

Masallá delmiedo

Superar rapidamente las fobias las obsesiones y el pánico

SUMARIO

| | |
|--|-----|
| Prólogo | 11 |
| | 1 |
| 1. El miedo, ese notorio desconocido | 13 |
| | 1 |
| Premisa | 1 |
| | 13 |
| Del miedo patológico es posible curarse rápidamente | 14 |
| Cómo reconocer cuándo el miedo se convierte en patología | 20 |
| Cómo se forma una patología fóbica | 23 |
| Miedo evitado, miedo incrementado | 26 |
| daña | 28 |
| La ayuda que da | |
| El control que hace perder el control | 30 |
| Controlar tan bien que ya no se puede dejar de hacerlo | 34 |
| Cuando los intentos de solución complican el problema | 36 |
| 2. Miedo, pánico, fobias: las formas del miedo patológico | 41 |
| Definir las patologías fóbicas | 41 |
| Las fobias simples | 43 |
| Las fobias generalizadas | 47 |
| Las obsesiones compulsivas | 50 |
| Las manías hipocondríacas | 53 |
| Las fobias postraumáticas | 54 |
| La ansiedad no es miedo, y viceversa | 56 |
| 3. El arte de la estratagema terapéutica | 61 |
| De las soluciones que complican a aquellas que resuelven los problemas | 61 |
| Filosofía y arte de la estratagema | 64 |
| Estrategias y estratagemas terapéuticas para el miedo | 70 |
| 4. Historias de terapias tan rápidas como eficaces | 83 |
| Premisa | 83 |
| La fobia a los excrementos | 84 |
| El miedo a hablar en público | 89 |
| La fobia a los espejos | 92 |
| La dependencia patológica: el miedo a estar solo | 95 |
| El miedo a alejarse | 97 |
| El miedo al miedo | 102 |

| | |
|--|-----|
| Las compulsiones mentales que persiguen | 106 |
| La fobia a la duda: la incapacidad de tomar decisiones | 107 |
| La fobia a las palomas | 112 |
| Auxilio, tengo un cáncer | 114 |
| Si quieres hacerlo, hazlo mejor | 119 |
| El miedo a volar | 124 |
| La fobia del postinfarto | 129 |
| La manía de ser feo | 134 |
| Epílogo | 145 |
| Bibliografía | 149 |
| | |

PRÓLOGO

No existe el valor en la naturaleza. En la naturaleza existe el miedo. Por eso es más fácil tener miedo que tener valor; el miedo viene por sí mismo, no es preciso ir a buscarlo.

V. G. Rossi

«Existen tantas realidades como puedan inventarse.» Parafraseando este aforismo de Oscar Wilde, podemos afirmar para introducirnos en el tema de este trabajo que «existen tantos miedos como puedan inventarse».

En efecto, el miedo como patología es un monstruo inventado por nosotros que luego nos espanta y persigue: como no existen límites a nuestra fantasía, tampoco existen límites a nuestra capacidad de inventarnos miedos. Sin embargo, precisamente en tanto que construcción nuestra, el miedo patológico puede ser desestructurado y superado por nosotros. De manera metafórica, si en mi mente evoco un fantasma y luego escapo, éste seguirá espantándome mortalmente; pero si después de haberlo evocado no huyo, sino que lo toco, se desvanecerá.

Mi experiencia de terapeuta e investigador que desde hace más de quince años trabaja sobre los trastornos fóbicos aplicando con éxito el fruto de las propias investigaciones, respecto de cada vez más rápidas y eficaces formas de terapia, me «obliga» a expresar de forma divulgativa el fruto de esta prolongada experiencia, puesto que, al leer la miríada de publicaciones divulgativas, de autoayuda o de propuestas de terapias alternativas que pululan en los últimos tiempos por las librerías, he observado una enorme confusión sobre el tema y, sobre todo, una serie de peligrosas «creencias divulgadas».

El objetivo de este texto, por tanto, es aclarar al gran público cuáles son las distintas manifestaciones del miedo patológico, cómo se forman, cómo se mantienen y cómo pueden ser resueltas en poco tiempo.

Capítulo 1

EL MIEDO, ESE NOTORIO DESCONOCIDO

A lo que más miedo tengo es al miedo mismo.
MICHEL DE MONTAIGNE

Premisa

Herman Hesse escribe: «La raíz de todos nuestros miedos es la ignorancia, el miedo del paso incierto y de caminar en el vacío». Esta sugestiva definición podría acompañarse con muchas otras expresiones literarias y formulaciones científicas, puesto que el miedo, al ser una emoción primaria y arcaica, desde siempre ha evocado en el hombre el deseo de conocerlo y controlarlo. Por eso, definir claramente qué es útil saber respecto de las patologías basadas en el miedo es, desde mi punto de vista, el primer paso fundamental para dar una contribución de verdad útil al lector interesado, puesto que, como veremos en las siguientes páginas, se han difundido toda una serie de presuntos conocimientos, considerados útiles por el sentido común, que no sólo no sirven, sino que la mayoría de las veces son desorientadores y contraproducentes, por cuanto en vez de ayudar a encontrar soluciones al problema conducen a nuevas complicaciones.

Por tanto, en los siguientes párrafos se expondrán esas formas de saber, directamente derivadas de la experiencia tanto clínica como de la investigación aplicada, que pueden arrojar una clara luz sobre ese, complejo fenómeno psicológico, biológico y social que es el miedo como patología.

Por lo demás, ya Jiddu Krisnamurti afirmaba en su tiempo que «el miedo es la incertidumbre en busca de seguridad».

Del miedo patológico es posible curarse rápidamente

Nunca somos tan miedosos o atrevidos como imaginamos ser.
LA ROCHEFOUCAULD

Hace algunos años fui invitado a un programa de televisión con tomas en directo desde la terraza de uno de los más altos rascacielos de Nueva York, la Carnegie Tower. El objetivo de aquel programa era tratar la experiencia de la altitud. Por tanto, pocos lugares habrían sido más adecuados que una gran terraza a más de 300 metros sobre la enorme Gran Manzana. Entre los argumentos que tratar, los autores del programa seleccionaron también el del miedo a las alturas, la llamada acrofobia: ese tipo de trastorno que impide a una persona estar en un sitio elevado, debido a su terror a perder el control y caer desde lo alto, o incluso a ser atraído por el vacío y acabar arrojándose a él. Originariamente mi tarea era tratar dicho argumento, explicando las peculiaridades de este tipo de trastorno y las eventuales indicaciones terapéuticas. Pero, una vez allí, antes de las tomas me encontré ante una situación bastante extraña. La presentadora del programa, quien habría debido desplazarse a lo largo y a lo ancho de la terraza de la Carnegie Tower, asomándose a las barandillas para seguir a los huéspedes, aficionados a los deportes de riesgo que ponían en práctica sus peripecias, presentaba un gran problema. Desde hacía décadas estaba afectada por una grave forma de acrofobia; en otros términos, no estaba en absoluto en condiciones de moverse por la terraza y aún menos de asomarse, por el terror a caer al vacío. En esta situación, quizá contagiado por la presencia de los aficionados a los deportes de riesgo, se me ocurrió la «loca» idea de intentar que la presentadora superara en directo su prolongada fobia. A los autores del programa les gustó la idea, porque para ellos, tuviese éxito mi empresa o no, el espectáculo estaría garantizado. Así, la propuesta tomó forma.

Barbara, la presentadora, llegó acompañada por el otro presentador al centro de la gran terraza. En aquel momento le pedí que siguiera al pie de la letra mis instrucciones: «Bien, Barbara..., cruza tus manos apretándolas por delante de ti. Veo que el pulgar que queda espontáneamente arriba es el derecho; invierte la posición, pon el izquierdo arriba y presiona con fuerza; presiona con fuerza hasta hacerte daño; bien... ahora cierra los ojos y trata de imaginar todas tus peores fantasías sobre el hecho de encontrarte en el alféizar de esta terraza, de perder el control y de arrojarte al vacío. Imagina toda la escena y sigue presionando con tu pulgar izquierdo sobre tu pulgar derecho hasta hacerte daño. Ahora abre los ojos y sígueme».

De esta manera nos encaminamos hacia el alféizar. Llegados a unos diez pasos de éste le pedí a Barbara que se volviese y viniera en mi dirección, caminando hacia atrás hasta sentir el contacto de su espalda con el alféizar. En este punto le prescribí lo siguiente:

Muy bien, Barbara... ahora detente aquí, sigue presionando fuerte con tu dedo, cierra los ojos e imagina que podrías ser atraída por el vacío y arrojarte abajo..., ahora suspira profundamente, presiona con fuerza tu pulgar izquierdo sobre tu pulgar derecho y lentamente vuélvete y mira...

La presentadora se volvió completamente encontrándose cara a cara con el vacío y con toda la ciudad de Nueva York desde lo alto. Le pedí que describiera qué sentía y ella, sonriendo como un niño que descubre algo agradable, exclamó que estaba mirando la ciudad desde lo alto disfrutando del espectáculo sin tener ningún miedo. Después de esta respuesta, le pedí que abriera las manos, liberándolas, y que diera algunos pasos hacia atrás para luego volver a asomarse en posición del todo natural. Así lo hizo, aún más complacida al mirar a lo largo, a lo ancho y hacia abajo, sin sentir ningún miedo.

Después de esta experiencia, Barbara no sólo estuvo en condiciones de conducir brillantemente el programa sino que, en uno de los capítulos sucesivos, bajó más de 60 metros, atada con una cuerda, por el hueco de una gruta con un grupo de espeleólogos.

Barbara me telefoneó algunos días después, agradecida de corazón, contándome que le parecía de verdad imposible que en pocos minutos de «terapia» hubiera podido superar del todo su persistente e inhabilitadora fobia.

Este episodio real, que tuvo lugar delante de millones de telespectadores, no quiere ser, desde luego, una presuntuosa exhibición de mérito, sino sólo una sugestiva introducción al tema central de esta exposición: el hecho de que incluso la más arraigada fobia puede ser desbloqueada y resuelta rápidamente. También es importante subrayar que este tipo de intervención, «aparentemente mágica», no es en absoluto una forma de magia, sino sólo la aplicación «extremada» de rigurosas y repetibles técnicas terapéuticas puestas a punto durante el trabajo con miles de casos de personas afectadas por graves trastornos fóbico-obsesivos.

