T: Se deja llevar por esos ataques de ira improductiva y contraproducente, y ustedes quieren hablar de eso con él y tampoco les lleva a ningún sitio.

C: No.

T: La parte buena de todo esto es que si trabajamos la situación y la hacemos menos estresante, ustedes tendrán menos miedo y volverán las vías de acceso a todas sus personalidades. Creo que ésa puede ser nuestra hipótesis de trabajo.

C: Eso es lo que parece.

T: Muy bien, muy bien.

C: Eso es lo que parece.

T: Creo que estamos en sintonía con respecto a esto. De modo que si trabajamos este tema, entonces podrán recuperar el acceso que necesitan, el que siempre les ha funcionado. Como debe ser.

Discusión

En este punto, terminamos el proceso de descubrimiento. A través de él emerge una posibilidad que nos puede dar una solución al problema de acceso. Ligamos con éxito las inquietudes de la cliente con una descripción del problema que podía promover el cambio. La implicación es que las otras personalidades son inaccesibles no porque se hayan ido, sino porque están retiradas en otras áreas más cómodas en ese momento. Se esconden de las tormentas emocionales y de las conductas autodestructivas de Joe. Las personalidades no hacen más que protegerse.

El terapeuta le pregunta a la cliente si piensa que trabajando la situación con Joe podría retomarse el acceso a las otras personalidades. La cliente responde afirmativamente. Tanto terapeuta como cliente están de acuerdo en la visión del problema y formulan conjuntamente una posible solución: cambiar la situación con Joe. Se establece, por lo tanto, una fuerte alianza.

Por otro lado, surgen muchas oportunidades de validar a la cliente y el terapeuta responde legitimando y dando valor a la teoría de esta última. A su vez, ella responde diciendo que está agradecida puesto que el terapeuta le ha dado esperanzas. Muchos clientes informan de que la inculcación de esperanza constituye un potente factor curativo en la terapia (Frank y Frank, 1991; Murphy, Cramer y Lillie, 1984).

Se ha abierto pues el camino. El ejercicio de explorar, descubrir y validar ha propuesto una solución para el problema de Natalie y, como veremos en el capítulo 6, producirá muchos otros beneficios.

TERCERA PARTE
APLICACIONES CLÍNICAS

Del éxito se cuenta lo más dulce
por parte de aquellos que nunca triunfan.
Apreciar un néctar requiere
una cruel necesidad.

¡Ni una de las purpúreas huestes
que llevaron la bandera hoy
puede dar una definición
tan clara de la victoria

como el vencido moribundo,
en cuyo vedado oído
el distante clamor del triunfo
estalla agonizante y claro!

EMILY DICKINSON

CAPÍTULO 6

CASO PRÁCTICO: TRASTORNO DE IDENTIDAD DISOCIATIVA O «EL COLLAGE DE DONES»

El principal peligro de nuestros tiempos es que tan pocos se atreven a ser excéntricos.

JOHN STUART MILL

Este capítulo sigue y concluye con la terapia de Natalie, detallando la metodología de trabajo clínico utilizada, que es la que proponemos para los casos imposibles en general. El capítulo empieza con una breve muestra de las diferentes concepciones que existen sobre el trastorno disociativo y los principales métodos de tratamiento asociados. Después, exponemos la experiencia de Natalie con nuestra terapia, invitando al lector a comparar y contrastar.

A través de una selección del diálogo terapéutico iremos siguiendo el proceso de cambio. En muy poco tiempo, gracias a nuestra acomodación al marco de referencia del cliente y nuestra adopción de su teoría del cambio, obtenemos buenos dividendos.

El trastorno disociativo: recomendaciones para el tratamiento

PERSPECTIVA GENERAL

La historia de la psicoterapia sugiere que los diagnósticos, así como muchas terapias, se ven influenciados por las modas. Uno de los últimos en obtener preeminencia o estatus es el trastorno de identidad disociativa (TID), antes conocido con el nombre de trastorno de personalidad múltiple.

Quizá más que cualquier otro, este trastorno ha generado considerable controversia, especialmente sobre su auténtica existencia. Aunque hubo un tiempo en el que se le consideró extremadamente raro (Meyer y Salmon, 1988), ahora se supone que afecta a un porcentaje que va de un 1 a un 3% de la población (Lowenstein, 1992).

Quizá sea más fácil definir lo que *no* es el TID que lo que es. Se acepta comúnmente que no se trata de esquizofrenia. Los clientes, se dice, no muestran el tipo de desequilibrio en la cognición y afecto asociados al nivel psicótico, aunque se pueden presentar experiencias psicóticas; como alucinaciones auditivas e invasión (y retirada) de pensamientos. La estructura de la personalidad se basa en la disociación y en factores postraumáticos, no en una organización del ego psicótica o límite. Los clientes que padecen dicho trastorno también son descritos como capaces de relacionarse con los objetos. Son sujetos auto-observantes y cálidos, en contraste con la experiencia interna de vacuidad, incluso sordera, asociada a los individuos límite o psicóticos (Lowenstein, 1992).

La manifestación clásica del TID se caracteriza por la existencia (alternante) en el cliente de dos o más personalidades distintas (Cavenar, Jr. y Brodie, 1983). Esas personalidades son frecuentemente denominadas alter egos o entidades. Lowenstein (1992) escribe que los alter egos de la mayoría de estos sujetos no están muy elaborados y poseen un rango limitado de pensamientos, afectos y conductas asociadas. Los alter egos pueden solaparse, interferir los unos en los otros o aparecer simultáneamente. Lowenstein añade que los alter egos no siempre adoptan el control ejecutivo de la persona. Para llevar a cabo el diagnóstico, los últimos criterios del DSM requieren que exista alguna forma de amnesia o período en blanco.

TRATAMIENTO

Como en muchos otros trastornos, el tratamiento del TID se basa más en conjeturas y en el juicio clínico del terapeuta que en protocolos validados empíricamente. Se han recomendado todo tipo de enfoques de tratamiento: individual, grupal, hospitalario y farmacológico, pero no han contado con más apoyo que el entusiasmo de sus defensores. Para complicar la situación, nos encontramos con el hecho de que prácticamente no existen seguimientos a largo plazo. Y lo mismo se puede decir de los estudios de resultados comparando diferentes tipos de tratamientos (Dunn, 1992).

En estos casos lo habitual es llevar a cabo una terapia individual (como con los clientes con personalidad límite). La tarea del terapeuta es integrar los recuerdos, sentimientos y distorsiones cognitivas relacionadas con el trauma que ha precipitado la aparición del trastorno. Por otro lado, también se intenta ayudar al cliente a reemplazar las defensas disociativas por otras menos perjudiciales hasta llegar a las sanas desde un punto de vista funcional (Lowenstein, 1992).

Nemiah (1989) escribe que el clínico debería dar los pasos necesarios para explorar activamente las personalidades disociativas, animarlas a darse cuenta de la existencia de ellas traspasando las barreras disociativas y facilitando la catarsis de los recuerdos traumáticos, especialmente de aquellos asociados con el abuso sexual. En este trabajo de revelación, Nemiah advierte que habrá períodos de ansiedad tanto para el cliente como para el terapeuta, especialmente «cuando las personalidades agresivas o suicidas sean las dominantes» (pág. 1.038). En esos momentos problemáticos se puede requerir una hospitalización breve.

Lowenstein (1992) pide que el tratamiento del TID sea entendido como la clásica psicoterapia orientada psicológicamente hacia el ego. En este contexto, los alter egos del cliente pueden ser vistos como asociaciones libres concretizadas o personificadas, y no se debería excluir a ninguna de las personalidades múl-

tiples. También recomienda que se posponga cualquier trabajo sobre las raíces genéticas de los síntomas hasta que las defensas del cliente estén preparadas para la tarea. La clave para la mejora del funcionamiento defensivo es que los alter egos trabajen juntos más eficientemente. En su opinión, los clientes que siguen una psicoterapia diseñada o construida específicamente para su TID suelen obtener buenos resultados, incluida la resolución completa de la multiplicidad.

RESUMEN

Es difícil llegar a conclusiones sobre el diagnóstico del TID, y mucho más sobre su tratamiento. Kluft (1991a) describe el estado actual de la cuestión como preliminar, pero al mismo tiempo sugiere que el TID sea incluido en todos los diagnósticos diferenciales (Kluft, 1991b), una curiosa postura. Basta con decir que, en este momento, todos los tratamientos del TID se hallan en una fase experimental y no han sido contrastados. Cualquier afirmación doctrinaria sobre el valor y la efectividad de cualquier terapia para el TID debe ser vista como sospechosa.

La mayor parte de tratamientos del TID enfatizan la idea de integración. La idea es que, como la disociación es vista de alguna manera como una fractura en la continuidad de la vida mental del cliente, la integración de las personalidades será ineludiblemente curativa.

El caso de Natalie

Recordemos que Natalie, a quien se diagnosticó un trastorno disociativo, retornó a la terapia porque había perdido acceso a sus otras personalidades. Esto le resultaba extremadamente estresante no sólo porque confiaba en los diferentes talentos de sus alter egos para su vida cotidiana, sino que los considera-

ba como su familia. Para Natalie, el éxito terapéutico consistía en la restauración de su sistema múltiple.

Explorando el mundo de Natalie nos encontramos con que estaba pasando por un momento muy traumático con su novio Joe, con el que vivía. Éste presentaba una gran propensión a los estallidos de ira. Así surgió la conexión de que la dificultad para acceder a sus alter egos estaba causada por el estrés y el miedo asociado a vivir con Joe y su errática conducta. La teoría del cambio de Natalie era que si se trabajaba la situación con Joe, volvería a tener acceso a sus personalidades.

Tercera sesión

FRAGMENTO UNO

T: Bueno, ¿cómo va todo? Me refiero al problema de acceso, los estallidos de Joe y la hipótesis que estábamos desarrollando de que si mejoraba la relación con Joe, ustedes no estarían tan atemorizadas y quizá fuesen capaces de reestablecer el contacto con sus personalidades.

C: Bien, pienso que hemos tenido una crisis total, porque durante este fin de semana Joe estuvo de un mal humor espantoso y explotó. ¿Sabe?, son momentos muy duros, porque todo se pone tan borroso... Llamó a sus hermanos. No fue una buena idea. Él todavía no se da cuenta del impacto que ha tenido esa llamada. No veo por qué he de seguir insistiendo con él. Explotó porque le dije que si me hubiese dicho que había llamado a su familia yo habría llevado el tema de otra manera. Entonces tuvo uno de sus ataques de ira que me dejó agotada. Era como si ya no tuviese ninguna energía y me fui a la cama. Me quedé en casa durmiendo todo el lunes.

T: ¡Umm!

C: No podía ni pensar. El martes fui a trabajar medio día. Estaba muy delicada. Y después, el miércoles, me lo pasé otra vez

en la cama. No tuvimos una buena noche ese miércoles. Él no quería oír hablar de nuestros problemas. Nunca quiere hablar de por qué estamos enfadadas. ¡No quiere ni oírlo [con énfasis]!

T: ¡Umm!, eso no parece ir muy bien.

C: No, y pensamos que ni siquiera se da cuenta de ello; y yo no me siento bien por esa razón. Creo que la cosa apesta. Y encima dice que yo le pongo nervioso. Oh, sí, seguro. Piensa que todo puede seguir tan normal. De ninguna manera.

T: Vale.

C: Cuando intentamos expresarle todo esto, se niega a escuchar. Me dijo que parecía su padre, hablando una y otra vez sobre lo mismo y arremetiéndolo contra él. No, yo no soy su padre, pero tengo derecho a que me oigan.

T: Sí.

C: Una noche, cuando intentamos hablar del asunto me dijo: «Bien, Me voy a ir. Ya he tenido suficiente». Y añadió: «Y cuando me vaya, reventaré el motor». Es demasiado. Creo que hemos tenido una crisis muy fuerte y yo estoy atontada. Sí. Estamos viendo ahora a una persona muy egoísta y no me parece bien.

T: ¡Umm!

C: Creo que Joe no se da cuenta del impacto negativo que está teniendo para nosotras. Y cuando intento decírselo, no quiere oírlo. Y no lo entiendo. No estoy diciendo que yo sea perfecta. Eso sería una necedad, pero no veo por qué seguir intentándolo. Es como si ya no pudiera entenderle. Es como si no quisiera oír [con énfasis]. Y ya no sé qué hacer porque estoy cansada.

T: Así que están cansadas y escapando, retirándose. Duermen más y no quieren interactuar mucho con él.

C: Sí.

T: ¿Él se ha dado cuenta de ello?

C: No, y el Epstein-Barr es ahora muy activo, y no pienso que él se dé cuenta de ello. El Epstein-Barr fastidia mucho también, pero esta situación con Joe está teniendo un impacto mayor.

T: ¡Umm! Una cosa que sí me parece evidente es que él no

se da cuenta del efecto que está teniendo sobre ustedes. No lo suficiente como para ver más allá de su propia situación.

C: No.

T: Lo cual les enfada a ustedes y probablemente hace que estén resentidas.

C: Sí, estoy resentida, realmente resentida.

T: ¡Umm!

C: Y no sé si esperando demasiado.

T: Yo no creo que eso sea esperar demasiado. El que una persona esté pasando por un momento difícil no le da derecho a ser insensible con los que le rodean. Obviamente, él está pasando por un mal momento, pero es contraproducente golpear a los que más te importan.

C: Sí, así lo creo yo. Al menos eso es lo que siempre he pensado. Pero no me gusta mi aturdimiento. Mi deseo de dormir todo el tiempo. Y no me gusta sentirme agobiada en el trabajo.

T: ¡Umm!, vale.

C: Pero creo que hemos tenido una crisis.

T: Vaya, parece como si le estuviese yendo realmente mal con Joe. Y todavía tenemos ese proceso en marcha, aquello sobre lo que hablamos en las anteriores sesiones, bueno, primero con usted y la última vez con Chris. Parece que existe una relación entre sus problemas con Joe y el asunto de la inaccesibilidad.

C: Creo que sí. Pero no he sido capaz de decírselo. El impacto de su ira es tan fuerte que no hemos sabido manejar la situación. No hemos sabido desviarla.

T: ¡Umm!

C: Intenté hablarle de esto hace un tiempo, pero es como si no pudiese de ninguna manera. Ya no sé qué hay que hacer para comunicarme con él. Estoy bastante segura de que ésa es la razón por la que las pequeñas se han escondido. Algo en mi interior me dice que usted está en lo cierto. ¡Creo que ha dado en el clavo! Sólo que [pausa] no sé qué hacer al respecto.

Comentario

Nat acude a la tercera sesión desesperanzada acerca de su situación con Joe. Siente que ha tenido una grave crisis personal. El terapeuta mantiene una conversación con ella y valida sus sentimientos de desesperación y resentimiento. La conexión entre su crisis y la conducta de Joe es más fuerte que nunca, como evidencia el comentario de la cliente en el que dice: «¡Ha dado en el clavo!». Dada esa fuerte conexión y la teoría de Natalie de que las personalidades podrían volver si la situación con Joe mejora, el terapeuta está preparado para introducir una importante idea para que Nat la tome en consideración. El terapeuta ha debatido anteriormente con su equipo de colegas dicha idea.

Presentación de ideas

Antes de ofrecerle una idea a un cliente, tenemos que tener tres cosas en mente. Primero, reconocer que el éxito de cualquier idea depende de los recursos del cliente. La dependencia del terapeuta en este sentido refleja muy bien la naturaleza del cambio como dependencia o confianza del terapeuta en los recursos y la participación del cliente. Segundo, aceptar explícitamente los deseos del cliente y buscar opciones que los atiendan directamente. *Si una idea no cumple este requisito, la rechazamos.*

Finalmente, y quizá lo más importante, esperar la recepción positiva de las ideas del terapeuta. Si el cliente no acepta una idea con entusiasmo, la abandonamos. Así pues, se han de debatir y evaluar diferentes opciones. Buscar la respuesta favorable del cliente no sólo asegura su participación, sino que hace posible que éste tenga cierta sensación de propiedad sobre esas ideas. La sensación de propiedad anima al cliente a utilizar sus recursos para resolver sus problemas.

Natalie estaba enfadada con Joe y harta de su conducta explosiva. Percibía que el problema residía en Joe. La exploración

del mundo de Natalie no sólo reveló su teoría del cambio, sino que además nos proporcionó ideas para el proceso de invención. Las soluciones de Natalie giraban, en gran medida, en torno a sus esfuerzos infructuosos por que la escuchasen (necesitaba decirle a Joe que estaba causando un impacto muy negativo en su vida). Repetidamente, expresó su frustración acerca de no poder «comunicarme con él». Con todo ello se nos ocurrió una idea que tenía dos objetivos: capacitarla para comunicarse con Joe y recobrar el acceso a sus personalidades. Fijémonos en cómo la sugerencia del terapeuta se acomoda al lenguaje del cliente.

FRAGMENTO DOS

C: Y [pausa] no sé qué hacer.

T: Bien, he tenido una idea un poco alocada que quería compartir con ustedes. Realmente se trata de algo que no le iría bien a todo el mundo.

C: He escuchado muchas cosas raras en mi vida, así que veamos de qué se trata.

T: Bien, pensé que estarían abiertas a pensar en ello, pero es una de esas cosas que a veces gustan mucho y otras no. Se trata de una manera indirecta de tratar su crisis, el problema de la ira de Joe y la conexión entre esas dos cosas. Estaba pensando acerca de ello antes de empezar la sesión, pero cuando ustedes han dicho la palabra «desviar», eso me ha hecho decidirme a planteárselo. Estoy de acuerdo en que deberían desviar la ira y el impacto que tiene esa situación en ustedes.

C: Sí.

T: También he pensado en su habilidad para acceder a todas sus personalidades. Es como si estuviesen atemorizadas y se escondiesen. Según parece, si no encuentran una manera de tratar a Joe y desviar su ira, no querrán aparecer de nuevo. La manera de desviar que tengo en mente se llama «devolución constructiva» y la misma palabra explica de qué se trata. Se usa cuan-

do intentamos conectar con otra persona y fracasamos. Ustedes han intentado decirle a Joe que sus ataques les afectan mucho y que están enfadadas, pero por alguna razón no lo han conseguido. Él no está preparado para asumirlo. No es capaz de mostrarse sensible ante su dolor, así que esencialmente sigue manifestándoles su ira.

C: Sí.

T: Y se siente justificado en su propia posición sin apreciar la de ustedes.

C: Sí, exactamente.

T: Y han intentado atraer su atención, pero él no escucha. Chris lo hizo directamente, con su buena capacidad expresiva, y usted lo ha intentado de otras maneras, con compasión. Ninguno de esos métodos ha funcionado.

C: No.

T: La devolución constructiva consiste en que cometan intencionadamente errores que afecten directamente a Joe de manera que, aunque no le perjudiquen, sí le irriten. Su creatividad será de gran ayuda, porque se necesita cierta creatividad para inventarse maneras de aplicar la devolución. Algunos ejemplos, y es posible que éstos no encajen precisamente con ustedes, pueden ser cocer demasiado la comida, poner algo inapropiado en ella, pasar la aspiradora cuando él está al teléfono o viendo su programa favorito de televisión o bloquear su coche cuando tenga que salir rápido de casa.

C: [Ríe.] Ya veo lo que pretende. Indirectamente, es como si continuásemos nuestra vida y nuestra actividad y no nos diésemos cuenta del impacto que tienen esas pequeñas molestias en él.

T: Exactamente. Y cuando él diga: «Por Dios, ¿qué está pasando aquí?», usted puede responder: «Vaya, últimamente no soy la misma. No sé qué me está pasando. He estado tan deprimida y confusa últimamente. Cometo un error tras otro». De manera que en vez de enfrentarse a él, le paga con la misma moneda asumiendo la autoría de ello.

C: Le enseñaré de una manera clara qué está sucediendo.

T: Sí, sin decírselo directamente. Usted es increíblemente perceptiva. Esperemos que él se dé cuenta de que algo no marcha. Que vea que ésa no es una conducta normal en ustedes.

C: Sí, él pensará: «¿Por qué tiene esta conducta?».

T: Exactamente. «¿Tendrá que ver con el hecho de que me he estado comportando como un idiota?» [Ambos ríen.]

C: Seguramente eso será demasiado pedir. Pero es posible que empiece a preguntarse por qué, y normalmente cuando uno empieza a preguntarse, entonces...

T: Entonces dejan de ocuparse tanto en ellos mismos. Se concentran en los demás.

C: Eso es. Empiezan a prestar atención al mundo otra vez.

T: Exactamente. La otra cosa que también pueden hacer es permitirle desviar su ira de una manera positiva que probablemente hará que no sienta tanto miedo.

C: Sí, suena muy bien. Lo más parecido a esto que he visto antes es una cosa que hizo Kerna. Nosotras bailamos muy bien y, en una ocasión, recuerdo que un chico insistió en bailar con Kerna, aunque ya teníamos pareja. Bueno, pues el caso es que él empezó a apretarla demasiado y la tocaba donde no debía. Ella empezó a gritar con toda la fuerza de sus pulmones: «Oh, mis falanges, mis falanges, me estás rompiendo las falanges», hasta que todo el mundo paró de bailar [ambos ríen]. Y el tipo estaba tan rojo de vergüenza que no volvió a aparecer en toda la noche.

T: [Ríe.]

C: Así que pienso que no nos faltará creatividad. Y sí, todo ello dejará claro que no nos comportamos como hacemos normalmente.

T: Y si eso le confunde a él, fantástico porque...

C: Detendrá la cadena de reacciones que tiene.

T: Exactamente, es una manera de interrumpirle. Mientras esté pensando en ustedes, intentando averiguar qué les sucede, no les fastidiará.

C: Ya veo. Le entiendo perfectamente. Creo que es una gran idea. De verdad.

T: Bien. Porque cuando mencionaron la palabra desviar pensé en ello. Ustedes me han dado la clave.

C: Y yo creo que usted está en lo cierto. Oh, vaya. Realmente espero que tenga el efecto esperado y que sirva para interrumpir el problema de acceso que tengo.

Comentario

La devolución constructiva está basada en una técnica del MRI llamada sabotaje benevolente.¹ Como hemos visto, el cliente responde muy favorablemente, entiende la estrategia a la primera e incluso expresa sus ideas acerca de los mecanismos explicativos de la misma. Además, Natalie conecta la idea con un incidente de su pasado, una indicación perfecta de que la estrategia encaja con su personalidad.

Cuando presentamos una idea a un cliente, hemos de observar con atención la respuesta que da. Si responde con frialdad o con poco entusiasmo, nos plantearemos, si es necesario, dejarla de lado. Lo que buscamos es una respuesta totalmente positiva por parte del cliente. Por ejemplo, que reaccione inmediatamente proponiendo una aplicación particular de la estrategia o que relacione la idea con una experiencia similar anterior.

Repasemos cómo hemos llegado a la idea de la devolución constructiva y cómo hemos conseguido la respuesta favorable de Natalie. El terapeuta acepta la visión del cliente de su situación y legitima su consecuente estrés. La validación de la creencia de Natalie de que está bien tener personalidad múltiple, así como de que los ataques de Joe son la principal fuente del problema de acceso a sus alter egos, le ayuda a enfrentarse a la si-

1. Existen muchas explicaciones de su utilidad; véase Fisch y otros (1982) para más detalles sobre el particular.

tuación con Joe. A la hora de presentar la idea, el terapeuta intenta ceñirse al lenguaje de la cliente.

La devolución constructiva justifica su creencia de que Joe es la causa de su crisis. Cada vez que aplique la técnica con Joe, por lo tanto, se demostrará que el terapeuta valida su teoría. El contexto de la validación se amplía, por lo tanto, fuera de la sesión, animándola a usar sus recursos para solucionar el problema. La devolución constructiva emerge de la teoría de Natalie, depende de su creatividad, atiende a su objetivo de tratamiento y ha sido evaluada abiertamente y en colaboración con ella.

Cuarta sesión

FRAGMENTO UNO

T: ¿Habéis tenido la oportunidad de probar alguna de las cosas de las que hablamos la pasada sesión?

C: Sí [ríe ligeramente], fue muy divertido.

T: Bien. Esperaba que así fuera.

C: En realidad, no tuvimos que hacer muchas de esas cosas. Nat dejó una nota para todo el mundo y creo que después de la charla que tuve con usted han cambiado muchas cosas. Esa noche y al día siguiente intentamos hacer diferentes cosas, y a la siguiente noche Joe dijo: «Obviamente algo no marcha bien. ¿Qué pasa?». Chris estaba fuera en ese momento y le respondió. Creo que algo está empezando a cambiar porque, ahora, yo estoy fuera, y Linda estaba fuera a principios de semana.

T: ¡Fantástico! Estoy realmente contento de oír eso. ¿Así que quién es usted?

C: Soy Gretchen.

T: Hola, Gretchen. Bueno, eso es fenomenal.

C: Me siento muy aliviada. Porque no podía encontrar a nadie. No podía. Así que estaré fuera durante un rato. Nat y Chris pueden darse un descanso. Lo necesitan.

T: Eso está muy bien. No sé si le han comunicado esto: hemos estado hablando de que si controlamos la situación con Joe quizá ya nadie estará tan asustado, de modo que se abrirán las vías de acceso habituales.

C: Sí, creo que eso ya está ocurriendo. He visto a Nat y a Chris. También he visto a Nancy, que hace mucho que no la veía. Así que diría que algo ya ha cambiado.

T: Muy bien, ¿y qué diría usted que ha cambiado?

C: Yo lo atribuiría a que la relación con Joe ha mejorado. Se ha reducido el estrés.

T: Muy bien.

C: Realmente creo que sí. No quiero decir que a partir de ahora todo sea un camino de rosas, pero al menos el pensar que Joe va a perder los estribos otra vez ha sido eliminado y su violencia explosiva parece restringida.

Comentario

¡Se ha recuperado el acceso! Natalie implementa la técnica e inventa maneras de aplicarla de manera que encaje en su mundo y su experiencia. Usa sus peculiares recursos no sólo para descubrir vías imaginativas de actuar sobre Joe (con la devolución constructiva), sino para incorporar la técnica a su sistema de múltiples personalidades. Cuando Joe hace la pregunta que esperábamos, Chris ya está allí para responderle de la mejor manera posible. La devolución constructiva se convierte en algo más que una técnica: se convierte en una invención, un descubrimiento personal que permite que retorne el acceso a sus alter egos. ¡Mucho dudamos de que el MRI tuviese en mente que su técnica podía facilitar el retorno de una habilidad como la personalidad múltiple!

A pesar del éxito de Natalie, la devolución constructiva constituye sólo una técnica y, como tal, no tiene un valor intrínseco fuera de la relación cliente/terapeuta. Como técnica es una ma-

nifestación conductual de la relación y una medida de la percepción del cliente de la tarea terapéutica y de su participación en ella. Una técnica que, independientemente de su éxito en un caso particular, es una posibilidad que merece la pena que terapeuta y cliente consideren. Eso no significa que las técnicas sean irrelevantes, pero hay que tener en cuenta que su poder de cambio no se deriva de ninguna cualidad intrínseca, inherente o invariable. Son los talentos de Natalie y su visión positiva de la relación los que le dan poder a la idea.

La devolución constructiva cumple con todo lo que Natalie espera. Recupera el acceso a sus personalidades y transmite su mensaje a Joe. Ahora que los cambios ya han tenido lugar, la tarea terapéutica se centra en fortalecer esos cambios.

FRAGMENTO DOS

T: Fantástico, dígame qué hizo.

C: Kerna intentó el truco de la aspiradora mientras él estaba al teléfono. Después hicimos otra cosa: nuestro oído es muy sensible, así que escondimos el contestador [ríe]. De este modo, cuando sonaba tenía que darse prisa en buscarlo y cuando había acabado con ello, lo volvíamos a esconder [ríe]. Realmente irritante [ríe].

T: ¡Umm!

C: Y cada vez que dejaba su vaso de té por ahí, lo cogía y vertía el contenido en la pica [ríen ambos].

T: Así que volvía y decía: «¿Dónde está mi té?».

C: Sí, sí.

T: «Pensé que ya habías acabado...» [ríe].

C: Sí, y funcionó. Y es que es divertido y todo. Podía haber inventado maneras más creativas de hacerlo, pero bueno, ése no es el objetivo.

T: ¡Umm!, bien, el objetivo era desviar buena parte de la ira y tener un impacto en él.

C: Creo que lo tuvo porque Chris se lo explicó y se lo explicó muy bien.

T: ¿Qué le dijo Chris?

C: Que nos había herido a todas. Que no podíamos aguantar sus explosiones de ira por más tiempo.

T: ¡Umm!

C: Y, por primera vez, lo hablamos durante bastante rato.

T: Fantástico. ¿Piensa usted que las pequeñas cosas que han estado haciendo, como lo del contestador y el vaso de té...?

C: Sí, definitivamente. Creo que han tenido mucho impacto, porque lo hacíamos deliberadamente.

T: Así que ha conseguido descargar parte de su frustración e ira.

C: Sí. Fue fantástico. Fue muy divertido [ríe].

T: Entonces, ¿les preguntó Joe qué sucedía?

C: Él dijo: «Obviamente algo no marcha bien». Y siguió: «Creo que he sido un poco malo contigo», y Chris dijo: «Sí, es verdad».

T: Vale. ¡Fantástico! Así que se centró fuera de sí mismo, en ustedes.

C: Sí, eso es lo que pasó y Chris dijo: «Sí, has sido perjudicial».

T: ¡Tremendo! Y Chris estaba allí, a punto para hacerse cargo de la situación.

C: Sí.

T: Eso es maravilloso.

C: Nat no podía.

T: Bien, ése no es el punto fuerte de Nat. Más bien parece el punto fuerte de Chris.

C: Sí, eso es.

T: Sí. Lo mejor de su sistema es que la que sale es la que tiene mayor capacidad.

C: Sí, ésa ha sido nuestra manera de vivir durante toda nuestra vida.

T: ¡Umm!, y es difícil encontrarle peros a ese sistema. A mí me parece perfecto.

C: Yo no creía que fuésemos tan malas.

T: Bueno, estoy muy contento de que hayas empezado a usar todo tu ser.

C: Yo también.

T: ¿Se dio cuenta Joe de que hacían esas cosas de forma intencionada?

C: No, y no se lo diré nunca.

T: Muy bien. Bueno, bueno [ríe]. Algunas cosas es mejor dejarlas así, sin confesarlas.

C: La estrategia cumplió perfectamente con su propósito e hizo grandes cosas por nosotras también. Porque fue realmente bueno poder molestarle un poco. Fue muy divertido. Es que fui una verdadera plasta con él. [Ambos ríen.]

T: ¡Umm!

C: Pero creo que está bien, porque la cosa era interrumpirle y lo hice. La estrategia logró interrumpirle.

T: ¡Umm!, y ése era exactamente el objetivo.

C: Y eso es lo que Nat dijo que pasaría. Ella pensaba desde el principio que iba a funcionar y así fue. Realmente quería darle las gracias en nombre de todas.

T: Oh, de nada. La idea era buena, pero era necesaria su creatividad para hacerla realidad. Ya me pareció que iba a encajar por la manera en que Nat describió la situación. La idea de que ella necesitaba —y todas ustedes— algo para desviar la situación cuando él se ponía así y...

C: Sí.

T: Interrumpir el proceso y, al mismo tiempo, liberar algo de frustración y resentimiento.

C: Sí, porque había mucho resentimiento.

T: Y ello estaba interponiéndose en el acceso. El resentimiento combinado con el miedo es lo que bloqueaba el acceso.

C: Era una combinación muy desagradable.

T: Pero usted ha trabajado y superado la situación.

C: Es verdad.

T: Y lo que pareció el detonante de todo esto fue cuando oyó a Chris y...

C: Y oí a Chris diciéndole: «No, esto duele».

T: Bien. De manera que parece que se corrobora nuestra hipótesis de que se tenía que trabajar la situación con Joe para recuperar el acceso.

C: Sí. Ambas dijeron que usted nos había dado esperanza, y ésa es la primera vez que he oído a Chris decir eso; es un gran mérito suyo. No sé si sabe el gran impacto que tuvo eso en ella. Ella no suele decir esas cosas. Pero quiero decirle: «Gracias», porque usted ha sido el primero.

T: Bien, me alegro de haber sido de ayuda. Realmente pienso que disponen de un gran sistema y que lo malo era que no podían usarlo. No entiendo por qué alguien querría cambiarlo.

Comentario

Fijémonos en las preguntas que el terapeuta le plantea a la cliente y en cuántas maniobras lleva a cabo para animarla a que efectúe una mayor elaboración del cambio y del hecho de que ella es la propietaria de dicho cambio. Hacer posible el cambio en el cliente requiere que el terapeuta confíe en la probabilidad del cambio, que lo reconozca cuando haya ocurrido y después descubra y amplíe las nuevas perspectivas o resoluciones que hayan tenido lugar.

Aunque ya lo hemos mencionado varias veces, merece la pena repetirlo: es importante confiar en los clientes y en sus inherentes habilidades para resolver sus problemas. Confiar en la posibilidad del cambio, tanto al inicio como durante todas las fases del tratamiento, proporciona la oportunidad de cambiar infundiéndole a todo el proceso la esperanza necesaria (Miller y otros, 1997). La esperanza resultó ser el factor clave para Natalie.

Para reconocer la posibilidad del cambio, el terapeuta tiene que tener la expectativa, quizás un tanto infantil, de que inevitablemente tendrá lugar un cambio siempre que el cliente nos visite. Hay que tener en cuenta que, además de las ideas gene-

radas por la terapia, el cliente muchas veces hace uso de hechos que tienen lugar fuera de la terapia, y eso le ayuda a resolver sus dificultades.

Una vez que Natalie informa de que ha recuperado el acceso, nos centramos en ampliar y amplificar las nuevas acciones y percepciones. Este cambio posterior se consigue a través de las propias atribuciones positivas del cliente, sin que el terapeuta asuma el rol de animador. Natalie parece ganar impulso para el cambio describiendo las transformaciones que ya se han producido en la relación.

Una vez cumplidos los objetivos del cliente, el terapeuta pasa a la siguiente fase, que es no hacer ninguna sugerencia sobre el final o la continuación del tratamiento.

FRAGMENTO TRES

T: Ahora que ya han recuperado el acceso, ¿adónde quieren que vayamos ?

C: Una de las cosas que queríamos consultarle era cómo podemos ayudarnos para mejorar nuestra situación con el Epstein Barr.

T: ¡Umm! Está bien.

C: Esto nos ha debilitado mucho. Hemos perdido un trabajo muy bueno. Hemos tenido que rechazar encargos de murales. Estábamos invitadas a una conferencia internacional sobre murales como invitadas de honor, y no pudimos asistir a causa de esto... Y no siempre tienes una oportunidad así.

T: ¡Umm!

C: Y encuentro que... Sé que estoy demasiado enfadada. Las demás están simplemente deprimidas.

T: Vale.

C: Y Chris dijo que ella confiaba en mi ira para mantenernos en movimiento. Es su teoría.

T: ¡Umm!

C: Incluso el trabajo que realizamos ahora tuvimos que reducirlo a cuatro días a la semana y estamos siempre en la cama.

T: Eso es deprimente.

C: Y ya estamos hartas.

T: ¡Umm!

C: Así que quería preguntarle cómo podemos ayudarnos. Sé que es normal tener algún sufrimiento y, en mi opinión, quizás estamos comparándonos demasiado con el pasado, cuando nos encontrábamos bien...

T: ¡Umm! Está apenada por la manera en cómo eran antes las cosas en comparación a cómo son ahora. Están constantemente comparando.

C: Sí, sí. Estamos en esa estúpida cama y vivimos con dolor. Sentimos dolor físico. Somos unas de las afortunadas que, como resultado del Epstein-Barr, también padecemos fibromialgia. Y así sentimos dolor todo el tiempo.

T: Eso es deprimente. ¿Qué está haciendo para mejorar su Epstein-Barr?

C: Durante seis semanas inyecciones de B₁₂. En general, nos han aumentado la toma de vitaminas. También hemos aumentado el betacaroteno, la E, la C, y un complejo suplementario de B para rematar.