En efecto, la primera forma de conocimiento de verdad importante que el lector interesado debe hacer suya es que las patologías fóbicas en todas sus formas, desde los miedos concretos a las fobias generalizadas, pueden ser curadas y resueltas eficazmente y en poco tiempo. Las investigaciones de Isak Marks (1978-1998), por ejemplo, han demostrado desde los años setenta, que una terapia bien construida estaba en condiciones de resolver en el curso de unos seis meses cerca del 70% de los trastornos fóbicos; los trabajos de Barlow (1990), actualmente conocido como uno de los máximos estudiosos de la especialidad, demuestran claramente que el

83% de los casos de trastornos fóbicos pueden resolverse eficazmente con una terapia que no supere los doce meses. Las investigaciones de este autor demuestran repetidamente cómo, mediante una forma de tratamiento construido ad hoc, el 88% de los casos de patología fóbica generalizada (Nardone, 1993, 1998; Watzlawick-Nardone, 1997) se resolvió con una duración media de siete sesiones (dos o tres meses). Incluso en algunas formas de trastorno fóbico, como la agorafobia y los ataques de pánico, se alcanzó el 95% de casos resueltos (Nardone, Watzlawick, 2000) siempre en el curso de pocos meses.

Estos datos no quieren ser, desde luego, una vez más, una exhibición de las capacidades de ilustres estudiosos y terapeutas, sino una importante declaración orientada a aquellos que, siguiendo la estela de creencias o, peor, de mistificadoras publicaciones sobre el tema, consideran que es imposible curarse definitivamente de los ataques de pánico o de un trastorno obsesivo-compulsivo, puesto que tales falsos conocimientos conducen a quien está afectado por este tipo de trastorno, por encima de todo, a la desesperada resignación caracterizada por la pérdida de la esperanza de no poder curarse nunca y vivir libre de las cadenas del miedo. Por tanto, dar a conocer que la investigación científica de tipo empírico-experimental en el ámbito clínico demuestra inequívocamente que es posible curarse tanto de los miedos concretos como de los trastornos fóbicos generalizados despeja el terreno de la desesperación al tiempo que abre a todas las personas afectadas por estas patologías la posibilidad de superar los límites dentro de los cuales el miedo los bloquea.

Al respecto, la American Psychological Association, en su último informe relativo a los resultados de las terapias sobre los trastornos psíquicos y de la conducta (Hubble-Miller-Duncan, 1999), muestra claramente que cerca del 50% de los pacientes puede curarse mediante terapias de entre cinco y diez sesiones de duración (dos-tres meses); el 25% con terapias de entre diez y veinticinco sesiones (tres-ocho meses); y sólo el restante 25% requiere terapias más prolongadas. Los autores afirman con claridad que estos datos oficiales no son, desde luego, una toma de posición en favor de las así denominadas «terapias breves», sino que, más allá de los prejuicios ideológicos y de los intereses corporativos, esto representa exponer la realidad de los hechos. Lo que significa que la mayoría de las patologías pueden curarse rápidamente y no necesitan, pues, ni de psicoterapias que duren muchos años, ni de permanente dependencia de psicofármacos, sino más bien de pragmáticas y claras terapias psicológicas construidas ad hoc. Por consiguiente, esta nueva y nítida demostración abre la posibilidad, para la mayoría de las personas afectadas por estos trastornos, de poder ser curadas sin excesivos costes económicos y existenciales. En efecto, es bueno aclarar que el coste más elevado que paga una persona bloqueada por el miedo al someterse a una terapia no es, desde luego, el económico, sino el existencial, en tanto que su vida está limitada y condicionada por el miedo. Por ejemplo: una persona agorafóbica, que no está en condiciones de salir sola, ni de quedarse sola, paga al miedo el tributo de la propia posibilidad de vivir; en la misma línea una persona obsesionada por el hecho de tener una enfermedad, la hipocondríaca, no consigue disfrutar de su existencia porque está continuamente atenazada por el miedo a la enfermedad; así como el sujeto obligado por una fobia a repetir complicados rituales obsesivos pierde la mayor parte de su tiempo intentando defenderse de la fobia, convirtiéndose literalmente en un esclavo de sus obsesiones.

En todas estas situaciones, la diferencia entre la posibilidad de ser curados eficazmente en mucho o en poco tiempo reside en la calidad de la vida vivida por estos sujetos. Por desgracia, durante décadas los estudiosos de las terapias de la mente han subestimado la importancia de la eficiencia de una intervención terapéutica, cuando en realidad ésta hace que una intervención eficaz sea aún más válida, en el plano del éxito terapéutico, en tanto que devuelve lo antes posible a la persona tratada la libertad de disfrutar de la vida. El primer conocimiento útil para quien tiene problemas relativos a miedos, pánico y fobias, por tanto, puede ser resumido por un aforismo de Honoré de Balzac: «La resignación es un suicidio cotidiano», y con una cita de Shakespeare: «No existe noche que no vea el día».

Cómo reconocer cuándo el miedo se convierte en patología

Un día las liebres se reunieron y se lamentaron de su triste suerte: ¡tener que sentir miedo de todos! De los hombres, de los perros y de todos los demás animales.
¡Mejor morir de una vez por todas que vivir con tanto miedo! Tomada esta decisión, todas las liebres corrieron hacia un estanque para arrojar a él y ahogarse. Pero las ranas, que estaban quietas en torno al estanque, apenas advirtieron las pisadas de las liebres, saltaron al agua.

Entonces una liebre más sabia que las otras dijo:

«¡Valor, compañeras! ¿Habéis visto? ¡Animales hay que tienen miedo incluso de nosotras!».

Como nos invita a considerar esta deliciosa historia contada por P. Pancrazi, el miedo como emoción psicobiológica no es, de por sí, una forma de patología; al contrario, es una emoción fundamental para la adaptación de los animales y de los seres humanos en su ambiente. Sin una dosis de miedo no se sobrevive, puesto que ésta es la reacción que nos alerta ante los peligros reales y nos permite afrontar tales situaciones después de haberlas reconocido como peligrosas. En efecto, la idea que hay que refutar es que un ser humano

puede no tener miedo, dado que esto lo volvería un autómatas y no un ser vivo.

Sin embargo, como otras reacciones psicofisiológicas, cuando el miedo supera un cierto umbral, el ser humano se bloquea y se vuelve incapaz de reaccionar de forma idónea de acuerdo con los acontecimientos. Por tanto, lo que marca la diferencia entre el miedo como emoción natural útil y el miedo como reacción patológica es que el primero incrementa nuestra capacidad para manejar la realidad mientras que el segundo, por el contrario, limita o incluso anula esta capacidad, encadenando a la persona dentro de la prisión del pánico.

Más allá de una forma de diagnosis más sofisticada, el criterio más importante para definir una patología fóbica es precisamente el nivel de impedimento existencial a que obliga a quien está afectado por ella. En efecto, existen formas de este trastorno que sólo impiden vivir ciertas situaciones (las fobias simples): por ejemplo, el miedo a las serpientes, el miedo al agua, el miedo a los lugares cerrados, el miedo a volar, etc.; otras que bloquean completamente al individuo (fobias generalizadas) y le impiden vivida mayoría de las experiencias: por ejemplo, el síndrome de los ataques de pánico o las obsesiones compulsivas, la agorafobia y las manías hipocondríacas.

La diferencia entre las fobias simples y las fobias generalizadas reside, fundamentalmente, en el grado en que se ha estructurado la percepción del miedo, es decir, cuánto ha penetrado éste en la relación del sujeto con su realidad y cuánto, en consecuencia, la limita. Como veremos más adelante, esta diferencia de nivel se convierte también en una diferencia de calidad del miedo, pero para el tema de cómo reconocer cuándo el miedo se convierte en patológico, estimo esencial enfocar la atención en los límites y en los impedimentos que el miedo impone al sujeto.

Siguiendo esta estela se puede considerar patológica una forma de miedo que nos impide desarrollar nuestras capacidades y llevar a cabo nuestros deseos. Mientras el umbral de esta emoción no se convierta en inhabilitador, en el sentido de que realmente bloquea al sujeto en relación con algunas experiencias, tal emoción no debería ser considerada un trastorno que necesite ser curado.

Sólo cuando la percepción amenazante de la realidad —y por realidad entendemos cualquiera de nuestras experiencias, tanto interiores como exteriores— se convierte en inhabilitadora y limitadora nos encontramos ante una forma de patología que necesita ser tratada. Al respecto, no se debe subestimar el hecho de que cuando una persona empieza a restringir sus experiencias sobre la base del miedo éste tiende a ampliarse y a limitar cada vez más las experiencias hasta convertirse en una incontrolable fobia generalizada. De cuanto se ha expresado hasta aquí, puede quedarle claro al lector que en realidad la autodiagnosis de un trastorno fóbico es bastante sencilla de efectuar: basta medir hasta qué punto nuestros miedos nos impiden llevar a cabo nuestros deseos y desarrollar nuestras capacidades. Para hacerlo no es necesaria la ayuda de ningún especialista, puesto que cada uno puede ser el mejor diagnosticador de sí mismo. Está claro que, una vez detectado que el miedo ha superado el umbral de la reacción de adaptación y se convierte en reacción de desadaptación, se hace necesaria la intervención del especialista. Por lo demás, como escribe Anais Nin: «La vida se restringe o se expande en proporción a nuestro valor» o, por el contrario, a nuestro miedo.

Como se forma una patología fóbica

Tampoco los animales ignoran el miedo, sin duda. Pero lo que ellos sienten está mucho más acá de aquello que el hombre puede conocer del miedo. En efecto, las notables facultades de representación y de imaginación del hombre lo convierten en el principal artífice de sus terrores y, al mismo tiempo, en el propagador de los ajenos.

P MANNONI

Respecto de cómo puede formarse una patología fóbica existen muchas y diversas teorías en el ámbito de la psicología y de la psiquiatría, algunas de las cuales se encuentran en nítida oposición. Según una perspectiva psicoanalítica, se considera que un trastorno actual es el producto de traumas remotos en la infancia; desde el punto de vista de la psiquiatría biológica, se considera que un trastorno fóbico-obsesivo severo es el producto de una alteración genética en el organismo del sujeto; desde una posición de tipo cognitivista, se cree que esta patología es el fruto de una evolución disfuncional de las relaciones de «apego y separación» durante el crecimiento del paciente; y según la óptica mecanicista-conductual, una patología fóbica deriva siempre y en cualquier caso de condicionamientos ambientales. La lista de perspectivas podría ser muy larga, pero desde mi punto de vista lo importante es que el lector tenga presente que la realidad cambia si se la mira desde diferentes puntos de vista y con distintas lentes. Así que los mismos fenómenos, observados desde perspectivas teóricas distintas y analizados con lentes deformantes para que sean coherentes con una determinada teoría de referencia, conducen a ver realidades diferentes en el interior de la misma realidad. Como en la metáfora india de los cinco ciegos en torno al elefante —quienes afirman mediante su limitada percepción que el elefante es, según el sujeto: una cosa larga y estrecha, la cola; una cosa ancha, grande y gruesa, el tronco; una cosa rugosa y flexible, la trompa—, así, las distintas perspectivas psicológicas y psiquiátricas ofrecen, de los trastornos fóbicos, una imagen fuertemente condicionada por los presupuestos teóricos en los que se basan dichas perspectivas (Salvini, 1988-1993; Nardone, 1994a). Por desgracia, a menudo todo esto conduce a rígidas y dogmáticas premisas por parte de

los terapeutas, de las que pagan el pato los pacientes. En otros términos, se debe destacar que, para los doctores de la mente, no pocas veces vale la regla hegeliana según la cual «si los hechos no concuerdan con la teoría tanto peor para los hechos».

De acuerdo con George Lichtenberg, «la mejor prueba de la validez de una teoría es su aplicación»; por tanto, considero que, antes de asumir una de las tantas teorías causales respecto de las patologías fóbicas, se deben valorar ante todo los efectos de su aplicación directa a los problemas a que se refiere. Esta premisa básica me ha conducido, hace muchos años, al rechazo de cualquier posición teórica rígida y a estar mucho más atento a la observación empírica de los fenómenos fóbicos y al reconocimiento de qué «sucesos provocados» estaban en condiciones de cambiarlos: qué técnicas de intervención terapéutica estaban de verdad en condiciones de hacer que las personas afectadas superaran este tipo de patologías. Mi trabajo de investigación, por consiguiente, se ha orientado en la dirección de encontrar soluciones efectivas para estos problemas, experimentarlas sobre una casuística muy amplia, construyendo variantes técnicas ante las distintas formas de patología fóbico-obsesiva detectadas. De este modo, el modelo terapéutico ha sido ajustado y construido a medida de la estructura del trastorno y de las estrategias que resultaron eficaces, y no sobre la base de una teoría que respetar a Píndaro. Por consiguiente, la teoría se ha llegado a construir a partir de la puesta en evidencia empírica del funcionamiento de los problemas y de sus soluciones, y no al revés.

En consecuencia, cuanto se expone a continuación sobre la formación de las patologías fóbicas es el fruto de esta rigurosa metodología de investigación que ha llevado a indiscutibles resultados empíricos.

Como el lector enseguida podrá observar, al tratar este argumento no se va en busca de oscuras, complicadas y profundas causas, sino en línea con la afirmación de Oscar Wilde: «El verdadero misterio es lo que se ve y no lo invisible». Nos centramos en «cómo» cada persona, sin darse cuenta, «construye» la trampa en la que entra y de la cual ya no consigue salir sola. Como Emil Cioran, literato que conocía bien las obsesiones y las fobias, escribe: «El miedoso edifica sus terrores y luego se instala en ellos».

Miedo evitado, miedo incrementado

Llevo conmigo las heridas de las batallas que he evitado.
E PESSOA

La investigación empírica muestra claramente (Barlow, 1990; Marks, 1978-1998; Nardone, 1988-1993) que la mayoría de aquellos que sufren un trastorno basado en el miedo, sea éste una fobia o un síndrome de ataques de pánico, tienen en común una estrategia conductual redundante: «la evitación». En otros términos, estas personas tienden a evitar todas las situaciones o condiciones que puedan ser asociadas al surgimiento del miedo incontrolable.

Esta estrategia tendente a reducir los efectos tan desagradables del miedo es, en realidad, una trampa mortífera, puesto que conduce gradualmente al sujeto a incrementar las evitaciones hasta la completa incapacidad típica de los trastornos fóbicos generalizados.

En efecto, cada evitación confirma la peligrosidad de la situación evitada y prepara la siguiente evitación. Esta espiral de progresivas evitaciones produce el incremento, no sólo de la desconfianza en los propios recursos, sino también de la reacción fóbica del sujeto, de manera que el trastorno se vuelve cada vez más inhabilitador y limitador.

La confirmación de esto, en sentido empírico, está representada por el hecho de que si se consigue bloquear esta espiral de evitaciones progresivas y se conduce a la persona a exponerse otra vez a las situaciones hasta entonces evitadas, el trastorno fóbico se desbloquea y el miedo se reduce al mismo ritmo que la recuperación de la confianza en las propias capacidades personales.

Como veremos más adelante, obtener esto en personas realmente bloqueadas por el pánico no es en absoluto fácil y se hace necesario recurrir a sugestivas estrategias terapéuticas (Nardone, 1988, 1993-1996; Watzlawick-Nardone, 1997; Nardone, 1998). Sin embargo, por lo que concierne al «cómo» una persona puede darse cuenta de la estructuración de una verdadera patología fóbica, la primera observación que se debe realizar es detectar si se ha activado la espiral perversa de la tendencia a la evitación.

La ayuda que daña

El camino del infierno está pavimentado de buenas intenciones.

F. NIETZSCHE

Por lo general, cuando una persona impulsada por el miedo entra en el círculo vicioso de las evitaciones, muestra también la activación de otra estrategia contraproducente: la solicitud de ayuda, o sea la tendencia a estar siempre acompañados y apoyados por alguien, preparado para intervenir en caso de crisis de pánico o de pérdida de control.

Esta estrategia, como la precedente, también tiene el efecto inicial de confortación, pero luego conduce al agravamiento del miedo y de sus efectos limitadores y sintomáticos, puesto que precisamente el hecho de necesitar de alguien al lado, listo para intervenir en su ayuda, confirma al sujeto necesitado su incapacidad para afrontar las situaciones y manejar las propias reacciones. Como en la tendencia a la evitación, la solicitud de ayuda tiende a generalizarse, hasta convertirse en una necesidad absoluta y conducir a la persona a las más severas formas de trastorno fóbico, o sea, a no estar ya en condiciones de permanecer solo.

Es importante subrayar que también en este caso, si se consigue que el sujeto desbloquee el círculo vicioso de solicitud de ayuda, se observa una casi «mágica» reducción del miedo y del pánico, así como un incremento de su confianza en los propios recursos. Pero, como veremos, para obtener este desbloqueo, es necesario, aún más que en el caso anterior; el arte de la estrategia terapéutica (Nardone, 1993-1999).

Lo que aquí debe subrayarse, de todos modos, por lo que respecta a la formación de una patología fóbica, es que la investigación empírica y experimental demuestra claramente que si una persona, siguiendo la estela del miedo, empieza a evitar las situaciones vividas por él como amenazantes y pide sistemáticamente ayuda, en el curso de algunos meses se creará una verdadera patología fóbica.

En otras palabras, construye la realidad que luego sufre. Cada uno de nosotros puede construirse esta trampa, entrar dentro de ella y no estar ya en condiciones de salir solo.

Todo esto, como comprenderá el lector, desmonta todas las teorías deterministas, psicodinámicas o biológicas sobre la formación de los trastornos fóbicos, en tanto que éstos constituyen una gradual «construcción de realidad» que lleva a cabo el sujeto mediante la aplicación reiterada de estrategias orientadas a la protección del miedo y que, no obstante, han producido el efecto contrario.

Por lo demás, como afirmaba Oscar Wilde: «La mayoría de las veces, con las mejores intenciones se obtienen los peores resultados».

Sin embargo, tan cierto es que somos sumamente capaces de complicarnos la vida mediante nuestros «intentos de solución» como lo contrario. O sea, el hecho de que cambiando de estrategias podemos obtener los resultados opuestos. En efecto, como veremos, el trabajo desarrollado por el autor de este ensayo en los últimos diez años ha llevado a la construcción de eficaces y eficientes protocolos específicos de tratamiento de los trastornos fóbicos, basados precisamente en el cambio de los fallidos «intentos de solución» de los pacientes.

La tendencia a la evitación y a la solicitud de ayuda representa, pues, el usual guión conductual de los sujetos fóbicos y, como hemos descrito, este reiterado intento de manejar el miedo es lo que mantiene y hace empeorar el trastorno. Por tanto, la puesta en evidencia de este modelo reiterado de percepciones y reacciones puede ser considerado el modo más eficaz de reconocer la constitución de una patología fóbica. Si el sujeto no consigue desbloquear solo este modelo patógeno de interacción con su realidad, necesita ayuda especializada.

El control que hace perder el control

Si te lo concedes puedes renunciar a él, si no te lo concedes será irrenunciable.

Cuanto se ha expuesto hasta aquí, sin embargo, no agota la observación empírica y experimental sobre la constitución de los trastornos basados en el miedo, puesto que existen algunas variantes que poseen peculiaridades de formación y persistencia aparentemente similares pero distintas de aquellas antes descritas. En la investigación, así como en la práctica clínica, en efecto, se observa en los últimos años un número creciente de tipologías de patología fóbica basadas en guiones perceptivos-reactivos no reconducibles sólo a la tendencia a la evitación y a la solicitud de ayuda, sino sobre todo al fallido y reiterado intento de control, por parte del sujeto, de las propias reacciones, sean fisiológicas o bien conductuales, así como de la realidad circundante.

En este caso precisamente el excesivo intento de control es el que hace perder el control. El ejemplo más iluminador de este disfuncional modelo de percepción y reacción está representado por los llamados hipocondríacos, quienes, al intentar controlar continuamente el propio organismo en busca de señales indicadoras de una enfermedad en curso, acaban por producir sensaciones espantosas que los aterrorizan. El control voluntario y mental de funciones orgánicas espontáneas altera estas últimas, las cuales, a su vez, producen el miedo al surgimiento de una grave enfermedad.

En otras palabras, estas personas evocan el fantasma que los aterroriza.

Haga el lector un experimento: comience escuchando el propio latido del corazón tratando de controlar el ritmo voluntariamente; después de unos segundos se dará cuenta de que éste se ha alterado. Si es una persona con tendencia a preocuparse por su salud, empezará a tener miedo de que su corazón se acelere hasta sufrir un

colapso.

Los sujetos hipocondríacos son unos verdaderos funámbulos en la creación de síntomas físicos, que luego los espantan.