T: Bien.

C: Pero aún estamos arrastrándonos. Todavía duele, de manera que seguimos postradas en la cama. Y a veces una no quiere, porque te hartas de estar en la maldita cama. También hemos comenzado una dieta.

T: Bien. Así que ha hecho todas esas cosas que le han sugerido.

C: Sí, hemos estado intentándolo.

T: Y eso no ha tenido un gran impacto en su salud.

C: No. Todos los libros que he leído sobre el virus de Epstein-Barr dicen que hay un 15% de personas que quedan debilitadas para el resto de su vida. Bueno, yo no quiero ser parte de ese 15%.

T: Vaya, eso es deprimente, es una gran pérdida de calidad de vida. Se da cuenta de ello cada vez que se levanta de la cama. Se da cuenta de que no se siente como solía sentirse antes.

C: Sí. Fui a la biblioteca. He investigado todo lo que he podido sobre el tema. He escrito a la Asociación Nacional de Fatiga Crónica y demás, con la idea de que cualquier información podría serme de utilidad.

T: ¡Umm! Bien, realmente ha buscado toda la información que ha podido para intentar ayudarse a sí misma, pero nunca ha encontrado datos que la ayudasen realmente.

C: Estamos haciendo todo lo que se ha descrito que se puede hacer. Pero le agradeceríamos cualquier sugerencia sobre el Epstein-Barr.

T: Tengo que pensar en ello. Parece que usted ya está haciendo todo lo humanamente posible.

C: Sí. Esto nos ha afectado en general.

T: Bien. ¿Quién siente la menor cantidad de fatiga?

C: Yo.

T: Bien. ¿Sabe por qué es diferente para usted o cómo hace para sentirse mejor que las demás?

C: No, todo lo que sé es que para mí es más fácil de llevar y ésa es la razón de que yo esté fuera.

T: Bueno, es un placer conocerla. Realmente para mí ha sido muy fácil llevarme bien con las tres que he conocido. Son ustedes muy simpáticas.

C: Bien, gracias. Muchas gracias. Y gracias una vez más por creer que la personalidad múltiple no es algo malo. Ha habido tanta gente que nos ha dicho que éramos disfuncionales... y no lo somos para nada. Quiero decir que no hubiésemos podido conseguir algunas de las cosas que hemos conseguido siendo disfuncionales.

T: Estoy seguro de ello.

C: Para mí eso es una estupidez. Y estoy enfadada porque también nos han dicho que debíamos seguir una terapia para esto. ¡Y no la necesitamos! No queremos perder a las pequeñas.

T: Eso está mal. Pensaré en el asunto del virus del Epstein-Barr y le diré algo. Regularmente, me reúno con un grupo de colegas terapeutas y pondré el caso sobre la mesa.

Comentario

Natalie, actualmente Gretchen, identifica otro problema con el que trabajar en la terapia. Quiere encontrar nuevas formas de combatir el problema del virus de Epstein-Barr. Como con el problema del acceso a sus personalidades múltiples, el terapeuta sigue las indicaciones del cliente respecto a los temas que se deberán tratar. El terapeuta explora las soluciones que se han intentado y busca nuevas posibilidades. Es obvio que Natalie ha puesto en marcha muchas medidas para ayudarse a sí misma. También es evidente que sabe más sobre ello que su terapeuta. Una vez más, el terapeuta valida a la cliente y ésta responde agradeciéndole su confianza en ella (o en ellas), al tiempo que expresa su ira frente a los anteriores tratamientos.

De acuerdo con lo que expusimos en el apartado «Tomarse el pulso», el terapeuta menciona que consultará con otros colegas. Está contento con el progreso que se ha llevado a cabo hasta el momento, pero no quiere ofrecer sugerencias precipitadas. Ésta es su jugada para decirse a sí mismo que hay que ir despacio y meditar sobre el rápido avance de este caso, en gran medida exótico.

El terapeuta se encuentra con sus colegas y surgen ideas acerca de la relajación y la visualización. Se piensa que el cliente puede desarrollar un buen trabajo de imaginación apoyándose en sus aptitudes para la visualización. Sus colegas le animan a que continúe haciendo lo que parece estar funcionando mejor: escuchar y confiar en el cliente para proporcionarle una dirección que seguir. Esta reunión de equipo deja al terapeuta con la sensación de que está preparado para la siguiente sesión, pero nada podría haberle preparado para lo que le esperaba.

Quinta sesión

FRAGMENTO UNO

C: Esto es extraño. Soy Nora y no he salido fuera en siete años. Estoy intentando averiguar por qué estoy aquí ahora.

T: Bien... [larga pausa ante la sorpresa de la nueva aparición]. Lo que puedo decirle es que Natalie acudió a mi consulta porque no era capaz de entrar en contacto con sus personalidades múltiples y eso la puso muy nerviosa. Y eso estaba en primer lugar relacionado con el hombre con el que vive, Joe. Y como es una persona muy capaz, superó rápidamente el problema. Entonces, identificó otro problema sobre el que quería trabajar, el del virus de Epstein-Barr. Y ése es el tema con el que quería trabajar hoy. ¿Y usted aparentemente no salía desde 1986?

C: No.

T: Así que se encuentra en un mundo totalmente diferente. Y no se ha dado cuenta de todo lo que ha pasado desde entonces. Esto es pasmoso, para decirlo de una manera suave.

C: Sí, me hago cargo. Me pregunto qué ha pasado y por qué estoy aquí ahora. ¿Por qué se me necesita? Porque obviamente tengo algo que las demás no tienen.

T: Bien. Creo que éste constituye un excelente punto de inicio porque, hasta el momento, el sistema ha sido muy coherente: la persona más capacitada es la que tiende a salir. Y lo primero que me viene a la mente es ¿puede usted, de alguna manera, manejar con más eficiencia el tema del Epstein-Barr? ¿Es ésa la razón de que esté fuera?

C: ¿Qué es eso?

T: Bueno, yo no soy un experto en el tema, pero es una enfermedad causada por un virus que debilita a las personas. La persona se siente muy cansada, se mareará fácilmente y tiene diferentes dolores en el cuerpo. No existe ningún tratamiento excepto cuidarse, comer bien, dormir bien y relajarse.

C: Me acaba de dar una idea muy importante. ¿Sabe qué es el tai chi y el aikido?

T: A un nivel muy superficial.

C: Yo sé mucho de ambos. Parte del entrenamiento de estas disciplinas consiste en poner en armonía el cuerpo y el espíritu. Yo soy bastante buena en ello. Por lo tanto, nuestro sistema funciona correctamente.

T: ¡Fantástico! Ahora usted está fuera porque se necesitan sus habilidades y recursos. Así es como funciona su sistema. Es fenomenal.

C: ¿Cómo seguimos ahora? Sospecho que ésa es la razón por la que estoy ahora aquí.

T: Quizá podríamos explorar diferentes maneras de ayudar a las demás a lidiar con el Epstein-Barr. Porque ésa era nuestra intención en el día de hoy y usted está aquí para tratar ese tema, porque usted es la mejor en ello.

Comentario

En esta sesión, el terapeuta se siente inicialmente confundido y abrumado. Nunca se había encontrado con un caso así y, de repente, emerge de la conversación un contenido claro y diáfano. Ya no se tiene que preocupar de la CT ni del despliegue de atribuciones, porque está tan sorprendido por el anuncio del cliente que todo lo que puede hacer es escuchar.

Nora no ha estado «fuera» durante años, pero reconoce que tiene que haber una razón para su aparición. Al principio se siente preocupada por tener que acudir a la sesión (que había sido indicada en el diario para conseguir una comunicación más efectiva), pero le da confianza lo que ha leído acerca del terapeuta.

FRAGMENTO DOS

C: Joe me llama Chris, pero no he tenido tiempo de contradecirle. Bueno, no importa.

T: ¡Umm!

C: Pero él ni siquiera sabía que yo estaba fuera. En este punto, ahora mismo, no sé lo que siento. Estoy todavía sorprendida de que sea 1993 y de que no esté en Nueva York.

T: ¡Umm! Eso es suficiente por ahora.

C: Estoy muy sorprendida. ¡Me hubiese gustado [ríe ligeramente] haber sabido quién era el tipo que estaba durmiendo conmigo! Mi último recuerdo es que estaba en casa de mi *sensei*... Creo que voy a tener que leer un poco sobre el virus de Epstein-Barr porque aparte de lo que usted me ha contado, no sé lo que es.

T: El resto de las chicas tienen todo tipo de información acerca del virus de Epstein-Barr, especialmente Chris, Gretchen y Nat... Gretchen me preguntó acerca de otras posibilidades para lidiar con el tema y una de las opciones que he discutido con mis colegas es el uso de la imaginación, porque ustedes poseen una gran capacidad de visualización, con todas sus personalidades y el modo en que acceden a ellas. La manera en que lo describió Nat era que se trataba de una casa con habitaciones separadas.

C: ¡Umm!

T: Y hay una vía...

C: Sí, sí.

T: Para que usted penetre...

C: Sí que la hay.

T: Ir a una habitación donde estén las otras personalidades.

C: Sí, así es como siempre he encontrado a todo el mundo.

T: Obviamente esta visualización ha sido una parte importante del sistema. Así pues ¿por qué no utilizar esa fuerza compartida para combatir el Epstein-Barr?

C: Bien. Suena bien. ¿Por qué no?

T: Bien. Lo que iba a hacer es hablarle de distintas maneras de usar la visualización para combatir el Epstein-Barr. Estas técnicas están basadas en la investigación llevada a cabo con pacientes con cáncer. Se les enseña a visualizar a las células luchando contra el cáncer, y a veces el cáncer podría...

C: Remitir.

T: Sí, remitir, exactamente.

C: Muy bien.

T: Se empieza con ejercicios de relajación y después se añade el componente de la visualización. Con ella se convoca a los recursos del cuerpo para luchar contra el Epstein-Barr. Se trata de superarlo. Tendrá que sintonizar una visión que proceda totalmente de su experiencia pasada.

C: Suena como si no hubiese mucha diferencia entre esto y el acto de centrarse. Bueno, no sé si sabré expresarme bien, pero intentaré enseñárselo. Primero hay que concentrarse bien. Ya no tengo que pasar por el ritual de la respiración. Cuando una empieza, lo de la respiración ayuda. Me concentro [hace una demostración] y entonces notas la energía positiva aquí [señala el pecho]. Y luego esa energía podemos aumentarla o mantenerla. Pero una se concentra y la mente puede pensar. Una nota que está en un estado diferente. E incluso con este poco ya he notado que he eliminado tensión.

T: Muy bien. ¡Fantástico! Estoy completamente convencido de que ésa es la razón por la que usted está aquí. Está aquí para reunir energías para superar o aliviar los efectos del Epstein-Barr. Usted es la que el sistema cree que puede hacerlo mejor.

C: Estoy de acuerdo. El aikido es una manera de luchar, pero se trata de una lucha defensiva. En ningún caso ofensiva.

T: ¡Umm!, la única cosa que sé acerca del aikido es que es un arte defensivo y que se utiliza la energía del oponente.

C: Sí. Puedes dirigirla hacia ti. Y después redirigirla hacia él, en su contra.

T: ¡Umm! Y quizás ésa es la metáfora que necesita para trabajar con el Epstein-Barr. Realmente esta enfermedad ha sido

muy molesta para todas ustedes, porque no les ha permitido hacer algunas cosas que deseaban. Han tenido hasta que renunciar a asistir a algunas conferencias.

C: Creo que usted hubiese sido un gran *sensei*. Eso es un cumplido. Usted parece intentar obedecer al corazón y aplicar pensamientos lógicos con compasión.

T: Gracias. Como usted ya conoce la técnica para centrarse y la de la canalización de energía, ya puede empezar a pensar en cómo aplicarlas al problema y, al mismo tiempo, ir aprendiendo más acerca del Epstein-Barr. Probablemente, a medida que aprenda acerca de ello, recibirá alguna confirmación de por qué está aquí.

C: Vale.

T: Me olvidaba de comentarle que Nat me dijo que ustedes siempre habían querido alcanzar la coconciencia, para hacer la vida más sencilla.

C: Bueno, eso sería realmente fantástico.

Comentario

El diálogo revela que Nora es cinturón negro en artes marciales y que conoce el arte de conseguir la concentración y la autodisciplina, exactamente las habilidades requeridas para reunir sus recursos y superar el Epstein-Barr. Una vez más, se pone de manifiesto la elegancia del sistema. El terapeuta permanece dentro del marco de referencia del cliente, confiando en la sabiduría de su sistema. La tarea de Nora es aprender más acerca del Epstein-Barr y pensar en diferentes maneras de visualizar su derrota.

Sexta sesión

FRAGMENTO UNO

T: Bien, ¿cómo se encuentra hoy?

C: Diría que estoy bastante mejor que la última vez que me vio usted [ríe].

T: Bien. ¿Así que usted es Nora?

C: Sí. He estado recuperando mucho terreno perdido. Una cosa de la que estoy segura es de que estoy aquí para luchar contra el Epstein-Barr. El Epstein-Barr le come a una el sistema inmunitario desde dentro. Hemos estado haciendo todo lo que médicamente era posible.

T: ¡Umm!

C: Y todavía es una espiral negativa.

T: Vaya.

C: Y por eso he salido a la superficie.

T: Bien.

C: Salí después de nuestro accidente de coche. Cuando empezábamos a gatear y a caminar de nuevo. Entonces, fui capaz de conseguir la recuperación completa.

T: Bien. Así que salió a la superficie también en aquella crisis médica. Vaya, por eso ha salido ahora otra vez.

C: He estado pensando mucho acerca de aplicar mis habilidades al tema del Epstein-Barr. Le pondré un ejemplo. En cierta ocasión, me hice un corte bastante profundo. Sentía un dolor punzante, pero tenía que acabar algo antes de curármelo.

T: ¡Umm!

C: Así que fui a mi dedo y le dije: «Ciérralo».

T: ¡Exactamente! Eso es exactamente lo que se necesita.

C: Sí, porque lo conseguí. Dije: «Ciérralo», y así pude acabar con lo que tenía entre manos.

T: Es fantástico. Bien, por eso ha salido usted [ríe]. Por eso está aquí.

C: Bien. Y cuando sea capaz de hacerlo, de alguna manera tengo que traducirlo y enviarlo a las demás.

T: Sí. Tendrán que aprender esas nuevas habilidades. Usted ya las posee porque sabe cómo concentrarse y relajarse y puede tomar el control de ese fenómeno físico.

C: Sí, sí.

T: De manera que ya puede empezar, ya que tiene las habilidades necesarias. Pero sería fantástico que pudiese enseñar a las otras.

C: Transmitírselo a las otras.

Comentario

Nora ha investigado sobre el Epstein-Barr e inequívocamente confirma que está presente para tratar ese tema. Nos informa de que en otra ocasión tuvo que «salir a la superficie» para manejar otra crisis médica. Más importante aún, en esa ocasión tuvo éxito y se trata del mismo mecanismo que se necesita ahora con el Epstein-Barr: detuvo el sangrado de un corte que se hizo.

El terapeuta acepta las palabras de la cliente al pie de la letra porque está claro que sabe adónde ir y qué hacer. El resto de la sesión se emplea en debatir acerca de la metáfora que Nora piensa usar para combatir el Epstein-Barr. En ese momento el terapeuta no presta demasiada atención al comentario del cliente de que debe comunicar sus habilidades a las demás personalidades. Si se hubiese dado cuenta, podría haber sabido de antemano adónde iban a conducir los esfuerzos de Nora.

Séptima sesión

FRAGMENTO UNO

T: Bien, ¿cómo se encuentra?

C: Bueno, estoy, digamos, diferente. Quería preguntarle si podía darle un abrazo, pero no sé si es apropiado o no. Porque estoy integrada.

T: ¡Está integrada [abrumado]!

C: No sé si he empleado la palabra correcta, pero todo el mundo está aquí conmigo.

T: Bueno. Eso es increíble.

C: Sucedió el último viernes. Soy yo, y al mismo tiempo soy un yo diferente. Por eso le he preguntado si podía darle un abrazo, pero no sé si es apropiado o no.

T: Estaría bien. ¡Es increíble! ¿Cómo sucedió?

C: Cuando Nora estaba trabajando en la visualización del Epstein-Barr, dijo que su método podría aplicarse a las barreras que había entre nosotras y le dijo a todas que intentasen imaginarse a ellas mismas, al mismo tiempo, visitando la biblioteca. Y Nat estaba fuera y llamó a una amiga suya. Sonya es amiga de Nat y de todas las demás también; siempre nos ha aceptado a todas. Y Nat sabía que algo iba a suceder. No sabía qué era, pero necesitaba que alguien estuviese allí para ayudarla. Nosotras, aunque no vamos a la iglesia, somos bastante devotas. Sonya también. Sé que va a sonar muy raro, pero Sonya, que tiene una buena formación religiosa, rezó con las demás y dijo que saliera todo el mundo. Que saliera una persona tras otra. Y así fue. Todas traían sus dones y decían «pertenezco».

T: Es maravilloso.

C: Y [pausa] yo soy un yo y, al mismo tiempo, soy diferente.

T: La situación ha cambiado notablemente y, la verdad, estoy un poco abrumado por ello. En realidad, estoy un poco sorprendido de que usted esté contenta con ello.

C: Todo el mundo está ahí. Y si quieren todavía pueden salir, pero yo soy un yo.

T: Bien, bien. Así que todo el mundo está ahí. Nadie ha tenido que irse o ser absorbido.

C: No.

T: Más bien, todo el mundo está todavía ahí para acceder, pero al mismo tiempo está integrada porque...

C: Yo soy un yo.

T: ¡Es fantástico!

C: Y vuelvo a poder trabajar en mi arte. He tenido (eso ocurrió el viernes), he tenido ocho días sin dolor, ni siquiera dolor corporal.

T: Bien, eso es maravilloso. ¿Eso significa que no ha habido dolor, ningún tipo de dolor físico a causa del Epstein-Barr?

C: No.

T: ¡Es fantástico! Bueno, vaya noticias más buenas. Son extraordinarias. Estoy muy contento de oír eso.

C: Yo también. Fíjese que hasta ahora hemos estado tomando Advil sin parar porque el dolor era intolerable.

T: ¡Umm!

C: Y han pasado ocho días sin dolor.

T: Es maravilloso. Así que ha mantenido su *yoísmo* [ríe] desde el pasado viernes y lo atribuye a que Nora estaba trabajando en el Epstein-Barr y se le ocurrió que ello podría romper también las barreras entre todas ustedes. Que ello podría reunir las a todas, pero manteniendo las peculiaridades de cada una.

C: Sí. Es como si todavía pudiese oír voces [ríe]. Y sé que esto suena muy loco. [Ambos ríen.]

T: Sí, es mejor no ir aireándolo. Pero ¿es eso esencialmente la coconciencia? ¿Lo llamaría usted así?

C: Creo que sí. Pero yo soy un yo, y este yo está averiguando cosas [ríe]. Estoy averiguando un montón de cosas. Tengo facilidad de palabra. Tengo buena capacidad de movimiento. Definitivamente, tengo carácter [ríe] y puedo expresarlo [ríe]. Tengo un sentido del humor muy agudo. Estoy averiguando un

montón de cosas. Es como si tuviese unos nuevos ojos que nunca han sido dañados. No sé si todo esto tiene sentido, pero es como me siento ahora.

T: Tiene mucho sentido. Suena a un renacimiento.

C: Y yo soy un yo [ríe]. Ésas han sido las primeras palabras que han salido de mi boca, yo soy un yo.

T: Es fantástico. Es maravilloso.

C: Es increíble y estoy muy agradecida, pero, por otro lado, esperaba que algo fallase y que todo se fuese al garete, pero no ha sido así. E incluso ha habido momentos de estrés con Joe [ríe]. Y me he enfadado y no he respondido.

T: Eso es fantástico. Suena como si ya estuviese manejando bien el asunto de Joe. Es fantástico. Es como un nuevo mundo para usted.

C: Lo es. Quiero decir que sí lo es de verdad. Estoy esculpiendo y haciendo bocetos de mis propias ideas. Estoy sorprendidísima [sonríe de orgullo].

T: Y ahora siente que tiene energía para afrontarlo todo. Parece verdaderamente energética.

C: Cuando camino, prácticamente voy dando botes [ambos ríen]. No sé si esto es sólo un momento de euforia, pero ya ha durado ocho días, así que pienso que quizás esté llena de vida, burbujeante. Me despierto por las mañanas llena de vida.

T: Eso es maravilloso. Es fantástico. Y el hecho de que saliese Nora parece ser que fue el punto de arranque...

C: Sí.

T: Y su lectura es que de alguna manera ella aplicó sus habilidades a la ruptura de barreras, que juntó a todo el mundo en la biblioteca y, a partir de ahí, su amiga acudió, rezaron y leyeron las escrituras.

C: Sí, y entonces fue como si todo el mundo pasase delante. Sonya dijo que empezó con Teresa, y era bastante obvio, porque se trataba de una chica de tres años de edad con un defecto de habla que se reía tontamente y dijo que pertenecía y que

le gustaba la crema de cacahuete y los bocadillos de gelatina. Sonya dijo que mi cara estuvo cambiando todo el tiempo.

T: Vaya. Todo un cambio de acontecimientos. Suena como si hubiese alcanzado la coconciencia que deseaba. Fue capaz de integrarse sin perder a nadie.

C: Y eso era crucial. No podía ser de otra manera. No hubiese sido aceptable..

T: Y ha encontrado una manera de hacerlo sin renunciar a nadie. Todas están ahí todavía. Eso es fenomenal. Sí, integrada, pero sin dejar a nadie de lado.

C: Sí, y [ríe] soy algo completamente nuevo.

T: Así como usted tenía su propio sistema, bastante particular, muy sano y funcional, ahora ha encontrado la manera de integrarlo y de tener coconciencia. La gente, cuando piensa en integración tiende a pensar que en la mezcla los otros se pierden, pero no tiene por qué ser así.

C. Cierto, y en vez de ello, yo pienso que lo que hizo todo el mundo fue unirse para crear un yo. Lo hicimos desde atrás o de dentro hacia afuera. Todo el mundo está aquí. Yo pensaba que a lo mejor se habían descartado algunas, y no es cierto. En vez de ello, yo soy un yo, todo el mundo vino junto a mí y dijo «compartamos». Eso es lo que sucedió.

T: ¡Umm! Bien. Eso es diferente. Todo el mundo compartió sus cualidades y características para crearla a usted. Así que usted es una creación fruto de compartir el sistema.

C: Sí. Porque tengo el movimiento de Gretchen. Tengo la intuición de Nat (ella era muy buena en eso), tengo la organización de Chris, porque ya he priorizado cosas en términos de lo que es importante. Tengo facilidad de palabra y sé francés. También hablo español. Incluso tengo nociones de japonés.

T: Eso es fantástico, maravilloso.

G: Por eso estoy segura de que se trata de compartir.

T: ¡Eso es maravilloso! Fantástico. Ahora estoy empezando a entenderlo todo. Ahora sí lo entiendo. La imagen de llevar a todo el mundo a la biblioteca y, en vez de desaparecer para

emerger usted, han compartido sus mejores facetas para dar lugar a lo que es usted ahora. Bien, usted es la mejor. Usted es una colección de sus mejores facetas.

C: O de sus dones, lo que ellas llaman sus dones.

T: Sus dones. Bien, eso es muy bello. ¡La metáfora está ahora llegando a lo profundo de mi mente!

C: [Ríe.] ¡Son sus dones! Por eso aquí sólo hay paz, no hay nada malo. No he sido herida.

T: Cierto, lo malo no forma parte de los dones que ha recibido.

C: No, y significa que tengo la oportunidad de enfrentarme al mundo fresca. Significa que puedo tratar a mi papá con compasión. Puedo tratar a mamá con compasión.

T: Eso es realmente destacable.

C: Creo que es un don maravilloso.

T: Es un gran don. Bastante increíble, bastante increíble. Fantástico, fantástico, es su propia manera de hacerlo.

C: Una cuestión de cifras [ríe].

T: ¡Realmente! Definitivamente cuestión de cifras. Tenía una manera de ser muy peculiar: era múltiple, con un sistema de coherencia único, una manera de funcionar propia y... no podía dejar de lado a sus alter egos.

C: Hubiese sido una muerte.

T: ¡Umm!, una muerte.

C: Y eso apestaba. No era y no es aceptable. Quiero decir que había otra respuesta. Y me pregunto si nuestra respuesta podrá ser de ayuda a otras personalidades múltiples...

T: ¡Umm! Podría ser de gran utilidad a muchas personas con personalidad múltiple. Creo que nunca se les ha dado la oportunidad de pensar en sí mismas como de que tienen dones que compartir, más que tener identidades que romper.

C: Sí, tienen dones que compartir. De hecho, en mi caso todas trajeron dones. *Creo que yo soy un collage de esos dones.* Un collage andante, viviente, de esos dones.

T: ¡Umm!, y ¿qué más podría pedir cualquier persona? Ser el receptor de los dones de un montón de personas.

C: Creo que son todas maravillosas.

T: ¡Umm!, ¡Umm! ¡Literalmente ha reunido a todas las partes!
[Ambos ríen.]

C: Sí. Esto es un logro importante.

T: Oh, sí, eso es por lo que ha estado luchando toda su vida.

C: Sí.

T: Las primeras veces que vi a Nat me dijo: «Nos encantaría tener coconciencia. Nos encantaría tener a todo el mundo aquí, pero con alguna clase de integración de todas». Y ahí lo tiene.

C: Eso es lo que han hecho, y yo soy un yo y aquí estoy.

T: Antes, usted ya era una persona excepcional en muchos sentidos. La única cosa que le afectaba era el Epstein-Barr y la situación de Joe. Ha trabajado eso y ahora está preparada para salir como un cohete.

C: Sí. Gracias.

T: De nada. ¡Gracias a usted! Me ha alegrado el día. Estoy realmente contento de oír todo esto.

C: Gracias.

T: ¡Es para celebrarlo!

C: Sí, lo es. Vaya. Muchas gracias.

T: ¿Le apetece darme un abrazo?

C: Sí. [El terapeuta y Natalie se dan un abrazo.]

Discusión

Por si todavía teníamos alguna duda, este caso nos muestra fehacientemente que los seres humanos poseen unas fuerzas y unos recursos idiosincrásicos impresionantes. En la diversidad humana hay una gran belleza inherente. Natalie anuncia que se ha convertido en un todo. Ella lo expresa diciendo: «Yo soy un yo». El terapeuta está abrumado, sorprendido y se ha quedado literalmente sin habla. Ningún otro caso le ha impactado tanto y de una manera tan profunda. De manera muy elocuente, Natalie explica su experiencia de integrar sin perder a nadie.

Fue Nora la catalizadora del cambio. Mientras trabajaba el problema del Epstein-Barr, se imaginó que también podría romper las barreras entre los alter egos. Lo consiguió, según nos cuenta, a través de la visualización. Cada alter ego trajo un don como contribución. Esos dones emergieron en un todo integrado. Por lo tanto, Natalie es la representante de lo mejor de cada personalidad; ¡es un *collage* de esos dones! Su sistema está todavía intacto y sabe que todo el mundo está bien. Los visualiza sentados cómodamente en la biblioteca, charlando y mirándola.

El terapeuta no podía haber predicho de ninguna manera tal resultado. A lo largo de siete sesiones, esta mujer, con un talento increíble, ha reunido sus recursos e integrado sus personalidades de la manera que a ella le parece más aceptable. Lo ha hecho a *su* manera. Y todo ello sin la intervención del terapeuta (en lo que respecta a la integración) y sin basarse en ninguna teoría de tratamiento o de integración de personalidades múltiples. El terapeuta confía en la cliente, cree en ella, se acomoda a su marco de referencia y concede primacía a su teoría del cambio. La cliente, armada tan sólo con sus propias habilidades, implementa su peculiar método de integración y consigue su propio logro personal de la coconciencia.

Este espectacular caso nos ayudó a apreciar el poder que poseen nuestros clientes; sus habilidades para superar la adversidad y hacer de sus vidas algo satisfactorio. El terapeuta vio más tarde a Natalie en tres sesiones de seguimiento y en dos sesiones de pareja con Joe, durante un período de quince meses; en todo ese tiempo, la cliente seguía manteniéndose en su «yo».

CAPÍTULO 7

CASO PRÁCTICO: TRASTORNO DELIRANTE O «SOBREVIVIR HASTA LA JUBILACIÓN»

Mientras perseguimos lo inalcanzable, hacemos imposible lo realizable.

ROBERT ARDREY

A continuación presentamos el caso imposible de Alice, una mujer diagnosticada de trastorno (paranoide) delirante. Este capítulo sigue el mismo esquema que el anterior: se exponen las visiones actuales de tratamiento, se identifican las vías hacia la imposibilidad y se presentan las sesiones con fragmentos de diálogo, acompañados de comentarios que detallan nuestros métodos y estilo clínico. Después de una revisión abreviada de lo que se entiende en la actualidad por trastorno delirante y su gestión, presentamos a Alice y su esposo, David.

Este capítulo muestra cómo una persona considerada psicótica por su marido, su médico y su anterior terapeuta encuentra la salida a su situación salvando su dignidad.

Trastorno delirante: recomendaciones de tratamiento

PERSPECTIVA GENERAL

El trastorno (paranoide) delirante es de etiología desconocida. Comprende un grupo diverso de trastornos cuya característica principal es la formación y persistencia de un delirio. Los individuos que lo padecen exhiben delirios no demasiado extraños, creencias infundadas pero que poseen verosimilitud (por ejemplo, que les siguen, que el ser amado les es infiel, que alguien

los maltrata). Hasta el momento, se entiende que el trastorno delirante es una condición diferente de la esquizofrenia, de los trastornos del estado de ánimo y de trastornos orgánicos como la ingesta de drogas tóxicas, infecciones o enfermedades metabólicas. A diferencia del tipo de deterioro de la personalidad observado en la esquizofrenia, el cliente delirante no presenta problemas para llevar una vida normal. Además, las respuestas emocionales y conductuales al delirio aparecen como las apropiadas (Manschreck, 1989).

El trastorno delirante con delirios de infidelidad, la etiqueta que usaremos para este caso, también es conocido como síndrome de Otelo, paranoia amorosa, paranoia conyugal o celos patológicos. Normalmente se describe en hombres sin historial psiquiátrico. Manschreck (1989) apunta que el delirio de infidelidad puede aparecer repentinamente y explicar una buena cantidad de «hechos presentes y pasados que tienen que ver con la infidelidad del esposo/a» (pág. 825). Se cree que este trastorno es difícil de tratar y que cede sólo tras la separación marital, el divorcio o la muerte del cónyuge.

Nash (1983) sugiere que el trastorno aparece ante sentimientos de incompetencia y de disminución de la autoestima, y que se compone de ambivalencia y odio. Durante la «enfermedad», se malinterpretan hechos casuales a los que se presta una atención demasiado intensa. El objeto de los celos es, entonces, sujeto de acusaciones que conducen, en ocasiones, al autocumplimiento de la profecía. Con el paso del tiempo, el cliente llega al convencimiento, a través de mecanismos de proyección, de que la persona amada le es infiel (Nash).

Aunque los delirios son causantes de un gran malestar, se cree que los trastornos delirantes son poco comunes. De todas formas, no existen muchos estudios sistemáticos, a gran escala, sobre el tema y lo que se sabe descansa principalmente en estudios de casos. Lo que los datos disponibles sugieren es que este trastorno no suele conducir a una merma importante de las facultades. Se ha asociado una prognosis favorable a una apari-

ción temprana y aguda, a la presencia de factores precipitantes y al hecho de ser mujer y estar casada (Manschreck, 1989).

TRATAMIENTO

Como los trastornos delirantes son psicóticos por definición, habitualmente se recomienda la medicación antipsicótica. Debido a la rareza del trastorno y a la escasez de estudios controlados, no se dispone de muchos datos que apoyen esta práctica (y los que hay no son enteramente fiables). Los fármacos antipsicóticos funcionan mejor con clientes «cuyos síntomas psicóticos son llamativos, agudos y están acompañados de ansiedad y agitación» (Frances, Clarkin y Perry, 1984, pág. 191; Manschreck, 1989; Walker y Cavenar, Jr., 1983).

Por lo que se sabe en la actualidad, ninguna escuela de psicoterapia puede afirmar que posee un especial dominio del tratamiento de los trastornos paranoides. Los enfoques psicoterapéuticos descansan principalmente en medidas de apoyo. El terapeuta debería evitar discutir con el cliente y no intentar apaciguar su cólera pretendiendo estar de acuerdo con el delirio (Kaplan, Sadock y Grebb, 1994; Nash, 1983; Shea, 1988). También se recomienda que el cliente esté informado de la «presencia de un trastorno mental que le conduce a tener un pensamiento perturbado» (Nash, 1983, pág. 478), aunque se le permite que informe de los delirios sin que el terapeuta emita juicios sobre los mismos.

Una notable excepción a esta convención es la proporcionada por Fraser (1983). Procedente de una tradición ericksoniana y estratégica (MRI) de utilización del síntoma, Fraser sugirió que el tratamiento debería incluir la aceptación de los delirios para llegar a alcanzar un protocolo de conducta más constructivo basado en los mismos delirios.

Es muy difícil, si no imposible, encontrar cualquier cosa que constituya un tratamiento estándar para los delirios. Como su-

cede con muchos problemas clínicos, la opinión y la conjetura le ganan la partida a los protocolos de tratamiento empíricamente establecidos. Existe bastante acuerdo en que se deben evitar los enfoques orientados al autoanálisis. En su lugar, se emplean terapias de apoyo. Debido a los intensos sentimientos de estos clientes y a su insistencia en dilucidar la veracidad o la falsedad de sus creencias, se aconseja tener considerable paciencia y habilidad con ellos.

El caso de Alice

Durante ocho meses, Alice, un ama de casa de 65 años de edad, se ha estado sintiendo cada vez más molesta. Cree categóricamente que David, su esposo, tiene una aventura. Por su parte, David niega vehementemente las acusaciones de Alice y, de acuerdo con su médico de familia y el anterior terapeuta de ésta, quiere que la mediquen. Con frecuencia, Alice se pasa toda la noche sin dormir, llorando y caminando arriba y abajo. Controla todo lo que hace su marido y, muchas veces, le sigue hasta el trabajo.

Al solicitar la hora de visita, Alice le explica al terapeuta que su marido tiene una aventura con una vecina, en su residencia de verano, y que cree que David mantiene a otra mujer, posiblemente una empleada de su banco o de su dentista.

Primera sesión

FRAGMENTO UNO

A: Bien, ¿por dónde empezamos?

T: He deducido, por nuestra conversación telefónica, que tiene la fuerte convicción de que David anda con otras mujeres.

A: Sólo quiero que pare.

T: Y ése es entonces su principal objetivo al venir aquí; que pare de ir con otras mujeres.

A: Sí. Eso es exactamente por lo que estoy aquí.

Comentario

Consciente de la importancia de establecer una alianza con el cliente como puente para conseguir su participación, el terapeuta aprovecha esta oportunidad al inicio de la sesión para conseguir un acuerdo sobre los objetivos. Después invita a Alice a elaborar su visión de qué sucederá cuando se consiga el objetivo en cuestión.

FRAGMENTO DOS

T: ¿Cómo sabrá que ya ha parado de ir con otras?

A: Creo que la manera en que hace las cosas cambiará. Las cosas que hace son un claro indicio. Como lo de hace algunos días: antes de prepararse para ir al trabajo, no puede estarse quieto, tiene la cara roja, se la frota, se frota los ojos. A veces se levanta y se cepilla los dientes dos veces antes de ir a trabajar. Esas cosas que hace son las que me dicen que tiene algo. Hay días en los que no está así, ¿sabe?

T: Vaya.