En efecto, su obsesiva tendencia al control del propio cuerpo crea los síntomas de los cuales dan inmediatamente una interpretación patógena. En consecuencia, empiezan por lo general su procesión de exámenes clínicos diagnósticos en busca de la oscura patología que anida en su organismo.

Lo más sorprendente, en este caso, es que, ante cada respuesta diagnóstica negativa, el sujeto que ha entrado en la espiral de la hipocondría responde casi con desagrado, como si le disgustara no encontrar nada enfermo en su cuerpo. Sin embargo, tras unos momentos empiezan a dudar de los exámenes realizados y quieren hacer otros o repetir los mismos. Como comprenderá el lector, esta búsqueda obsesiva de síntomas patógenos, activada primero con una especie de continuo auto check up, luego con la procesión de consultas médicas y exámenes diagnósticos, en el curso de algunos meses conduce a la persona a la formación de un estructurado trastorno fóbico generalizado basado en el miedo a tener una oscura enfermedad.

Esta situación se forma y se mantiene partiendo del intento de solución mediante el control centrado en la propia salud. En efecto, en nuestras investigaciones empíricas resulta que esta tendencia se desarrolla, primero, sobre el impulso de dudas relativas a la propia salud, que luego el sujeto, mediante la reiteración del control y de la búsqueda de exámenes diagnósticos, construye como una verdadera «certeza fóbica». También en este caso, como los trastornos anteriormente descritos, una vez que la persona ha creado la modalidad perceptiva reactiva automatizada del control y de la búsqueda de control especializado, se hará necesario un tratamiento terapéutico, pues no podrá salir por sí sola de la trampa que se ha construido y en la cual ha entrado. En efecto, para hacerlo, como el fantástico barón de Münchhausen, que cayó en el pantano con su caballo, debería salir tirando de sí mismo hacia arriba, tomando fuertemente la coleta de su melena y con el caballo apretado entre sus rodillas.

En los últimos años se observa también un incremento del trastorno de ataques de pánico, caracterizado por una progresiva evolución, que parece funcionar de manera análoga. Esto significa que la patología de pánico se constituye mediante una progresiva tendencia obsesiva al control del propio organismo y de la propia mente que produce la pérdida de control. Por tanto, la espiral de formación de este trastorno funciona del mismo modo que la anterior, con la diferencia de que, en este caso, la persona tiende a querer mantener el control de las propias reacciones de miedo que desencadenan los síntomas fisiológicos. Pero como ya se ha expuesto, precisamente este esfuerzo por controlarse provoca literalmente los síntomas que luego hacen perder el control. O sea el miedo al miedo que produce el pánico.

Imagine el lector que se encuentra en medio de una multitud y comienza a plantearse si se siente mal. La reacción natural será prestar atención a las propias reacciones fisiológicas: el latido del corazón, el ritmo respiratorio, el equilibrio, etc. Esta forma de control localizada de las funciones fisiológicas espontáneas conducirá a la alteración de al menos una de éstas, lo que provocará miedo; el miedo incrementará las alteraciones fisiológicas y viceversa. En este punto, la espiral de alimentación circular y retroactiva, entre miedo y reacciones fisiológicas alteradas, puede ir en escalation hasta una crisis de pánico si el sujeto no interrumpe este círculo vicioso basado en el intento de controlar las propias reacciones.

Por tanto, para la formación de un trastorno generalizado de pánico, el criterio de formación es también el del «control que hace perder el control».

Al respecto, parece iluminador el ejemplo naturalista propuesto por Igor Sikorsky: «Según respetados textos de aeronáutica, el abejorro no puede volar a causa de la forma y el peso de su cuerpo en relación con la superficie alar. Pero el abejorro no lo sabe y por eso sigue volando».

Controlar tan bien que ya no se puede dejar de hacerlo

Los cisnes meten continuamente la cabeza bajo el agua por su obsesión de que tienen los cordones desatados.

R. BERTOLÁ

Además de las modalidades descritas hasta aquí, a través de las cuales el sujeto construye y mantiene su patología fóbica, la investigación y la praxis clínica nos plantea una nueva variante: la típica de las personas afectadas por trastornos obsesivos compulsivos. O sea: las personas que sobre la base de una fobia empiezan a poner en práctica rituales de protección o propiciatorios, encaminados a combatir la fobia o a hacer que ésta no se presente. El ejemplo más de moda en los últimos años son aquellas personas que, por miedo a contraer el sida, se lavan y desinfectan continuamente, hasta convertir esta exigencia en una irrefrenable compulsión, siempre que tienen la sospecha de haber prolongado un contacto peligroso.

El otro ejemplo, mucho más frecuente, está representado por las personas que, ante la duda de no haber hecho algo bien, controlan y vuelven a controlar repetidamente sus acciones y las tareas realizadas, hasta

convertir su vida en una cadena infinita de repeticiones y de controles y rituales. En este caso, lo que se observa como actitud y comportamiento reiterados uo es sólo la tendencia al control, y en algunos casos la evitación y la solicitud de ayuda, sino la constitución de secuencias ritualizadas de acciones o pensamientos tendentes a tranquilizar al sujeto respecto del éxito de sus acciones y tareas. Esta tendencia, en los casos más graves, conduce a las personas a una vida salpicada de rituales; es más, su misma existencia se transforma en un continuo ritual hasta el punto de que, habitualmente, estos pacientes no hablan de su fobia originaria como problema, sino de su incapacidad para interrumpir los rituales a los que ellos mismos se han obligado.

En otros términos, mientras que para el trastorno hipocondríaco y los ataques de pánico el intento de solución del control conduce a la pérdida total del control y, por tanto, a la reacción fóbica, en el caso de las compulsiones obsesivas, el intento de control parece tan exitoso que el sujeto no puede prescindir de él, incluso cuando éste no es necesario.

Para el síndrome de obsesiones compulsivas la formación de la patología, en la mayoría de los casos, comienza también con dudas o sucesos mínimos a los cuales la persona trata de reaccionar con la repetición de controles o de acciones tendentes a la confortación, que luego gradualmente se amplifican y se exacerban hasta convertirse en compulsiones irrefrenables (Nardone, 1993).

Si la persona que empieza a poner en práctica controles rituales consigue bloquear en el momento de su formación estas tendencias compulsivas, la patología no se estructura, pero si avanza en esta dirección, bastan pocos meses, como en los casos precedentes, para llegar a la constitución de un trastorno fóbico generalizado, que para ser resuelto necesitará una intervención especializada. En este caso vale la máxima de Epicuro, quien hace muchos siglos sostenía: «Nadie elige el mal sabiendo que es un mal, pero en él queda atrapado si, equivocadamente, lo toma por un bien respecto de un mal mayor».

Cuando los intentos de solución complican el problema

A menudo el miedo a un mal nos lleva a un mal peor.

BoILEALT

En este punto el lector se habrá percatado de cómo se forman y constituyen las patologías fóbicas más importantes: el síndrome de ataques de pánico, la agorafobia y otras formas de fobia generalizada, el trastorno hipocondríaco y las obsesiones compulsivas. Si quisiéramos resumir con una analogía literaria estos procesos, serían pocas las representaciones más idóneas que este relato de Hubert Benoit:

Un hombre está de puntillas en una pequeña habitación oscura y vacía, los brazos estirados hacia arriba, las manos aferradas a las barras de la pequeña ventana, única fuente de luz de la habitación. Si se aferra con firmeza e inclina hacia atrás la cabeza, puede ver un pequeño rayo de sol entre las barras superiores. No quiere correr el riesgo de perderlo de vista. Y así sigue tendiéndose hacia el rayo de sol, firmemente aferrado a las barras. Está tan empeñado en el esfuerzo de no perder de vista ese resplandor de luz vital que no se le ocurre soltarse y explorar el resto de la celda. Así nunca descubrirá que la puerta del otro extremo de la celda está abierta y que él es libre. Siempre habría podido salir a la luz del día, con sólo haberse soltado.

Queda igualmente claro que, desde esta perspectiva, no existe nada biológicamente determinado en estas patologías: nadie nace fóbico, sino que se convierte en ello. Se convierte mediante una gradual evolución de intentos fallidos y reiterados de manejo de la realidad, o sea, actitudes, pensamientos y comportamientos que la persona elabora sobre la base de la percepción de sensaciones, situaciones o condiciones personales vividas como amenazantes. Estos intentos de solución, que complican el problema más que resolverlo, son llevados a cabo y reiterados porque, en el momento crítico, funcionan como reductores del miedo, o bien son actos preventivos para evitar que surja el pánico, pero éste es sólo el efecto inmediato; luego, como antes se ha descrito, este guión perceptivo y conductual llevará al progresivo empeoramiento de la sintomatología fóbica. La persona atenazada por la patología fóbica no está en condiciones de tener una visión a largo plazo: para ella, en el momento de pánico, lo único importante es reducir el propio terror. Por eso pone en práctica lo que funciona, según su experiencia, en esta dirección; aunque luego esa reacción conduzca a exacerbar el trastorno. Al respecto es iluminador el siguiente ejemplo:

Un psiquiatra le preguntó a un paciente que batía continuamente las manos:

—¿Por qué sigues batiendo las manos?

El enfermo respondió:

—Para echar a los elefantes.
El psiquiatra rebatió:
—Pero si aquí no hay elefantes!
El enfermo replicó, mientras continuaba batiendo las manos:
—Ves cómo funciona!

WATZLAWICK, 1989

A menudo, los pacientes se dan cuenta de que sus estrategias para combatir el miedo acaban por hacerlo aumentar, pero no están en condiciones de cambiarlas. Por tanto, también está claro que una terapia de verdad eficaz para este tipo de problema no puede estar representada ni por una sedación farmacológica de las reacciones orgánicas, ni por una forma de adiestramiento para el control basado en el incremento de la voluntad, ni por una búsqueda en el pasado de hipotéticas causas «traumáticas» del presente problema, sino por una intervención que conduzca a la persona a cambiar mediante experiencias concretas su percepción de la realidad. En otras palabras, una patología fóbica sólo se supera del todo cuando se cambian nuestras percepciones de la realidad amenazantes y, en consecuencia, cambian también nuestras reacciones y nuestros conocimientos. Sin embargo, de la terapia hablaremos con detalle sólo después de haber descrito analíticamente las más frecuentes tipologías de patología fóbico-obsesiva y haberlas distinguido de otras formas de patologías con las cuales a menudo se las superpone o confunde.

Capítulo 2

MI ED O, PÁ NI CO , FO BI AS : LAS FORMAS DEL MIEDO PATOLÓGICO

Definir las patologías fóbicas

Son injustamente llamados imaginarios aquellos males que, sin embargo, son incluso demasiado reales, dado que proceden de nuestra mente, único regulador de nuestro equilibrio y de nuestra salud.

E. M. CIORAN

El trabajo desarrollado por el autor y sus colaboradores, en el curso de muchos años, sobre miles de casos de pacientes afectados por las distintas formas de patología basada en el miedo, ha conducido a construir unos criterios diagnósticos que se diferencian de aquellos comúnmente utilizados por la psiquiatría en los conocidos manuales de diagnóstico (DSM), no tanto en el plano de la descripción de las patologías, que coinciden, sino en relación con sus peculiaridades de formación, persistencia y cambio. Como ya se ha expresado con detalle en anteriores publicaciones especializadas (Nardone-Watzlawick, 1990; Nardone, 1993, 1988, 1996, 1998; Watzlawick-Nardone, 1997; Nardone-Watzlawick, 2000), nuestras investigaciones han estado siempre orientadas no sólo a la descripción de fenómenos patológicos en sentido fotográfico, sino sobre todo a la puesta a punto de intervenciones terapéuticas que pudieran ser realmente eficaces. Esta nueva perspectiva nos ha conducido a centrar la atención en los procesos relativos a «cómo» se forma, se mantiene y se puede desbloquear un trastorno.

Por tanto, el punto de vista adoptado está orientado hacia la solución de estos problemas más que hacia su

Nardone, G.-Más allá del miedo

descripción. Pero si un tipo de solución puede aplicarse con éxito a un número significativo de casos del mismo tipo, esto nos indica también el carácter de dicha patología. En otros términos, la solución que funciona explica el problema que ha resuelto. Este conocimiento de tipo empírico-experimental, basado en el éxito terapéutico, es una especie de «prueba del nueve» de la formación y la persistencia del trastorno. En consecuencia, hemos llegado a una formulación cognoscitiva de los trastornos fóbico-obsesivos que no resulta sólo una fotografía estática, como en el caso del usual psicodiagnóstico internacional, sino una imagen evolutiva de estas formas de percepción y reacción patógenas ante la realidad.

Al no poder profundizar aquí, por el carácter divulgativo de este texto, en estos argumentos, se remite al lector interesado a los textos más especializados publicados por el autor. En la presente exposición, en cambio, nos urge evidenciar que las afirmaciones presentadas no son, como en el caso de muchas publicaciones sobre el tema presentes en las librerías, las «opiniones» del pensador de turno, ni teorías basadas en el estudio de un solo caso clínico, ni la profética lección de vida extraída de la experiencia de un paciente que ha logrado salir adelante, sino observaciones basadas en un trabajo de investigación que ha conducido a la formulación operativa de los hoy considerados, en la literatura especializada, los más eficaces y eficientes modelos de tratamiento de las patologías fóbicas.

Las fobias simples

Es imposible saber por qué una idea se adueña de nosotros, para no volver a soltarnos. Se diría que surge del punto más débil de nuestra mente o, más precisamente, del punto más amenazado de nuestro cerebro.

E. M. CIORAN

La primera clase de trastornos fóbicos está representada por ese tipo de miedo patológico centrado en una realidad concreta: un animal, una situación, una fantasía, un ruido, un objeto u otras cosas. Pues, como hemos afirmado al inicio de este libro, existen tantos miedos como puedan inventarse.

En este caso, la fobia puede ser limitadora sólo respecto de las situaciones en las que aparece la realidad aterradora, o puede convenirse gradualmente en una fobia difusa y generalizada que se hace fuertemente inhabilitadora respecto de cualquier aspecto de la vida del sujeto. En esta sección nos ocuparemos de describir detalladamente el miedo patológico desencadenado por una realidad concreta.

Cualquier cosa puede convertirse en objeto de miedo y fobia, pero se observan algunas formas recurrentes. Para dar algunos ejemplos empíricos, tomados directamente de mi experiencia clínica, podemos citar algunas tipologías de fobia bastante comunes, como por ejemplo: el miedo a las arañas, los escorpiones, las serpientes, etc. Una que ha aumentado mucho en los últimos años es la fobia a las palomas, la cual, entre las zoofobias, parece decididamente menos lógica que la fobia a animales más peligrosos, aunque no se debe subestimar el hecho de que en la vida urbana de la mayoría de las personas encontrarse con serpientes es algo raro, mientras que convivir con las palomas es cada vez más frecuente. Esto significa que las tipologías de fobia se desarrollan en línea con la evolución de nuestro estilo de vida. Fobias típicas de hace algunos siglos hoy son raras, como también, probablemente, algunas de las más frecuentes hoy serán igualmente raras el día de mañana.

Otras formas decididamente comunes de miedo concreto que desencadena el pánico, por ejemplo, son la relativa a la altura (acrofobia), a los lugares cerrados (claustrofobia), a permanecer solos o alejarse (agorafobia) y a estar entre la gente (fobia social). Estas últimas, muy a menudo, tienden a convertirse en fobias generalizadas porque, al relacionarse con situaciones de vida muy comunes, la persona afectada tiene muchas probabilidades de entrar en la espiral de los intentos de solución, la evitación y la solicitud de ayuda. Estas reacciones, como antes se ha descrito, conducirán al sujeto a construirse en el curso de pocos meses una situación de pánico difuso e inhabilitador.

Además de las dos clases de fobia simple de tipo zoológico o situacional, otra tipología muy común es la relativa al miedo a contagiarse o a infectarse a través del contacto con jeringas, sangre, suciedad, sustancias contaminantes, etc. También en este caso, a menudo, se puede observar en el curso de algún tiempo la evolución de la patología hacia una forma de fobia generalizada. Por lo general, un síndrome obsesivo compulsivo basado en rituales de limpieza, desinfección, o una forma de manía hipocondríaca fundamentada en la continua necesidad de controles médicos.

Otra forma de fobia simple extremadamente relevante es el miedo a perder el control o, lo que es lo mismo, el miedo a dejarse llevar. Este tipo de miedo se asocia con frecuencia a la tendencia obsesiva, descrita con anterioridad, a tenerlo todo bajo control, que puede generalizarse convirtiéndose en un verdadero síndrome de ataques de pánico. Sin embargo, cuando se mantiene como un miedo concreto, literalmente impide a la persona vivir cualquier forma de situación agradable, puesto que para gozar completamente del placer hay que abandonarse a él. Dentro de esta categoría de miedos basados en el temor a perder el control encontramos, entre

los más recurrentes, el de hablar en público, el de ruborizarse o de sudar en exceso.

A estas cuatro grandes clases de miedo, se puede añadir la quinta gran tipología, que es el temor desmesurado a los sucesos catastróficos: accidentes, terremotos, aluviones, muertes, pérdidas, desengaños amorosos, etc.

Este tipo de fobia se basa en el temor, por parte del sujeto, a un incontrolable suceso futuro que cambie su realidad actual. Por tanto, representa el mejor ejemplo de cómo el miedo a un futuro que no se puede controlar influye en el presente.

Por último, entre las formas menos usuales y «más creativas» de fobia simple observadas en mi experiencia se encuentran algunas aparentemente absurdas, como, por ejemplo, la fobia a las botellas destapadas, a las sombras, a los rincones, al viento, etc.

El rasgo constante, desde un punto de vista psicofisiológico, de todas las fobias simples es el hecho de que la persona, en determinadas situaciones para ella espantosas, manifiesta una reacción de pánico caracterizada por: bloqueo de los pensamientos y de la racionalidad, reacciones fisiológicas alteradas, taquicardia, respiración agitada y síntomas de desvanecimiento, todo ello asociado con la irrefrenable exigencia conductual de huir y/o pedir ayuda y protección.

En todos los casos, la sintomatología expresada es la misma; sólo se diferencia en la intensidad mayor o menor de uno o más de los síntomas descritos. Los intentos de combatir el miedo son la mayoría de las veces los mismos. Según los intentos de solución disfuncionales que ponga en práctica de manera redundante y reiterada, la persona llegará a «construir» una de las distintas formas de patología fóbica.

De todas maneras, como comprenderá el lector, cualquier tipo de miedo se funda en una percepción de la realidad amenazante en su evolución y no en aquello que ha sido con anterioridad. Por tanto, enseguida queda claro, como veremos en los siguientes capítulos, que para que la terapia del miedo sea rápida y eficaz debe centrarse en el presente y en la percepción del futuro y no, desde luego, como por desgracia ocurre con demasiada frecuencia, en la búsqueda de sus causas en el pasado. Como escribe al respecto Krisnamurti: «La mente crea el miedo; y cuando lo analiza, buscando sus causas para liberarse, no hace sino aislarse todavía más, acrecentando así el miedo».

Las fobias generalizadas

Contra la obsesión respecto a la muerte, los subterfugios de la esperanza se revelan tan ineficaces como los argumentos de la razón.

E. M. CIORAN

El miedo al miedo que desencadena el pánico es una imagen que, desde mi punto de vista, constituye la mejor definición de una fobia generalizada.

En efecto, la fobia generalizada es un tipo de trastorno completamente difuso, dentro del cual a menudo el sujeto ya no necesita estímulos externos para tener miedo, pues es su misma percepción de la realidad la que «inventa» por doquier el peligro y la amenaza. El miedo, en este caso, es una especie de haz deluz con el que el sujeto ilumina y colorea todo aquello que percibe. En consecuencia, el miedo se encuentra en cada situación.

Cuando una persona ha llegado a este grado de miedo difuso, explica, por lo general, que aquello que la hace estar peor es, precisamente, el miedo de que se generen todas las reacciones psicofisiológicas usuales provocadas por el mismo miedo: taquicardia, vértigos, sensación de pérdida de control, sensación de despersonalización, etc.

Una fobia generalizada es, por lo general, el efecto de algunas de las ya citadas fobias simples más importantes (agorafobia, miedo a perder el control, etc.), sobre cuya base la persona genera los intentos disfuncionales que se han descrito para manejar el miedo, los cuales no hacen más que incrementar su efecto hasta la constitución de una verdadera patología generalizada.