A: Y [suspira] una ha vivido con él durante 45 años, y si hace algo diferente, lo sabe. Simplemente, una lo sabe. ¡Oh! [gran suspiro y empieza a llorar]. A veces me levanto y me meto en el coche y me voy porque no lo puedo ver más. Si no fuera por mi coche no sé qué haría. Y lo he intentado todo, usted sabe, le he dicho de todo... Lo he intentado todo, he hablado con él para intentar detenerlo y nada funciona. Creo que no tiene remedio. Creo que la cosa ha ido demasiado lejos. No hay remedio. Creo que quizá ya no puede evitarlo.

T: Suena muy poco halagüeño para usted.

A: Oh, lo es. Es terrible. Mi padre era igual. Oh, mi madre lo pasó fatal con él. Y yo también, porque estuve todo el tiempo del lado de mi madre. Pero la diferencia es que él acusó a mamá de ir detrás de otros hombres. A mi madre, una pobre mujercita religiosa que nunca ha hecho daño a una mosca. Y ahora, David no se atreve a acusarme a mí porque me conoce; él sabe que a mí me preocupa nuestro matrimonio. Yo no haría nada así ni por todo el oro del mundo. Lo peor es que él se escuda diciendo que estoy enferma y que necesito ayuda. Le dije eso al médico y al terapeuta. ¡Y le creyeron! El médico dijo que sufría de paranoia y que tenía que medicarme. Las tomé durante tres semanas. Pero después, de ninguna manera. No pienso volver a ese médico. El terapeuta decía lo mismo. Yo no estoy enferma. Estoy segura de que no estoy loca. David es tan astuto... ¿Sabe lo que quiero decir? Pero ésa es la única manera que tiene de aceptar lo que hace. Tiene que echarle la culpa a alguien, porque este hombre es... toda la vida ha tenido una moral muy rígida, así que esto es un trastorno importante para él.

T: No es un caso muy típico que digamos. Parece que el anterior terapeuta no atendió a sus preocupaciones.

Comentario

En un período de tiempo muy corto, Alice pasa de establecer su objetivo terapéutico a compartir con el terapeuta la profundidad de su dolor. Teme la repetición de la experiencia de su madre, que al parecer dejó una huella indeleble en su vida. También comparte su frustración e insatisfacción con los anteriores profesionales que la visitaron.

El terapeuta escucha y acomoda sus comentarios para ayudar a Alice a ver que él está interesado y preocupado por su punto de vista. Este paso en la construcción de la alianza es crucial, ya que el cliente deja claro que no tuvo ninguna alianza con

los anteriores profesionales. Para ellos, la cliente está enferma. Ella no va a aceptar esa etiqueta de ninguna manera, proceda de quien proceda.

FRAGMENTO TRES

A: Seguí durante un tiempo, pensando que intentarían escuchar mi versión de las cosas, pero no lo hicieron. El terapeuta me decía una y otra vez que David era un buen marido y que sólo iba a trabajar. Una y otra vez intentando hacerme tragar el cuento de David. Él no puede vivir sin eso. Y a él también le está destrozando. Se lo dije: «Uno de los dos va a tener un ataque al corazón o una embolia un día por culpa de esto». Le dije: «Estamos a punto de jubilarnos», pues se supone que el uno de abril empieza su jubilación y le dije: «¿A punto de empezar la mejor época de nuestra vida y nos vemos así?». [Llora desconsoladamente.] ¡Es terrible!

T: Triste, muy triste.

A: Pero hay veces que lo miro y no puedo aguantarlo más. No sé si hay una respuesta, ¿sabe? Ha ido demasiado lejos y ya no creo que haya una respuesta. Y está el asunto del dinero: cada semana falta dinero de su cuenta. También está manteniendo a alguien. Está obsesionado con eso. A veces me dan ganas de tirar la toalla y olvidarme de todo el asunto. Pero aprecio demasiado mi matrimonio para hacer eso.

T: Ha invertido mucho en él.

A: Es que todavía le amo [llorando]. Lo he intentado todo y no sé qué hacer. Hay ocasiones en las que casi no puedo soportarlo. Y, digas lo que le digas, no hay quien lo pare. He intentado decirle: «Aquí tienes a tus dos nietos. Tú eres el único abuelo que tienen». Le dije: «Si tú y yo rompemos, los niños no van a querer saber nada de ti. ¡Tu propia familia! Estarás perdido sin tu familia. Tú eres un hombre de familia. Ahora piensas que todo lo que necesitas es una mujer joven. ¿Qué pasará si no

funciona? Hay mucha gente de tu edad a la que le ha pasado eso y se han quedado solos, han destrozado sus vidas».

T: Eso es verdad.

A: Insisto y le hablo de todo eso, pero de la manera en que está ahora, no creo que le entre nada. Y no me lo merezco, porque yo no le he hecho nada. Es él quien se ha pasado de la raya. No yo. Y por eso pienso que no es justo. Él no se preocupa de mí; sabe que estoy en casa. Ahora bien, él tan contento mientras yo no me interponga en lo que está haciendo. Oh, si hasta me abraza, me besa y todo eso. Mire, si se pone tonto antes de irse a trabajar, ya lo tenemos: significa que ese día anda detrás de algo. Hasta creo que le ha ayudado a esa mujer a comprarse un coche. Me parece que o le ha dado el dinero para que pague el coche o le da dinero todo el tiempo, no lo sé. Porque todo apunta a ello. Y si ha llegado a ese punto de seriedad con ella, como para comprarle un coche, ¿cree que la dejará? Yo creo que no.

T: Es mucho dinero para invertir en una persona.

A: No sé cómo va a acabar todo esto. Nos hemos partido el lomo toda la vida para llegar a donde estamos y... ¡Ohhh! Menuda pena. No sabe lo que está haciendo. Y algo que odio es que ese hombre siempre ha tenido grandes principios. Nunca le cuestioné nada, ¡nunca! Nunca revisé su cuenta y cosas así, no hasta que empezó con todo esto. Pero un día encontré accidentalmente una cuenta de ahorros secreta. Eso me hirió mucho. Él jura que no ha estado pagando nada a nadie, pero sé exactamente lo que paga. Sé adónde va a parar todo ese dinero y cuánto le queda. Así que no es difícil de imaginar. Está pagándole el coche a esa mujer. Y normalmente el dinero falta el viernes por la noche, cuando viene a casa del trabajo. Ahora hasta le registro la billetera. Nunca había hecho eso antes. La primera vez que lo hice me sentí un poco mal [empieza a llorar]. Algo no va bien.

T: Es cierto.

A: Algo ha pasado, no sé qué es, pero lo mismo le pasó a papá. Señor, le dio a mamá úlceras y todo lo demás. Ella era... Todo era tan penoso... Solía llegar en medio de la noche y des-

pués, lo mismo que David [chasca los dedos]: que él no había hecho nada. Así es con David. Si hasta le supera. No puede vivir sin lo que hace y por eso lo niega. Lo niega todo. Niega hasta que nos hemos peleado. Niega haber hecho nada. No importa que vayas al sótano y le enseñes su ropa toda manchada de pintura. No importa que le enseñes monos que tú has lavado y que tienen grasa por encima. Quiero decir, que tienen grasa y él no ha estado trabajando en nuestros coches. Pero él lo niega, lo niega todo. Así que no sé qué hacer. Pensaba que esto ayudaría.

T: Vaya.

A: Creo que necesita ayuda médica. Alguien me dijo que a veces se da un desequilibrio hormonal. No sé, como que se liberan todas las hormonas de golpe. Bueno, estoy nerviosa por todo el asunto.

T: Le entiendo. Ha dedicado 45 años de su vida a su matrimonio, ha sido una esposa fiel para un marido honesto y ahora, justo antes de jubilarse, averigua que tiene una cuenta de ahorros secreta y empieza a notar otras cosas extrañas que la hacen sospechar que está yendo con otras mujeres... ¿Sabe?, de alguna manera usted está jugando una partida de póquer y le enseña su juego todos los días, hace preguntas y señala todas esas cosas de él, que siempre niega, que nunca admite. Usted está enseñando sus cartas todo el tiempo. Y a veces la única manera es...

A: Dejar de enseñar mi mano.

T: Exactamente, es dejar de enseñar su juego para averiguarlo todo y tener la evidencia que probará los hechos y así no tener que aceptar la negativa nunca más. Lo que estaba pensando es que podría pensar en no enseñar sus cartas, dejar de hablarle del tema. Pero, al mismo tiempo, observar en la distancia y tomar notas de todo lo que vea que hace de manera diferente. Retírese un poco y déjele confiarse, que sienta que hay cierta complacencia.

A: Vaya, usted tiene razón, porque la cosa es que, si me acerco a algo, como la mujer del banco a la que mi marido le pedía folletos sólo para andar cerca suyo, entonces lo deja de hacer.

Se detiene justo antes de que le pille con las manos en la masa porque le hago saber que tengo la mosca detrás de la oreja. Y ya no puedo soportar todo esto.

Comentario

El terapeuta continúa validando la experiencia de la cliente. Aunque podría verse tentado a cuestionar las interpretaciones de ésta, pone mucho cuidado en no hacerlo. En este punto, es irrelevante que tenga un delirio o simplemente se equivoque. Otros profesionales trataron de cuestionar sus creencias o sacarla de su marco de referencia y fracasaron. Intentar de nuevo esa posibilidad sería un acto de «más de lo mismo», una vía hacia la imposibilidad que ya se ha mostrado ineficaz. En vez de eso, el terapeuta se acerca a Alice, se le ofrece como un interlocutor que escucha y que aprueba su visión del mundo.

El terapeuta también deja caer la posibilidad de llevar a cabo una nueva acción. Usando la metáfora del póquer, le sugiere la idea de que mostrando su juego sólo favorece la jugada del marido (por ejemplo, al perseguirle para mostrarle incipientes muestras de infidelidad). En resumen, el terapeuta acepta la postura de la cliente y le propone una estrategia diferente: retirarse, observar y guardarse lo que averigüe. De esta manera, su marido, al no mostrarse vigilante ante las pesquisas de su mujer, enseñará su juego.

Lo más importante aquí es que la sugerencia del terapeuta (su nueva manera de manejar el problema) implica que valida el marco de referencia de la cliente. Alice acepta la propuesta. El que la ponga en práctica o no es menos importante que el hecho de que acceda a contemplar otra vía de lidiar con el problema de su marido. En realidad, de la misma manera que los otros profesionales que la trataron hicieron «más de lo mismo», ella también ha caído en ello persistiendo en una estrategia de resolución que no funciona.

El hecho de que Alice admita que existe otra manera de actuar denota que tiene flexibilidad y apertura. Atribuimos esta novedad a los puntos fuertes inherentes de Alice y a la voluntad del terapeuta de tratarla con respeto y como a una persona digna de todo crédito. La misma cliente propondrá después su propia línea de acción.

FRAGMENTO CUATRO

T: ¿Y cómo se las arregla por ahora para ir tirando con esta situación?

A: Más o menos. ¿Sabe lo que se me ocurrió un día? Entonces no sabía si era correcto o no. Pensé en mandarme flores a mí misma. Y así lo hice y puse una nota que decía: «De un admirador secreto». La idea era arreglarme bien una noche y salir de casa diez minutos antes de que él volviese, y no regresar hasta pasada una hora. Porque él sabe que yo siempre estoy aquí y que no tiene por qué preocuparse de mí.

T: Creo que está en el buen camino. Me gustaría verla hacer todas esas cosas. Todo lo que pueda ayudarla a salir de este lío será correcto, porque él no le da ninguna satisfacción. Lo que haremos es cambiar un poco las tornas. Porque en vez de cuestionarle usted a él, él empezará a cuestionarla a usted.

A: Sí, eso está bien. Él es un zorro astuto. Eso es lo que es, ¿sabe?

T: Usted tiene que ser más astuta. Tiene que ser más astuta que él.

Comentario

Al final del primer encuentro, cliente y terapeuta están proponiendo y debatiendo nuevas y diferentes opciones para manejar el problema. Éste es el lenguaje de colaboración que se

necesita. Se está construyendo una alianza. Para alcanzar esta fase, el terapeuta debe mostrar aceptación, compasión y voluntad de tratar al cliente como una buena fuente de información acerca de su problema. En resumen, el terapeuta muestra respeto por la teoría del cambio del cliente.

Ésta es una experiencia novedosa para Alice. Con sólo escuchar y validar su propio relato de los hechos, sus preocupaciones ya han disminuido. Independientemente del nivel de organización del ego de una persona o del estatus diagnóstico en el que se encuentre, a nadie le gusta que no le tomen en serio. Una vez que se siente escuchada, Alice empieza a mostrar no sólo receptividad para alterar su conducta, sino también creatividad. Dice que podría enviarse flores a sí misma, vestirse elegantemente y romper la inútil rutina que ha establecido con su marido.

De nuevo, en este momento de la terapia, es más importante su demostración de voluntad de colaboración que no lo que finalmente decida hacer. Puede que no cambie su visión acerca de su marido, pero muestra un gran interés por hacer algo diferente con sus creencias. Éste es un buen signo, y una iniciativa que el terapeuta seguirá de cerca y alimentará.

Reanudamos el caso con la segunda sesión; el terapeuta se encuentra primero con David.

Segunda sesión

FRAGMENTO UNO

T: ¿Cómo va?

D: Estoy hecho polvo. Cuando nos fuimos de aquí el viernes, ya no me habló más. Estaba enfadadísima. Antes de que me arreglase para ir a trabajar, se enfadó, se levantó, me señaló la puerta y dijo: «Ahora ya puedes llamar a tu novia».

T: Bien. Ella cree que usted está yendo con otras mujeres, con una que trabaja en el banco o en el dentista.

D: ¡Sí!

T: Y, además, cree que le ha comprado un coche a una.

D: Sí, pero todo eso no es cierto; sin embargo, el sábado y el domingo estuvo bien. El lunes llegué a casa por la noche y ella no estaba: habría ido a patear las calles o a seguirme, a ver si me veía con alguien. ¡Eso puede conmigo! Actuó así durante toda la semana. El miércoles estaba muy enfadada. Odio incluso hablar del asunto. Lo que me gustaría ver es qué podemos hacer por ella. Ponernos en movimiento. Es que podría estar hablando de ella durante horas. No duerme por las noches, está hecha un saco de nervios... No le miento, actúa de esa manera. Oh... [largo suspiro]. Y no es fácil hablar del tema. Quiero decir que actúa como si... como si fuese a tener una embolia o un ataque de nervios o algo así.

T: ¿Qué es lo que hizo que el sábado y el domingo estuviese bien?

D: No lo sé. Como no sea que estuvo ocupada...

T: Pero los fines de semana usted está cerca de ella todo el día, ¿verdad? De manera que ella sabe que usted no está en otro lugar. Que no ve a nadie más.

D: Bueno, también está eso, es verdad.

A: Así que necesitamos recrear de alguna manera lo que sucede cuando ustedes están todo el tiempo juntos... ¿Qué ha intentado hacer usted para ayudarla?

Comentario

El terapeuta está confrontando la versión de David. En un momento dado, el terapeuta oye que se menciona un momento satisfactorio, un momento en el que no se dio el problema. Como nos enseña la terapia orientada hacia las soluciones, vale la pena investigar esos momentos. Es en esas ocasiones en las que se puede encontrar una salida a la imposibilidad. Al menos, el terapeuta descubre que cuando Alice y David están juntos el

problema no les molesta. Después, buscan más ejemplos de aplicación de «más de lo mismo» por parte de David.

La exposición del marido tiene tintes de urgencia, quiere hacer algo lo antes posible. Desea recuperar a su antigua mujer, lo cual se comprende si tenemos en cuenta la agitación, el estrés y la permanente desconfianza de ésta. El terapeuta tiene que esforzarse por no responder a la desesperación de David.

FRAGMENTO DOS

D: Lo he intentado todo. A mí no me gusta discutir. Le he dicho «No estoy haciendo nada, cariño». Así es como le hablo. Realmente no lo sé. Quiero decir, tendría usted que verla, cómo es cuando actúa así. No me sé explicar muy bien. Es que me cuesta hablar de esto porque, bueno, ¡es duro! Por ejemplo, como estuvo ayer. No sé qué hacer con ella. ¿No hay nada que le pueda dar para calmarla?

Comentario

Por el momento, el marido de Alice sorteja la petición del terapeuta para que le explique cómo ha intentado solucionar el problema. Habla de su incapacidad y le pide al terapeuta que haga algo. En esta tesitura, el terapeuta tiene que luchar contra la urgencia, la desesperación y el deseo de David de que la medique. Al terapeuta le resulta más fácil trabajar con el marco de referencia de Alice que con la impaciencia de David y la insistencia de éste de que lleve a cabo una acción rápida. Esto le indica al terapeuta que debe tomarse el pulso. Así que se detiene, pone en práctica un ejercicio de relajación, escucha y finalmente se resiste a la petición urgente de David de calmar a su mujer con medicación.

El siguiente paso consiste en decirle a David que puede hacer algo para calmar a Alice, pero subrayando que resulta vital la participación de la cliente. Amablemente, le recuerda qué acciones no han funcionado en el pasado. El terapeuta intenta abonar el terreno para que David emprenda una nueva acción para derrotar el problema que amenaza su matrimonio. Hacer de Alice una loca paranoide no ha eliminado, hasta el momento, sus interminables acusaciones.

FRAGMENTO TRES

T: Sí. Pero ella tiene que querer tomar la medicación. Tiene que pensar que es una buena idea. O no lo hará. ¿No es eso lo que su médico y el otro terapeuta intentaron que hiciese? ¿No es cierto que ella ya no quiere volver a verlos?

D: Sí.

T: Así que, a no ser que crea que nos tomamos en serio su punto de vista, no va a hacer nada que yo le sugiera. Si siente que la estamos tratando de loca, creo que vamos a tenerlo muy difícil.

D: No sé de dónde saca todas esas historias. No tengo ni idea. Por ejemplo, por qué ha escogido a esa o a aquella mujer. No sé de dónde lo saca. Creo que ya he hecho todo lo posible para tratar este asunto.

T: Sí, usted ya ha hecho un montón de cosas. Y todavía está con ella. Realmente le admiro por ello.

D: Amo a esa mujer.

T: Creo que lo que estamos haciendo es intentar arreglar esta situación, sea cual sea la causa. Y a veces una persona, sin admitirlo, deja de repente de tener una conducta problemática. Si usted piensa que es una buena idea, le sugiero que deje de convencerla de que no está teniendo una aventura. En otras palabras, no le responda defendiéndose. Evite cualquier tipo de interacción acusación-defensa. Lo que tiene que hacer cuan-

do ella le acuse es contestarle: «Tienes miedo de que tenga una aventura con otra mujer. No voy a intentar convencerte nunca más de lo contrario, Alice, porque sé que crees que sí y tienes derecho a pensar de ese modo». Le sugiero que no se defienda o intente convencerla de su inocencia, porque la cosa no funciona. No puede convencerla, porque si ella admite que se equivoca, eso significa que el médico y el terapeuta tienen razón y ella está loca. Creo que ella nunca admitirá esa posibilidad.

D: Es cierto. No se la puede convencer. ¡Es más terca que una mula!

T: A veces, cuando dejamos de intentar convencer a alguien de algo, la persona resuelve sola la cuestión.

Comentario

El terapeuta se ha tomado el pulso y eso le ha dado buenos resultados. Así que le hace unos cumplidos a David por su devoción a su mujer, una gran arma a la hora de afrontar tales circunstancias. Como ha hecho con Alice, no intenta averiguar si las acusaciones son verdaderas o falsas, sino que acepta lo que la pareja tiene que decirle acerca de su problema. Hacerle a David lo que Alice ha hecho, probablemente no funcionaría.

David ha dejado muy clara su postura. Consecuentemente, el terapeuta está intentando ser un mediador honesto entre Alice y él, asumiendo que el problema, sea cual sea su origen, es el verdadero culpable. Es «una cosa» que necesita «ser arreglada».

El terapeuta también deja caer que Alice requiere una vía de escape con la que pueda salvar su dignidad. Jamás admitirá su error delante de alguien que la haya etiquetado de loca. En efecto, transigir la invalidaría de una manera muy seria. Curiosamente, después de hacer esta observación, David dice de su mujer que es «más terca que una mula». Esta descripción, aunque se halle lejos de una expresión de amor, es mejor que una

evaluación psiquiátrica. Si sigue calificándola de terca en vez de loca, se abrirá a considerar más posibilidades. Sólo los profesionales, no los maridos angustiados, pueden tratar enfermedades mentales.

La segunda sesión continúa con una entrevista entre el terapeuta y Alice.

FRAGMENTO CUATRO

T: En estos momentos estoy preocupado por cómo, cuando la cosa se arregle, le va a convencer su marido de que se ha reformado. No sé cómo puede convencerla de que no va a hacerlo nunca más.

A: Creo que cuando se jubile todo se arreglará. Ahora él está bien los fines de semana porque está conmigo, ¿sabe?

T: Bien. ¿Puede decirme qué otra u otras cosas son también diferentes durante los fines de semana?

A: No le dejo que vaya a ningún sitio sin mí. Con respecto a esa mujer, quienquiera que sea, pienso: «Este fin de semana no lo vas a ver, éste es mi fin de semana y no lo vas a ver». Pero no me gusta ser así con mi marido.

Comentario

En este breve fragmento, el terapeuta sugiere que en el futuro el problema se resolverá y lo único que quedará por saber es cómo se puede establecer un criterio de comprobación de la fidelidad. Alice opina que cuando David se jubile el problema desaparecerá. Confirma que durante los fines de semana no tienen problemas, pero admite que no le gusta su actitud posesiva y vigilante. Ve este aspecto de su conducta como «ego-distónico», lo cual no encaja con el comportamiento que desea tener con su marido.

Al término de la segunda sesión, ya se ha llevado a cabo un considerable progreso para vencer este problema imposible. Alice y David se dan cuenta de que existen momentos de liberación del problema. Ambos han visto cómo el terapeuta ha aceptado y validado sus peculiares marcos de referencia. David ha hecho un pequeño pero significativo movimiento a la hora de describir a su esposa (terca) y entiende que calificarla de loca no le llevará a ningún lugar. Alice imagina un futuro mejor cuando le llegue la jubilación a su marido y expresa su descontento con su propia conducta. El terapeuta ha propuesto nuevos cursos de acción para la pareja, que no han sido rechazados de plano.

Como veremos en la siguiente sesión, la tarea que resta por hacer es continuar cimentando la alianza con la pareja y explorar las posibilidades que surjan. El terapeuta consulta con sus colegas y comenta las dificultades que tiene con David acerca de su urgencia para prescribir medicación. El equipo le sugiere que se centre en los deseos de terapia de Alice y en reconocer la comprensible ansiedad por la que atraviesa David.

Tercera sesión

FRAGMENTO UNO

A: También hay otra cosa que quería comentarle y de la que no he hablado todavía. El otro día fui a hacer la colada y me encuentro con pelos negros en sus calzoncillos. En cuatro pares. Quiero decir, no sólo unos pocos pelos negros, sino muchos. ¡Creo que eso lo dice todo! Estaba furiosa y, por supuesto, fui y se lo dije.

T: Él lo negó.

A: ¡Sí! Él nunca lo admitirá. Espero que mantenga la mente abierta, porque es demasiado pronto para formarse una opinión, pero pensé que valía la pena explicarle lo serio que es esto. Los otros se formaron una opinión demasiado pronto.

T: Enfoco el asunto con una gran amplitud de miras. Creo que usted tiene buenas razones para sospechar. Usted me habla del otro terapeuta y el médico, ¿verdad?

A: Sí, ellos creían a David. Y es que es muy taimado. Probablemente lo hace a la hora de cenar, probablemente en el coche. Decididamente tenía una mujer allí a la hora de cenar. Sí, ésta es la clase de cosas que me hace todo el tiempo, y me pone frenética. Cada vez que veo algo así me pongo furiosa.

T: ¿Así que lo de los pelos en la ropa interior ha sucedido en más de una ocasión?

A: Sí, y si no es eso, una puede notar que está excitado. Puedo verlo en sus calzoncillos, usted sabe lo que quiero decir, una puede saber si ha estado excitado.

T: Vale.

A: Cuando he visto los pelos en los calzoncillos, qué desagradable. Y él lo niega todo. Lo niega todo.

T: Dice que no...

A: De ninguna manera... él dice que soy yo. Él piensa que le ha convencido a usted de que no ha hecho nada. Yo ahí no le dije nada. Y actúa con aires de superioridad acerca de todo el asunto. ¿Lo ve? Piensa que le tiene a usted en el bolsillo. Como al otro terapeuta y al médico. Que usted cree todo lo que dice... Pero yo sé que no.

T: Bien, yo tengo una mente abierta al respecto...

A: Como esa mujer. Le compró ese coche, todavía lo creo. He averiguado dónde tiene ella el coche. Hablé con el hombre. Aquí hay una mujer que tiene dos coches, ¿entiende lo que le digo? Entré en el lugar y me dirigí al hombre que le había vendido el coche. Le pregunté: «¿Ha vendido un coche en junio o julio?». Respondió que sí y luego: «¿Iba con ella un hombre de cabello oscuro de unos sesenta años?». Dijo que no, pero que la mujer lo había financiado personalmente. No fueron a través de una compañía, nada. Todo apunta a ello. Son pequeñas cosas que suceden y que una junta y ya lo tenemos. ¿Qué sucede entonces si le paga todo ese dinero a esa mujer? Entonces, ¿qué?

T: ¿Está preocupada de que la deje por ella?

A: Sí. Estoy muy asustada. Eso ya le pasó a mi madre.

T: Eso es realmente trágico y usted tiene miedo de que le suceda lo mismo.

A: Bien, creo que en el fondo él no haría eso, pero dado lo que está haciendo, ¡quién sabe!

T: ¡Umm!, pero aun así han tenido un buen fin de semana juntos, ¿verdad?

A: Sí, él es bueno como el pan durante los fines de semana.

T: ¿Así que cuando está en casa con usted las cosas parecen ir bien?

A: Sí, sí. Creo que *si sobrevivo hasta su jubilación, todo estará bien*. Estaremos juntos todo el tiempo.

T: ¿Así que piensa que si puede sobrevivir hasta la jubilación él dejará de ir con otras y volverá a la normalidad?

A: Sí, creo que entonces todo irá bien... A veces, antes de que se vaya a trabajar se sienta con los ojos cerrados, porque no puede mirarme. Él sabe lo que está haciendo. Pero imagino que no puede parar.

T: Se siente culpable, pero no lo suficiente para parar.

A: Correcto. Y entonces, a veces, actúa de una manera muy arrogante acerca de ello, usted sabe lo quiero decir. Papá hacía lo mismo con mamá. Oh, pobre mamá. No puedo creer nada de lo que me dice.

T: No tiene sentido.

A: Y vea, nada de este asunto tiene sentido. Es todo una extraña basura. Es muy desagradable. Vea, él es muy cabezota. Él es un hombre que se educó a sí mismo y eso le hace muy cabezota, ¿sabe lo que le quiero decir?

T: Vaya. La entiendo. Es por eso por lo que no lo admitirá nunca.

A: Sí, yo lo sé. Lo niega todo.

T: Él dejará de hacerlo cuando se jubile, pero no creo que lo admita nunca.

A: Oh, no. Nunca lo admitirá. No, no, no.

T: Y probablemente nunca lo hará. Pero es posible que simplemente lo deje de hacer.

Comentario

El terapeuta continúa escuchando y admitiendo las observaciones de Alice como plausibles. No cuestiona lo que los sentidos le dicen a la cliente. Alice se da cuenta de que el terapeuta está interesado en su relato y de que no se pone del lado de su marido, a pesar de que percibe que éste intenta ganárselo. Es evidente, también, que Alice lucha con el fracasado legado del matrimonio de sus padres y teme sufrir el mismo destino. El terapeuta sigue sintonizado con sus recuerdos dolorosos y gracias a ello legitima la ansiedad de Alice.

En la conversación, el terapeuta se informa de que los fines de semana siguen siendo un buen período para la pareja. Y lo que es más, Alice ve de nuevo que, una vez que David se jubile, se acabará el problema. Según dice, todo irá bien si puede sobrevivir hasta la jubilación. Usa esas mismas palabras.

La tercera sesión confirma que la alianza entre Alice y el terapeuta ya ha alcanzado un buen nivel. Más importante aún es que Alice ha establecido que la jubilación será el punto en el que acabarán sus preocupaciones; por lo tanto, hemos descubierto una conexión que abre la posibilidad de la resolución del problema de la cliente. Hasta que llegue ese momento, ella sólo ha de sobrevivir a la espera. Desde nuestro punto de vista, cuando el cliente puede identificar el final del problema y las acciones que necesita llevar a cabo para llegar hasta allí, se restablece la esperanza y la resolución está en camino.

En la siguiente sesión, el terapeuta escucha algunos ejemplos de cómo Alice piensa poner en marcha su plan.

Cuarta sesión

FRAGMENTO UNO

T: ¿Cómo le va?

A: Oh, las cosas están igual, quizás un poco mejor. Le he estado tratando un poco mejor esta semana. Un par de noches me costó dormir, pero de todas formas lo conseguí. Al final una se endurece. Me puse como una moto y luego me endurecí. Estoy durmiendo mejor que antes. Pero es difícil de llevar. Después me puse muy nerviosa con él, porque antes de ir a trabajar va y me dice: «Te has estado portando muy bien». Como si todo fuese culpa mía.

T: Eso la puso muy nerviosa, ¿verdad?

A: Oh, le dije: «¿Cuándo vas a hacer tu parte? No lo voy a hacer todo yo».

T: Muy bien.

A: Es que no puedo cargar con todo. No puedo. Lo que quisiera saber es qué está haciendo con su dinero. Al final se está convirtiendo en una suma importante. No sé qué puñetas está haciendo con él.

T: Y teme que esté entregándole el dinero a otra mujer.

A: O está manteniendo a alguien o está pagándole el coche a esa chica o algo. No sé qué puñetas está haciendo. Ya me estoy cansando de todo esto.

T: No la culpo; es agobiante. Así, desde el último miércoles, ¿ha actuado de forma rara?

A: Un día sí.

T: Bien. ¿Quizás esté reduciendo sus escapadas un poco?

A: Sí, creo que sí. Hubo algunos pelos en su ropa interior una mañana. Sé que suena raro. Parece una locura.

T: Bien, es raro, pero eso no significa que no sea verdad. Mucha gente es infiel a su pareja.

A: Y nos acercamos a la jubilación. ¡Ahora! Si está manteniendo a alguien, ¿cómo demonios espera seguir haciéndolo cuando

nos jubilemos? No hay manera de que pueda permitírselo. Pero creo que estaremos bien una vez que nos jubilemos. Ahora tiene demasiadas oportunidades para hacer eso.

T: Bien. Cuando se jubile, usted y él pasarán mucho más tiempo juntos.

A: Sí. Eso arreglará la mayor parte de este lío. Nos queda poco más de un mes.

T: Así que la tarea es averiguar cómo pasar este período de cinco semanas. Si él se queda en casa y no pasa nada, ¿piensa que tendrá una sensación de alivio cuando él se retire?

A: Sí.

T: Bien. Seamos honestos durante un minuto. Usted sabe que él no va a admitir nada sobre la infidelidad.

A: No, no. ¿Está de broma?

T: Así que no espera que él le diga: «Lo siento, he estado con otras chicas». Nunca hará algo así.

A: Ya lo sé. De ninguna manera. Nunca lo admitirá. No pueden hacerlo. Papá era igual. Nunca lo hubiese admitido delante de mamá. Se lo niegan a sí mismos, no sólo a usted, sino a sí mismos. ¡Oh, es tan astuto! Y le digo una cosa: si no amase a ese hombre, no habría aguantado todo esto.

T: No, no lo habría hecho.

A: ¡No habría aguantado nada de eso!

T: No, ya se habría ido. ¿Qué piensa que le ayudará a pasar este período de cinco semanas?

A: No sé. Ya no voy a ir por el vecindario comprobando qué hace. Aunque haga algo. Una sabe bien si hay pelos en su ropa interior. No están ahí por casualidad.

T: Bien. Pero aun así, tiene que encontrar una manera de sobrevivir a estas cinco semanas. Quiero decir que tiene que pensar en sí misma también.

A: Si he sobrevivido todo este tiempo, creo que lo conseguiré. Intento ignorar algunas de estas cosas, pero es difícil. Aunque hasta la jubilación está bien. Pero el dinero está yendo a parar a algún lugar.

T: Ése es el principal indicador para usted.

A: ¡Eso mismo!

T: Así pues, ¿qué le va a ayudar a pasar por esto? Tiene cinco semanas antes de conseguir un mayor control, porque él estará a su lado mucho más tiempo. ¿Qué le ayudará a sobrevivir? Usted es una superviviente nata, Alice, no hay duda de ello. Así pues, ¿qué le va a ayudar a ello? Sabe que él no va a admitirlo. Pero ¿qué puede suceder que le ayude a superar las próximas cinco semanas? Piense acerca de esto, porque intentaremos establecer un plan junto con David.

A: Bien.

T: Bueno, va a ser un poco duro.

A: No me importa. He pasado por mucho. ¡No me importa! ¿Sabe? Estoy cansada de pensar en ello; cansada de este asunto.

Comentario

Por propia voluntad, Alice ha tomado la iniciativa de pasar de la mejor manera posible las cinco semanas que quedan para la jubilación de David. En sus propias palabras: «Se ha endurecido»; pone de manifiesto su voluntad de sobrevivir. En particular, empieza tratando mejor a David y durmiendo mejor por las noches. Ha dejado de vigilar. Aunque mantiene su creencia de que su marido le está siendo infiel, también admite que él defenderá ante todo el mundo su inocencia. No cambiará nunca su versión. Es su amor por David, le dice al terapeuta, lo que la mantiene a flote en esta crisis.

El terapeuta no da ninguna opinión acerca de su decisión de seguir con su marido. Su objetivo, explicitado en la primera sesión, era que David dejase de ir con otras. Este extremo, según su forma de pensar, se hará realidad cuando se jubile. Ya tiene una prueba de ello, obtenida durante los fines de semana, de que cuando está con ella, él es suyo. El terapeuta se atiene a su objetivo.

Nosotros entendemos la decisión de Alice de sobrevivir hasta la jubilación como un acto de autoafirmación personal. Unilateralmente da los pasos necesarios para ayudarse a sí misma y salvar su matrimonio. Con esta decisión, da a un paso adelante para salir del rol de víctima, sea real o imaginario, que le ayudaba a hacer más de lo mismo.

Lo que David está haciendo con el dinero (Alice sospecha que lo gasta en una amante), sin embargo, es todavía un tema por tratar. En la siguiente sesión, la pareja encuentra una manera de abordarlo.

Recursos relacionales

Quinta sesión

FRAGMENTO UNO

T: ¿Cómo va todo?

D: Oh, bastante bien. Mejor.

T: ¿Mejor?

D: Creo que sí.

T: Bien. ¿Cómo es eso?

D: No está tan nerviosa. No se queja tanto, en realidad.

T: Bien. Eso está muy bien. No se queja mucho y no está tan nerviosa, ¿verdad? Bien. [A Alice.] ¿Cómo piensa usted que están yendo las cosas?

A: Oh, bien. Un poco mejor, creo.

T: Bien. ¿Y qué le hace decir eso? ¿Qué piensa que está yendo mejor?

A: Bueno, he intentado tratarle mejor que antes. Pero tengo que decir que él ha cambiado completamente.

T: ¡Umm! Bien.

D: No sé por qué dices que he cambiado. Yo no soy diferente.

T: Ustedes dos tienen dos posturas diferentes acerca de lo que está pasando aquí. Eso ya lo sabemos todos y además sa-

bemos que nadie va a cambiar su manera de entender las cosas. Nadie va a admitir que estaba equivocado.

A: Puede que yo sí.

T: Bien.

D: ¿Qué tú estabas equivocada?

A: Sí señor.

T: Bien. Muy bien. Me alegro de que tenga esta actitud. Dado que tienen posturas diferentes acerca de lo que está pasando y no creo que nadie convenza a nadie de que estaba equivocado, de lo que quiero hablar ahora es del plan que pueden establecer para aguantar las próximas cinco semanas hasta que usted se jubile, David. Alice me decía que piensa que todo volverá a la normalidad cuando usted se jubile. Bien, lo que quería preguntarle es qué tiene que pasar entre ustedes dos para aguantar este período hasta la jubilación.