La persona afectada por un trastorno fóbico generalizado manifiesta, en la mayoría de los casos, dos tipos de miedo profundo: el de morir o el de perder la lucidez y enloquecer. En las investigaciones orientadas a la puesta a punto de terapias específicas ha sido muy importante distinguir estas dos modalidades perceptivas del pánico, ya que, como veremos más adelante, estas dos variantes requieren diferentes tipologías de tratamiento.

La otra característica distintiva de este tipo de patología está relacionada con la situación en la que manifiesta sus momentos críticos: si la reacción de pánico es producida por situaciones específicas o si puede tener lugar en cualquier momento.

En el primer caso, como por ejemplo cuando se sufre agorafobia con ataques de pánico o claustrofobia con ataques similares, la crisis de miedo difuso está asociada a situaciones específicas: permanecer solos, alejarse de los lugares considerados seguros, entrar en lugares cerrados o encontrarse en medio de una multitud. En consecuencia, los ataques pueden ser previstos y las personas tienden a organizar su vida tratando de evitar estas conocidas circunstancias amenazantes.

En el segundo caso, en cambio, no existe posibilidad de previsión, el ataque de pánico puede producirse en cualquier circunstancia, por lo que la persona no tiene la posibilidad de controlar las situaciones, sino que se halla continuamente bajo *estrés de alerta* (como en las formas más severas de síndrome de ataque de pánico). En estas condiciones, lo que desencadena el terror no es una circunstancia externa, sino la más mínima alteración del propio organismo, por ejemplo: una leve alteración del latido del corazón, una sensación de equilibrio imperfecto, el hecho de no sentirse completamente lúcidos, etc. Habitualmente, estas personas, al asustarse e intentar controlar estas reacciones fisiológicas espontáneas, acaban exacerbándolas hasta el punto de sufrir una verdadera crisis de pánico. Este mecanismo es el mismo que generan las personas que desencadenan el miedo en determinadas circunstancias. La diferencia entre los dos casos es que mientras en uno lo que espanta es una circunstancia externa, en el otro es una sensación interna. El mecanismo que conduce a la completa pérdida de control, de todos modos, es el mismo. Se genera el miedo, el sujeto trata de controlar el miedo y las reacciones psicofisiológicas asociadas. Estos intentos de control, en vez de reducir los efectos del miedo, los amplifican. En este punto, si es posible, el sujeto intentará escapar de la aterradora situación o pedirá desesperadamente ayuda a alguien. La repetición de este guión, como ya se ha expuesto en los párrafos anteriores, mantiene y alimenta la patología fóbica generalizada.

Las personas afectadas por este tipo de trastorno son realmente incapaces de organizar y dirigir su vida, puesto que el miedo es su emoción predominante. Su primera preocupación, en consecuencia, es tratar de defenderse continuamente de él, o al menos intentar controlarlo, organizando así toda su vida en torno a esta fobia. Muy a menudo estas personas, empujadas por estas exigencias, eligen una pareja particularmente disponible y protectora, aunque no estén enamoradas; ejercen, cuando no renuncian del todo, una actividad laboral hecha a la medida de sus demandas; establecen relaciones morbosas con sus médicos de cabecera o con cualquiera a quien consideren en condiciones de ayudarlos. En suma, empujados por la corriente tan impetuosa y difusa de su miedo generalizado, los sujetos subordinan a éste toda su vida, con el objetivo de mantenerlo encauzado. Por desgracia, lo que ocurre es exactamente lo contrario.

Las obsesiones compulsivas

Para los obsesionados no hay elección: la obsesión ya ha elegido por ellos, antes que ellos.

E. NI. CIOKAN

La tercera clase importante de trastorno fóbico está representada por las muy celebradas, en la literatura pseudocientífica, obsesiones compulsivas.

Podemos describir de forma concreta esta patología refiriéndonos a la imagen de una persona que está obligada por su manía fóbica a realizar unas determinadas acciones ritualizadas. Generalmente, este guión tiende a exagerarse, hasta que el sujeto llega a ejecutar constantemente rituales obsesivos. Los rituales pueden ser acciones de lo más disparatadas y a veces creativas, o bien pensamientos o imágenes mentales que se repiten o se organizan en secuencias específicas. No hay límite a la fantasía humana y, por tanto, tampoco a las formas de ritualización patológica.

La característica verdaderamente interesante que distingue esta patología fóbica de las demás reside en el hecho de que, después de que el trastorno se ha constituido, lo que atormenta a la persona ya no es el miedo originario, que ha obligado a generar la cadena de acciones ritualizadas, sino la imposibilidad de abandonar la ejecución de los rituales. Este es el ejemplo paradigmático de cómo una solución se transforma en un problema.

De hecho, la persona afectada por obsesiones compulsivas inicialmente utiliza estas reacciones para defenderse de una fobia, pero la constante repetición transforma este intento de combatir el problema originario en un trastorno nuevo y, a menudo, mucho peor.

Esta tipología de trastorno puede subdividirse en dos clases fundamentales en función del objetivo al que están orientados los rituales compulsivos. La primera está representada por la ejecución de acciones o pensamientos que tienen la función de proteger de algo que podría haber ocurrido. Por ejemplo: lavarse repetidamente como intento de eliminar la suciedad, desinfectarse continuamente para evitar el posible contagio, o bien controlar varias veces un trabajo realizado por el temor de haberse equivocado o repetir fórmulas mentales para neutralizar una hipotética maldición.

La segunda clase está representada, en cambio, por ese tipo de rituales compulsivos que se llevan a cabo para evitar que ocurra algo. Por ejemplo: realizar unos movimientos particulares en una secuencia prefijada antes de salir de casa para evitar accidentes; ordenar determinados objetos en ciertas posiciones definidas para propiciar la buena fortuna o evitar una desgracia; repetir complicadas fórmulas verbales o mentales con el fin de propiciar algunos sucesos y evitar otros no deseados; repetir acciones cotidianas siguiendo siempre la misma secuencia como rito para que las cosas vayan bien.

Determinar la diferencia sustancial entre los dos papeles de un trastorno compulsivo, el protector o el propiciatorio, es extremadamente importante para la puesta a punto de la adecuada terapia, puesto que las maniobras terapéuticas, para ser eficaces, deben ajustarse a la estructura de la patología. Por tanto, lo que

funciona frente a un trastorno compulsivo propiciatorio con frecuencia no funciona cuando se trata de un trastorno compulsivo protector, y viceversa, dado que la lógica de la persistencia del problema es distinta. En consecuencia, discriminar claramente el tipo de lógica que induce a las compulsiones es el primer paso fundamental para construir una terapia eficaz, la cual, como veremos más adelante, es a menudo aparentemente ilógica o extravagante respecto al trastorno mismo.

Las manías hipocondríacas

Los males de los que huyes están en ti.

SÉNECA

Este tipo de trastorno puede ser definido como el «síndrome del mal oscuro», en tanto quien se encuentra afectado por él está continuamente asustado por la existencia de una enfermedad en su organismo, está siempre en su búsqueda, auscultándose sin cesar, realizando autochequeos y sometiéndose a repetidos exámenes diagnósticos. Lo más curioso de este trastorno es que cuanto más negativos son los resultados de los exámenes diagnósticos, más se convence la persona de que su mal es tan oscuro o solapado que los exámenes no han sido suficientes y se hace necesario hacer otros. Como alternativa, el sujeto está convencido de que pueden haber confundido sus resultados con los de otra persona, y esta duda le induce a seguir sometiéndose a nuevos controles médicos y a sucesivos o repetidos exámenes diagnósticos. Además, estas personas suelen hablar frecuentemente de su malestar y son los que enriquecen a las revistas de información pseudo-médica y a los programas de televisión de medicina, pues están constantemente a la búsqueda de noticias sobre su «mal oscuro». Como quedará claro al lector, actuando así, estos sujetos no hacen más que alimentar sus dudas, de modo que el hecho de estar continuamente controlando su organismo acaba por hacerles encontrar siempre algún indicador de patologías. En efecto, como explicamos en el capítulo anterior, mantener bajo control fenómenos fisiológicos espontáneos de nuestro organismo provoca alteraciones en ellos. La detección de tales alteraciones genera el miedo, que a su vez incrementa las reacciones fisiológicas alteradas hasta que todo ello se transforma en pánico.

También en este caso, las buenas intenciones de controlar la propia salud, reiteradas de forma obsesiva, producen el pésimo efecto de la patología hipocondríaca.

Como es evidente, las enfermedades hacia las que se orienta la manía hipocondríaca son aquellas con las cuales la medicina se ha mostrado más limitada, sea en los aspectos preventivos, sea en los terapéuticos: tumores, graves enfermedades virales, esclerosis múltiple, infarto, etc. Nadie sufre manías hipocondríacas a causa de una gripe o un resfriado, ni tampoco del sarampión o la varicela, sino sólo a causa del miedo a aquellas enfermedades con un lento y sufrido proceso que conduce a la muerte, o bien a aquellas enfermedades imprevisibles y rápidamente mortales.

Esta forma de patología fóbica es extremadamente gravosa porque la persona no tiene escapatoria, dado que no puede evitarla, como puede hacerse con otras formas de fobia. Se podría decir que, en este caso, a nadie le está permitido evitar la peor de las compañías, la de sí mismo.

Las fobias postraumáticas

El pájaro que ha quedado atrapado en una mata empieza a dudar, con alas temblorosas, de cualquier otra mata que vea.

SHAKESPEARE

Una clase, decididamente mucho más reducida desde un punto de vista numérico, de trastorno fóbico importante está representada por el miedo y el pánico orientados hacia la posibilidad de la repetición de un suceso traumático real vivido. Que quede claro que con esto no nos referimos a la obsoleta teoría de los «traumas infantiles» psicoanalíticos como origen de los miedos de adulto, puesto que esta teoría ha sido desmentida continuamente por las investigaciones empíricas y conduce, desde un punto de vista terapéutico, a desorientadores e ineficaces tipos de tratamiento.

Nos referimos, en cambio, a trastornos fóbicos producidos por experiencias reales no remotas, sino claramente identificables, como por ejemplo accidentes de carretera, terremotos u otras catástrofes naturales, intervenciones quirúrgicas con resultado negativo, tratamientos médicos con resultados traumáticos, shocks anafilácticos, violencias o abusos sufridos, etc.