Comentario

En primer lugar aparece una lucha simétrica para dilucidar la cuestión de qué versión de la realidad es la correcta, y está claro que ello no aporta nada a nadie. El terapeuta intenta delimitar esa solución, que parece improductiva. Curiosamente, Alice afirma que ella estaría dispuesta a conceder que estaba equivocada. Considerando el momento en que ella realiza esta sorprendente oferta, el terapeuta estima que existe un importante peligro de iniciar otra discusión. Es como si le dijese a David: «Al admitir que puedo estar equivocada demuestro que soy la persona más correcta». Por eso, el terapeuta decide llamarlos al orden y seguir con el tema de trabajo del día. Dada la intensidad del desacuerdo, el terapeuta razona que cualquier disculpa o concesión puede esperar hasta más tarde, especialmente cuando se encuentren sobre un terreno menos áspero. Su experiencia le dice que el comentario de Alice podría haber provocado el estallido de una nueva discusión, esta vez mayor.

FRAGMENTO DOS

D: Quiero decir, Dios, se le mete en la cabeza que estoy haciendo esto y lo otro. No sé cómo va a hacer para quitarle de la cabeza que no estoy haciendo nada.

T: Yo no estoy intentando hacer eso. Estoy intentando que ustedes dos encuentren una solución, de manera que puedan vivir juntos hasta que usted se jubile. Piense que, seguramente, el hecho de que se jubile les aliviará de esta enorme presión. [A Alice.] ¿Qué le gustaría que hiciese David de manera diferente?

A: Si dejase de hacer lo que está haciendo, todo iría bien. Estoy intentando ser mejor contigo, pero tú tienes que cooperar. Me gustaría que dejase de sacar cien dólares de su cuenta todas las semanas.

T: Bien. ¿Cómo podrá él demostrar que no está haciendo eso?

A: No lo sé.

T: Ése es el tipo de asunto que tenemos que tratar. Si puede definir qué es lo que quiere, tiene que encontrar una manera de que David pueda demostrar que lo lleva a cabo. Por lo tanto, eso es lo que tenemos que trabajar. A no ser que lo consigamos, ustedes dos van a llevarse mal durante las próximas cinco semanas, y eso es mucho tiempo cuando no se está a gusto.

D: Sí. Yo ya le he ofrecido que se incluya en mi cuenta como titular o, simplemente, se la doy a ella. Pero ella no lo acepta.

T: Si David pone la cuenta a su nombre, ¿le ayudaría eso en la cuestión del dinero?

A: Si supiese que no hace nada con cientos de dólares de su cuenta, eso sí sería una gran diferencia.

T: Así pues, ¿cómo podría demostrar que no está haciendo eso? Bien, si usted se hace cargo de la cuenta, ¿sería esto una manera de llevar este tema? ¿Sería eso una manera de demostrar que no está gastando ese dinero por ahí?

A: Sí, pero odio pensar que tengo que llegar a esos extremos.

T: Bien, estamos buscando medidas para un período limitado de tiempo: hasta que David se retire. Se trata de medidas

drásticas para que ustedes pasen ese período. A veces, para superar un período difícil se tienen que tomar medidas drásticas.

A: Por no decir que puede ir a sacar el dinero a otro lugar.

T: Bien, ¿cómo podemos solucionar ese problema?

D: Bien, si vas al Credit Union, siempre te pueden dar un comprobante del dinero retirado. Ella puede llamar y comprobar el balance en mi talonario de cheques.

T: Por lo tanto si empezase a mirar los comprobantes del Credit Union sabría si David está sacando dinero. Porque dispondrá de esa información. Si dispone del talonario, tendrá toda la información sobre las transacciones.

A: Bien. Y cuando él se jubile, pondremos todo el dinero junto y ambos veremos qué se paga y haremos lo que queremos hacer. Ya hemos hablado de esto fuera.

T: Pero hablando de las próximas cinco semanas que les quedan hasta la jubilación, ¿hemos llegado a un acuerdo?

A: ¿Es eso un acuerdo, papá, o no?

D: Por mí sí lo es.

Comentario

En este fragmento, el terapeuta consigue redirigir la atención de la pareja hacia un plan de supervivencia. El objetivo no es cambiar su matrimonio para siempre, sino llegar a un acuerdo que dure por lo menos cinco semanas, que cierre la brecha que les divide. Plantear un plan limitado en el tiempo nos ayudará a asegurarnos su participación.

Llegados a este punto, el terapeuta enfatiza que hay que atenerse a temas objetivos, haciendo lo que está en nuestra mano. Alice saca el tema del dinero. El terapeuta asume el papel de mediador. Después de diseñar un plan para tratar la cuestión del dinero, se abordan otros temas de interés.

Tarea

FRAGMENTO TRES

T: Ésta es la parte del dinero. Ahora, ¿cuál es la otra parte? Dígame qué más podría ayudarles a pasar ese período.

D: Mientras esta señora piense que tengo aventuras, la cosa no va a mejorar mucho.

A: Déjame decirte algo. Si yo hiciera lo que tú haces, ¿crees que tú seguirías conmigo?

D: Pero Alice. Te lo estoy diciendo. Todos han estado intentando decírtelo. No estoy haciendo nada de eso.

A: Yo sé que has hecho algunas de esas cosas.

T: No creo que vaya a ayudar el intentar cambiarle su visión de lo que está ocurriendo. Bien. Intente centrarse en lo que ella necesita de usted para pasar este período. Y después, ella le creerá o no le creerá. No se concentre en sacarle sus ideas de la cabeza. No creo que eso tenga ninguna utilidad. No he visto que eso le haya llevado a ningún sitio. [A Alice.] ¿Qué más le ayudaría a pasar ese período de tiempo hasta que David se jubile?

A: Sólo desearía que dejase de andar por ahí haciendo lo que hace. Una siempre sabe cuándo tiene algo entre manos. Coge cosas, las pone en su camioneta porque tiene que hacerle algún trabajillo a esas mujeres. Le hace sentirse mejor.

T: Así que si él le hace saber lo que está haciendo, como cuando pone algo en su camioneta, eso la ayudaría. ¿La ayudaría el hecho de que él le diese más información acerca de lo que hace? ¿Eso la ayudaría a pasar mejor ese período de tiempo del que hablamos?

A: Sí. La cosa es que en momentos como los fines de semana, él está bien. Pero cuando se prepara para ir al trabajo, la cosa cambia. Es como esta semana, que tendremos vacaciones, pues estaremos bien.

T: Bien. ¿Qué más puede hacer David? Sólo les quedan unas pocas semanas, y como usted ha dicho, la cosa va bien los fines de semana, cuando pasan más tiempo juntos. Como la semana

que viene, que tienen unos días de vacaciones y las cosas irán bien entre ustedes. Así que sólo les quedan unas semanas para pasar este lío. Así pues, ¿qué va a ayudarles a pasar este período de tiempo?

D: Dime, ¿qué tengo que hacer? ¿Qué quieres que haga? No puedo estar en casa. Tengo que ir a trabajar.

T: [A David.] «¿Qué tengo que hacer para hacer esto más fácil para ti? ¿Qué necesito para hacerte ver que no voy con otras mujeres? ¿Qué puedo hacer en esta situación para hacerte sentir mejor?» Pregúntele qué necesita hacer para ayudarla a sentirse mejor y concéntrese en eso. Y cualquier cosa que diga, si puede hacerlo, hágalo.

A: Lo que me gustaría saber es si estás realmente interesado en salvar este matrimonio.

D: Siempre te he dicho que no habría divorcio. Aquí nunca habrá ningún divorcio.

A: Pero tú ves que no podemos vivir así. No podemos vivir así, de ahora en adelante. Ha sido infernal.

D: En eso estoy de acuerdo.

T: Entonces, ¿qué va a ayudar en este período cada vez que David se prepare para ir a trabajar? ¿Qué quiere ver que hace él? Alice, ¿qué va a ser de ayuda?

A: Me gustaría que fueses el mismo todos los días antes de irte de casa. Verte relajado antes de salir. Eso es todo. Él dice que está aquí para salvar el matrimonio tanto como yo. ¿Correcto?

D: Eso es por lo que estamos aquí.

A: Lo intentaré si él también lo intenta. Ya lo he estado intentando. Tiene que admitir que me he portado mejor. De hecho, yo estoy bien hasta que sucede algo. Vea, si él fuese más abierto conmigo acerca de cosas... Si un amigo suyo necesita ayuda y él me lo cuenta, eso es harina de otro costal. Pero no me informa de nada. Por eso yo quizás exagero. Quizá no es tanto, pero él tampoco me querría ver en casa de otro hombre haciéndole la comida y cuidándolo y todo eso. Tal vez me pre-

cipito en mis conclusiones a veces, pero tú me has hecho ser así. Pero estaremos bien cuando se jubile.

Comentario

Como ya habíamos visto, Alice admite su parte de responsabilidad en el problema. Esto ya constituye un avance significativo. No sólo ha conectado la resolución de su problema a un futuro cercano, sino que también ha revisado su perspectiva para incluir la posibilidad de que David no esté teniendo una aventura. Esto, creemos, da testimonio de su apertura y flexibilidad, así como del poder de la validación. Repasemos la secuencia de los hechos.

Con la mediación del terapeuta, la pareja continúa intentando lograr un acuerdo. A veces, el terapeuta modela un método de negociación, instruye y confronta ligeramente a la pareja con la necesidad de continuar haciendo algo diferente el uno con el otro. Al usar un rol más activo y directivo, el terapeuta confía en la alianza. La pareja está de acuerdo en que están allí para preservar su matrimonio. Ahora están negociando los pasos provisionales que se necesitan para llegar a ese objetivo. El terapeuta usa su relación, su vínculo con la pareja, para ayudarles a moverse hacia delante y, al mismo tiempo, enérgicamente, en la dirección en que quieren ir. Aceptan sus propuestas y trabajan juntos, otra confirmación de la alianza.

Esta sesión conjunta acaba cuando Alice admite que quizás ella ha estado sacando conclusiones precipitadas y exagerando las cosas. Salva su dignidad, sin embargo, diciéndole a David que él la hizo así. Claramente, Alice empieza a renunciar a su visión, aunque no capitulará del todo.

Ahora nos encontramos en un momento delicado de la relación de la pareja y el terapeuta decide tener un diálogo individual con David. Así puede subrayar lo más significativo de los cambios: a) sin avergonzar a Alice y b) sin forzarla a retirar

su concesión si siente que David está usándola para salir del atolladero.

FRAGMENTO CUATRO

T: Ella ha dicho dos cosas hoy que no había dicho antes. Ha dicho: «Quizá me precipito en mis conclusiones» y «Quizás exagero».

D: Sí.

T: Es la primera vez que la oigo decir algo así. Todavía se siente mal por usted, pero creo que ha hecho un gran progreso. Porque está empezando a cuestionarse un poco a sí misma. Pero usted tiene que trabajar duro para no mostrar una actitud defensiva.

D: ¡Vaya!

T: Sé que usted se siente un poco indignado porque sabe que es inocente. Pero, al mismo tiempo, sabe que eso no va a ser de ninguna ayuda. Ella ha hecho hoy dos comentarios totalmente novedosos, al menos para mí. Ha reconocido por primera vez que tiene parte de culpa en este lío. ¿Es la primera vez que oye algo así?

D: Sí. Es la primera vez.

T: Bien, me doy cuenta de que la cosa no va deprisa. No se está poniendo bien demasiado deprisa. Y no es que vaya a levantarse un día y decirle: «Tú tienes razón, he estado completamente loca todo este tiempo». No va a hacer eso.

D: Nunca lo admitirá.

T: No. No lo va a hacer.

D: Oh, Señor. Se lo juro. Esto está resultando muy duro.

T: Claro. Le duele ver que ella piensa eso de usted. Es realmente duro.

D: ¿Cuánto va a durar esto?, ¿años?

T: No lo sé, pero no lo creo. Ustedes vinieron aquí hace unas ocho semanas.

D: Sí.

T: Y ya ha habido un cambio. Creo que la jubilación va a suponer una gran diferencia. Ella está mejor durante los fines de semana cuando usted está cerca de ella. Ahora lo importante es que usted no quiera que ella admita que está equivocada.

Comentario

El terapeuta usa este tiempo que pasa a solas con David para subrayar la importancia de lo que ha sucedido. Además, como el equipo ha sugerido, trabaja duro para solidarizarse con su frustración e impaciencia. El terapeuta quiere asegurarse de que David no atacará más las percepciones de Alice intentando reivindicar su inocencia (lo cual sería más de lo mismo). Este tiempo se puede entender como los consejos de un bondadoso entrenador: «Espera, estás cerca de ganar. Sigue por ese camino y no la fastidies».

En la siguiente y última sesión, evaluamos el progreso de la pareja, primero con Alice sola y luego con ambos.

Sexta sesión

FRAGMENTO UNO

A: El otro día vi el problema de mi marido en un programa de televisión. Entrevistaban a unos hombres y él está haciendo exactamente lo mismo que hicieron ellos. Es una persona completamente diferente a la que solía ser y eso es lo que les pasó a esos hombres. Es algo que no pueden evitar. Se siente mal por no ser el que era. Por eso intenta convencerse a sí mismo haciendo todo eso por esas mujeres, para sentirse bien. He intentado decirle que no es diferente. Por eso se está haciendo daño a él mismo y a su matrimonio. Intenta convencerse de que no lo

es. Los hombres tienen un cambio igual que las mujeres. Se lo he estado diciendo pero no me escucha. Y eso es exactamente lo que es. Son sus hormonas. Los hombres tienen esa clase de hormonas, las mujeres otras. Las mujeres, cuando pasan por ese cambio, bajan sus estrógenos. Y por eso tienen problemas. Los hombres tienen esto otro. Lo tengo escrito en mi bolso. Testosterona. Y baja. Si tan sólo aceptase el cambio...

T: Bien, creo que está intentándolo. Usted ha visto que él ha estado intentándolo, ¿verdad?

A: Ah, sí.

T: Así que ¿cómo piensa que está yendo la cosa?

A: Mejor, sólo quedan dos semanas. No quiero decir que la cosa esté completamente resuelta, pero creo que está mejorando.

T: ¿Piensa que todo esto está volviendo a su curso y que está recuperando el control?

A: Creo que sí. ¿Es eso posible?

T: Creo que sí. Especialmente desde que sabe que usted está encima de él y que no tendrá ninguna oportunidad más. Y quizás ha aprendido de todo este lío lo que necesitaba aprender: que debe jubilarse y pasar el resto de su vida con usted.

A: Bueno, eso espero. Pienso que ahora lo vamos a lograr.

Comentario

Alice nos habla de su idea acerca de la etiología de la supuesta infidelidad de David. Aparentemente está buscando una explicación para su conducta y las hormonas podrían ser la respuesta. No nos sorprende saber que David no ha aceptado esa interpretación como no aceptaría ninguna otra que afirmase su culpabilidad. El terapeuta, fiel a su principio de evitar ser el árbitro de la realidad, elude el comentario de Alice y vuelve al trabajo. No intenta ignorarla, sino que sencillamente evita las discusiones que puedan llegar a ser más de lo mismo. Ésa es la vía hacia la imposibilidad que no conviene a la pareja.

Cuando se le pregunta, Alice reconoce los esfuerzos de David. También está de acuerdo, con la apropiada cautela, de que le han dado la vuelta a la situación. El fragmento final es el siguiente:

FRAGMENTO DOS

T: David, ¿cómo cree que va la cosa?

D: Mejor. Tuvimos unas buenas fiestas. Parecía la de antes. No se puso nerviosa ni trajo a colación ninguna de sus ideas de antes. No ha vuelto a mencionar el dinero. Está durmiendo mejor. Creo que los dos estamos más relajados.

A: Bien, no has hecho nada para ponerme nerviosa. Ya sé que dije que a veces me precipito en mis conclusiones, pero tenía mis razones. Últimamente no he tenido ninguna. Pasamos mucho tiempo hablando acerca de la jubilación y de lo que vamos a hacer. Eso ayudó.

T: ¿Cómo ayudó?

A: Sentí por primera vez desde hace tiempo que nos íbamos a jubilar juntos, porque tenía miedo de acabar como mi madre.

D: No te dejaré nunca.

A: Te creo.

Comentario

Alice repite su concesión de que se precipita en sus conclusiones, aunque todavía le hace a David responsable de su conducta. Alice ha hecho un importante movimiento. No debería minimizarse. David no realiza demasiadas concesiones, pero quizá con su compromiso está intentando llegar a un arreglo con su mujer. En realidad, nunca supimos si David tenía una aventura.

Unos seis meses después, Alice nos envió una postal junto con el último pago de los honorarios. La misiva decía:

Disfrutamos mucho de nuestra jubilación. Nos encanta nuestra casa en las montañas y el aire fresco. David no hecha de menos ir al trabajo todos los días. Parece haber entrado en razón. Ha aceptado el cambio y todo lo demás. Pero eso no significa que haya dejado de vigilarlo. Aprecio mucho que usted mantuviese una mentalidad abierta y no dejase que David impusiese su idea del asunto.

Discusión

Ciertamente, la cuestión de si David estaba teniendo una aventura o no guardaba una relación directa con el diagnóstico de Alice de trastorno delirante. Como ya hemos señalado, nunca llegamos a establecer tal extremo. Los anteriores profesionales parecían estar convencidos de la psicosis de Alice y la trataban como tal. David, sincero o no, también tildaba a su mujer de trastornada.

Desde el principio, nuestra estrategia fue apartarnos de la tentación de llevar a cabo un diagnóstico a la manera de sus anteriores terapeutas. Vimos que el hecho de intentar situar a Alice en el rol de paciente se había convertido en una importante vía hacia la imposibilidad. Ni las exhortaciones, ni la psicoeducación, ni la medicación aportaron alivio a Alice o a David. Se necesitaba algo más.

Alianza

Como en los otros casos de este volumen, la alianza fue el primer requisito del tratamiento. También vimos que la pareja se hallaba bloqueada, defendiendo sus posiciones por encima de todo. En palabras de Fisch y otros (1982), la pareja estaba atrapada en el juego de «confirmar las sospechas del acusador defendiéndose» (pág. 155). La tarea era encontrar una manera de acomodarse a los marcos de referencia de la pareja, de respetarlos, de estar del lado de ambos, bloquear las recíprocas recriminaciones, capacitarlos para mantener su matrimonio e identificar nuevas posibilidades de acción.

La validación resultó ser la mejor arma del terapeuta en su trabajo con Alice. La humillación y la invalidación que ésta había experimentado anteriormente desaparecieron cuando se la empezó a tratar como a una mujer competente con derecho a hacer sus propias interpretaciones. Cuando supo que no se la iba a tratar de chiflada, empezó poco a poco a encontrar sus propias ideas para la resolución del conflicto.

Cuanto más la creía el terapeuta (y es cierto que la creía), más abierta se mostraba ella a comunicar todos los aspectos de sus «celos delirantes», que no resultaban de ayuda. En un momento dado, nos comunicó su teoría del cambio: el problema se solucionaría si lograba sobrevivir hasta la jubilación de su marido. Esta era la conexión que necesitábamos para hacer posible lo imposible. El terapeuta respetó tal teoría y colaboró con Alice y David para que pudiesen sobrellevar el período que les quedaba hasta la jubilación.

Teoría
del
cambio

Trabajando con David, comprobamos que en él había un componente terapéutico, su compromiso con Alice. Ella estaba aterrorizada ante la repetición del destino de su madre. Cuando David le aseguró que no la iba a dejar, le proporcionó la confianza que necesitaba. Este acto ayudó a expulsar el conflicto de sus vidas.

En este caso, el terapeuta podría haber sido acusado de afirmar el «delirio» de su cliente. Como ya hemos subrayado antes, nosotros no teníamos manera de saber si David era infiel. Alice podía estar en lo cierto. Sin embargo, dirigirnos a David e interrogarle acerca de su conducta no era, en nuestra opinión, una intervención viable. Alice se había convertido en una experta en confrontarse con él sin ningún resultado positivo. No parecía tener sentido repetir la experiencia, es decir, hacer más de lo mismo.

Cuando comparamos nuestro trabajo con otros tratamientos indicados en el caso de trastornos delirantes, vimos que una de las diferencias era que nosotros no recurrimos a la medicación. Alice se sentía agitada (no dormía, se paseaba arriba y abajo y

lloraba). Ésa es la razón de que los otros profesionales le hubiesen prescrito fármacos, pero de todas formas Alice había acabado rechazándolos. Nosotros entendimos nuestro trabajo como de apoyo. Esto es, apoyamos el marco de referencia de nuestros clientes y tuvimos una fe inquebrantable en su habilidad para sortear su conflicto y alcanzar una medida de acuerdo.

Ahora, al mirar hacia atrás, hemos de reconocer que este caso nos conmovió. Conscientes del poder de los delirios, vimos que la pareja pudo alcanzar el éxito. E incluso lo que nos produjo mayor impacto fue la flexibilidad de Alice. Todo el tiempo permaneció fiel a sus percepciones, pero aun así supo aprovechar la primera oportunidad que se le presentó para arreglar la situación. Claro está que todo ello fue posible una vez que se retiraron las vías hacia la imposibilidad y se respetó su teoría del cambio.

CAPÍTULO 8

CASO PRÁCTICO: TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE O «¿QUÉ ME PASA?»

La gente es persuadida con mayor facilidad mediante las razones que ellos mismos han descubierto que por las que proceden de las mentes de los demás.

PASCAL

Este capítulo presenta el tratamiento de un puntal diagnóstico de la industria de la salud mental, el trastorno de personalidad límite (TPL). Probablemente, ningún otro diagnóstico produce tanto temor en el terapeuta. A continuación presentamos un breve resumen de las recomendaciones más habituales para el tratamiento del TPL, invitando al lector a que continúe comparando los enfoques tradicionales con el que ofrecemos en este libro. Los fragmentos del diálogo terapéutico y los comentarios adjuntos ilustrarán nuestra manera de entender el tratamiento y pondrán de manifiesto las vías hacia la imposibilidad que siguió Jay, el veterano cuyo tratamiento se analiza en este capítulo. Jay proporciona un ejemplo esclarecedor de cómo un enfoque basado completamente en la teoría —en este caso, la validación, orientada a la solución, de la competencia del cliente— puede fracasar cuando tales acciones no atienden a las motivaciones del cliente ni respetan la teoría del cambio del mismo.

Trastorno de personalidad límite: recomendaciones de tratamiento

PERSPECTIVA GENERAL

Con la reciente y posible excepción del trastorno de personalidad múltiple, ningún trastorno ha llamado más la atención (y quizá la imaginación) de los terapeutas que el trastorno de personalidad límite. Tanto en conversaciones informales como en conferencias profesionales se cuentan truculentas historias acerca del paciente que padece un trastorno de personalidad límite, lo que ha generado una leyenda acerca de la imposibilidad de estos casos. La descripción habitual del TPL incluye síntomas tales como impulsividad, inestabilidad afectiva, dependencia hostil y peligrosidad, características que pueden intimidar rápidamente al más imperturbable de los clínicos.

A pesar de la voluminosa literatura que describe la personalidad límite, desde su etiología a su psicopatología y tratamiento, en realidad se trata de un trastorno poco entendido. Abundan las explicaciones basadas en la teoría, pero existen pocos hechos que las apoyen. La terapia de este trastorno se ve, a su vez, complicada por la diversidad de opiniones a la hora de definir qué es una personalidad límite.

En la práctica actual, el término ha sido usado muchas veces para calificar a un paciente intratable desde el punto de vista psicoanalítico (correspondería a la esquizofrenia latente), o directamente como cajón de sastre, peyorativo y lleno de prejuicios, de todos aquellos casos que desafían la categorización y la atención clínica habitual. La moderna nosología ofrece poca claridad al respecto. El *DSM-III* y *DSM-III-R* proponen ocho criterios, y el paciente tiene que presentar al menos cinco de ellos. Al parecer, y según esto, existen 93 posibles maneras de llegar al diagnóstico (Beutler y Clarkin, 1990). El *DSM-IV* (American Psychiatric Association, 1994) propone nueve criterios, de los que el sujeto debe presentar cinco.

Además, no se dispone de buenos datos epidemiológicos que establezcan la amplitud del trastorno. Las estimaciones sitúan su prevalencia entre un 2 y un 4% en las poblaciones normales, con una presencia mucho más alta, entre un 15 y un 25%, en entornos clínicos. Existen muchas más mujeres con este trastorno que hombres, alrededor de dos tercios o más del total. Se dice que el TPL es el trastorno de personalidad más común (Gunderson, 1989).

La escasa comprensión del TPL no ha mermado el entusiasmo que ponen los terapeutas en su tratamiento. Hasta la fecha «la piedra angular de la mayor parte de los tratamientos» ha sido la psicoterapia individual (Gunderson, 1989, pág. 1.394). A continuación, presentamos un conciso resumen de los enfoques terapéuticos existentes hasta el momento.

PSICOTERAPIA INDIVIDUAL

La comunidad psicoanalítica ha producido muchas hipótesis sobre la génesis del TPL, y no sólo eso; también ha establecido recomendaciones de tratamiento para la terapia individual. Aunque su impacto ha sido indudable (especialmente al popularizar su diagnóstico), los psicoanalistas siguen divididos con relación a qué elementos de la terapia individual son más importantes.

Cierta escuela dice que el tratamiento debería centrarse en una orientación exploratoria hacia el *insight* (por ejemplo, Kernberg, Selzer, Koenigsberg, Carr y Appelbaum, 1987). Los defensores de este modelo mantienen que la agresión, la hostilidad y la manipulación del cliente con TPL requiere una confrontación e interpretación temprana. En contraste, los defensores de lo que se podría describir como un enfoque de apoyo hacen hincapié en crear las condiciones necesarias en las que se pueda desarrollar una alianza (por ejemplo, Zetzel, 1971). Se evita así imputar motivos hostiles a la conducta del cliente para ayudarlo a entenderse mejor. Ambas tradiciones nos hablan de éxitos terapéuti-

cos, pero sin establecer una comparación y una valoración adecuada (Gunderson, 1989).

Además de la terapia psicoanalítica, recientemente han aparecido tratamientos interpersonales, conductistas y cognitivos para tratar el TPL. La efectividad de tales enfoques todavía no ha sido contrastada desde una base empírica (Shea, 1991).

La terapia conductual dialéctica de Linehan y otros (por ejemplo, Koerner y Linehan, 1992) entiende que los problemas del cliente con personalidad límite se deben a una carencia de conductas adaptativas (y a un exceso de conductas desadaptativas). Su terapia busca mejorar las habilidades y capacidades del cliente. En este caso, no se pretende, pues, el cambio de carácter o la comprensión de la etiología o los «concomitantes psiconalíticos». Como requisitos para participar en la terapia, el cliente accede a a) reducir la conducta amenazante para su vida, b) reducir las conductas interpersonales que interfieren en el tratamiento, así como aquellas que socaven su calidad de vida (por ejemplo, el abuso de sustancias o no poseer alojamiento) y c) mejorar y aumentar sus habilidades conductuales. Una vez que se produce un progreso en esos ámbitos, la terapia se concentra en reducir los efectos del abuso físico y sexual en la infancia para después «desarrollar un mayor autorrespeto y finalmente centrarse en otros aspectos demandados por el cliente» (Koerner y Linehan, 1992, pág. 442). Los resultados de este enfoque son diversos, aunque algunos datos sugieren que la terapia es efectiva a la hora de reducir las acciones autodestructivas (Hollon y Beck, 1994).

En la actualidad, la terapia individual del TPL suele basarse en facilitar al cliente la estructura, la consistencia, el apoyo y el establecimiento de límites que necesita (Chessick, 1993; Johnson, 1991). Es de esperar que la terapia sea prolongada, tediosa y tenga un alto coste para las emociones y la paciencia del terapeuta, arrojando resultados desiguales. A la hora de tratar a estos sujetos, se recomienda tener una considerable experiencia o, en su defecto, contar con una adecuada supervisión (Gunderson, 1989).

PSICOFARMACOTERAPIA

Brinkley (1993) afirma que la base de conocimiento que apoya el tratamiento farmacológico del TPL —en un estadio temprano de tratamiento— es un poco mejor que nuestra habilidad para definir los límites nosológicos del trastorno. En la práctica prescriptiva, la norma parece ser el ensayo y error. Se han usado neurolépticos, antidepresivos, carbonato de litio, carbamazepina y benzodiazepinas para manejar los síntomas cognitivos, emocionales, de conducta impulsiva y de ansiedad que se cree forman parte del funcionamiento de la personalidad límite. Según Soloff (1994), los resultados apoyan el uso de un tratamiento agudo; los ensayos de mantenimiento son pocos y muestran una efectividad más reducida.

Con todo, los datos sugieren que la terapia farmacológica existente tiene una eficacia reducida en el caso del TPL (Rosenberg, 1994). No existe ningún tratamiento farmacológico de elección (Soloff, 1994). Se espera que la investigación aporte en el futuro un tratamiento más adecuado. Por ejemplo, Rosenberg afirma que el progreso alcanzado en el ámbito de la neurociencia, especialmente en el área de la psicobiología de la personalidad, puede mejorar los enfoques farmacológicos.

TERAPIA FAMILIAR Y DE GRUPO

En general se considera que las terapias de grupo son útiles para tratar el TPL. No obstante, debido a la aparente incapacidad de los clientes a la hora de compartir la atención con los demás y de sostener una confrontación, la terapia grupal suele acompañarse con terapia individual. Pero la terapia individual está frecuentemente supeditada a la participación en el grupo (Gunderson, 1989).

Clarkin, Marziali y Munroe-Blum (1991), en su revisión de estudios clínicos y empíricos tanto de grupo como de familia, citan

la necesidad de un apoyo extra para el uso del formato grupal. De todas formas, también señalan que ningún estudio ha comprobado si el tratamiento de grupo secuenciado o combinado con el tratamiento individual es mejor que la terapia grupal sin más. Aunque mencionan la lógica del uso de la terapia familiar, dejan claro que no existen investigaciones concluyentes que hayan demostrado el éxito de esta modalidad de intervención en el caso del TPL.

CONCLUSIÓN

«El tratamiento de los pacientes con personalidad límite con medicación, psicoterapia o ambas cosas a la vez es problemático» (Beitman, Hall y Woodward, 1992, pág. 546). Esta conclusión resume lo que revela cualquier revisión de la bibliografía existente sobre el tema. Las fronteras poco claras de esta categoría diagnóstica y la frecuente tendencia a invocarla ante casos difíciles o problemáticos socava la posibilidad de definir tratamientos específicos para el TPL (para cualquier escuela de psicoterapia). Según nuestra experiencia, los veteranos de la terapia, dado su típico historial de «fracaso clínico», son especialmente propensos a ser diagnosticados como casos de TPL.

Debido a la imprecisión de lo que se entiende por personalidad límite, los clínicos tienen poco más que hacer que dar bienintencionados consejos basados en la sabiduría clínica tradicional. Un tema recurrente en este sentido es que los terapeutas se van a encontrar con dificultades en el tratamiento de los pacientes. Además, se sugiere que el tratamiento imponga fuertes límites a la dependencia del cliente y a sus intentos manipulativos de llamar la atención. Leyendo la bibliografía sobre el TPL, uno bien podría formarse la opinión de que se exhorta a los terapeutas a colocarse en el rol de padre, dispensando autoritariamente estructura y freno para controlar a un niño indomable.

El caso de Jay

Jay fue referido a nuestra consulta por Carrie, una prestigiosa terapeuta muy conocida por su orientación centrada en buscar soluciones (Berg y Miller, 1992; de Shazer, 1994) y basada en la validación (Duncan y otros, 1992). Después de seis sesiones, la terapeuta estaba preocupada por la falta de progresos. El cliente estaba de acuerdo en que la situación era cada día más frustrante. Según la terapeuta, las sesiones se consumían en el debate de ideas infructuosas que nunca dieron lugar a ningún cambio («Sus afirmaciones eran tan contradictorias que al final me daba vueltas la cabeza»). Las sesiones solían concluir con unas intensas súplicas por parte del cliente, pidiendo ayuda y esperanza desconsoladamente. La terapeuta reconoció su exasperación.

Jay, un auténtico veterano de la desdicha en muchos sentidos, tenía una horrenda historia que contar, con vivos episodios de abuso emocional, rechazo, abandono, problemas no resueltos con su padre, baja autoestima y vergüenza. Su terremoto emocional le había conducido a visitar a toda una serie de médicos, psicólogos, grupos de apoyo, etc., sólo para encontrar que cada uno de ellos le transfería a otro profesional o le sugería que, como podía identificar sus problemas, era capaz de resolverlos por su cuenta. La última terapeuta nos informó de que la intensidad de las emociones de Jay había dado lugar a diferentes diagnósticos por parte de sus anteriores terapeutas, entre ellos, TPL, trastorno de personalidad dependiente y, según un psiquiatra, trastorno delirante.

Sin embargo, el diagnóstico más recurrente era que Jay era un *borderline* funcional. Resulta paradójico que Jay tuviese ese diagnóstico tan serio cuando muchos terapeutas lo despachaban diciendo que no tenía nada. Parecía que nadie quería lidiar con él. El principal miedo de Jay era que le dijese de nuevo que no tenía nada y que podía arreglar sus problemas por sí mismo.

Según la última terapeuta, durante las seis primeras sesiones de terapia, fiel a su estilo basado en la competencia, tuvo mu-

cho cuidado de no caer en el despliegue de atribuciones y validó las horrendas experiencias de Jay en el pasado. En realidad, viendo la larga lista de hechos dolorosos ocurridos en la vida de Jay, resultaba increíble que hubiese tenido tanto éxito después de todo. Carrie también vio a Jay motivado, con recursos y deseo de trabajar para resolver sus problemas. Según la terapeuta, siempre que ella validaba sus competencias y se centraba en sus puntos fuertes para manejar su malestar, Jay parecía estar más enfadado y respondía con un «¿Qué me pasa?».

La terapeuta intentó acomodarse al deseo del cliente de ser «arreglado» trabajando con los muchos recursos de los que éste disponía. Buscó excepciones y validó su competencia; Jay continuaba sintiéndose desesperanzado y frustrado, lleno de agitación y desesperado. Las tormentas emocionales que tenían lugar al final de cada sesión habían llegado a hacerse insoportables para la terapeuta. En ese punto, Carrie, con total responsabilidad, pidió ayuda para su «caso imposible». Jay accedió a ser examinado por nuestro equipo y fue entrevistado durante dos sesiones por uno de los autores. Carrie participó en dicho equipo de apoyo.

Primera sesión

FRAGMENTO UNO

T: Vamos a seguir un método un tanto extraño, así que a lo mejor nos cuesta unos minutos acostumbrarnos a tener a un grupo de observadores detrás del espejo. Lo que haremos es hablar durante cuarenta y cinco minutos y después nos tomaremos un descanso. Yo acudiré a la sala que hay detrás del espejo y hablaré con el equipo y veré si tienen alguna sugerencia que darme. Si es así, volveré y le hablaré de ello.

J: Bien.

T: Es posible que reciba una llamada o dos mientras esté aquí, así que si suena el teléfono es para mí [ambos ríen]. Será

del equipo. Yo compartiré la información con usted o le preguntaré algo que ellos me hayan indicado. Bueno, ¿qué es lo que le ha traído aquí?

J: Tengo que trabajar sobre mi estado de ánimo porque paso mucho tiempo escondiendo mis sentimientos. Muy poca gente sabe lo que siento y pienso. Una de las pocas personas que sí lo saben es mi esposa. Muchos de mis problemas empezaron cuando murió mi padre, el pasado marzo. Había algunas expectativas no resueltas, o necesidades, o daños, o lo que sea con él que aparentemente no sabía que tenía hasta que murió y ahora nunca se resolverán. Al principio pensé que era el proceso normal de duelo, pero las necesidades se hicieron más intensas y ya supe que se trataba de algo más. Yo ya me permití pasar el duelo. Expresé mis emociones a mi esposa y a otra gente, pero siguieron estando ahí.

T: Vaya.

J: Me doy cuenta de que estaba hiriendo a aquellas personas a quienes les importaba más. Mi esposa es como una esponja... pero ya no puede aguantar más. No sabe qué hacer para ayudarme. Le estoy haciendo daño. Hay muchas emociones que necesitan salir a la luz. Hay algo que me está molestando y no sé qué es... y rechazo... ya estamos otra vez [la voz le tiembla y se empiezan a formar lágrimas en sus ojos]... no quiero darme por vencido y ésa es la razón de que venga a la terapia de nuevo. No voy a dejar que ese daño... No voy a dejar que esas emociones... No voy a reprimirme más. Voy a dejar que salgan. Es demasiado fácil reprimirlas. Y hay dolor ahí; las lágrimas siguen aumentando y ¡no sé de qué se trata!

T: Bien, parece que usted ha pasado por muchas desgracias.

J: No sé cuánto quiere que me remonte en mi pasado. ¿Quiere que le nombre las cosas que me han herido durante mi infancia?

T: Eso estaría bien. Yo estoy interesado en que me hable de cualquier cosa que usted piense que le está molestando.

J: Quiero gustar. Quiero que me necesiten. No quiero decir que mi mujer y mis hijos no me den esas cosas, pero parece que no es suficiente. No sé lo que quiero [alza la voz, que también se resquebraja]; ¡no sé lo que me pasa!

T: Bien, usted no puede decir qué es, qué anda mal.

J: No sé. Por mis conversaciones con Carrie, diría que soy una persona sensible, quizás hasta un extremo exagerado. Leí algunos escritos de mi abuela, y debe ser un rasgo de la personalidad o algo así que puede ser transmitido. Es como una especie de hipersensibilidad que no he aprendido a manejar. Y eso es lo que estoy intentando identificar. Porque, tanto si es un rasgo como un problema, identifiquémoslo y averigüemos cómo funciona. ¿Puede hacerse esto después de cuarenta años? ¿Puedo reconvertir pautas arraigadas desde hace cuarenta años? Ésa es la cuestión.

T: Creo que sí.

J: Y veo esos rasgos en mi hijo. Ojalá me hubiese escuchado a mí mismo como él me escucha a mí. ¿Por qué no puedo escucharme a mí mismo?

T: Ésa es una buena pregunta.

J: Me duele algo por dentro y no sé por qué; no puedo averiguarlo.

Comentario

El terapeuta empieza con la asunción de que no se han atendido los deseos de Jay. Por esta razón, intenta concentrarse en sus objetivos como principal orden del día. Debido a la experiencia de Carrie, el equipo ha tenido la precaución de cultivar una mente de principiante. Tardamos muy poco tiempo en apreciar la intensidad de la presentación de Jay. Éste identifica rápidamente un tema de gran importancia para él, a saber, averiguar lo que marcha mal en él. Por otro lado, se hacen evidentes ciertas facultades del cliente (por ejemplo, la existencia de una fuer-

te relación con su esposa, la capacidad para ayudar a su hijo), pero dada la experiencia de Carrie al validar sus puntos fuertes y la necesidad del cliente de saber qué pasa con él, el terapeuta no hace ningún comentario al respecto. Nótese que el cliente no responde ni da muestras de recibir comentarios validantes o de apoyo (por ejemplo: «Parece que usted ha pasado por muchas desgracias»). Esto no es una crítica hacia el cliente o el terapeuta, sino tan sólo algo que percibió el equipo. Seguir de cerca la respuesta del cliente permite al terapeuta dejar de usar enfoques o estilos que no dan los resultados deseados. El terapeuta pasa a explorar la percepción del cliente de lo que está mal, buscando que emerja la teoría del cliente, esperando crear un contexto adecuado para el descubrimiento de posibilidades que puedan abrir una vía de solución del problema.

FRAGMENTO DOS

T: ¿Tiene alguna otra idea acerca de ello? Usted mencionó que una de las cosas que identifica es su sensibilidad. ¿Hay alguna otra cosa que pueda destacar?

J: Sí, si vamos a mi niñez. Le daré mi autobiografía. Primer año de escuela. Tuve que repetir primero porque tenía un ojo vago y pensaban que no había aprendido lo necesario porque no podía ver la pizarra correctamente. Fue un gran ridículo para mí frente a mis compañeros. Después recuperé y lo hice bastante bien hasta que llegué a quinto; allí un profesor me desmoralizó por completo. Y eso realmente me hería. No pude pasar a secundaria. En esa época ya veía a un psicólogo escolar. Querían identificar qué es lo que no marchaba bien y me hicieron muchas pruebas. Ni siquiera puedo acordarme de todas. Recuerdo que me hicieron dibujar, poner bloques juntos, el test de las manchas y cosas así. También me hicieron una prueba de ondas en el cerebro. No tenía ni idea de para qué servían, pero las hice.

T: Vaya.

J: Me sacaron del sistema escolar público y me pusieron en una escuela para niños con necesidades especiales... Vamos, para retrasados y así enseguida me colgaron el sambenito de «subnormal». Así me llamaban los niños del vecindario y mis hermanos [empieza a llorar de nuevo].

T: Qué legado más trágico. ¡Caramba!

J: Mi padre no quería que me graduase en esa escuela. Así que me llevaron de nuevo a la escuela pública. Y, por supuesto, me llevé conmigo el título de retrasado a la nueva escuela. Me gradué con un bien bajo de media. Pero no tenía amigos; los chavales del vecindario no querían jugar conmigo. Empecé a ir con los amigos de mi hermano. Y todo porque me dejaban estar con ellos gracias a mi hermano. En realidad tampoco jugaban conmigo. Un día saltaron sobre mí y me ataron las manos a la espalda y dejaron que las cuerdas me hicieran heridas en los brazos [solloza y tarda un minuto en recobrase].

T: Chicos crueles.

J: Mi propio hermano y sus amigos. Salí de casa para ir a una escuela de formación profesional. No estaba preparado para la vida cuando fui allí. Vivía con una pandilla de compañeros de piso. Y, por supuesto, empezaron a llenar la casa de cerveza y mujeres. A mí no me gustaba eso. Me preguntaron si era homosexual, porque no llevaba mujeres al apartamento. Por esa razón me cambié de piso un par de veces. No podía adaptarme. A mí no me iba aquello. Me trasladé con un buen amigo mío. Se había casado hacía poco y me propuso ocupar una habitación que quería alquilar. Las cosas fueron bien allí, excepto que perdí mi trabajo en una zapatería. Me dijeron que no era el tipo de empleado que querían y me echaron. Pregunté qué significaba eso, pero no me lo quisieron explicar.

T: Vaya.

J: Me metí en el ejército y en seis meses mi buen amigo y su mujer se divorciaron. Ella le engañaba. ¿Qué sucedió mientras yo estuve en la casa? No lo sé, pero sobre mí recayeron las sos-

pechas. Me acusaron de tener una aventura con ella, lo cual no era cierto. Mientras estuve en el ejército, tuve una novia y después de un par de meses me dijo: «Me voy». «¿Por qué?» «Bueno, si tú no lo sabes no te lo voy a decir yo.» Y se fue. ¿Qué me sucede [suplicando]?

T: ¿Nunca respondió a su pregunta?

J: No, para nada. Y otra novia, mientras estaba en el ejército, también me dejó. No sabía cómo tratarme a mí y a mis emociones. En vez de intentarlo, me dejó. Después, conocí a mi mujer. En una ocasión, cuando todavía no íbamos en serio, nos encontramos todos los amigos un domingo por la noche. Bien, me senté, pero ella se sentó con otra persona. Me tuve que ir y, al día siguiente, no pude ir a trabajar. Estaba emocionalmente tan molesto por ello... ¿Por qué? No entiendo qué me pasó. Pero sabía que estaba enfadado. Me fui a casa y me pasé todo el día siguiente llorando. ¿Por qué había dolor en esa situación? ¿Por qué llegó a causar esa reacción en mí?

Pero otra cosa acerca de esa situación es que tenía muchos miedos debido a esa chica que me dejó estando yo en el ejército. Dijo que la razón por la que se había enamorado de mí era la manera en que la había tratado. Ningún chico la había tratado así antes. La traté como a una mujer. Le abría la puerta al pasar. Le regalaba flores. Un día le envié una rosa con una nota. Así que a esa chica que me echó a la basura nunca la habían tratado así, con cortesía y respeto, y me dijo que se había enamorado de mí. Ya hablábamos de noviazgo y de boda. Me quería por la manera en que la traté, no por mí mismo, o al menos ésa es la razón que me dio ella. Traigo esto a colación porque mi mujer me dijo lo mismo antes de aquel domingo por la noche. Me dijo que me quería por la manera en que la trataba. Y pensé: «Por Dios, he hecho lo mismo que antes, y aquella vez me tiraron a la basura. ¡Adivina quién va a acabar en la basura otra vez!». Por eso me enfadó tanto el que mi esposa no se sentase a mi lado.

T: Vaya, vaya.

J: Mire, en secundaria no tuve citas. Nadie quería salir conmigo. Recuerdo que había una chica que me gustaba. Esto fue antes de la que me dejó y de mi esposa. Me dijo: «Vamos a dar una vuelta en coche». Por supuesto, eso disparó mis hormonas. Pero antes de que sucediese nada, empezó a hablarme de cómo su padre le había pegado de niña y cómo tuvo que llevar aparatos ortopédicos por ello. Eso me desmontó por completo. ¿Por qué me contaba esas cosas? Así que la estuve escuchando durante un tiempo, le di consejos y tal, hablamos de sus sentimientos. Pues acabó casándose con mi jefe. Duele, pero la gente me busca...

T: Como confidente.

J: Sí. Y eso sucedió varias veces con otras mujeres, y eso duele. Eso duele un montón.

T: Es como una espada de doble filo. En un sentido, hay algo muy positivo en ello, pero en otro, hay algo doloroso.

J: Y no me importa ayudar a la gente. Creo que eso es un regalo o una intuición especial. Pero no puedo evitarlo. Y honestamente, me siento muy desanimado, sentado aquí, frente a media docena de personas situadas detrás del espejo para averiguar qué me pasa. ¿Por qué son necesarias seis personas para averiguar lo que me pasa?

T: Los seres humanos somos criaturas complejas... Y no voy a comentar, no voy a hablar de sus puntos fuertes o de sus pensamientos, porque ésa no es la razón de que usted esté aquí. Usted está aquí para intentar averiguar qué pasa. Por eso, tengo curiosidad por saber qué le ha dicho la gente acerca de ello. ¿Qué le han dicho que le sucede a usted?

J: Nadie me ha dicho nada nunca. No me lo dirán nunca.

T: ¿No se lo dirán?

J: La gente me dice: «Jay, eres una buena persona». Yo les digo: «¿Por qué lo dices?». «Oh, lo eres y ya está.»

T: Bien; quiere decir que no se atreven a decir la verdad.

J: Tengo una vecina, que también trabaja conmigo, con la que he hecho una buena amistad. Fuimos de viaje juntos para

llevar a cabo un trabajo bastante intenso. No sé lo que le dije, no sé qué le hice, pero dejó de hablarme y de mirarme durante varios meses después de aquello. Estaba harta de mí. Aquí tiene a una persona con la que trabajo, que me puede ver por lo que soy en el trabajo, en reuniones y situaciones así. Pensé que sería abierta y honesta para decirme lo que sucedía conmigo. Pero no lo hizo. Y ojalá no le hubiese hecho eso a ella.

T: Bien, bien.

J: He intentado hablar en privado con algunos buenos amigos. Gente en la que puedo confiar, para que me dijese algo al respecto, pero nadie ha querido hacerlo.

T: ¿Acerca de qué le pasa?

J: Sí, no me decían nada. Eso es lo que más me fastidia.

T: Vale, le molesta que no pueda obtener información honesta de la gente. Sus amigos no le dicen qué hay de malo en usted. ¿Algún profesional que le haya tratado ha identificado qué hay de malo en usted?

J: Seguro que prefiere no oírlo. Mi médico, mi médico de familia me dijo: «Necesita ver a un psicólogo». Así que acudí a unos terapeutas de la zona, pero me dijeron: «No creemos que usted necesite venir aquí, necesita ir a un grupo de apoyo». Así que fui a un grupo de apoyo y me dijeron: «No, nosotros no podemos ayudarle, necesita ir a un psicólogo o a su médico de familia». Fui a otro psicólogo y me dijo que lo que estaba mal es que mis reacciones eran exageradas y que necesitaba cambiar la manera de ver las cosas. No creo que tuviese razón. Vale, pongamos que exagero mis emociones, pero ¿de dónde procede toda esa emoción? También me envió a un psiquiatra que me prescribió algunas medicinas, pero no veo para qué. Me dijo que me ayudarían a calmarme y a pensar. Pero yo puedo pensar perfectamente. ¿Cómo me puede decir una medicina lo que está mal en mí? ¡Vaya fracaso! Los médicos me dicen: «Ve ahí»; y ahí sólo me dicen que lo único que está mal en mí es mi modo de pensar las cosas y ya volvemos a empezar otra vez.

T: Como una pelota de ping-pong.

J: Sí, ping-pong. Y estoy cansado de oír a la gente decirme: «Tienes una buena cabeza. Parece que sabes lo que decirle a la gente. Sólo necesitas confiar en ti mismo y escucharte y pasarlo bien». No quiero oír todo eso [con énfasis]. Estoy asustado de que ahora este grupo me diga lo mismo [empieza a llorar].

T: Porque eso no le proporciona nada.

J: No me da nada. Hablé con los otros terapeutas y ninguno me dijo nada útil [llorando, gritando y con mucho énfasis]. ¿Es que nadie me dirá qué pasa?

T: Bien. Y usted ha recibido esa respuesta tipo de todos los que han hablado con usted. Que tiene una buena cabeza, buena autocomprensión y que sólo necesita confiar en sus sentimientos.

J: Correcto, porque la gente no quiere mezclarse conmigo.

T: Nadie quiere mezclarse con usted, tomarse tiempo para averiguar qué sucede e identificar cuál es la situación. Y eso es realmente frustrante e hiriente porque quiere obtener alguna información, pues sabe que hay algo que no marcha bien. [Pausa.] Tenemos que tomarnos un descanso. Quisiera hacerle una última pregunta antes del descanso. ¿Hay algún ejemplo en particular que le venga a la mente que ilustre lo que está mal y que nos ayude a entenderle?

J: Tengo el deseo de ser querido o necesitado. Si voy al centro comercial lo que quiero es que esa mujer me toque el hombro y me haga bromas y cosas así. Es una necesidad. Luego, tiendo a volver a esas personas para hablarles de nuevo. Siento algo dentro de mí. Y no sé qué es. Quiero ser querido.

T: Bien. ¿Y es eso un ejemplo de lo que marcha mal en usted? ¿Que necesita que le quieran?

J: No lo sé.

T: Bien.

J: Estoy sacando síntomas. Pero hay una causa, una raíz del problema. Y todo eso es expresión de ello.

T: Bien. Así que usted está interesado en la causa, en la raíz.

J: Quiero encontrar la causa y no sólo tratar el síntoma.

Comentario

El terapeuta explora el mundo de Jay y éste le relata un pasado lleno de rechazos por parte de padres, hermanos, compañeros, profesores, novias e incluso terapeutas. La exploración de los «intentos de solución» y lo que los otros le han dicho le permite a Jay articular su preocupación principal: tiene miedo de que nadie le quiera lo suficiente para «mezclarse» con él. Nadie le quiere dar una respuesta. La exploración también revela lo que Jay busca de la terapia: encontrar la causa raíz de su malestar. Eso, por lo tanto, es lo que le debe proporcionar la terapia, si es que ésta funciona. El terapeuta y su equipo observan una notable diferencia en la respuesta de Jay cuando los comentarios del terapeuta reflejan una apreciación del deseo de Jay de encontrar lo que está mal en él.

El primer paso en la creación de un encuentro terapéutico eficiente con los veteranos es asumir que la terapia ha fracasado a la hora de entender y responder a los deseos del cliente. Está claro que el deseo de Jay de encontrar la causa original de sus problemas, una causa que satisfaga su dolorosa lucha, no fue atendido en el pasado. Su percepción era que nadie quería tomarse el tiempo suficiente para escarbar en su pasado.

El cliente no sólo define lo que quiere, sino que también identifica el criterio para el éxito del tratamiento, a saber, encontrar la causa de su malestar. Parece ser que el acto de identificar una causa legitimaría o justificaría de alguna manera su sufrimiento; esto le proporciona al equipo una guía directa acerca de las posibles direcciones que pueden seguir. Para que se dé el éxito, la terapia debe proporcionarle a Jay un contexto que responda a sus preguntas; no tener en cuenta esa petición o ignorar su deseo de autocomprensión en favor de una estrategia centrada en buscar soluciones, excepciones o la interrupción del problema nos llevaría al fracaso, como sucedió con los anteriores intentos. La autocomprensión no es un prerrequisito para el cambio en todo el mundo, pero al parecer sí

lo es para Jay. Por lo tanto, la tarea del equipo consiste en implicar a Jay en el proceso de identificación de la causa raíz. En otras palabras, crear la oportunidad de descubrir las posibles causas raíces.

Acomodar
la visión
del
cliente

El caso de Jay ilustra lo importante que es hacer que el tratamiento encaje en las expectativas y deseos del cliente. Mientras que ningún modelo o método resume toda la verdad para todo el mundo, es muy difícil equivocarse cuando se les da a los clientes exactamente lo que piden. Amoldar el tratamiento a las expectativas y deseos del cliente garantiza un resultado positivo. El equipo deliberó y decidió concentrar sus esfuerzos en averiguar la teoría del cambio de Jay. Más que discutir las diferentes estrategias de intervención, el equipo siguió un proceso de búsqueda de posibilidades dirigido por la construcción de Jay de lo que constituía el éxito en la terapia. El equipo intentó ayudar a Jay a determinar qué había de malo en él.

La siguiente «intervención» tenía como único propósito conseguir la participación de Jay en el descubrimiento del origen de sus problemas.

FRAGMENTO TRES

T: Espero que no le hayamos hecho esperar. Los terapeutas son gente que habla bastante. Hay un par de cosas que como grupo nos gustaría expresarle. Realmente pensamos que usted quiere averiguar lo que está mal en usted y la causa originaria de ello. Estamos de acuerdo en que no se ha atendido en el pasado a su demanda. La gente le ha dado una respuesta fácil que a la mayoría de personas les gusta oír. Le dijeron que estaba usted bien, que tiene una buena cabeza y que todo está bien. No han sido capaces de darle el *feedback* que está usted buscando de manera que pueda determinar la causa y hacer los cambios necesarios. Desafortunadamente, no se quieren mezclar con usted. Eso es lo que la gente ha hecho, no ha querido mezclarse

con usted o tomarse el tiempo necesario para averiguar qué hay de malo en usted.

Nosotros nos tomaremos el tiempo necesario. Pero, con respecto a la causa, no sabemos de qué se trata, porque podría ser un montón de cosas diferentes. A partir de la corta conversación que hemos mantenido hoy con usted, el equipo ha hablado de todas esas cosas que han sucedido en su vida y que podrían ser la causa de algunas de las cosas que está experimentando ahora. Usted dijo que muy temprano en su vida se dieron algunas circunstancias traumáticas. La experiencia del primer curso, el profesor que tuvo en quinto, el fracaso de séptimo, de ser un retrasado. Y todo lo demás: rechazos, no conseguir la aprobación de su padre, los problemas con las mujeres, la gente que no le acepta, que no le quiere o que no le gusta, una experiencia negativa tras otra. Todo eso se combina de cierta manera y por eso usted está experimentando esos problemas, esos síntomas, y no está seguro de cuál es la causa.

Hemos hablado de la causa originaria de sus problemas y tenemos algunas ideas sobre ello, pero usted comprenderá que no se trata de algo que es blanco o negro. Querríamos adoptar un enfoque meditado y darle a este tema todo el tiempo y atención que se merece. Nos gustaría pensar acerca de estas cosas e ir esclareciendo el asunto poco a poco. No podemos identificarlo mágicamente y darle una prescripción. Ojalá fuese tan sencillo, pero los humanos somos mucho más complicados que eso. Y como usted sabe, esta situación es compleja y no queremos hacer ningún comentario precipitado. Queremos hablarle de usted y de su vida y de cuáles son las posibilidades. Deseamos compartir esas posibilidades con usted y después le pediremos su opinión, porque algunas cosas le parecerán más verdaderas que otras y necesitaremos conocer su opinión acerca de ellas. Por eso, precisamos saber un poco más acerca de lo que está mal ahora de manera que podamos ligarlo a la raíz originaria. Así, querríamos pedirle que hiciese algo entre este momento y la próxima vez que nos veamos. ¿Le parece bien?

J: ¿Qué quiere que haga?

T: Lo que quisiéramos es que anotara las veces que siente que hay algo malo en usted, de manera que nos pueda describir esas situaciones y darnos información sobre cómo se expresa la causa originaria. A partir de esa información, podremos determinar la causa originaria de todo, de manera que nos hagamos una idea de qué es lo que no marcha bien en usted. Esto puede ayudar a reducir el espacio de posibilidades, porque hay tantas causas posibles...

Acomodar la
tarea
Comentario

Teoría
del cambio

del
cliente

validación
de la
teoría

La teoría del cambio del cliente ha sido puesta al descubierto inequívocamente. Él cree que hay algo que no marcha bien y quiere llegar al fondo de la cuestión. El equipo respeta esa teoría y valida su visión de que nadie le ha dado un *feedback* directo o se ha tomado el tiempo suficiente para averiguar qué es lo que no funciona. El equipo le expresa su deseo de cumplir con ese objetivo y conceder a su problema el tiempo y la atención que se merece. La sugerencia de que reúna más información valida directamente la teoría del cliente de que existe una causa raíz y le integra en el proceso de descubrimiento. La sugerencia también implica que el equipo se va a tomar el tiempo necesario para averiguar qué sucede. La sugerencia, al centrarse en lo que no marcha bien, se ocupa directamente de los deseos del cliente, y al depender de las habilidades analíticas de éste, consigue que Jay se convierta en participante en la búsqueda de una causa raíz. La tarea resulta congruente con la teoría del cliente porque le pide que observe las veces que ejemplifica lo que no marcha bien en él, lo que constituye esencialmente la antítesis de lo que sería una intervención basada en la solución (o en la competencia).

La tarea de observación asignada al cliente hace que el proceso de exploración se amplíe. Jay tiene ahora que observarse fuera de las sesiones, con lo que capitalizamos sus recursos y lo

capacitamos para descubrir lo que pueda ayudar a resolver sus problemas. Se trata de conseguir la participación del cliente en el proceso de exploración y descubrimiento. Quizá suceda algo en su vida que le ayude a superar el problema, y como está atento a ello, lo aprovechará. La tarea de observación, por lo tanto, favorece el cambio que se produce gracias a factores intrínsecos del cliente (Miller y otros, 1997) y frecuentemente conduce a experiencias de autoanálisis o autocomprensión (Duncan y Solovey, 1989).

En este punto de la consulta, Carrie estaba esperando (y, en realidad, deseaba que apareciese) la tormenta emocional típica del cliente al final de las sesiones, porque quería encontrar ideas sobre cómo interrumpir lo que consideraba una situación intolerable. Por su parte, el terapeuta había cerrado las escotillas y estaba preparado para el escándalo. El mensaje lanzado al cliente de que se tomase las cosas con calma, reflexionando sobre cada paso, también se aplicaba al terapeuta y a su equipo. Éste se daba cuenta de que, independientemente de la desesperación del cliente, necesitaban apoyar la teoría del mismo y contener cualquier impulso de dar respuestas rápidas.

FRAGMENTO CUATRO

J: Se me hace cada vez más difícil abrir esa herida emocional, venir durante una hora, dejar que salga el pus y volver al cabo de quince días para hacer lo mismo. Me está resultando extremadamente difícil seguir haciéndolo [alzando la voz y el tono].

T: Eso debe ser muy duro.

J: No puedo tolerarlo más. ¿Qué puedo hacer? Quiero hacer lo que usted me dice, quiero cooperar. Este último mes ha sido infernal. Se trata de un gran problema emocional [se levanta y empieza a llorar]. ¡No puedo seguir haciéndolo!

T: Debe resultar realmente insoportable para usted, porque todos sacamos estos temas suyos, usted experimenta dolor y an-

gustia y después le decimos: «Bien, tenemos que irnos, nos vemos en la siguiente sesión». Es duro. Es muy duro.

J: [Sollozando, suplicando.] Y una de las cosas que pensé antes de venir es que no me iban a hacer nada bueno. Porque me sentaré durante una hora y echaré los hígados y después: «Hasta la semana que viene». Por favor, ¿puede ayudarme? [casi gritando], ¡me duele mucho!

T: Desafortunadamente, existe la posibilidad de que no podamos ayudarle, pero le garantizo que haremos todo lo que podamos.

J: No me da nada a cambio [todavía de pie y llorando].

T: Lo siento, pero la única cosa que le podemos ofrecer ahora es pedirle que reúna más información para nosotros. Y le aseguramos que no le mandaremos a ningún otro terapeuta. Sabemos que esto es realmente inadecuado, pero estamos bloqueados por la complejidad de la situación. Si hay algo más que podamos hacer no dude en decírmelo.

J: Lo haré. No estoy luchando con usted. Sólo que estoy realmente desanimado.

T: Es normal, usted ha estado luchando con esto durante mucho tiempo. Me gustaría poder hacer algo que hiciese este proceso más sencillo, pero no sé qué más puedo ofrecerle. Si hubiese una respuesta rápida, usted no estaría aquí. Si pudiésemos darle una respuesta en una sesión, no valdría la pena escucharle.

J: [Sentándose, bajando la voz.] Si hubiese soluciones a corto plazo, o medicación, entonces no habría necesidad de ello. Se resolvería fácilmente, como me ha dicho todo el mundo.

T: Eso es.

J: Puedo sentarme y razonar con usted todo el día, pero nadie entiende cómo funciona realmente la mente humana.

T: Eso es muy cierto.

J: Somos muy complejos. Ni siquiera un ordenador puede acercarse a emular lo que hace la mente humana.

T: Tiene razón. Jay, aprecio que comparta esto con nosotros porque me está diciendo que entiende la dificultad de esta tarea.

Le agradezco que nos dé este apoyo y que comparta su dolor al desear que esto vaya más rápido. No puedo sentir su dolor, pero lo puedo ver y aprecio su deseo de superarlo. También aprecio su comprensión de que los seres humanos son criaturas muy complejas y que necesitamos trabajar durante un tiempo sobre su problema para solucionarlo.

J: Gracias, usted me ha dado una guía. Me doy cuenta de que lo que le conté a Carrie es como un montón de piezas de un rompecabezas; es un rompecabezas de mil piezas y ella ha tenido que arreglárselas para unir las, y no es una tarea fácil.

T: Exactamente. Ha dado en el clavo.

J: Ya le dije que yo iba a ser un reto para ella. Si pudiese reducir mi problema no estaría sentado aquí. No puedo determinar intelectualmente lo que está mal. Hay algo que no veo. Le puedo dar las mil piezas, pero no puedo unir las.

T: Vaya, aprecio que comparta esto con nosotros.

Comentario

Jay exterioriza su dolor de nuevo, afirmando que ha sido muy penoso mantener abierta la herida y no obtener nada a cambio. El terapeuta permanece en el mundo de Jay, diciendo que es muy duro no poder animarlo más, pero que el equipo quiere tomarse un tiempo para sopesar las posibilidades y formular juicios acertados sobre este caso tan intrincado. La tormenta del final de la sesión se calma porque se respeta la teoría del cliente.

El terapeuta está ansioso durante este intercambio, pero se siente seguro con la dirección que ha decidido seguir junto con el equipo. El terapeuta tiene muchas oportunidades de tomarse el pulso, dado que el equipo está siempre a mano para recordarle que se centre en los objetivos del cliente, independientemente de la carga emocional de la sesión.

A pesar de sus ruegos desesperados por obtener respuestas y aliviar su dolor, Jay quiere saber la causa de lo que está mal

en él. No desea una respuesta simple o una afirmación optimista sobre sus recursos y puntos fuertes. Por su parte, el terapeuta no le proporciona falsas esperanzas ni hace ningún comentario que pueda reducir su experiencia del dolor. Validar el punto de vista de Jay, más que sus puntos fuertes, es lo que permite que se calme. Démonos cuenta de que no sólo se calma, sino que reitera su visión de que se trata de un tema muy complejo: «Un rompecabezas de mil piezas». Cualquier sugerencia de lo contrario atentaría contra su confianza y pondría en tela de juicio el hecho de que ha tenido un problema durante toda su vida. Si aceptásemos darle una solución rápida (reaccionar de forma exagerada o prescribirle medicación, por ejemplo) Jay se desprestigiaría significativamente.

La respuesta de Jay a la sugerencia del equipo y sus simples «gracias» indican que se ha establecido una alianza favorable. Por eso la idea general es que vamos por buen camino. Para acomodar la visión de Jay de la alianza lo mejor sería quizá reconocer la persistencia de éste a la hora de averiguar lo que está mal en él. La alianza es reforzada al admitir que el tema resulta complejo y no pueden darle respuestas rápidas. Debido a que la teoría del cambio de Jay sólo podía confirmarse comprobando que algo iba mal, las anteriores terapias no se acomodaron al marco de referencia del mismo sobre cómo podían satisfacer mejor sus necesidades.

Todas las acciones que emprendieron los anteriores terapeutas fueron, por lo tanto, incongruentes con la teoría del cambio de Jay. Cuanto más incongruente es el enfoque terapéutico con respecto a la teoría del cliente, más difícil resulta la solución. En retrospectiva, es fácil identificar las vías hacia la imposibilidad que convergieron para transformar este caso con potencial en uno con escasa o nula posibilidad de cambio.

Falta de atención a la motivación

Recordemos que una terapia puede acabar siendo improductiva o fútil si nos equivocamos en la definición del objetivo del cliente, no le prestamos la atención necesaria, no tenemos en cuenta su disposición para el cambio o perseguimos una motivación personal. En las seis sesiones anteriores a la consulta, Jay había afirmado que deseaba ser «arreglado». Sus afirmaciones solían ir acompañadas de lloros y súplicas de fuerte intensidad. La anterior terapeuta prestó atención a las afirmaciones de Jay, pero pasó por alto su auténtica motivación, averiguar qué «está mal en mí». Por consiguiente, la terapeuta se centró en cómo podría solucionar sus problemas.

Otra vía hacia la imposibilidad era que Jay necesitaba salvar su dignidad. Nadie había confirmado su punto de vista de que algo estaba mal en él (al menos, no para su satisfacción). Él quería obtener una confirmación de que algo estaba mal, quería constatar que su lucha había valido la pena y deseaba que se le pusiese nombre al enemigo. La visión del cambio de la anterior terapeuta negaba la del cliente con afirmaciones como que había llegado muy lejos, que había tenido éxito y que contaba con recursos importantes.

Aunque Jay estaba motivado y listo para la acción, sus percepciones de motivación y cambio eran muy diferentes de las del terapeuta. Cuanto más se malinterpretaban sus percepciones, más frustrado se sentía. Jay necesitaba saber qué marchaba mal; necesitaba examinar y analizar su pasado y darle tiempo, crédito y propósito a su dolor. La motivación personal de la terapeuta de hacerle avanzar fomentaba una malinterpretación de su motivación y se centraba en «arreglarlo». Estos factores se convirtieron en auténticos impedimentos para que se diese un resultado positivo.

Contratransferencia de la teoría

La aplicación de algunos de los principios de la terapia orientada a las soluciones también introdujo ciertas trabas para conseguir el cambio en Jay. La anterior terapeuta intentó validar los recursos y habilidades de Jay y buscar excepciones y soluciones, pero no tuvo en cuenta la posibilidad de que su misma identidad supusiese un componente integral de su lucha emocional. ¿Cómo podían ser tomados a la ligera ese dolor y sufrimiento tremendos, cómo podía tratarlos y despacharlos como algo que ya no es necesario? Jay necesitaba darle nombre a ese dolor, más que recuperarse de él. Ésa era su vía hacia el cambio. Una vez identificado, ya era algo válido y con propósito, una imagen de lo que él se había convertido en ese proceso de lucha.

Al buscar «soluciones» al problema del descontrol emocional del cliente, el terapeuta aplicó su propia teoría del cambio. Por lo tanto, se movió en la dirección opuesta al cliente, lo que sólo sirvió para frustrarlo. Para el terapeuta la opción más válida era construir a partir de los recursos del cliente, curar y moverse hacia delante; para el cliente, la esperanza residía en la confirmación de que la identidad pasada todavía era válida en el presente, que su lucha no sería olvidada en poco tiempo, sino apreciada porque le había costado (y costaba) mucho sufrimiento. Su esperanza consistía en que los que estaban a su alrededor reconocieran su lucha, no su éxito.

Cuando las sesiones se centraron en darle nombre a la lucha, identificar su causa y validar su complejidad, se le dio al cliente una inyección de esperanza. Una vez establecida la esperanza, las trabas empezaron a desaparecer. Se abrieron las vías hacia la posibilidad.

Tras aquella primera sesión, el equipo se reunió y visionó la cinta de vídeo de la visita. Se estableció la hipótesis de que Jay necesitaba saber qué estaba mal en él para mantener su identidad. Toda su vida había sido rechazado y abandonado. Había luchado y, en muchas ocasiones, había superado tremendas si-

tuaciones. Desde la perspectiva de Jay, su identidad se basaba en su lucha por superar situaciones. Esa lucha daba propósito a su dolor. Si no había nada malo en él, si podía «arreglarse», entonces toda la lucha no habría valido para nada, lo que equivaldría a perder su identidad. Por lo tanto, era más importante (de hecho, la verdadera motivación de su terapia) averiguar qué había de malo en él. El equipo se tomó esa motivación muy en serio. Así, se respetó la teoría del cliente y se trabajó para identificar las «causas». En la siguiente sesión se le presentaron a Jay tres posibles causas.

Segunda sesión

FRAGMENTO UNO

T: Hemos estado debatiendo sobre el caso y hemos revisado la cinta de la primera sesión. También hemos hablado de varias ideas interesantes. Pero primero nos gustaría conocer sus impresiones sobre la tarea que le asignamos para hacer en casa. ¿Le ha ayudado a descubrir la causa raíz de su problema?

J: Bueno, recé un poco y empecé una búsqueda interior. Tomé algunas notas al respecto.

T: Vale. Muy bien.

J: Me gustaría leerlas. Estoy intentando expresar mis miedos y cuál podría ser el problema subyacente. Encuentro que este medio de comunicación —quiero decir, la escritura— me es muy útil. Cuando estoy solo, puedo escribir mis pensamientos y me pongo mucho mejor. Tengo una visión mucho más íntima de mí mismo.

T: Vale.

J: Miedos. Aquí va un miedo intenso: tengo miedo de que si le digo cuál es mi problema, esté usted de acuerdo sólo por conveniencia, me dé unas palabras de ánimo y me mande a casa. Mi miedo es que usted no se tome el tiempo necesario para mi-

rar en profundidad y ayudarme. Necesito una confirmación constante de que estará en esta lucha conmigo. He tenido demasiadas desilusiones con las otras terapias.

T: Vaya. Todo el mundo quería darle unas palmaditas en la espalda y librarse de usted. Nosotros no vamos a hacer eso. Nosotros vamos a superar esto cueste lo que cueste. Nosotros estaremos con usted mientras dure la batalla.

J: Tengo miedo de enfadarme y de que la gente me deje. En una ocasión un terapeuta intentó seguir una terapia de ira conmigo. Siento que no podría hacerlo ahora, porque tendría miedo a que me rechazasen si me enfado. Tengo miedo a quedarme solo. Necesito tener la seguridad de que existe gente a mi alrededor que se preocupa de mí. Me asusta que no me quieran, que no me aprecien. Me encuentro con mucha gente que me reconoce y saluda, y eso está bien, pero quiero más de lo que me pueden ofrecer.