En este caso, nos encontrarnos frente a una forma de miedo claramente motivada por una experiencia real vivida y, por tanto, hay que dejar sentado que esta experiencia puede dejar como herencia un residuo fóbico. Esta herencia perceptiva reactiva no representa una patología, sino una sana memoria del organismo. La patología

emerge, en cambio, cuando la reacción incontrolada de pánico se generaliza en relación con situaciones que puedan estar asociadas a aquella experiencia traumática, generando así una espiral de intentos de solución, similares a aquellos descritos para las patologías anteriores, que en vez de atenuar el miedo lo incrementan. En otros términos, estas personas, basándose en un miedo motivado, «construyen» toda una serie de miedos no motivados. Para protegerse de éstos, generalmente ponen en práctica las modalidades perceptivas reactivas propias de las fobias generalizadas. O sea, estos sujetos tienden a la evitación, a la solicitud de ayuda, al control de sus reacciones fisiológicas espontáneas, a las ritualizaciones de acciones y pensamientos. Como comprenderá el lector, el resultado de este usual guión conducirá a la construcción de una patología fóbica generalizada que trasciende la memoria traumática del suceso real vivido.

En estos casos, definidos en la literatura especializada como trastornos de estrés postraumático, se requiere, de todos modos, un tipo de intervención terapéutica en muchos aspectos diferente del idóneo para otras formas de fobia.

La ansiedad no es miedo, y viceversa

Todos los grandes acontecimientos tienen lugar en nuestra mente.

O. WILDE

Una de las más marcadas confusiones que un lector atento puede observar en las numerosas publicaciones relativas a las patologías fóbicas es, sin duda, la relativa a la superposición de distintas formas de patología psicológica, como si todas fueran lo mismo. La mayoría de las veces esto se debe al escaso conocimiento del tema y a la «ingenuidad científica»; otras veces es una verdadera forma de desinformación para hacer marketing de una determinada terapia. La superposición más recurrente es aquella que se da entre miedo y ansiedad, como si las dos realidades fueran lo mismo. Así se olvida que el miedo es una percepción que desencadena una emoción que, a su vez, genera una reacción psicofisiológica. La ansiedad es sólo el efecto psicofisiológico de esta percepción-emoción. No sólo esto, sino que, a menudo, no se tiene en cuenta que la ansiedad, como activación del organismo, hasta un cierto nivel, permite que éste haga frente al miedo. Sólo más allá del nivel de umbral, que es distinto para cada individuo, éste se transforma en pérdida de control de las propias reacciones y puede conducir al pánico.

Por consiguiente, la ansiedad es una reacción que surge como efecto de la percepción del miedo. La ansiedad, en el caso de que su nivel se eleve demasiado, puede transformarse en la causa del miedo. Puesto que en este caso el efecto se transforma en causa. Pero este tipo de interacción circular entre miedo, ansiedad y pérdida de control sólo es típica (como antes se ha descrito) de las fobias generalizadas. De todos modos, no deben confundirse estos mecanismos, completamente distintos, ni deben tomarse las causas por efectos, puesto que en cuanto a la estructuración de la patología también las formas más graves de fobia son efecto de la gradual generalización de percepciones-reacciones fóbicas inicialmente mínimas.

En este sentido, es importante hacer referencia a una investigación que llevamos a cabo sobre 152 casos de personas afectadas por un trastorno fóbico generalizado (Nardone, 1993, 1996), en la cual se ha mostrado cómo estas formas paralizadoras de miedo se habían formado, en la mayoría de los casos, a partir de un gradual agravamiento de la percepción del miedo y de la sensación de incapacidad de manejarlo por parte de los sujetos, hasta llegar a la pérdida total de confianza en los propios recursos. En otros términos, ha quedado claro que las personas «construyeron» literalmente su prisión fóbica, a través de una gradual secuencia de intentos fallidos de controlar y manejar los propios miedos, hasta la total sensación de incapacidad.

Todo esto significa que un trastorno fóbico no puede ser asimilado a un trastorno de ansiedad, puesto que es un tipo de patología distinto que puede producir como efecto también un trastorno de ansiedad, o que, al contrario, puede ser también el producto de un trastorno de ansiedad. No obstante, al superponer las dos formas de trastorno nos estamos olvidando de que la primera es una forma de percepción y la segunda es una reacción fisiológica. Esta diferenciación es fundamental en la óptica del tratamiento de las patologías basadas en el miedo, en tanto que, si ansiedad y miedo fueran lo mismo, para extinguir un miedo debería ser suficiente reducir la reacción ansiosa de los sujetos, pero como Damasio y Gazzaniga (1999), dos de los mayores estudiosos en neurociencias, demuestran en sus experimentos, reducir la ansiedad de un sujeto puede inhibir sus reacciones, pero no altera sus percepciones y, en consecuencia, el miedo permanece. Damasio usa, en un artículo en la prestigiosa revista *Nature*, una iluminadora analogía al afirmar que inhibir las reacciones fisiológicas del miedo a través de sedantes, o incluso de intervenciones quirúrgicas en determinadas zonas del cerebro, es como escayolar completamente a una persona y luego someterla a estímulos para ella espantosos: no podrá reaccionar, pero tendrá, de todos modos, quizás aumentada, la percepción del miedo; más aún, su imposibilidad de reaccionar incrementa su sensación de incapacidad de manejar esta emoción.

Como comprenderá el lector, en las terapias del miedo, el hecho de someter el miedo a la ansiedad conduce a estimar necesario curar el trastorno de ansiedad para resolver el trastorno fóbico. Estas tipologías de intervención usualmente producen una mejora sintomática inicial, seguida de un empeoramiento después de algunas semanas, a veces más grave que los síntomas iniciales (Nardone, 1994a). Esto se explica por el hecho de que al inhibir la ansiedad la persona primero se siente mejor, pero luego, dado que la percepción del miedo sigue existiendo y

extendiéndose, llega a la pérdida total de control y a la desconfianza en sus propios recursos, que son inhibidos precisamente por el tratamiento que inhibe las reacciones de ansiedad. En consecuencia, es necesario seguir el camino inverso: resolver el trastorno fóbico para reducir también las reacciones de ansiedad, o sea: cambiar las percepciones de la realidad del sujeto para cambiar sus reacciones, y no al revés.

Capítulo 3

EL ARTE DE LA ESTRATAGEMA TERAPÉUTICA

De las soluciones que complican a aquellas que resuelven los problemas

La lección más importante que pueda aprender el hombre en la vida no es que en el mundo existe el miedo, sino que depende de nosotros sacar provecho de él y que nos es permitido transformarlo en valor.

TAGORE

En este punto de la exposición, el lector ya tendrá bastante claro cómo se constituyen y, sobre todo, cómo se mantienen las patologías fóbicas, en todas sus formas: éstas persisten y se complican gracias a aquello que las personas tratan de hacer para reducir su miedo. Las investigaciones desarrolladas por el autor en el curso de más de diez años han conducido a mostrar con claridad las formas específicas de estos *intentos de solución* que hacen persistir los trastornos fóbicos, distinguiendo para cada variante patológica cuáles son las reiteradas modalidades perceptivo-reactivas que funcionan como alimentador del trastorno. Esta precisa observación ha llevado a la puesta a punto de específicas intervenciones terapéuticas que, con precisión quirúrgica, inciden exactamente sobre el mecanismo que primero construye y luego sostiene el miedo patológico. La construcción de fondo que diferencia este tipo de modelo terapéutico de todas las otras formas de psicoterapia es precisamente el hecho de que, en lo relativo a la lógica de la intervención, nos centramos en los intentos de solución que complican el problema, interrumpiendo este círculo vicioso de percepciones y reacciones que se alimentan recíprocamente en una espiral perversa.

Para obtener esto, otro fundamental rasgo distintivo de esta aproximación, se utilizan estrategias terapéuticas construidas *ad hoc*, con el objetivo de que la persona desbloquee el círculo vicioso de intentos de solución patógenos sin demasiado esfuerzo, sufrimiento o fuerza de voluntad. En efecto, las estrategias terapéuticas son benéficos trucos de prestidigitador, que conducen a la persona a realizar experiencias concretas de superación o extinción del miedo sin que sea consciente de ello. La toma de conciencia llegará una vez realizada la experiencia, cuando sea inevitable que el sujeto reconozca las capacidades demostradas y los recursos activados al hacer algo que hasta entonces le parecía imposible. En otros términos, retomando la antigua sabiduría china, el primer paso terapéutico con los pacientes fóbicos es hacerles «surcar el mar a escondidas del cielo».

De este tipo de intervención el lector encontrará muchos ejemplos más adelante; aquí es importante subrayar el hecho de que una terapia realmente eficaz y rápida para las patologías fóbicas requiere la utilización de estrategias terapéuticas que permitan que la persona viva *experiencias emocionales correctivas* reales, que sean el fruto de *sucesos casuales planificados* por el terapeuta.

Nadie está en condiciones de superar voluntariamente un miedo generalizado; al contrario, cuanto más se

esfuerzo por no tener miedo, más aumenta el miedo, puesto que se encuentra dentro de una trampa de la que ya no puede salir solo. En consecuencia, se hacen indispensables técnicas terapéuticas que, desplazando la atención de la persona sobre acciones o pensamientos particulares, le permitan vivir experiencias reales de cambio sin haberlas previsto de forma deliberada, en tanto que, si hubieran sido voluntariamente buscadas o previstas, el bloqueo del miedo habría emergido impidiendo la experiencia de cambio. Por consiguiente, la terapia en tiempos breves de los trastornos fóbicos se basa en una estrategia que, partiendo de sugestivas estrategias terapéuticas construidas *ad hoc* para los intentos de solución específicos que mantienen el problema, se desarrolla en una serie de concretas experiencias guiadas de superación del miedo hasta la recuperación completa, por parte del paciente, de la confianza en las propias capacidades y recursos personales. Por tanto, la toma de conciencia será un efecto del cambio terapéutico obtenido mediante estrategias, y no como en el caso de la mayoría de las terapias, el requisito previo para la conducción y la eficacia de la terapia. En efecto, en las personas con un trastorno fóbico se observa incluso un exceso de conciencia respecto de su problema y de sus causas. Por lo general, estas personas lo saben y lo han entendido todo, pero son incapaces de hacer efectivamente algo distinto; por eso, el tratamiento debe estar enfocado precisamente a conducir a la persona mediante sugestivos «escamotajes»¹ a ensayar experiencias perceptivo-emotivas distintas y concretas.

Filosofía y arte de la estrategia

Nada puede curar el alma sino los sentidos.