T: Vale.

J: Mi esposa. Con ella no puedo hablar de mis problemas, no parece entender mis sentimientos. Debido a que no tengo heridas físicas, no sabe cómo tratarme, no sabe cómo hablar-me. Tiene que entender que algo me duele por dentro. Pero conmigo no tiene capacidad de empatía. No puede comprenderme y está construyendo una barrera; yo estoy intentando derrumbarla siendo honesto e intentando expresar mis sentimientos hacia ella.

Pero ella no me está entendiendo. Ella misma admite que no es una persona muy comprensiva. Por ejemplo, el otro día cogí un resfriado y pensó que estaba fingiendo y que no estaba realmente enfermo, pero entonces ella se contagió dos días después y se dio cuenta de que se había equivocado.

T: Suena como si ella le diese el mismo mensaje de que no hay nada malo en usted, que está simulando, que está haciendo una montaña de algo que no es tan importante.

J: Correcto. Cuando me operaron de la pierna, ella podía ver el pus que salía de la herida. Entonces se compadecía porque era

algo tangible que podía ver. En nuestra sociedad, si no se ve la herida es que no tienes ninguna, no te puede pasar nada malo.

T: Vale.

J: Otro problema. No soy capaz de comunicar qué estoy sintiendo, lo cual hace que se estanquen muchas emociones, ira y frustraciones. Por ejemplo, he escrito que me siento perdido, que pido ayuda y nadie me escucha. En lo más profundo de mí ser existe una necesidad no satisfecha, y no sé cómo expresarla. Creo que es debido a que de niño me estaba prohibido expresar mis sentimientos de insatisfacción. Si no me gustaba algo que había hecho mi padre, eso era muy malo. Estoy muy asustado. No sé cómo hablar de mis sentimientos de insatisfacción o de ira. Y para mí es muy malo no poder hacerlo. Todo el tiempo tengo miedo de ser despreciado. Bien, *ésta es la causa principal, mi inseguridad*. Sólo puedo concluir que de niño nunca desarrollé una autoestima sana. Como adolescente, al tratar de establecer y descubrir quién soy, obtuve el mensaje, una y otra vez, de mi hermano y su grupo de amigos de que era un retrasado, que había algo malo en mí. Era algo como «no queremos saber nada de ti, no nos importas y no te queremos alrededor». Ahora, *ésta es la cuestión que he escrito*. ¿Explica eso mis deseos actuales de ser aceptado por los demás a cualquier coste emocional?

T: Eso tiene mucho sentido.

J: Porque todo el tiempo estoy buscando aceptación. Me encuentro a merced de los demás para conseguir autoestima. Eso es, mi autoestima se basa en la opinión que los demás tienen de mí. Siento que debo alcanzar unos estándares de perfección. Estoy buscando constantemente la aprobación de los demás. Bien. Sé que no soy psicólogo, pero siento que en mi inconsciente hay mucho dolor, frustración y confusión y eso se debe a mi experiencia pasada. Estoy pensando que mi inconsciente no me deja expresarme por miedo a que mis hermanos y amigos tengan razón. ¡Siento que surge una corriente de emociones ahora mismo! [Eleva el volumen de la voz y empieza a llorar.] Quizás

esté asustado de que tengan razón, de que yo soy realmente un subnormal y haya algo que no funciona en mí.

T: Vale.

J: Creo que es eso, porque cuando leo esta frase, realmente siento dentro de mí que hay algo en mi subconsciente. Es como una persona que no puede caminar; no hay nada malo en ella físicamente, pero está convencida de que no puede caminar y no puede. Creo que ése es mi problema. Conscientemente, sé que hay un problema, pero mi inconsciente no lo dejará ir. No sé si esto es una teoría razonable, una doctrina o no. Siento que soy una persona insegura. Creo que en algún lugar de mi niñez, en la etapa de desarrollo de la autoidentidad emocional, algo falló cuando intentaba averiguar quién soy y establecer mi propia identidad.

T: Eso tiene mucho sentido.

J: Mi ira, mis frustraciones y mis expectativas son manifestaciones de mi inseguridad. No tengo la confianza necesaria en muchas áreas de mi vida porque no dispongo de los recursos internos necesarios para manejar las diferentes situaciones. Recorro a mis emociones. Ésa es la única manera que conozco de comunicarme, a través de mis emociones. Creo que lo que me impide ponerme bien está oculto en mi subconsciente.

T: Bien.

J: Ahora me siento como un paciente con quemaduras, aunque nunca he sufrido quemaduras graves. Pero la terapia para tratar las quemaduras es desenvolver lo que está envuelto, ir sacando la piel para que salga la nueva, porque la curación tiene que venir de dentro afuera. Me siento como el paciente quemado. Cuando vengo a las sesiones de terapia, cualquiera que sea el avance que haya tenido lugar, se me quita, y estoy otra vez expuesto a ello. Me cuesta varios días superar el trauma de venir a las sesiones de terapia. Mi cuestión es: si tengo que pasar por ello, entonces lo haré. Pero no me gusta y no quiero pasar por ello nunca más, estoy cansado. Esto tiene que parar; soy sincero cuando digo esto. Es como el paciente con quemaduras;

si es la única manera de curarse, desde dentro afuera, entonces no tengo más elección, pero me tiene que decir si hay otra manera de sanar. Ya le digo, no me gusta la manera en que estamos haciendo las cosas.

T: Vale.

J: Quiero empezar a tratar aspectos positivos. Sé que soy capaz de hacer muchas cosas. Tengo un potencial muy grande, además de un potencial infinito dentro de mí esperando para salir. Cuando estoy solo, soy tan arrogante y creído... pero cuando hay gente alrededor, me siento nervioso. Entonces tengo miedo a cometer un error. Tengo miedo de que si usted ve que he cometido un error, me ridiculizará o se reirá de mí.

T: Bien, ese potencial está ahí cuando usted está solo, pero cuando se encuentra en presencia de otra persona esa parte subconsciente de usted que no está bien evita que sea capaz de expresarlo.

J: Sí, ésa es mi teoría. Y aquí está escrita [le entrega un papel al terapeuta].

T: Bueno, parece que ha realizado una buena introspección y que ha sido muy productiva. ¡Ha encontrado lo que está mal en usted!

J: Ésta es mi teoría, que creo que procede de mi subconsciente. Realmente siento que, cuando escribí esto, estaba realmente en contacto con mi subconsciente. Había momentos en los que hubiese parado y llorado, porque obviamente estaba en sintonía con algo. Seguí y saqué muchas emociones. Descubrí algo en el subconsciente porque me empezaron a brotar las lágrimas.

T: Así que sabía que era verdad a medida que lo experimentaba. ¡Bien, eso es magnífico!

J: Tengo ganas de temblar, estoy asustado [llorando].

T: Bien, da mucho miedo acercarse tanto al centro de su problema e intentar entenderlo y ver qué sale fuera. Es magnífico.

J: Tengo cierta inseguridad acerca de lo que estoy manifestando. ¿Podrían ser síntomas de inseguridad?

T: Claro que sí. Especialmente de la manera en que los describe y cómo lo ha escrito. Por supuesto que sí. Y, aunque me estoy adelantando un poco, le diré que una de las teorías que íbamos a presentarle hoy acerca de lo que creemos que está mal en usted es muy parecida a lo que usted me ha dicho. Especialmente tres palabras que ha mencionado usted: cicatrices, injusticias y rechazos. Nunca pudo obtener la aprobación de su padre, la gente poniéndole etiquetas horribles y rechazándolo y usted sin integrarse. Y usted está en lo cierto, eso crea la circunstancia de no ser capaz de sentirse seguro ante los demás. Por lo tanto su teoría es correcta, está en la línea de lo que nosotros hemos estado debatiendo.

J: ¿Cómo es posible que pueda diagnosticarme y no ayudarme a mí mismo?

T: Bueno, eso es porque identificar un problema y resolverlo son cosas diferentes. Existe una diferencia considerable entre llevar a cabo una buena introspección y encontrar la solución al problema. Es muy difícil y complejo, pero sí, creo que su teoría ha dado en el clavo, especialmente desde el momento en que usted tuvo una fuerte reacción emocional ante ella. Lo que me gustaría hacer ahora es tomarnos un descanso y debatir con el equipo acerca de lo que ha sucedido hoy.

J: Pero una cosa que tendría que ponerse de relieve es que esto ha estado desarrollándose durante cuarenta años, y puede que se necesiten otros cuarenta para resolverlo.

T: Eso es cierto. Podría tardarse toda una vida. Eso es seguro. Y no pienso que sea una cuestión de curarse o no curarse, es más una cuestión de mejora y de trabajo. Así que estoy de acuerdo, es demasiado complejo y ha pasado demasiado tiempo para encontrar una solución mágica. Eso no funciona de esa manera. Usted ya lo sabe.

Comentario

El haber conseguido la participación de Jay en el descubrimiento de la causa de sus problemas empieza a dar sus frutos. El cliente, a través de sus propios métodos y esfuerzos, averigua lo que no funciona: se siente inseguro debido a su historial infantil de rechazo. Fijémonos en que Jay no ha seguido la sugerencia al pie de la letra, sino que inventó su propia aplicación con resultados positivos. Una sola sesión es suficiente para hacer que se mueva. Una sesión en la que se reafirma su teoría de que lo importante es averiguar lo que marcha mal en él y en la que nos acomodamos a su punto de vista de que los anteriores profesionales le habían rechazado. Jay ya ha identificado la causa raíz de su problema. No puede evitar señalar, sin embargo, que tal problema no puede ser superado fácilmente.

Mientras que, en este caso, la identificación de la causa originaria de sus problemas ya constituye un importante movimiento, el equipo todavía tiene que tomar sus precauciones antes de subirse al carro del cambio, porque el cliente puede percibir tal movimiento como que queremos librarnos de él. Como prometimos, nos moveremos con cautela. A continuación, seguimos con la presentación de nuevas causas posibles.

FRAGMENTO DOS

T: Nos ha impresionado mucho su teoría del subconsciente y de su inseguridad, especialmente porque nosotros nos hemos pasado una hora esta mañana discutiendo sobre este tema y encaja perfectamente con nuestras conclusiones. Ésta era la visión predominante del grupo; la teoría de las cicatrices, injusticias y rechazos, el no ser capaz de complacer a su padre, de no desarrollar nunca sentimientos de aceptación y seguridad y todas las cosas traumáticas que le ocurrieron durante su horrenda infancia.

J: ¿Por qué la considera horrenda?

T: Bueno, es bastante horrendo que le digan a uno que es un subnormal, que no encaja, no tener amigos. Eso es bastante horrendo.

J: Ya.

T: Le costará mucho hablarnos de esa infancia tan traumática.

J: Hay gente que lo ha pasado peor. Hay niños a quienes les dan palizas.

T: Eso es cierto, pero ¿qué es peor, que te maltraten emocionalmente o que te peguen? Yo no sabría decir qué es peor para la psique de una persona. Lo que sé es que ambas cosas son bastante malas. ¿Cómo se cuantifica el sufrimiento?

J: Buen razonamiento.

T: La teoría que usted nos ha presentado hoy resulta muy congruente con la visión general que tiene el equipo y estamos realmente impresionados con su trabajo, especialmente desde el momento en que nosotros coincidimos con ello [risas].

J: Pero todavía tengo miedo de que usted sólo esté coincidiendo conmigo para librarse de mí.

T: También tenemos un par de explicaciones más. Y el hecho de que coincidamos no significa que no quede un largo y dificultoso camino por recorrer todavía. Ahora estamos desarrollando y trabajando la teoría predominante. Que sea absolutamente exacta, no lo sabemos todavía, pero es aquella por la que nos decantamos. Especialmente porque usted vino con ella en respuesta a sus propios esfuerzos y porque hubo una conexión emocional mientras la estaba produciendo. Esto nos hace pensar que se ajusta bastante a lo que buscamos, porque ésa es una buena prueba de lo acertadas que son las teorías. Son coherentes con el sentir emocional. Pero hay un par de ideas más que desearíamos debatir.

Una es que, como decíamos, todo esto tiene sentido acerca de su niñez y su pasado, pero no podemos eliminar la posibilidad de que todo esto esté relacionado con un complicado proceso sin resolver que tiene que ver con la muerte de su padre.

Una persona del equipo nos llamó la atención sobre la cercanía que existe en el tiempo entre la muerte de su padre y el inicio de muchos de sus problemas.

J: Eso es otro punto. Hay un montón de cosas que yo nunca sabré debido a su muerte. Así que la persona que lo sugirió, ha acertado.

T: Bien, ésa es una. Otra teoría es que, debido a esas experiencias vitales, la cosa que más le afecta a usted es que tiene la visión de que algo marcha mal en usted y eso dicta su conducta. Este hecho determina además la manera como se presenta usted ante los demás. En otras palabras, la única cosa que está mal en usted es que piensa que hay algo mal en usted.

J: También he pensado en eso; me he podido convencer a mí mismo de que hay algo que no marcha bien en mí, y al creérmelo, me comporto de esa manera.

T: Sí, exactamente. Eso es exactamente lo que decíamos detrás del espejo.

J: Quizá no haya nada malo en mí. Quizás es que disfruto con la compasión de los demás y, entonces, la gente se cansa. Es posible que a la gente tolerante no le guste que exista gente alrededor que esté constantemente mal.

T: Cierto.

J: Pero sí que acuden a satisfacer mi necesidad a corto plazo, y yo me disgusto cuando empiezan a dejarlo estar porque ya no pueden darme más. He pensado en eso en más de una ocasión y nunca he llegado a una conclusión.

T: Bien. Esa teoría podría tener algo de crédito, pero me parece que sólo confirma que hay varios temas por tratar.

J: Esto ya lo sabía cuando vine aquí.

Comentario

Fijémonos ahora en cómo reacciona Jay ante la afirmación del terapeuta de que su niñez ha sido horrible. Está minimi-

zando, como lo hacen los demás, sus experiencias dolorosas. El equipo cree incluso que Jay puede estar probando al terapeuta. Pero éste sigue validando la teoría del cliente de la inseguridad.

Después, el terapeuta ofrece otras dos teorías sobre la posible causa originaria de sus problemas. Ambas teorías emergen de lo que el mismo cliente ha dicho y validan su punto de vista de la situación. Jay admite que había considerado ambas opciones, aunque no había llegado a ninguna conclusión. El terapeuta reitera que se trata de un tema muy complejo que requiere mucha deliberación y debate. El siguiente fragmento concluye la sesión.

FRAGMENTO TRES

T: Éstas son las posibilidades, pero nos inclinamos por la hipótesis de la inseguridad, y eso es en lo que nos gustaría pensar ahora, cómo podríamos manejar esa situación compleja. El equipo y usted han identificado el problema, su posible causa, y nos gustaría trabajar ese tema, con su permiso y ayuda, claro está. Usted ha introducido un tema muy importante acerca de cómo tratar la cuestión una vez identificada. Usted utilizó la analogía de un paciente con quemaduras. Es una analogía excelente. Se trata de una buena manera de encarar el problema del subconsciente. Existen también otras maneras de hacerlo que no requieren destapar y sacar la piel muerta para sanar desde dentro. Porque así como hay teorías para las causas, también hay múltiples formas de tratar dichas causas originarias. Y eso es lo que nos gustaría hacer ahora, pensar en distintas maneras de manejar la inseguridad, ese bloqueo inconsciente, de modo que pueda ser capaz de tener confianza frente a los demás tal y como la tiene cuando está solo y aplicarse a sí mismo los consejos que usted les da a los demás. Jay, ¿le parece que eso tiene sentido para usted, que es un buen camino?

J: Bueno, no me ha enseñado ningún camino. Sólo ha nombrado tres hipótesis, una de las cuales es la que nos parece más plausible y que nos gustaría explorar con más profundidad, la de la inseguridad. Pero no me ha explicado cuál es el plan que piensa seguir al respecto.

T: Cierto. Existen muchos caminos, muchos planes diferentes. Por eso, de nuevo, quiero pensar acerca de las maneras de hacerlo, pero me pregunto si le parece bien trabajar la teoría de la inseguridad. ¿Le parece esto razonable?

J: ¿Qué tendría que hacer?

T: Queríamos pedirle que llevase a cabo otra tarea, más específica, con respecto a la teoría de la inseguridad. Cuando está con otra gente y percibe que no tiene confianza y siente que va a cometer un error, nos gustaría que observase esas situaciones, y particularmente lo que le sucede por dentro, de manera que podamos obtener más información acerca de su subconsciente. Ésa es una vía de fuera adentro, en vez de dentro afuera. Pero puede ser que se necesite una táctica de dentro afuera, aunque no lo sabemos con certeza.

J: En esas situaciones ya he intentado fijarme conscientemente en cómo me comunico con la gente —no verbalmente, quiero decir qué hago en el plano no verbal—; ¿estoy dando pistas?, ¿estoy perdiendo el contacto visual?

T: Esto es un poco diferente. Ésas son cosas más conscientes. Lo que nosotros le sugerimos es que se fije en qué siente cuando se encuentra en lo peor de la situación, una situación en la que nota esos dolores tan familiares relacionados con la inseguridad. Se trata de esos momentos en los que no está prestando atención a lo que pasa dentro de usted. Nos gustaría que se centrara internamente para averiguar qué impide que usted tenga confianza. Pensaremos en distintas maneras de conseguirlo, tanto de fuera adentro como al revés, para debatirlo con usted después de oír lo que haya descubierto. Ahí es donde nos gustaría llegar, si ello tiene sentido para usted.

J: Vale. Sí tiene sentido. Nunca he intentado entender qué pa-

sa conmigo en esas ocasiones. Normalmente, me centro en observar cómo me comunico y qué está haciendo la otra persona.

T: Y trate de escribirlo, por favor, como hizo en aquella ocasión, porque parecía que ello le proporcionaba un conducto directo hacia su experiencia interior, su subconsciente.

J: Vale. Seguiré con mi autodiagnóstico en el ordenador, permitiendo que salgan mis emociones. Sé que esto no es un problema de tres o cuatro sesiones.

T: ¡Eso por supuesto!

Comentario

El terapeuta recupera una analogía que el cliente había usado antes, refiriéndose a él como un «paciente quemado». El terapeuta conecta tal analogía con el tema de tratar con el subconsciente. Teniendo mucho cuidado de validar la visión de las cosas de Jay, le sugiere que hay otras maneras de enfrentarse al problema de la inseguridad. El equipo le plantea a Jay una tarea que va a ayudarlo a llegar a su subconsciente. Jay accede a centrarse en su respuesta interna ante aquellas situaciones que ponía como ejemplo de lo que iba mal. El cliente vuelve a mencionar su visión de que el proceso de curación tardará mucho. No quiere una terapia que dure sólo tres o cuatro sesiones. El terapeuta está de acuerdo.

Debido al paso positivo que ha dado el cliente de una a otra sesión, el equipo decide continuar el mismo curso de acción. La «intervención» ha surgido de la misma exposición del cliente, valida su teoría del cambio y le anima a seguir con su autodiagnóstico. La intervención es esencialmente inventada, formulada desde la teoría del cliente y diseñada específicamente para sus circunstancias. Más aún, continúa validando su visión de lo que estaba mal, así como lo que ha funcionado durante el proceso del tratamiento. Depende de sus habilidades y asegura su participación. Nótese que en esta sesión no ha habido un final dra-

mático. Por primera vez en ocho sesiones. ¡El equipo está convencido de que estamos en el buen camino! Se le da al cliente una cita para dentro de dos semanas.

SEGUIMIENTO

Al principio de la semana siguiente, la anterior terapeuta de Jay recibe una llamada de éste. El cliente explica que le han sucedido muchas cosas en el trabajo y con su familia y que siente que no puede dedicarse a tratar sus problemas en ese momento. Todavía existe el problema de la inseguridad, pero se encuentra mejor. Ahora tiene cosas más importantes a las que atender: una absorción importante de su compañía, un cambio de jefe y la enfermedad de uno de sus hijos. Tales eventualidades le hacen dejar de lado sus problemas y, en cierta manera, moverse hacia delante.

Carrie sigue hablando con Jay desde su marco de referencia y le pregunta si en ese momento es capaz de manejar su tremendo descontrol emocional, ahora que tiene un suministro de estrés extra procedente de otras áreas de su vida. Jay responde que se siente más seguro y que puede manejar mejor sus cosas que antes. La terapeuta sugiere que ya que se trata de un proceso a largo plazo, podría volver cuando las cosas estuviesen más calmadas. Le informa de que el equipo estará totalmente dispuesto a seguir trabajando con él.

Jay vuelve un año más tarde para una sesión. En esta ocasión, afirma no tener más problemas con su inseguridad, pero añade que recientemente se ha sentido un poco deprimido. Su médico de familia le ha diagnosticado hipotiroidismo, y ya se está medicando para compensarlo. Jay decide en esa sesión que se tomará la medicación durante un tiempo para ver si puede regular sus síntomas depresivos, pero que volverá si tiene alguna dificultad. No hubo ningún drama emocional al final de la sesión. Jay no volvió por la consulta.

Discusión

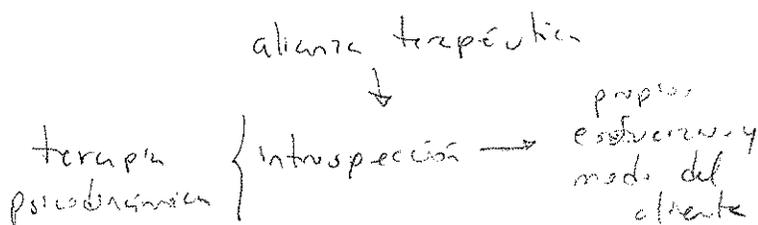
El caso de Jay constituye un ejemplo magnífico de un veterano de la psicoterapia que se mueve por los caminos de la imposibilidad hasta que encuentra el tratamiento efectivo. La falta de atención prestada a la motivación del cliente (determinar la causa originaria de su malestar) y la persecución inapelable de soluciones por parte del terapeuta (contratransferencia de la teoría) dieron como resultado una espiral de frustración tanto para el cliente como para el terapeuta. Jay también ilustra la importancia de la participación del cliente en el proceso de tratamiento. En este caso, es más acertado decir que una vez que la terapia se llevó a cabo de una forma más colaboradora y participativa con Jay (en busca de la causa de sus problemas), ésta alcanzó la eficiencia buscada y animó al cliente a descubrir su propia salida al problema. Aunque Jay afirmó que su lucha duraría toda una vida, identificó su problema en una sesión y lo superó en dos. La anterior terapeuta resume este caso de la siguiente manera:

La intensidad de Jay podía conmigo. Y fue así en todas las ocasiones en las que trabajé con él. Cuando repaso mis notas, me doy cuenta de que lo que yo entendía como progreso en Jay era lo que a él le asustaba más. Era un cliente motivado, pero su motivación era diferente a la mía. No creo que Jay estuviese ofendido por el trabajo que hicimos juntos. Creo que quizá fue la única experiencia en la que pudo «salvar su dignidad» en un entorno terapéutico. Hasta cierto punto, quizá violé su identidad al no prestar atención a su motivación para el tratamiento. Me doy cuenta de que me quedé sólo con el contenido y perdí de vista su motivación; apliqué lo que todavía considero una gran teoría en una situación donde ésta no encajaba con el marco de referencia del cliente. No es fácil hacerlo bien. Ahora me explico perfectamente por qué los terapeutas deciden que estos casos son imposibles.

Resulta interesante observar que Jay creía que ahora podía manejar las cosas por su cuenta —como muchos le habían di-

cho—, pero sólo después de que su búsqueda de la raíz de su problema fuese legitimada y su lucha validada. El hecho de que Jay volviese, un año después, a la consulta de Carrie, demuestra su satisfacción con ella como terapeuta y refuerza el punto de vista del equipo de que Jay obtuvo por fin lo que venía buscando en la terapia.

La emotividad extrema del cliente, que era vista como un signo claro de patología de trastorno de personalidad límite, se desvaneció cuando se le tomó en serio. No se tenían que imponer ni límites ni controles. Lo que funcionó mejor fue la validación de sus deseos de identificar lo que había de mal en él. Para apoyar su petición de encontrar la causa (y a partir de ahí forjar una fuerte alianza) se hizo el esfuerzo de animarle a que llevase a cabo un trabajo de introspección, un objetivo importante dentro de la tradición psicodinámica. En este ejemplo, sin embargo, no se le propuso al sujeto que llevase a cabo la introspección mediante la técnica de interpretación; en vez de eso, el cliente descubrió sus procesos internos a través de sus propios esfuerzos, que le permitieron seguir adelante con su vida.



CUARTA PARTE

EPÍLOGO

cuando las serpientes negocien su derecho a reptar
y el sol se declare en huelga para conseguir un sueldo decente
cuando las espinas miren alarmadas a sus rosas
y los arco iris cuenten con su seguro de vejez

cuando los tordos no puedan cantarle a la luna nueva
si todas las lechuzas no han aprobado su canto
y las olas firmen sobre la línea de puntos
para que un océano no se vea obligado a cerrar

cuando el roble pida permiso al abedul
para hacer una bellota —cuando los valles acusen
a sus montañas de ser altas— y marzo
denuncie a abril por saboteador

entonces creeremos en esa increíble
humanidad inanimal (pero no antes)

E. E. CUMMINGS

CAPÍTULO 9

IMPRATICABILIDAD: LA SOLUCIÓN ESTÁ EN TOMAR OTRO CAMINO

Nosotros no hacemos grandes cosas; sólo pequeñas cosas con gran amor.

MADRE TERESA

Este capítulo repasa los principales puntos del libro mediante la exposición del caso que nos ha enseñado más acerca de la imposibilidad. Este caso nos despertó la curiosidad y con él empezó nuestra búsqueda de respuestas; nos dio una auténtica lección de humildad. Por encima de todo, destaca el error que se comete al asumir una posición no colaboradora, de experto. También muestra la sorprendente capacidad de recuperación de los clientes liberados de los límites de la imposibilidad. Una vez que la terapia evita los caminos de la imposibilidad y se acomoda a los recursos y el marco de referencia del cliente, tiene vía libre para salvar cualquier tratamiento fracasado.

Además, este caso nos habla de las implicaciones que tiene el hecho de considerar el marco de referencia del cliente como base de conocimiento de la psicoterapia. En este contexto, proporcionamos una evaluación de las ventajas y desventajas de los enfoques basados en la teoría y de los que se basan en el cliente.

El caso de Eileen y Richard

Eileen pasó un año en una unidad psiquiátrica especializada en trastornos de la personalidad y quimiodependencias. Después de ser dada de alta, acudió a cuatro sesiones de psicoterapia por semana durante un año. Debido a que aquella consulta

se hallaba a unos 160 km de su residencia, la cliente se trasladó a vivir a un apartamento, lejos de Richard, su marido.

Eileen y Richard habían estado separados durante casi dos años. Llegaron pidiendo terapia de pareja para ayudarles a manejar mejor la reunificación. La relación había tenido muchos problemas, incluido una importante escalada de violencia, automutilación e intentos de suicidio.

Primera sesión

FRAGMENTO UNO

T: ¿Qué es lo que les trae por aquí?

R: Hemos seguido juntos una terapia durante unos dos años. Bueno, para ponerle un poco al día, le diremos que nos casamos en el 83, después de haber estado saliendo durante un año. Tuvimos un noviazgo muy bueno, al menos por lo que respecta a la comunicación. Al cabo de seis meses de matrimonio, ella empezó a mostrar signos de estrés e incapacidad para llevar una vida normal. Los primeros síntomas aparecieron en el trabajo: nunca podía llegar a tiempo, se sentía muy estresada por el trabajo y el mundo de la empresa. Las cosas se empezaron a deteriorar y la relación se vio afectada. La cosa fue yendo a peor hasta que, después de un par de reacciones violentas, decidimos buscar ayuda. En aquella ocasión, pensamos que el problema podría ser el alcohol, y se hospitalizó a Eileen durante cinco semanas. Después volvió al trabajo durante un par de meses para ser hospitalizada de nuevo. Allí empezaron a tratarla con litio. El diagnóstico fue de depresión bipolar. Las cosas no mejoraron mucho, así que decidimos probar otra solución y acudimos a un programa para alcohólicos y trastornos de la personalidad, donde hospitalizaban a los pacientes. Allí estuvo yendo durante más de dos años, entre períodos de hospitalización y como paciente externa. Y hace sólo dos o tres semanas que volvió a casa. Te-

nía un apartamento cerca del hospital para que pudiese acudir como paciente externa. En total, fue paciente interna durante un año y después paciente externa hasta hace poco. Como paciente externa acudía seis veces por semana, cuatro eran sesiones individuales y dos en grupo. Y todavía va a allí dos veces por semana.

T: ¿Acude dos veces por semana?

E: Voy allí para hacer terapia de grupo los lunes y viernes por la noche. Y vuelvo el lunes y el jueves por la tarde para una terapia individual con el doctor A. Como paciente externa recibía más tratamiento, al principio a tiempo completo. Ahora, por primera vez, ha bajado.

R: Durante todo ese tiempo, seguimos una terapia de pareja, aunque el terapeuta admitió que era más para mí que para ella. Yo acudía a la terapia todas las semanas durante media hora y después los dos juntos durante una hora más o menos. Eso duró un año y medio.

T: Así que veían... Lo siento, me he perdido; es que esto es mucha terapia [ríe].

E: Sí [riendo], y todavía buscamos más. La cosa es que acabamos de terminar con ella; con la terapeuta familiar me refiero. Hace dos semanas.

R: Yo también acudía a un grupo de terapia familiar una vez por semana. Era para las familias de pacientes que seguían programas para tratar trastornos compulsivos. Ahora no es que no quiera ir más, pero es que me he quemado.

T: ¡No me extraña!

E: Se ha hartado. Está exhausto.

R: Conducía una media de 24.000 km al año sólo para ir al hospital durante esos dos años.

T: ¡Caramba!

E: Bueno, he dejado que hablase Rich primero, porque los dos sabemos que soy la que habla mejor y la más llamativa y, bueno, suelo acaparar la atención. Mi perspectiva es que hemos estado muy metidos en mis enfermedades, debilidades y defec-

tos. Ahora intentamos vivir juntos como marido y mujer. Cuando me casé, yo pensaba que las cosas podrían ser como de cuento de hadas, y todavía quiero que sean así. Creo que filtro la realidad de tal manera que me cuesta ver las cosas como el resto del mundo. Soy una persona muy egocéntrica. Y ahí es donde estoy. No sé cómo cambiar esto, pero estoy trabajando en ello. Pero no sé realmente qué es dar. No siento que tenga mucho que dar a los demás, me gustaría dar lo que tengo, pero no sé como hacerlo. Otra cosa es que no sé cómo separar las cosas cuando me dicen algo. Él a veces me dice: «No quiero decir eso que tú estás entendiendo», pero ¡yo lo entiendo de esa manera! Las cosas van peor de lo que pensaba. No quiero exagerarlas, pero tengo que ser realista. Quiero encarar las cosas directamente, de manera que podamos estar tan contentos como sea posible y sentir que nuestro hogar y nuestra relación es un lugar del que podemos extraer energía y estar cómodos y cuidarnos, en vez de un lugar que no entendemos, que da miedo, donde no podemos disfrutar de nosotros. Porque el trauma por el que hemos pasado los dos —estamos traumatizados— es como si hubiésemos atravesado un campo de minas. Y seguro que hay muchas cosas que valen la pena en el mundo y que yo no veo. Lo que tengo claro es que ahora no quiero tanta terapia, ni para mí ni para nadie. Ha sido demasiado.

R: Además, ahora le han hecho otro diagnóstico. Antes era depresión bipolar, y ahora personalidad límite con tintes compulsivos. Creo que se dice así, ¿no?

E: Por una parte, estoy contenta de tener la oportunidad de que me traten como a una persona dentro de una relación, más que como paciente. Estoy contenta de estar lejos del ambiente hospitalario, donde siempre he sido una paciente, porque siento como si yo siempre fuese el problema. Pero aquí tenemos la oportunidad de venir como dos individuos casados que quieren una relación real, viable y sana. Me gusta la idea de dejar de hablar siempre de mí, de estar tan centrada en mí. Yo siempre reclamo toda la atención. Pero no quiero que sea

así nunca más. Quisiera que fuese una cosa conjunta. Trabajar desde donde estamos ahora y hacia donde queremos ir. ¿Tiene eso sentido?

T: Para mí tiene mucho sentido y estoy contento de que diga eso. Ésta es una oportunidad de dejar atrás el rol de paciente que siempre ha representado y de centrarnos en mejorar la relación, ahora y en el futuro. Le trataré como persona y no como caso clínico. Eso se lo dejaré a su terapia individual.

Comentario

Aunque el terapeuta le dice a Eileen que la tratará como persona, que trabajará conjuntamente con ella para mejorar su matrimonio, esto no será así. Como se verá, el terapeuta se añadirá a la lista de terapeutas que se sitúan en la posición de expertos. Como los anteriores, él también tratará de luchar contra los síntomas de Eileen. Al hacerlo, caerá en la trampa de «hacer más de lo mismo», una resbaladiza pendiente hacia la imposibilidad.

El recurso a hacer más de lo mismo procede de algo inesperado, la contratransferencia de la teoría del terapeuta. Al mirar atrás, éste se da cuenta de que, en parte, aceptó este caso para probar que su manera de trabajar (en ese momento, la terapia estratégica breve) iba a tener éxito allí donde el tratamiento psicoanalítico había fracasado. El terapeuta individual de Eileen había recomendado el tratamiento de pareja, pero trataba con desdén el enfoque estratégico. El nuevo terapeuta tenía la intención de enseñarle cuán desacertada había estado la terapia anterior. Se trata de una situación condenada a la imposibilidad.

A partir del siguiente fragmento el terapeuta cree que los clientes necesitan imperiosamente sus directrices.

FRAGMENTO DOS (SÓLO CON EL MARIDO)

R: Ella siempre me está amenazando con el suicidio. Y cada vez más. Y eso es realmente lo que me asusta. Entró en el hospital y entonces ni siquiera sabía que existían compulsiones como la bulimia o la anorexia. Y nada, en poco tiempo desarrolló una bulimia. También empezó a comprar compulsivamente. Ahora se corta. Se trastorna tanto —y no sé si para llamar la atención o para qué— que toma el cuchillo y se hace cortes en las piernas y en los brazos. Bueno, una terapeuta me dijo, una que tenía veinte años de experiencia, que aquél era uno de los peores casos que había visto en su vida. Estuvo un año en el hospital negando que era una alcohólica, hasta que finalmente lo admitió. Y me ha hecho ser su terapeuta durante todo este tiempo, y todavía lo hace. En vez de usar a sus terapeutas profesionales. Y, en una ocasión, hasta ellos me prohibieron que la viese durante semanas. Y ahora que vivimos juntos, la ayudo mucho. Pero yo soy así. Ayudo a la gente. Cocino, lavo la ropa, ya sabe, todo. Ya lo hacía incluso antes de que se pusiese enferma. Algunas personas me dijeron que nunca pensaron que ella pudiese llegar hasta este punto, por la seriedad de su compulsión y las ramificaciones de su trastorno de personalidad límite.

Pero es tan insegura. Muestra tanta ira, a veces. En dos ocasiones ha llegado a perseguirme con un cuchillo. Hace una semana, más o menos, oí cómo afilaba un cuchillo. Le pregunté: «¿Qué haces?». Y me respondió: «Si voy a hacerlo, mejor hacerlo bien». Intenté sacarle el cuchillo y se lanzó sobre mí. No sé si quería matarme o no. Hay veces que temo volver a casa por las noches.

T: No le culpo. Eso suena terrible. ¿Qué problema le preocupa más en estos momentos, de su matrimonio o de ella?

R: Adivino que el miedo más grande es que las cosas nunca lleguen a mejorar. Y, honestamente, siento que las cosas se han deteriorado desde que ella volvió a casa. Creo que tengo miedo

de que las cosas sigan deteriorándose. Sigo diciéndome que es un período de transición. Y quizá lo sea, no lo sé. El doctor A no suele decir qué es lo que pasa. Supongo que no quiere traicionar su confianza (la de ella). Pero él la ha estado viendo más que yo durante los últimos dos años. Me es difícil imaginar realmente dónde estamos. No tengo ni idea de lo que el doctor A piensa o cómo interpreta todo esto.

T: Así que su mayor miedo es que las cosas nunca mejoren. ¿Qué le preocupa más, ella o su matrimonio?

R: Yo estoy preocupado por ella, de que se suicide, accidentalmente o a propósito.

Comentario

En las siguientes seis sesiones, movido por su ansiedad y celo de probar el invariable poder de su enfoque, el terapeuta interviene heroicamente. Reencuadra con inteligencia las luchas y las amenazas de suicidio de la paciente de varias formas, hace algunas sugerencias y proporciona prescripciones individuales y conjuntas. También enseña habilidades comunicacionales a la pareja y media en sus discusiones conyugales. Cuando todo esto fracasa, prueba a discutir los peligros del cambio; también tienen lugar otras intervenciones orientadas a disminuir la resistencia de la pareja para que puedan dar finalmente el salto hacia una vida normal.

Todos sus esfuerzos por restaurar el estado de cordura de la pareja acaban por poner en peligro la suya. Se empieza a sentir bloqueado, impotente y alarmado. No puede ver que todo su «sobreesfuerzo» es más de lo mismo. En cada sesión, piensa que está probando algo diferente. En cierto metanivel, sus tácticas son variaciones de lo que se conoce como «psicologizar» a los pacientes. La pareja ya ha sido receptora de una campaña profesional durante los últimos dos años. Mientras tanto, la violencia, la automutilación y los intentos de suicidio no remiten. Evi-

dentamente, el terapeuta principal está considerando la posibilidad de volver a hospitalizar a Eileen, al tiempo que mantiene contacto diario con ella.

Después de seis sesiones el terapeuta admite que su enfoque no está funcionando. Consulta con un equipo de colegas, imparciales y emocionalmente independientes. Como resultado de ese trabajo llega a la conclusión de que debe enfrentarse cara a cara a la pareja. Les dirá que no sabe qué más hacer y que está preocupado porque la situación de la pareja no ha hecho más que deteriorarse desde el inicio de la terapia.

En la séptima sesión, el terapeuta presenta el resultado de la discusión del equipo y comparte su preocupación y aprensión ante la escalada de violencia de la pareja. Dice sinceramente que piensa que él y la terapia en general se han convertido en parte del problema, o más bien en *el problema* mismo. Se ha de dejar claro que esta afirmación no es una jugada estratégica.

El equipo piensa que esta vuelta atrás resultaba más congruente y compatible con la presentación inicial de la pareja. Eileen dijo al principio que ella no quería ser un paciente, y ambos manifestaron estar «quemados» por la terapia. El terapeuta espera que, al renunciar a su método de intervención activa, la pareja adopte un rol más activo para mejorar su vida. Así, decide que no intentará más cambiar a esa pareja. También se compromete a tratar a Eileen como le había prometido en la primera sesión. A la espera del siguiente encuentro, el terapeuta no tiene ni idea de lo que puede suceder. Sólo sabe que la postura activa, no colaboradora, de experto que ha mantenido hasta el momento ha contribuido a la regresión.

Octava sesión

FRAGMENTO UNO

T: ¿Cómo ha ido todo?

E: Bien. ¿Sabe?, no ha sido muy complicado. Considerando cómo nos ha ido últimamente, la cosa está bastante bien. No hemos tenido discusiones violentas y no me he cortado durante las dos últimas semanas.

T: Eso es fantástico. Debo admitir que estoy más tranquilo. ¿Cómo se explican este cambio?

R: Bueno, pienso que nos impactó mucho lo que nos dijo la última vez, que usted y su equipo no sabían qué más decirnos. Quiero decir, ustedes son los expertos en relaciones. Estábamos atónitos, por decir algo. Hablamos mucho y decidimos controlar más nuestras vidas. Eileen decidió dejar la terapia de grupo.

E: Da miedo, pero estuvimos de acuerdo en que la terapia se había convertido en un problema. Tenemos que conseguir estar bien juntos.

Comentario

Para sorpresa del terapeuta, la pareja ha experimentado el mayor cambio entre sesiones hasta el momento. Al escuchar en voz alta que el terapeuta está perplejo, que los «expertos en relaciones» están ofuscados, la pareja decide aportar responsabilidad y autocontrol. En apariencia, a través del acto de despedirse como interventor, el terapeuta se ha acomodado al deseo de la pareja de librarse de tanta terapia. En efecto, su actitud crea de este modo un espacio para que ambos se conviertan en sus propios expertos.

El terapeuta sigue de cerca el desarrollo de los acontecimientos durante las siguientes sesiones. Rechaza, también, cualquier tentación de ofrecer tareas o intervenciones no deseadas.

Consecuentemente, se permite que aparezca un nuevo proceso. Sin la presión de intervenir, el terapeuta queda por primera vez libre para escuchar (Miller y otros, 1997).

Novena sesión

FRAGMENTO UNO

T: ¿Cómo va todo?

E: Sencillo y bien. Cinco semanas de no violencia o de hacerme daño a mí misma.

T: ¡Bien! Algunas cosas han cambiado entre ustedes dos. No estoy seguro de qué se trata. Algunas de las preocupaciones que tenían acerca de la violencia parecen haber cambiado.

R: Quizá nos hemos agotado, no lo sé. Pero veo que hay un cambio consciente en la manera en que tú [Eileen] intentas pensar las cosas, en vez de expresarlas con actos. Es como si te parases a analizar lo que sientes y, cuando has acabado, todavía estás deprimida o enfadada, pero tu concentración es muy diferente a como solía ser. ¿Qué piensas de ello?

E: Sí, siento que ahora tengo mucho más control. Por ejemplo, llegaba tarde a un sitio y estaba furiosa. Entonces, fui capaz de decírmelo: que estaba furiosa conmigo, furiosa porque llegaba tarde, furiosa de sentirme así, furiosa por cualquier cosa. En el pasado no hubiese hecho todo eso. Probablemente lo hubiese sentido más, me hubiese dirigido a ti y te hubiese echado la culpa. Me he dado cuenta de que ese tipo de situaciones sólo me hacen parecer una lunática rabiosa. Creo que eso me ha hecho mucho daño. Supongo que ahora es diferente.

R: Ése es un ejemplo perfecto de lo que intentaba decir.

E: Y eso me hace ver que mi propia ira me hace daño. Supongo que estoy cansada de ser la loca.

R: Es muy diferente. Creo que existe una gran diferencia con respecto a antes.

E: Mi manera de ver y sentir las cosas es completamente diferente ahora.

R: Otra cosa. A veces te protejo del estrés y también me protejo a mí porque sé que cuando te enfadas yo tengo una tendencia a enfadarme también. Así que no niego que yo a veces hago esas cosas, y no sin interés propio. Creo que lo hago por ti, pero también por mí.

E: Es bonito que me lo digas. Aprecio que lo admitas. Aquí tenemos otra novedad. Rich está admitiendo cosas. Ya no me siento la única chiflada del lugar.

R: Y he llegado a la conclusión de que no estoy quemado; estoy un poco cansado. Hay una diferencia.

E: Oh, es para hacer una fiesta [todos ríen]. Traeremos una botella de champán y vosotros, chicos, podréis tomaros un trago [todos ríen]. Suena fenomenal. Eso es ser positivo, ¿verdad?

T: Sí, mucho más. Necesitamos reducir paulatinamente las sesiones. ¿Qué les parece? Creo que ustedes dos están sacando los aspectos más sanos de ambos y que están llegando a conclusiones importantes, además de controlar los conflictos sin violencia.

E: Las cosas van mucho mejor y yo he mejorado. Podemos vernos dentro de cuatro semanas.

Comentario

Como evidencia este fragmento, la pareja continúa ejerciendo de autoterapeutas. De hecho, se hablan el uno al otro, en vez de dirigir sus comentarios al profesional. El terapeuta sólo comenta los intercambios productivos, igualitarios y de apoyo que se brindan Eileen y Richard. Más bien se quita de en medio. Como ambos se apoyan el uno al otro y se muestran su propia competencia, sus autoatribuciones cambian. Eileen empieza a dejar de verse como paciente y Richard como «quemado». El terapeuta es testigo, no sin sorpresa, de que surgen nuevas comprensiones y direcciones.

Ante su nueva sensación de autoeficacia y la confianza de que su relación con Richard seguirá un curso más sano, Eileen sugiere que interrumpan la terapia durante un mes. El terapeuta accede.

Décima sesión

FRAGMENTO UNO

T: ¿Cómo cree que van las cosas?

R: Sin discusiones importantes. En general, creo que van muy bien, aparte de las tensiones a largo plazo que tenemos los dos o esas cosas que no pueden ser resueltas con pastillas, terapia ni nada por el estilo.

E: Yo opino lo mismo. Vamos a mejor. Antes no era capaz de separar cosas cuando estaba estresada y ahora, aunque ha habido algunos momentos difíciles, estoy mucho mejor y me doy cuenta antes de que estoy desahogándome y que eso te afecta a ti [Richard]. Y tú pareces menos crítico y reaccionas mejor comparado con antes. Creo que estamos haciéndolo mucho mejor, intentamos sentirnos y estar en contacto y librarnos del dolor que acarrea nuestra incapacidad de controlar las tensiones que sentimos individualmente. Realmente es algo que me va muy bien.

R: Creo que has hecho una valoración honesta y realista, Eileen.

T: Las cosas van mejor. No han empeorado durante un tiempo. Hace tres sesiones estaba preocupado porque la situación iba a peor. De alguna forma, la pauta ha cambiado y ustedes han establecido, entre los dos, qué es lo que se necesita para impedir que las cosas vayan mal. Así, la situación ha mejorado. Ahora tienen más control de sus vidas. Eileen, usted se da cuenta de que su ira le ha perjudicado haciéndole parecer una lunática. Ahora maneja su carácter mucho mejor y Rich admite su parte de

culpa también. Las cosas van bastante bien, ha habido cambios y creo que es mejor que yo no me entrometa en ello.

Lo que hemos estado pensando mis colegas y yo era dónde podríamos poner el acento ahora. ¿Qué les podría sugerir que no estén haciendo ustedes ya? Hemos estado pensando y no se nos ocurría nada, de lo cual deduzco que lo mejor es que me quite de en medio. Las cosas están mejorando, en casa y en otras situaciones, por lo tanto, me parece que lo más lógico es dejar aquí la terapia, sabiendo que siempre pueden volver, o pueden pedir hora para dentro de seis meses. Lo dejo en sus manos. Ahora, también estaba pensando en que ya han reducido sus otras terapias, por lo tanto, están dejando muchos de esos apoyos, y pienso que podrían reducir todavía más algunas de ellas. ¿Qué opinan ustedes?

Comentario

El terapeuta clarifica su papel, y debido a que Eileen y Richard están mejor con menos terapia, introduce la idea de finalizar el tratamiento. Se podría pensar que se corre un gran riesgo al tomar esa decisión, especialmente a la luz del historial de autodestrucción de Eileen, pero los beneficios de acabar la terapia parecen ser mucho mayores que los de continuarla. A partir de lo que ellos informan y de lo que surge en la sesión, la pareja parece estar preparada para dejar la terapia. Se trata de un paso importante y debemos animarles a darlo. La investigación muestra que los clientes que atribuyen el éxito a causas internas (incremento del control, autocomprensión, cambios en sus habilidades para manejar el estrés y solucionar problemas) tienen más probabilidades de experimentar cambios a largo plazo (Weinberger, 1995). Al proponer que se acabe la terapia, el terapeuta apoya la asunción de los clientes de que han adquirido responsabilidad y competencia.

FRAGMENTO DOS

R: Bueno, todos estamos en el mismo barco, en el sentido de que nosotros también hemos hablado antes de venir sobre qué deberíamos hacer. Y nos ha costado llegar a una decisión. Hemos hablado de reducir las sesiones. De hecho, cuando usted estaba fuera hemos hablado de ello, de reducir las sesiones.

E: Yo he estado pensando en ello y la verdad es que no sé exactamente hacia dónde dirigirnos ahora. Inventarnos un objetivo sería como algo mecánico e incluso puede no gustarnos. Por lo tanto, no deberíamos concentrarnos en cualquier cosa sólo por el hecho de hacerlo. Creo que necesitamos continuar en la vía de crecimiento y estabilización en la que nos encontramos. Por lo tanto, si los dos somos capaces de ser dueños de nosotros mismos, trabajar en nosotros, estar más sanos y menos estresados individualmente, entonces nuestra relación fluirá de forma natural. Seguirá esa vía. Mientras tanto, si somos capaces de aveniros como lo estamos haciendo ahora en los momentos difíciles, manteniendo la unidad y el propósito común, las cosas continuarán mejorando. Por lo tanto, en cuanto a lo que podemos hacer aquí, quizá no sea necesario seguir. Me gusta la idea de concertar una cita, que se pueda cambiar en el futuro si las aguas están movidas, porque creo que éste ha sido un gran lugar para encontrarnos. De alguna forma, aun cuando sea difícil decidir lo que ha ocurrido exactamente aquí, venir nos ha ayudado a reestablecer el control de nuestras vidas.

R: Yo tengo las mismas sensaciones que ella. Aunque nos cuesta un poco dejar la terapia ahora mismo, si alargamos el período entre visitas y las cosas van bien, la propia confianza que nos dé eso nos irá bien.

T: Buena idea. Creo que tienen razón. Ya han tomado el control de sus vidas y no lo han hecho ni los terapeutas ni la terapia, sino ustedes.

Comentario

La pareja está de acuerdo con el terapeuta y así lo expresan. Eileen dice que desea continuar mejorando, cosa que puede conseguir sin más terapia. Naturalmente, menciona que existe cierta ansiedad ante la idea de terminar definitivamente, pero le alivia pensar que podrá volver cuando lo necesite.

La conversación deja entrever cómo se está dando el final de un período y el inicio de uno nuevo. Eileen y Richard pueden imaginarse juntos y felices como resultado de sus propios esfuerzos. En este último fragmento, expresan qué es lo que creen que les queda por conseguir, qué ajustes han de producirse todavía.

FRAGMENTO TRES

E: Pero sé que en el fondo de mi corazón me casé para que alguien me cuidara, ya sabe, me tragué el anzuelo. Quería que alguien se hiciera literalmente cargo de mí. Bueno, yo no me estaba cuidando en absoluto. Ni siquiera sabía lo mal que lo estaba haciendo, lo incapaz que era y cómo confiaba en una sustancia para mantenerme a flote. Pero depender de alguien también es un peligro. Creo que es correcto decir que [Richard] es el tipo de persona que cuida a los demás y, de alguna manera, al inicio de nuestra relación, consciente o inconscientemente, nos entendimos por eso. Pero después nos dimos cuenta de que la cosa no funcionaba y experimentamos el dolor de ese fracaso. El peligro está en caer en una especie de acuerdo inconsciente, que nos limite a los dos, que nos meta en una rutina segura y cómoda, pero insana. De verdad que espero que tú ahora cuides más de ti mismo y menos de los demás, porque además hay un montón de gente en tu vida que «solicita» que la cuides. Y creo que, aunque no ayudes tanto a la gente, todavía seguirás siendo esa persona especial que eres. ¿Tiene esto sentido para ti o me he enrollado mucho?

R: Bueno, una cosa que probablemente ha sido evidente para ti es que he dejado en gran parte esa actitud durante los últimos dos meses. No siento la necesidad o la responsabilidad o no me siento culpable si no te hago la comida todas las noches.

E: ¡Lo sé y es genial! Has pasado de sentirte obligado a hacerlo a rechazarlo, y luego a hacerlo sólo cuando te apetecía de verdad.

R: Quiero decir que es una lucha para mí porque veo que no has comido nada y que esperas que te prepare algo, y no hacerlo cuesta. Y en esas ocasiones es cuando estamos más cerca de volver a las andadas, pero hemos podido con ello.

E: Ahora que tengo menos compromisos terapéuticos, quiero hacer de nuestra casa un lugar más estable. Como ya no tenemos que gastar tanta energía en pelearnos, en estar histérica, quiero dedicar esa energía a cuidar nuestro hogar y a nosotros mismos, para que sea un sitio menos caótico. Que las cosas que no hemos hecho en seis años empiecen a hacerse.

Comentario

La pareja asistió a dos sesiones más en un período de doce semanas. Ya no hubo más episodios de violencia, autoagresión o intentos de suicidio. El terapeuta individual de Eileen también decidió que era hora de detener el tratamiento.

Como hemos podido ver en la transcripción de los diálogos, en este caso se recorrieron las cuatro vías que conducen a la imposibilidad: la anticipación ansiosa de la imposibilidad, la contratransferencia de la teoría, hacer más de lo mismo y la falta de atención a la motivación. Cuando se redujo la terapia y se suspendieron las intervenciones/consejos de experto, Eileen y Richard tuvieron espacio para resolver sus problemas. Habían sido psicologizados por la terapia individual, la de grupo y, finalmente, la de pareja. Se les ofrecieron diversas razones y explicaciones,

muchas sugerencias y tareas que no dieron ningún resultado. Y la culpa no era del cliente, sino del enfoque. El tratamiento de elección era no aplicar ningún tratamiento.

Discusión

Este caso resultó ser decisivo para nuestra carrera. El terapeuta de pareja aceptó con buen ánimo el reto planteado por el terapeuta individual de Eileen. Su idea era darle una lección a éste, pero resultó que fueron Eileen y Richard quienes le dieron una lección, que afortunadamente nunca ha olvidado.

Al principio de nuestra carrera, nos situamos dentro de la mística del trabajo de Erickson, Haley y toda la tradición estratégica y nos veíamos a nosotros mismos como los agentes del cambio por excelencia. Armados con el reencuadre, la paradoja y demás técnicas, creíamos poder resolver cualquier problema. Sabíamos que la relación terapéutica era importante, pero principalmente a la hora de crear la comunicación necesaria para disponer de la conformidad del cliente. Y así, debido a nuestra actitud experta, casi imperativa frente a los problemas, sucumbimos al orgullo desmedido y, en más de una ocasión, transformamos a los clientes en adversarios (especialmente a los veteranos o, como los llamábamos entonces, «asesinos de terapeutas»). En los casos más difíciles, los clientes se convirtieron en aquellos molestos portadores de un problema que debía ser resuelto.

Eileen y su marido nos restregaron por las narices las limitaciones inherentes a la teoría, la técnica y la postura terapéutica del experto. Su aparentemente milagroso cambio nos obligó a reconocer las fuerzas inherentes del cliente y la contribución de una colaboración real. A través de esa experiencia, aprendimos a depender de nuestros clientes y a poner sus ideas y participación por encima de nuestras idolatradas teorías y estrategias (Duncan, Parks y Rusk, 1990). Nuestro romance con la teoría y la técnica se desvaneció, pero en su lugar encontramos los halagos de nues-

tros clientes (Duncan y Solovey, 1989). A partir de entonces, buscamos siempre poner en marcha ese proceso que descubra la competencia del cliente y lo anime a ser el dueño del cambio.

El caso de Eileen y Richard también nos ayudó a redirigir nuestras lecturas. Pasamos de la terapia familiar y breve a la literatura de investigación, especialmente aquella centrada en resultados psicoterapéuticos. Así, vimos que lo importante son los recursos del cliente y la alianza terapéutica. La alianza como principal fuerza del cambio, no como mero medio para llegar a un objetivo (Duncan, 1992a, 1992b).

También redescubrimos el trabajo de Carl Rogers. Entendimos el rol de la empatía, la calidez, la autenticidad, la comprensión y la afirmación mutua, especialmente en la experiencia del cliente (Patterson, 1984; Rogers, 1957). La investigación muestra que, para los clientes, esas variables son las que realmente les hacen mejorar, no las teorías ni las técnicas deslumbrantes (Duncan y otros, 1992). Con el tiempo, empezamos a entender la técnica como algo parecido a una lupa: junta elementos, centra, concentra las fuerzas del cambio, las reduce hasta un punto en el tiempo y en el espacio y las ayuda a entrar en acción.

Al examinar los límites de nuestros métodos (y, en general, los límites de todos los enfoques determinados por la teoría), reevaluamos nuestro trabajo y nos encontramos con que nos apartábamos de muchas tradiciones. Nuestra confianza en que debíamos abandonar muchos presupuestos de las convenciones psicoterapéuticas fue reforzada por el hallazgo de que para muchos casos difíciles, sino imposibles (por ejemplo, personalidad límite, alucinaciones psicóticas, TID), no existían guías establecidas para el tratamiento. Aunque en la práctica se ha desarrollado cierto consenso para tratar esos trastornos, consenso no es igual a verdad. Y lo que es más, como ilustran los casos de este libro, el consenso fracasa con mucha frecuencia.

Y todavía se podría añadir que, aunque existiera un «tratamiento de elección» establecido mediante la investigación, bajo un escrutinio empírico claro, veríamos que frecuentemente se

expone como mito. Las diferencias entre «tratamientos de preferencia» y otros enfoques se desvanecen cuando se considera la orientación teórica de los investigadores, el llamado «efecto de la lealtad» (Jacobson y Addis, 1993). Además, cuando se incluyen los abandonos del tratamiento, los estudios sobre tratamientos que llegan a un 75% de efectividad caen rápidamente a un 50% de éxito (véase Miller y otros, 1997, para un estudio completo del tema).

De nuestro descubrimiento de que todos los enfoques son equivalentes con respecto a los resultados, que la técnica parece en comparación con el poder del cliente y los factores de relación y que los «tratamientos de elección» suelen responder solamente a las preferencias del investigador, llegamos a ver la imposibilidad como un epifenómeno: el resultado indeseado de dejar a los clientes fuera del proceso o reducir la importancia de su participación.

Ello nos llevó a considerar el marco de referencia de nuestros clientes, su visión del mundo, como determinante de la «teoría» en que se basa nuestro trabajo.

Última llamada para el cliente

Cuando intentamos determinar las ventajas y desventajas de una terapia basada en el cliente frente a otra basada en la teoría, intentamos ser equilibrados, justos y nada hostiles. Se trata de una tarea difícil. Influidos por la herencia de los primeros terapeutas ericksonianos y estratégicos, sentimos cierta tendencia a menospreciar otras premisas teóricas, especialmente la de aquellos que colocan la patología sobre los hombros del paciente y al terapeuta como el centro del proceso de cambio. Sin embargo, con una mejor comprensión de la literatura de investigación y teniendo en cuenta los intereses del cliente, vemos que nuestros «iluminados» marcos se muestran frecuentemente tan estrechos como los que tanto criticábamos.

La conclusión a la que nosotros hemos llegado es que todos los sistemas y técnicas terapéuticas son valiosos. Su validez reside no en sus pretensiones de ser la verdad, sino en la medida en que resultan de ayuda para el cliente. Por ejemplo, si un cliente está convencido de que determinada variante psicodinámica es crucial para el cambio, como en el caso de Jay, entonces nosotros respetaremos esa visión, aportaremos nuestros recursos de análisis y haremos todo lo posible para acomodarlos a la terapia. En verdad tenemos que aprender a confiar más en los clientes (y menos en nuestras opiniones) para tener éxito. No siempre es fácil.

Reconocemos también que los clientes siempre se esfuerzan para conseguir sus objetivos. Siempre. A este respecto, los clientes, independientemente de lo alterados o intratables que parezcan, son muy conservadores. Permanecerán aferrados a lo que consideran importante para su mundo. Alice y Natalie son buenos ejemplos de ello.

Todos los éxitos que hemos alcanzado hasta el momento a la hora de trabajar con casos imposibles han sido consecuencia de poner a los clientes en primer término. Hemos aprendido a escuchar mejor, a cerrar el grifo de la intervención, a permanecer atentos y serenos y a dirigir nuestra atención hacia ellos, recordando lo que Ram Dass dijo una vez: «Cuanto más calla uno, mejor escucha». Cuanto mejor hacíamos esto, más espacio tenían los clientes para ser ellos mismos, usar sus propios recursos, descubrir posibilidades, atribuir significados positivos a sus acciones y asumir su responsabilidad.

Nos hemos liberado y hemos disfrutado de ello. Ya no estamos sujetos a «tener que saber cómo tratar adecuadamente a los clientes». Ahora confiamos en ellos, en su capacidad para dirigir la terapia, en su sabiduría innata y en su capacidad para superar el dolor y la adversidad. La liberación de las presiones de la fidelidad a la teoría nos ha permitido escuchar con propiedad, respetar la teoría del cambio del cliente y evitar las vías que llevan a la imposibilidad.

Confiar en el cliente y emanciparse de la devoción a un modelo nos capacita para tratar a los veteranos de la psicoterapia. Esto no significa que nuestra visión del trabajo terapéutico sea mejor que cualquier otra. Como mínimo, nos permite alejarnos de los caminos que conducen a la imposibilidad para derrotarla allí donde está instalada.

BIBLIOGRAFÍA

- Aldrich, C. K., «Brief psychotherapy: A reappraisal of some theoretical assumptions», *The American Journal of Psychiatry*, n° 125, 1968, págs. 585-592.
- Alexander, L. B. y L. Luborsky, «The Penn helping alliance scales», en L. S. Greenberg y W. M. Pinsof (comps.), *The psychotherapeutic process: A research handbook*, Nueva York, Guilford, 1986, págs. 325-366.
- American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 3ª ed., Washington, DC, American Psychiatric Association, 1980 (trad. cast.: *DSM-III: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Barcelona, Masson, 1987).
- , *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 3ª ed. rev., Washington, DC, American Psychiatric Association, 1987 (trad. cast.: *DSM-III-R: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Barcelona, Masson, 1988).
- , *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4ª ed., Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994 (trad. cast.: *DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Barcelona, Masson, 1996).
- Arkowitz, H., «A common factors therapy for depression», en J. C. Norcross y M. R. Goldfried (comps.), *Handbook of psychotherapy integration*, Nueva York, Basic, 1992, págs. 402-432.
- Bachelor, A., «How clients perceive therapist empathy», *Psychotherapy*, n° 25, 1988, págs. 227-240.
- , «Comparison and relationship to outcome of diverse dimensions of the helping alliance as seen by client and therapist». *Psychotherapy*, n° 28, 1991, págs. 534-549.
- Beitman, B. D., M. J. Hall y B. Woodward, «Integrating pharmacotherapy and psychotherapy», en J. C. Norcross y M. R. Goldfried

- (comps.), *Handbook of psychotherapy integration*, Nueva York, Basic, 1992, págs. 533-560.
- Berg, I. K. y S. D. Miller, *Working with the problem drinker: A solution-focused approach*, Nueva York, Norton, 1992 (trad. cast.: *Trabajando con el problema del alcohol*, Barcelona, Gedisa, 1997).
- Bergin, A. E. y M. J. Lambert, «The evaluation of therapeutic outcomes», en S. L. Garfield y A. E. Bergin (comps.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 2ª ed., Nueva York, Wiley, 1978, págs. 139-190.
- Beutler, L. E. y J. F. Clarkin, *Systematic treatment selection: Toward targeted therapeutic interventions*, Nueva York, Brunner/Mazel, 1990.
- Bohart, A. y K. Tallman, «The active client: Therapy as self-help», *Journal of Humanistic Psychology*, nº 36, 1996, págs. 7-30.
- Brinkley, J. R., «Pharmacotherapy of borderline states», *Psychiatric Clinics of North America*, nº 16, 1993, págs. 853-884.
- Budman, S. H. y A. S. Gurman, *Theory and practice of brief therapy*, Nueva York, Guilford, 1988.
- Butler, S. F. y H. H. Strupp, «Specific and nonspecific factors in psychotherapy: A problematic paradigm for psychotherapy research», *Psychotherapy*, nº 23, 1986, págs. 30-40.
- Cavenar, Jr., J. O. y H. K. H. Brodie (comps.), *Signs and symptoms in psychiatry*, Filadelfia, Lippincott, 1983.
- Chessick, R. D., «The outpatient psychotherapy of the borderline patient», *American Journal of Psychotherapy*, nº 47, 1993, págs. 206-227.
- Clarkin, J. F., E. Marziali y H. Munroe-Blum, «Group and family treatments for borderline personality disorder», *Hospital and Community Psychiatry*, nº 42, 1991, págs. 1.038-1.043.
- Coale, H. E., «Costume and pretend identities: A constructivist's use of experiences to co-create meanings with clients in therapy», *Journal of Strategic and Systemic Therapies*, vol. 11, nº 1, 1992, págs. 45-55.
- De Shazer, S., *Keys to solutions in brief therapy*, Nueva York, Norton, 1985 (trad. cast.: *Claves para la solución en terapia breve*, Barcelona, Paidós, 1995).
- , *Clues: Investigating solutions in brief therapy*, Nueva York, Norton, 1988.

- , *Words were originally magic*, Nueva York, Norton, 1994 (trad. cast.: *En un origen las palabras eran magia*, Barcelona, Gedisa, 1999).
- Duncan, B. L., «Strategic therapy, eclecticism, and the therapeutic relationship», *Journal of Marital and Family Therapy*, n° 18, 1992a, págs. 24-30.
- , «Strategy and reality: A reply to Held, Goolishian, and Anderson», *Journal of Marital and Family Therapy*, n° 18, 1992b, págs. 39-40.
- Duncan, B. L. y D. W. Moynihan, «Applying outcome research: Intentional utilization of the client's frame of reference», *Psychotherapy*, vol. 31, n° 2, 1994, págs. 294-302.
- Duncan, B. L., M. B. Parks y G. S. Rusk, «Eclectic strategic practice: A process constructive perspective», *Journal of Marital and Family Therapy*, n° 16, 1990, págs. 165-178.
- Duncan, B. L. y J. W. Rock, *Overcoming relationship impasses: Ways to initiate change when your partner won't help*, Nueva York, Insight, 1991.
- Duncan, B. L. y A. D. Solovey, «Strategic brief therapy: An insight-oriented approach?», *Journal of Marital and Family Therapy*, n° 15, 1989, págs. 1-9.
- Duncan, B. L., A. D. Solovey y G. S. Rusk, *Changing the rules: A client-directed approach to therapy*, Nueva York, Guilford, 1992.
- Dunn, G. E., «Multiple personality disorder: A new challenge for psychology», *Professional Psychology: Research and Practice*, n° 23, 1992, págs. 18-23.
- Eisenbud, R. J., «Countertransference: The therapist's turn on the couch», en G. D. Goldman y D. S. Milman (comps.), *Psychoanalytic psychotherapy*, Reading, MA, Addison-Wesley, 1978, págs. 72-90.
- Elkin, I., T. Shea, J. T. Watkins, S. D. Imber, S. M. Sotsky, I. F. Collins, D. R. Glass, P. A. Pilkonis, W. R. Leber, J. P. Dockerty, S. J. Fiester y M. B. Parloff, «National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research program: General effectiveness of treatments», *Archives of General Psychiatry*, n° 46, 1989, págs. 971-982.
- Erickson, M. H. y E. L. Rossi, *Hypnotherapy: An exploratory casebook*, Nueva York, Irvington, 1979.
- Everstine, D. S. y L. Everstine, «People in crisis: Strategic therapeutic interventions», Nueva York, Brunner/Mazel, 1983.
- Fisch, R., J. Weakland y L. Segal, *The tactics of change: Doing therapy*

- briefly, San Francisco, Jossey-Bass, 1982 (trad. cast.: *La táctica del cambio*, Barcelona, Herder, 1994).
- Flegenhimer, W. V., *Techniques of brief psychotherapy*, Nueva York, Aronson, 1982.
- Frances, A., J. Clarkin y S. Perry, *Differential therapeutics in psychiatry: The art and science of treatment selection*, Nueva York, Brunner/Mazel, 1984.
- Frank, J. D. y J. B. Frank, *Persuasion and healing*, 3ª ed., Baltimore, Johns Hopkins, 1991.
- Fraser, J. S., «Paranoia: Interactional views on evolution and intervention», *Journal of Marital and Family Therapy*, vol. 9, nº 4, 1983, págs. 383-391.
- Garfield, S. L., *The practice of brief psychotherapy*, Nueva York, Pergamon, 1989.
- , «Research on client variables in psychotherapy», en S. L. Garfield y A. E. Bergin (comps.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 2ª ed., Nueva York, Wiley, 1978, págs. 191-232.
- Gaston, L., «The concept of the alliance and its role in psychotherapy: Theoretical and empirical considerations», *Psychotherapy*, nº 27, 1990, págs. 143-152.
- Goolishian, H. A. y H. Anderson, «Language systems and psychotherapy: An evolving idea», *Psychotherapy*, nº 24, 1987, págs. 529-538.
- Greening, T., *Can we help Humpty Dumpty— and can he help himself?*, ponencia presentada en la reunión anual de la American Psychological Association, Toronto, agosto de 1996.
- Gunderson, J. G., «Borderline personality disorder», en H. I. Kaplan y B. J. Sadock (comps.), *Comprehensive textbook of psychiatry*, 5ª ed., Baltimore, Williams and Wilkins, 1989, vol. 2, págs. 1.387-1.395 (trad. cast.: *Tratado de psiquiatría*, Barcelona, Salvat, 1995).
- Gurman, A. S., «Therapist and patient factors influencing the patient's perception of facilitative therapeutic conditions», *Psychiatry*, nº 40, 1977, págs. 16-24.
- Harding, C. M., J. Zubin y J. S. Strauss, «Chronicity in schizophrenia: Fact, partial fact or artifact», *Journal of Hospital and Community Psychiatry*, nº 38, 1987, págs. 477-484.
- Heath, A. W. y B. J. Atkinson, «Solutions attempted and considered: Broadening assessment in brief therapy», *Journal of Strategic and Systemic Therapies*, nº 8, 1989, págs. 56-57.

- Held, B. S., «The relationship between individual psychologies and strategic/systemic therapies reconsidered», en D. E. Efron (comp.), *Journeys: Expansion of the strategic systemic therapies*, Nueva York, Brunner/Mazel, 1986, págs. 222-260.
- , «The process/content distinction in psychotherapy revisited», *Psychotherapy*, n° 28, 1991, págs. 207-217.
- Hollon, S. D. y A. T. Beck, «Cognitive and cognitive-behavioral therapies», en A. E. Bergin y S. L. Garfield (comps.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 4ª ed., Nueva York, Wiley, 1994, págs. 428-466.
- Horowitz, M., C. Marmar, D. Weiss, K. DeWitt y R. Rosenbaum, «Brief psychotherapy of bereavement reactions: The relationship of process to outcome», *Archives of General Psychiatry*, n° 41, 1984, págs. 438-448.
- Hoyt, M. F., «On the importance of keeping it simple and taking the patient seriously: A conversation with Steve de Shazer and John Weakland», en M. F. Hoyt (comp.), *Constructive therapies*, Nueva York, Guilford, 1994.
- Hubble, M. A. y W. H. O'Hanlon, «Theory countertransference», *Dulwich Centre Newsletter*, n° 1, 1992, págs. 25-30.
- Hubble, M. A. y A. D. Solovey, «Ambassadorship in medical rehabilitation: A remedy for noncompliance», *Journal of Systemic Therapies*, vol. 13, n° 3, 1994, págs. 67-76.
- Jacobson, N. S. y M. E. Addis, *Research on couple therapy: What do we know? Where are we going?*, manuscrito inédito, 1993.
- Johnson, H. C., «Borderline clients: Practice implications of recent research», *Social Work*, n° 36, 1991, págs. 166-173.
- Kaplan, H. I., B. K. Sadock y J. A. Grebb, *Synopsis of Psychiatry*, 7ª ed., Baltimore, William and Wilkins, 1994 (trad. cast.: *Sinopsis de psiquiatría*, Madrid, Panamericana, 1999).
- Kernberg, O., M. A. Selzer, H. W. Koenigsberg, A. C. Carr y A. H. Appelbaum, *Psychodynamic psychotherapy of borderline patients*, Nueva York, Basic, 1987.
- Kluft, R. P., «Clinical presentations of multiple personality disorder», *Psychiatric Clinics of North America*, n° 14, 1991a, págs. 605-629.
- , «Hospital treatment of multiple personality disorder: An overview», *Psychiatric Clinics of North America*, n° 14, 1991b, págs. 695-719.

- Koerner, K. y M. M. Linehan, «Integrative therapy for borderline personality: Dialectical behavior therapy», en J. C. Norcross y M. R. Goldfried (comps.), *Handbook of psychotherapy integration*, Nueva York, Basic, 1992, págs. 433-459.
- Kopp, S. B., *Back to one: A practical guide for psychotherapists*, Palo Alto, Science and Behavior, 1977.
- Koss, M. P. y J. N. Butcher, «Research on brief psychotherapy», en S. L. Garfield y A. E. Bergin (comps.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 3ª ed., Nueva York, Wiley, 1986, págs. 627-670.
- Koss, M. P. y J. Shiang, «Research on brief psychotherapy», en A. E. Bergin y S. L. Garfield (comps.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 4ª ed., Nueva York, Wiley, 1994, págs. 664-700.
- Lafferty, P., L. E. Beutler y M. Crago, «Differences between more and less effective psychotherapists: A study of selected therapist variables», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, nº 57, 1989, págs. 76-80.
- Lambert, M. J., «Implications of outcome research for psychotherapy integration», en J. C. Norcross y M. R. Goldfried (comps.), *Handbook of psychotherapy integration*, Nueva York, Basic, 1992, págs. 94-129.
- Lambert M. J. y A. E. Bergin, «The effectiveness of psychotherapy», en A. E. Bergin y S. L. Garfield (comps.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 4ª ed., Nueva York, Wiley, 1994, págs. 143-189.
- Lambert, M. J., D. A. Shapiro y A. E. Bergin, «The effectiveness of psychotherapy», en S. L. Garfield y A. E. Bergin (comps.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 3ª ed., Nueva York, Wiley, 1986, págs. 157-212.
- Lowenstein, R. J., «Multiple personality and psychoanalysis: An introduction», *Psychoanalytic Inquiry*, nº 12, 1992, págs. 3-48.
- Luborsky, L., B. Singer y L. Luborsky, «Comparative studies of psychotherapies: Is it true that "everybody has won and all must have prizes"?, *Archives of General Psychiatry*, nº 32, 1975, págs. 995-1.008.
- Manschreck, T. C., «Delusional (paranoid) disorders», en H. I. Kaplan y B. J. Sadock (comps.), *Comprehensive textbook of psychiatry*, 5ª ed., Baltimore, Williams and Wilkins, 1989, vol. 1, págs. 816-829 (trad. cast.: *Tratado de psiquiatría*, Barcelona, Salvat, 1995).
- Marmar, C., M. Horowitz, D. Weiss y E. Marziali, «The development of

- the Therapeutic Alliance Rating System», en L. Greenberg y W. Pinsof (comps.), *The psychotherapeutic process: A research handbook*, Nueva York, Guilford, 1986, págs. 367-390.
- Meyer, R. G. y Salmon, P., *Abnormal psychology*, 2ª ed., Boston, Allyn and Bacon, 1988.
- Miller, S. D., «The solution conspiracy: A mystery in three installments», *Journal of Systemic Therapies*, vol. 13, nº 1, 1994, págs. 18-37.
- Miller, S. D., B. L. Duncan y M. A. Hubble, *Escape from Babel: Toward a unifying language for psychotherapy practice*, Nueva York, Norton, 1997.
- Miller, S. D., M. A. Hubble y B. L. Duncan (comps.), *Handbook of solution-focused brief therapy*, San Francisco, Jossey-Bass, 1996.
- Murphy, P. M., D. Cramer y F. J. Lillie, «The relationship between curative factors perceived by patients in their psychotherapy and treatment outcome: An exploratory study», *British Journal of Medical Psychology*, nº 57, 1984, págs. 187-192.
- Nash, J. L., «Delusions», en J. O. Cavenar Jr. y H. K. H. Brodie (comps.), *Signs and symptoms in psychiatry*, Filadelfia, Lippincott, 1983, págs. 455-481.
- Nemiah, J. C., «Dissociative disorders (hysterical neuroses, dissociative type)», en H. I. Kaplan y B. J. Sadock (comps.), *Comprehensive textbook of psychiatry*, vol. 1, 5ª ed., Baltimore, Williams and Wilkins, 1989, págs. 1.028-1.044.
- Nyland, D. y V. Corsiglia, «Becoming solution-focused forced in brief therapy: Remembering something important we already knew», *Journal of Systemic Therapies*, vol. 13, nº 1, 1994, págs. 5-12.
- O'Hanlon, W., «A grand unified theory for brief therapy: Putting problems in context», en J. K. Zeig y S. G. Gilligan (comps.), *Brief therapy: Myths, methods, and metaphors*, Nueva York, Brunner/Mazel, 1990, págs. 78-89.
- Orlinsky, D. E. y K. I. Howard, «Process and outcome in psychotherapy», en S. L. Garfield y A. E. Bergin (comps.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 3ª ed., Nueva York, Wiley, 1986, págs. 311-381.
- Orlinsky, D. E., K. Graw y B. K. Parks, «Process and outcome in psychotherapy—Noch Einmal», en A. E. Bergin y S. L. Garfield (comps.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 4ª ed., Nueva York, Wiley, 1994, págs. 270-376.

- Parry, A., «A universe of stories», *Family Process*, n° 30, 1991, págs. 37-54.
- Patterson, C. H., «Empathy, warmth, and genuineness in psychotherapy: A review of reviews», *Psychotherapy*, n° 21, 1984, págs. 431-438.
- Rogers, C. R., «The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change», *Journal of Consulting Psychology*, n° 21, 1957, págs. 95-103.
- Rosenberg, R., «Borderline states: Pharmacotherapy and psychobiology of personality: A discussion of Soloff's article», *Acta Psychiatrica Scandinavica*, suplemento al n° 379, 1994, págs. 56-60.
- Rosenfield, I., *The invention of memory*, Nueva York, Basic, 1988.
- Rosenthal, D. L., «On being sane in insane places», *Science*, n° 179, 1973, págs. 250-258.
- Salovey, P. y D. C. Turk, «Clinical judgment and decision-making», en C. R. Snyder y D. R. Forsyth (comps.), *Handbook of social and clinical psychology: The health perspective*, Nueva York, Pergamon, 1991, págs. 416-437.
- Shea, M. T., «Standardized approaches to individual psychotherapy of patients with borderline disorder», *Hospital and Community Psychiatry*, n° 42, 1991, págs. 1.034-1.038.
- Shea, S. C., *Psychiatric interviewing: The art of understanding*, Filadelfia, Saunders, 1988.
- Sloane, R. B., F. R. Staples, A. H. Cristol, N. J. Yorkston y K. Whipple, *Psychotherapy versus behavior therapy*, Cambridge, MA, Harvard University Press, 1975.
- Smith, M. L., G. U. Glass y T. J. Miller, *The benefits of psychotherapy*, Baltimore, Johns Hopkins University, 1980.
- Soloff, P. H., «Is there any drug treatment of choice for the borderline patient?», *Acta Psychiatrica Scandinavica*, suplemento al n° 379, 1994, págs. 50-55.
- Temerlin, M. K., «Suggestion effects in psychiatric diagnosis», *Journal of Nervous and Mental Disease*, n° 147, 1968, págs. 349-353.
- Walker, J. I. y J. O. Cavenar, Jr., «Paranoid symptoms and conditions», en J. O. Cavenar, Jr. y H. K. H. Brodie (comps.), *Signs and symptoms in psychiatry*, Filadelfia, Lippincott, 1983, págs. 483-510.
- Watzlawick, P., J. Weakland y R. Fisch, *Change: Problem formation and problem resolution*, Nueva York, Norton, 1974 (trad. cast.: Cam-

- bio: formación y solución de los problemas humanos*, Barcelona, Herder, 1999).
- Weakland, J. H., R. Fisch, P. Watzlawick y A. Bodin, «Brief therapy: Focused problem resolution», *Family Process*, nº 13, 1974, págs. 141-168.
- Webster's Collegiate Dictionary*, 10ª ed., Nueva York, Merriam Webster, 1993.
- Weinberger, J., «Common factors aren't so common: The common factors dilemma», *Clinical Psychology: Science and Practice*, nº 2, 1995, págs. 45-69.
- Weiner, R. D., «Amnesia», en J. O. Cavenar, Jr. y H. K. H. Brodie (comps.), *Signs and symptoms in psychiatry*, Filadelfia, Lippincott, 1983, págs. 575-596.
- Wright, B. A., «Labeling: The need for greater person-environment individuation», en C. R. Snyder y D. R. Forsyth (comps.), *Handbook of social and clinical psychology: The health perspective*, Nueva York, Pergamon, 1991, págs. 469-487.
- Zeig, J. K. y S. G. Gilligan (comps.), *Brief therapy: Myths, methods, and metaphors*, Nueva York, Brunner/Mazel, 1990.
- Zetzel, E. R., «A developmental approach to the borderline patient», *American Journal of Psychiatry*, nº 127, 1971, págs. 867-871.

ÍNDICE ANALÍTICO Y DE NOMBRES

- Abuso infantil, trastorno de identidad disociativa y, 131
- Abuso sexual:
- en el caso de Cindy, 98
 - en el caso de Molly, 32-33
 - terapia dialéctica conductual y, 206
- Acomodación, 42, 43-58
- de la relación terapéutica, 49-55, 80, 84-85, 169-172
 - de la teoría del cambio del cliente, 13, 40-41, 54-55, 80, 92-99
 - de los recursos del cliente, 44-49, 50, 80, 81-82
 - definición de, 44
 - frente a utilización, 47
 - procesos terapéuticos de, 44
 - resumen y conclusiones de, 58
- Addis, M. E., 265
- Afirmación, definición de, 100
- Alcohol, en el caso de Eileen y Richard, 248, 251
- Aldrich, C. K., 25
- Alexander, L. B., 56
- Alice (caso de trastorno delirante), 165, 168-202, 266
- capacitación personal y, 188
 - creatividad en, 174-176
 - dinero y, 171, 172, 177, 183, 186, 189, 191-192
 - experiencia anterior negativa en terapia, 170, 171, 174
 - influencia familiar y, 170, 184-188
 - lenguaje de colaboración en, 175
 - metáfora del póquer en, 173, 174
 - objetivos en, 169
 - participación del cliente en, 178-180
 - relación terapéutica en, 169, 176, 185
 - salvar la dignidad en, 195
 - solución en, 190-200
 - teoría del cambio en, 176, 180, 182, 188, 201
 - validación en, 171-174, 195, 200-201
 - vía hacia la imposibilidad en, 175
 - Véase también David
- Alter ego*, véase Personalidades múltiples
- Ambivalencia en la relaciones cercanas, 21-22
- American Psychiatric Association, 204
- Anderson, H., 79
- Ansiedad:
- de David, 176, 182
 - de Richard, 252
 - de separación, 31-32, 33

- del cliente, 31-32, 33, 101, 131, 186, 251, 253, 261
- del terapeuta, 63, 64, 65-66, 67, 109, 131, 225, 253
- y trastorno de identidad disociativa, 131
- Antidepresivos, 53
- Aplicaciones clínicas, 127-243
 - trastorno de identidad disociativa y, 129-164. *Véase también* Natalie
 - trastorno delirante y, 165-202. *Véase también* Alice
 - trastorno de personalidad límite y, 203-243. *Véanse también* Jay; Katherine; Trastorno de personalidad límite
- Appelbaum, 205
- Ardrey, Robert, 165
- Arkowitz, 50
- Atención, mantenimiento en el terapeuta, 64
- Atkinson, B. J., 93
- Atribución, efectos de:
 - como vías hacia la imposibilidad, 20-23, 31, 32-33, 108
 - en el caso de Jay, 209
 - en el caso de Natalie, 108, 110, 119, 152
 - evitar, 69-71, 111, 118
- Autoestima:
 - en el caso de Jay, 209, 231-235, 238-238, 241
 - en el caso de Molly, 31, 33, 48
 - trastorno delirante y, 66
- Autoridad, 74
- Back to One* (Kopp), 64
- Bachelor, A., 50, 52, 56
- Barb (caso de trastorno de personalidad límite), acomodar la relación terapéutica y, 52-54, 84
- Beck, A. (terapeuta), 206
- Beitman, B. D., 208
- Bent, Russ, 14
- Berg, I. K., 88, 209
- Bergin, A. E., 36, 49
- Bergman, Joel, 63
- Beutler, L. E., 50, 204
- Bob (vendedor deprimido), objetivos del tratamiento de, 91-92
- Bodin, A., 28
- Bohart, A., 47
- Brinkley, J. R., 207
- Brodie, H. K. H., 130
- Bruening, Paul, 14
- Budman, S. H., 35
- Butcher, J. N., 35
- Butler, S. F., 79
- Cambio:
 - confianza del cliente y, 146
 - teoría del cliente, *véase* Teoría del cambio del cliente
- Cambio: formación y solución de los problemas humanos* (Watzlawick, Weakland y Fisch), 27
- Capacitar al cliente para el cambio, 146
- Carr, A. C., 205
- Casos imposibles, imposibilidad:
 - cambiar las reglas de, 19-42
 - criterios para el éxito con, 13
 - impracticabilidad frente a, 13, 40-41
 - incentivo para la gestión de, 19
 - respuesta del terapeuta a, 11
 - trabajar con, 41, 61-77
 - trabajo del autor con, 11-12
 - *Véanse también los casos y los temas en concreto*

- Cavenar, J. O., jr., 130, 167
- Celos patológicos, 166. *Véase también* Alice
- «Centrarse», 64
- Chessick, R. D., 206
- Cindy (superviviente de abusos sexuales), 98-99
- Clarkin, J. F., 167, 204, 207
- Clientes:
- ansiedad de, 31-32, 33, 101, 131, 184-186, 252-253, 261
 - como héroes, 76
 - como inventores, 95
 - como profesores de psicoterapia, 12
 - como veteranos, 38-39, 75-76, 209, 263
 - conversación con, *véase* Conversaciones
 - dignidad de, 74-76
 - elección de, 76
 - marco de referencia de, *véase* Marco de referencia del cliente
 - motivación de, 30-31, 34, 109-110, 227, 248
 - objetivos de, *véase* Objetivos del tratamiento
 - participación de, *véase* Recursos e ideas del cliente
 - presentarle ideas a, 136-140
 - resistencia de, 26, 30, 34
 - salvar la dignidad y, 30, 35, 75, 131, 195, 227
 - teoría del cambio de, *véase* Teoría del cambio del cliente
 - validación de, *véase* Validación del cliente
 - *Véanse también los casos en concreto*
- Coale, H. E., 94
- Conducta suicida, 68
- en el caso de Barb, 53
 - en el caso de Eileen y Richard, 252, 253, 262
 - en el caso de Erica, 103
 - enfoque de apoyo, 205
 - trastorno de identidad disociativa y, 131
- Confianza:
- cambio y, 147
 - en el caso de Cindy, 98
 - en el caso de Jay, 217
- Conrad, Joseph, 20
- Contratransferencia de la teoría (CT):
- como terapia de la «solución forzada», 73
 - como vía hacia la imposibilidad, 24-29, 31, 34, 69-71, 109, 110, 119, 251
 - definición de, 24
 - en el caso de Eileen y Richard, 254, 262
 - en el caso de Jay, 228, 242
 - en el caso de Molly, 31, 33
 - en el caso de Natalie, 109, 110-111, 119, 152
 - enfoques centrados en la teoría, 55, 69-71, 111, 263, 265
- Control de calidad, 3
- Conversaciones, 79-105
- conexiones y conclusiones y, 96-99
 - definición, 79
 - descubrir posibilidades y, 92-99, 106, 107, 114-125
 - entrevistar frente a, 79
 - explorar el mundo del cliente y, 79-92, 106, 107-118, 125

- Glass, G. U., 50
- Goolishian, H. A., 79
- Grafield, S. L., 35
- Grave, K., 30
- Grebb, J. A., 167
- Greening (terapeuta), 47
- Hacer más de lo mismo:
- como vía hacia la imposibilidad, 27-31, 33, 72, 251, 253
 - en el caso de Eileen y Richard, 251, 252
 - en el caso de Molly, 31, 33, 58, 76, 95, 96
- Haley, J., 263
- Hall, M. J., 208
- Harding, C. M., 71
- Heath, A. W., 93
- Hegel, G. W. F., 79
- Held, Barbara S., 55, 56, 69
- Herida narcisista, 69
- Hipotiroidismo, 241
- Hollon, S. D., 206
- Horowitz, M., 50, 32
- Hospitalización:
- en el caso de Eileen y Richard, 248, 254
 - trastorno de identidad disociativa y, 131
- Howard, K. I., 50
- Hoyt, M. F., 55
- Huang Po, 69, 107
- Huble, M. A., 14, 24, 76
- Ideas, presentación del terapeuta de, 136-140
- Imipramina, 32
- Imposibilidad, vías hacia, 19-34, 77
- contratransferencia de la teoría como, 24-27, 31, 33, 69-71, 109, 110, 119
 - efectos de atribución como, 20-23, 31, 33-34, 109, 111, 118
 - en el caso de Alice, 74
 - en el caso de Eileen y Richard, 247, 252, 253-254, 262
 - en el caso de Jay, 215, 226-228, 241
 - en el caso de Molly, 31-34
 - en el caso de Natalie, 108-111, 119
 - hacer más de lo mismo como, 27-31, 34, 72, 253-254
 - motivación del cliente y, 30-31, 34-35, 109-110
- Impracticabilidad, 247-267
- casos imposibles frente a, 12-13, 40-41
 - definición de, 13
 - trastorno delirante con delirios de, 166. Véase también Alice
- Incumplimiento de la terapia, 26, 31-34
- Influencias experimentales y empíricas, 17, 68
- acomodar la terapia al marco de referencia del cliente e, 43-58
 - cambiar las reglas de la imposibilidad e, 19-42
- Intervenciones: 76
- en el caso de Jay, 219-224, 240
 - uso del término, 95
- Invencción:
- definición, 95
 - en el caso de Natalie, 136
- Jacobson, N. S., 265
- Jay, el caso de, 203, 209-242
- abuso emocional en, 209, 211, 214-218, 221, 231, 236

- analogía del paciente quemado en, 232-233, 240
 - contratransferencia de la teoría en, 228
 - despliegue de atribuciones en, 210
 - discusión de, 242-243
 - equipo terapéutico en, 210, 211, 217, 219-223, 225, 228, 238, 240
 - esperanza en, 228
 - experiencia terapéutica negativa anterior en, 209, 217, 219, 226-230
 - explorar el mundo del cliente en, 213-219
 - identificación de la causa raíz en, 228-238, 241
 - intervención en, 220-223, 240
 - motivación en, 227
 - muerte del padre en, 211
 - objetivos en, 211, 212, 219, 225
 - participación del cliente en, 210, 222, 229-232, 240, 241
 - relaciones maritales en, 211, 230
 - resumen autobiográfico en, 213-215, 221
 - salvar la dignidad en, 227
 - seguimiento de, 241
 - temas de autoestima en, 208, 230-235, 238-239, 241
 - validación en, 209, 210, 212, 222, 224, 227, 240, 243
 - variaciones del diagnóstico en, 209
 - vías hacia la imposibilidad en, 203, 225-229, 242
- Jefferson, Thomas, 62
- Johnson, H. C., 206
- Kaplan, H. I., 167
- Karr, Alfonse, 27
- Kaspar, 61
- Katherine (caso de trastorno de personalidad límite), 87-98
- demanda en, 86-87, 97
 - excepciones y soluciones en, 93-96
 - exploración de excepciones y soluciones en, 88-91
 - objetivos del tratamiento en, 92
 - recursos e ideas en, 82
 - relación terapéutica y, 83
 - validación en, 102-103
- Kernberg, O., 205
- Kluft, R. P., 132
- Koenigsberg, H. W., 205
- Koerner, K., 206
- Kohut, Heinz, 69
- Kopp, Sheldon, 64
- Koss, M. P., 35
- Lafferty, P., 50
- Lambert, M. J., 36, 49
- Lillie, F. J., 125
- Lincoln, Abraham, 74
- Linehan, M. M., 206
- Llamadas telefónicas a los terapeutas, 50
- Lowenstein, R. J., 130, 131
- Luborsky, L., 49, 56
- Manschreck (terapeuta), 166, 167
- Mantener la dignidad, 74-76
- Marco de referencia del cliente (mundo), 41, 43, 61
- acomodación de, 43-58
 - características de, 44
 - contratransferencia de la teoría frente a, 25
 - en el caso de Alice, 74, 78, 202
 - en el caso de Eileen y Richard, 247

- en el caso de Natalie, 155-156
- exploración de, *véase* Explorar el mundo del cliente
- recursos y habilidades y, 44-49
- relación terapéutica y, 44, 49-55
- *Véase también* Teoría del cambio del cliente
- Marmar, C., 50, 56
- Marziali, E., 50, 207
- McConnell, Steve, 14
- Medicación, 32, 53, 69
 - antipsicótica, 167, 170
 - para el hipotiroidismo, 241
 - para el trastorno de personalidad límite, 208
- Mental Research Institute (MRI), 27-28, 54, 75, 167
 - devolución constructiva y, 140, 142
- Mente de principiante, cultivar, 72-73, 109, 111, 212
- Métodos clínicos, 59-125
 - consideraciones terapéuticas y, 61-77
 - *Véanse también* Conversaciones; Descubrir posibilidades; Explorar el mundo del cliente; Validación del cliente
- Meyer, R. G., 130
- Mill, John Stuart, 129
- Miller (terapeuta), 50
- Miller, S. D., 14, 23, 35, 36, 37, 43, 52, 69, 76, 80, 81, 88, 146, 209, 223, 256, 265
- Modelo orientado a la introspección, 206
- Molly (10 años de edad), 31-34
 - acomodar la relación terapéutica y, 49-52, 83-84
 - acomodar los recursos de, 46-48, 83
 - alianza terapéutica y, 56-57
 - ansiedad de separación, 31-32, 33
 - Natalie comparada con, 111
 - solución al problema de, 46, 47-48, 83, 93
- Motivación del cliente, 29-30, 33-34
 - en el caso de Jay, 227, 242
 - en el caso de Natalie, 110
- Motu proprio*, 47
- Moynihan, D. W., 43, 58
- MRI, *véase* Mental Research Institute
- Munroe-Blum, H., 207
- Murphy, P. M., 125
- Nash, J. L., 66-67
- Natalie (caso de trastorno de identidad disociativa), 107-125, 132-163, 266
 - capacitar al cliente para el cambio en, 146
 - contratransferencia de la teoría en, 109, 110, 152
 - creatividad en, 117, 137-138, 141, 145
 - despliegue de atribuciones en, 108, 111, 118, 152
 - devolución constructiva en, 138-145
 - Epstein-Barr en, 114, 134, 147-159
 - esperanza en, 124, 125, 146
 - experiencia terapéutica negativa anterior en, 109-114, 150
 - explorar el mundo del cliente en, 107-118, 125
 - motivación del cliente en, 110
 - novio y, 114-121, 124, 125, 133-139, 141-145, 151, 153, 160, 164
 - objetivos en, 109, 114, 118, 123, 141, 147
 - perseverancia del cliente en, 113

- presentación de ideas en, 136-140
- proceso de invención en, 136
- relación terapéutica en, 110-114, 118, 124
- Tai chi y aikido en, 152, 154
- teoría del cambio en, 133
- validación en, 107, 109, 113-114, 117, 118, 125, 135, 137, 140
- vías hacia la imposibilidad en, 107-111, 118
- visualización en, 109, 152, 155, 154
- *Véase también* Personalidades múltiples
- National Chronic Fatigue Syndrome Association, 149
- National Institute of Mental Health (NIMH), 50
- Nemiah, J. C., 131
- NIMH, *véase* National Institute of Mental Health
- Nylund, D., 73

- Objetivos del tratamiento, 86
 - en el caso de Alice, 168
 - en el caso de Bob, 91-92
 - en el caso de Eileen y Richard, 250
 - en el caso de Jay, 210, 212, 219-220, 225
 - en el caso de Molly, 31-32
 - en el caso de Natalie, 109, 114, 118, 123, 141, 147
- O'Hanlon, W. H., 24
- Orientado hacia el cambio, estar, 88-91
- Orlinsky, D. E., 30, 36, 50, 80, 100
- Otelo, síndrome de, 166

- Paranoia conyugal, 166. *Véase también* Alice
- Parks, B. K., 11
- Parks, M. B., 263
- Parry, A., 100
- Pascal, Blaise, 203
- Patterson, C. H., 264
- Perry, S., 167
- Personalidades múltiples, 109-125, 130-164
 - descripción de, 112, 113
 - integración de, 158-159, 160, 163
 - proceso de acceso a, 115, 116-117, 122
 - recuperación del acceso de, 145, 147
 - retirada de, 125, 134, 135, 137
 - ruptura con, 110, 112, 114, 115, 116, 122, 125, 136
- Pesimismo del terapeuta, 62
- Problema, *véase* Demanda del cliente
- Psicoanálisis:
 - contratransferencia en, 24
 - crítica de, 24-25
- Psicofarmacoterapia del trastorno de personalidad límite, 207. *Véase también* Medicación
- Psicoterapia individual para el trastorno de personalidad límite, 205-206

- Rank, Otto, 25
- Receso de la sesión terapéutica, 64, 65
- Recuerdo:
 - bibliografía experimental sobre, 96
 - trastorno de identidad disociativa y, 131
- Recursos e ideas del cliente, 94
 - acomodación de, 45-49, 51, 80, 81, 82-83
 - en el caso de Alice, 79-80
 - en el caso de Eileen y Richard, 247
 - en el caso de Jay, 210, 222

- responsabilidad profesional, 11, 63
- tomar el pulso al terapeuta y, 67-68
- Relación terapéutica/alianza, 263
- acomodación de, 49-55, 80, 84-85, 169-170
- alterar visiones negativas de, 84, 111-112
- diferencial de poder en, 74-75
- en el caso de Alice, 168-169, 176, 184-185
- en el caso de Jay, 226
- en el caso de Natalie, 111-114, 118, 124-125
- explorar el mundo del cliente y, 80, 84-85
- factores en la evaluación positiva de, 84-85
- intervenciones y, 76, 95
- teoría de la contratransferencia y, 24-27
- teoría del cambio del cliente y, 56-57
- validación del cliente y, *véase* Validación del cliente
- valor de, 12
- Relacionarse con los objetos, 130
- Relajación:
 - en el caso de Natalie, 150, 154
 - para los terapeutas, 63
- Relajación muscular, 64
- Representación de un papel por parte de Katherine, 93-96, 102
- Resistencia del cliente, 26, 31, 34
- Resolución de problemas, *véanse* Solución al problema; Terapia orientada hacia las soluciones
- Responsabilidad profesional, 11-12, 19
- Richard, *véase* Eileen y Richard
- Rock, J. W., 95, 96
- Rogers, Carl, 14, 264
- Rosenbaum, R., 50
- Rosenberg, R., 207
- Rosenfeld, I., 97
- Rosenthal, D. L., 22, 33
- Rossi, E. L., 47
- Rusk, G. S., 12, 14, 263
- Russell, Bertrand, 24
- Sabotaje benevolente, *véase* Devolución constructiva
- Sadock, B. K., 167
- Salmon, P., 30
- Salovey, P., 20, 23
- Salvar la dignidad, 30, 35, 75
 - en el caso de Alice, 180, 195
 - en el caso de Jay, 228
- Science*, 21
- Segal, L., 55
- Selzer, M. A., 205
- Sesión terapéutica:
 - atención en, 65
 - primera, elementos básicos de, 86-92
 - receso de, 64, 66, 210-211
 - *Véanse también los casos en concreto*
- Shapiro, D. A., 36
- Shea, M. T., 206
- Shea, S. C., 167
- Shiang, J., 35
- Síndrome de Otelo, 166. *Véase también* Alice
- Singer, B., 49
- Sloane, R. B., 50
- Smith, M. L., 50
- Soloff, P. H., 207
- Solovey, A. D., 12, 14, 76, 223, 264
- Solución al problema:

- descubrimiento de, 92-96
- en el caso de Alice, 190-200
- en el caso de Molly, 46, 47-48, 83, 93
- explorar, 88-90
- hacer más de lo mismo como, 27-29
- Staples, F. R., 50
- Strauss, J. S., 71
- Strupp, H. H., 79
- Suzuki, Shunryu, 72

- Tallman, K., 47
- Técnica, valor de, 142, 264
- Técnica de «adopción de una identidad», 96
- Temerlin, M. K., 21
- Teoría del cambio del cliente:
 - acomodación a, 12, 41, 55, 80, 92-99
 - alianza terapéutica y, 56-57
 - definición, 44
 - descubrimiento, 40, 41
 - en el caso de Alice, 176, 180-182, 187-189, 201
 - en el caso de Jay, 213, 219, 222-223, 225, 229
 - en el caso de Natalie, 133
 - excepciones y soluciones y, 88-89, 93-96
 - explorar el mundo del cliente y, 80, 85-87
 - naturaleza de la demanda y, 86, 87
 - objetivos de tratamiento y, 87, 90-92
- Terapeuta, 61-76
 - afirmación de, 66
 - agotamiento de, 11
 - ansiedad de, 62, 64, 66, 67, 109, 131, 225, 253
 - como «alienígena», 85
 - compañerismo de, 75-75, 251, 264
 - contratransferencia de, 24
 - cultivar una mente de principante, 72-73, 109, 111, 212
 - dignidad del cliente preservada por, 74-76
 - efectos de atribución y, 20-23, 31, 32-33, 69-71, 108, 118, 152, 210
 - empatía y calidez de, 56-57, 52, 50, 48, 264
 - flexibilidad de, 84, 85
 - ideas presentadas por, 136-140
 - llamadas telefónicas a, 53
 - orientado hacia el cambio, 88-90
 - responsabilidad personal de, 11, 19
 - sugerencias de, 65, 76
 - tomar el pulso de, 62-68
 - validación del cliente y, *véase* Validación del cliente
 - y tomar notas, 86
 - *Véanse también los casos en concreto*
- Terapia:
 - breve, 35-36, 264
 - de la «solución forzada», 73
 - dialéctica conductual, 206
 - familiar, 207, 249, 264
 - marital, *véase* Eileen y Richard
- Terapia de grupo:
 - en el caso de Eileen y Richard, 248, 249, 255, 262
 - Gunderson, J. G., 205, 206, 207
 - Gurman, A. S., 35, 50, 56
 - para el trastorno de personalidad límite, 207
- Terapia orientada hacia las soluciones, 72
 - en el caso de Alice y, 77-78

- en el caso de Jay y, 203, 209, 222, 228, 242
- Teresa de Calcuta, 247
- TID, *véase* Trastorno de identidad disociativa
- TPL, *véase* Trastorno de personalidad límite
- Tomar notas, 85
- Tomarse el pulso, 62-68
 - acciones para ejercer sobre el cliente, 67-68
 - acciones para ejercer sobre uno mismo, 63-66
 - en el caso de Alice, 178, 180
 - en el caso de Natalie, 109, 114, 118, 150
 - equipo terapéutico y, 66, 114, 118, 150, 225, 254
- Trastorno de identidad disociativa (TID), 42, 129-163
 - perspectiva general de, 129-130
 - resumen de, 132-133
 - tratamiento de, 131-132, 264
 - *Véase también* Natalie
- Trastorno de personalidad límite (TPL), 42, 62, 130, 203-243
 - Barb y, 52-53, 84
 - conversación y, 79-84, 86-97
 - Eileen y Richard y, 251, 252
 - Erica y, 103-105
 - estereotipo de, 21
 - perspectiva general de, 204-205
 - psicofarmacoterapia de, 207
 - psicoterapia individual de, 205-206
 - terapia familiar y grupal de, 207
 - tratamiento de, 131-132, 204-208, 264
 - *Véase también* Jay; Katherine
- Trastorno de personalidad múltiple, *véase* Trastorno de identidad disociativa
- Trastorno delirante, 42, 165-202
 - con delirios de infidelidad, 166. *Véase también* Alice
 - perspectiva general de, 165-166
 - tratamiento de, 167-168, 265
- Trastorno paranoide, *véase* Trastorno delirante
- Trastornos del estado de ánimo, 165-166
- Trastornos psicóticos, 130. *Véase también* Trastorno delirante
- Tratamiento:
 - breve, 35-36, 264
 - eficiente, 35-38
 - orientado a la teoría frente a orientado al cliente, 13
 - para el trastorno de identidad disociativa, 130-131
 - para el trastorno de personalidad límite, 131, 203-208, 264
 - para el trastorno delirante, 166-167
- Tratamiento, fracaso de:
 - carga del cliente y, 183
 - en el caso de Alice, 170, 171, 174
 - en el caso de Eileen y Richard, 248-249
 - en el caso de Jay, 209-210, 218, 219, 226-230
 - en el caso de Natalie, 108-114, 150
 - exasperación del terapeuta con, 11
 - lecciones de, 12
- Tratamiento eficiente, 35-37, 61
 - efectividad y, 36-37
 - terapia breve frente a, 35-36
- Triangulación, en el caso de Molly, 31, 32, 34

- Truman, Harry, 74
 Turk, D. C., 20, 23
- Utilización frente a acomodación, 47
- Validación del cliente, 79, 100-105
 — de ideas y conductas inusuales, 100-102
 — en el caso de Alice, 170-174, 195, 201-202
 — en el caso de Erica, 104
 — en el caso de Jay, 209, 210, 212, 222, 224, 227, 240, 243
 — en el caso de Katherine, 102-103
 — en el caso de Natalie, 107, 108, 113-114, 118, 125, 135, 136, 140
 — requerimientos del terapeuta en, 100
 — resumen de, 106
- Valor de la técnica, 142, 264
- Veteranos:
 — clientes como, 39, 76, 202
 — dignidad y, 76
- Veteran's Administration, 35
- Violencia en el caso de Eileen y Richard, 251-257, 262
- Visualización en el caso de Natalie, 150-156, 159, 163
- Walker, J. I., 167
- Watzlawick, P., 27, 88
- Weakland, J. H., 14, 27, 28, 55
- Weinberger, J., 259
- Weiss, D., 50
- Whipple, K., 50
- Wittgenstein, Ludwig, 65
- Woodward, B., 208
- Wright, B. A., 20, 75
- Yorkston, N. J., 50
- Zeig, J. K., 26
- Zetzel, E. R., 205
- Zubin, J., 71

Los profesionales se encuentran a menudo con clientes que se resisten incluso a las más sofisticadas técnicas terapéuticas. No faltan teorías explicativas de su conducta, pero lo cierto es que ninguna sirve para aliviar sus dolencias. El tratamiento de estos sujetos se encuentra siempre en punto muerto. Y estos casos, que provocan una mezcla de compasión y exasperación, frecuentemente conducen a la creencia de que existen pacientes simplemente "imposibles".

Intrigados y cansados de estar siempre buscando nuevas técnicas, los autores de este libro se embarcan en la aventura de descubrir cómo aparece esta "imposibilidad" y cómo se puede cambiar su dinámica. Afirman que es posible conseguir el éxito incluso con los casos más difíciles, siempre y cuando la terapia se acomode al marco de referencia del cliente y se respete su teoría del cambio. También proporcionan numerosos ejemplos clínicos y varios casos transcritos en su totalidad, entre ellos un trastorno de identidad disociativa, un trastorno delirante y un trastorno de personalidad límite.

Barry L. Duncan es profesor del Departamento de Terapia Familiar de la Nova Southeastern University. **Mark A. Hubble** es fundador y ex director de la Brief Therapy Clinic en la Universidad de Missouri, en Kansas City. **Scott D. Miller** trabaja con el Brief Therapy Training Consortium de Chicago. Los tres también han coescrito *Escape from Babel: Toward a Unifying Language for Psychotherapy Practice*.