O. Wilde

La sabiduría antigua, tanto occidental como oriental, nos invita a considerar desde hace miles de años el hecho de que a menudo para superar obstáculos debemos hacerlo sin darnos cuenta de ello, para no caer en la conocida trampa «del ciempiés que, al querer controlar todos sus pies mientras camina, se bloquea». En la antigua tradición helénica, encontramos «el Arte de Metis», el uso de estrategias creativas para resolver situaciones problemáticas, para proyectar elaboradas trampas para la caza o la navegación gracias al uso de técnicas muy refinadas, sin plintos de referencia. Todo esto nació de la observación naturalista del comportamiento de aquellos animales particularmente capaces de realizar determinadas técnicas, para luego desarrollarse como capacidad estratégica estrictamente humana. El ejemplo más conocido de las aplicaciones de este arte está representado por el caballo de Troya, la estrategia utilizada por Ulises para expugnar la ciudad de Ilión.

De esta tradición de estudio pragmático, orientado hacia técnicas que incrementan la eficacia en la realización de determinadas prestaciones, se desarrolló luego el estudio de la retórica, o sea, la puesta a punto de estrategias y estrategias de la comunicación capaces de persuadir al interlocutor. En efecto, la sabiduría occidental ha evolucionado siguiendo los desarrollos de la filosofía y se ha concentrado «en el intelecto» y, en particular, en el lenguaje como vehículo para producir cambios. No es casual que en el interior de esta tradición encontremos al primer gran psicoterapeuta estratégico: el sofista Antifonte, quien abrió un verdadero ambulatorio de terapia psicológica basada en la retórica. Curaba los males físicos y morales a través de las palabras, o sea, utilizando las técnicas de la persuasión, conduciendo a las personas a tener distintas percepciones de sus males y de su realidad. En sus *Vidas paralelas*, Plutarco narra que Antifonte se había hecho tan conocido por sus servicios terapéuticos que la gente se amontonaba en largas colas en su «consulta». Según parece, Antifonte se «estresó» por esta acuciante demanda e interrumpió su carrera de terapeuta, para dedicarse a las arengas en los tribunales. Ésta fue la peor elección que pudo hacer, puesto que, como consecuencia de una posición asumida en el tribunal, fue asesinado.

En Oriente, en la antigua China, encontramos el testimonio representado por el antiguo libro *Las 36 estrategias*, una selección de estrategias realizada, quizá, por monjes guerreros taoístas, que es aún hoy una de las más interesantes formas de análisis de metodologías y criterios para la construcción de estrategias específicas de victoria. Este análisis de la estructura de situaciones y de las más idóneas formas de estrategia todavía resulta una guía indispensable para quien quiera aprender dicho arte. Esta antigua tradición evolucionó luego con estudios cada vez más refinados, hasta el punto de parecer a veces «esotéricos», de las técnicas de combate típicas de las artes marciales chinas, y más adelante, avanzando en los siglos, en el estudio del arte de la guerra. Este último se ha desarrollado hoy en la ciencia del management, y ha encontrado en el inundo empresarial el terreno ideal de su moderna aplicación.

Como el lector puede deducir de estas pocas líneas, la filosofía de la estrategia, entendida como truco o trampa para obtener un objetivo de otro modo inalcanzable, rápidamente y con los menores costes posibles, tiene una larga historia, tanto en Occidente como en Oriente. Como ilustra filien en su *Trattato dell'efficacia*, esta tradición de estudio representa un inevitable punto de referencia para aquellos que se disponen a resolver

¹ Para una descripción más profunda del modelo terapéutico puesto a punto por el autor y sus diferencias respecto de todas las demás formas de terapias para el tratamiento de los trastornos fóbicos obsesivos, se remite al texto *Pazra, P (mico, Fobie, La terapia in ternpi brevi*, Florencia, Ponte alle Grazie, 1993 (trad. cast.: *Miedo, pánico, fobias: la terapia breve*, Barcelona, Herder, 1997).

situaciones complicadas, afecten ya a la guerra, la política, el debate o la medicina y la psicología, ya que, desde siempre, esta disciplina lógica orienta a los expertos en el descubrimiento de soluciones aparentemente sencillas a problemas complicados. No es casual que los dos primeros «maestros» de la moderna psicoterapia breve estratégica, John Weakland y Paul Watzlawick, fueran, uno, antropólogo con gran preparación científica occidental a la vez que estudioso de la cultura china, y el otro, filósofo y literato experto en lenguaje y retórica a la vez que estudioso de la cultura y la filosofía Zen. En efecto, como escribe Satojana: «No hay nada nuevo bajo este cielo más que lo que se ha olvidado».

Por desgracia, en la evolución del pensamiento filosófico idealista y moralista, este estudio empírico de soluciones eficaces para problemas aparentemente irresolubles ha sido la mayoría de las veces denigrado por considerarse «inmoral». Basta recordar que Platón y Aristóteles se lanzaron violentamente contra los sofistas, acusándoles de ser unos peligrosos mistificadores de la verdad, aunque, luego, ambos filósofos hicieron un amplio uso de la retórica de los sofistas para convencer de sus propias tesis. Siguiendo todo el camino de la historia del hombre, tanto occidental como oriental, encontramos que a medida que se afirman las grandes religiones y luego las grandes ideologías, la filosofía de la estratagema, sea retórica o aplicada a otros contextos, es tildada cada vez más de forma peligrosa de manipulación de los seres humanos, pero al mismo tiempo es utilizada por quienes detentan el poder para imponer sus propias ideas. Por consiguiente, en la historia del pensamiento humano se observa una especie de situación paradójica, dentro de la cual el arte de la estratagema es condenado y rechazado, pero al mismo tiempo secreta y deliberadamente utilizado.

Al respecto, el ejemplo quizá más ilustrativo sean los Pensamientos de Pascal y su obra de persuasor en Hombre de Dios. En efecto, en el trabajo de este gran pensador encontramos la aplicación directa tanto de la retórica de la persuasión de los sofistas como de la filosofía de las estratagemas china.

Desgraciadamente, no podemos extendernos en este análisis. Volviendo al tema de esta exposición, es interesante subrayar que esta tradición filosófica e ideológica de negación del arte de la estratagema ha encontrado un terreno aún más fértil en disciplinas como la psicología clínica y la psiquiatría.

De hecho, la evolución de la terapia de los trastornos psíquicos y de la conducta parte de una posición religiosa para la cual los enfermos mentales eran considerados «pobres de espíritu», y eran los religiosos los que se ocupaban de su cuidado. Más adelante, con el advenimiento de la psicología de la conciencia, los trastornos mentales fueron vistos como producto de la escasa racionalidad y de la incapacidad de introspección. Podríamos afirmar que la mayoría de las formas de psicoterapia han partido de este presupuesto. Éstas, basándose precisamente en la idea de que los problemas psíquicos eran el efecto de una escasa conciencia y de igualmente desdichadas interpretaciones racionales de los fenómenos intrapsíquicos, fundan la intervención terapéutica en procedimientos de interpretación racional de la vida interior de los sujetos «enfermos». En consecuencia, el foco de estas aproximaciones terapéuticas ha sido desde siempre, y aún es, el incremento de la conciencia, por parte de la persona problemática, de sus conflictos intrapsíquicos, de sus causas y de su más correcta interpretación a la luz de la teoría asumida por el terapeuta. Esta premisa ideológica y metodológica, durante los más de cien años de su aplicación masiva, ha sido la mayoría de las veces desmentida por los escasos resultados que ha producido al intentar conducir a las personas a la superación de sus patologías. A pesar de ello, esta posición ideológica ha resistido y, aún hoy, sigue siendo para muchos una insustituible fortaleza teórica.

Al respecto, es interesante referir lo que proviene de un campo científico libre de sospecha: el de la física.

Se cuenta que en 1930, en uno de los más famosos congresos de físicos, Max Planck dijo a Einstein y Heisenberg, después de que ambos hubieran expuesto con orgullo las pruebas irrefutables de sus teorías (la de la relatividad el primero y de la mecánica cuántica el segundo):

Queridos colegas, antes de que toda la generación de físicos asuma plenamente vuestras comprobadas teorías debe desaparecer toda la generación de físicos que aún «cree» denodadamente en el positivismo lógico.

En otros términos, una vez más Hegel Bocel, los hechos son, para las ortodoxias ideológicas, menos importantes que la teoría que protegen sin embargo, dado que para las personas necesitadas de ayuda valen sobre todo los resultados concretos, por lo que concierne a la psicoterapia se observa, en los últimos años, una nítida inversión de tendencia impulsada, por así decir, por la ley del mercado. En otras palabras, gracias al hecho de que los usuarios de las terapias de la mente piden cada vez intervenciones terapéuticas más rápidas y eficaces, la filosofía y el arte de la estratagema están asumiendo cada vez más el papel que desde tiempos remotos les corresponde de pleno derecho. O sea, el de vehículo fundamental para incrementar la eficacia y la eficiencia de las terapias.

Además, como veremos en el siguiente apartado, ha sidó sobre todo el trabajo con las patologías fóbicas y obsesivas el que ha mostrado la necesidad de aproximaciones terapéuticas fundamentalmente estratégicas.

Estrategias y estratagemas terapéuticas para el miedo

El miedo mayor expulsa siempre al menor.

A. GRAIINI

El ámbito de aplicación donde más se ha rechazado la validez de las teorías y praxis terapéuticas basadas en la construcción de la toma de conciencia y el conocimiento ha sido precisamente el del miedo patológico. En efecto, la mayoría de las veces, las personas afectadas por una patología fóbica tienen un excelente nivel de conocimiento de las causas y del funcionamiento de su problema, pero no consiguen cambiar sus percepciones y reacciones.

Por el contrario, a menudo los recursos personales son inhibidos precisamente por el esfuerzo consciente y voluntario de expresarlos. El miedo como fenómeno psicológico requiere el conocimiento de aquello que asusta y, por tanto, es precisamente el incremento de la conciencia el que amplifica su percepción.

Todo esto conduce a afirmar que las terapias basadas en el incremento del conocimiento y de la racionalidad resultan ineficaces para el tratamiento del miedo patológico; es más, la mayoría de las veces provocan un empeoramiento.

En consecuencia, se deduce que una terapia realmente eficaz para los trastornos fóbicos no sólo debe dejar de utilizar la racionalización y el conocimiento como instrumento prioritario de cambio, sino que, por el contrario, debe recurrir a estrategias sugestivas capaces de bloquear este proceso cognitivo para abrir el camino a la posibilidad de nuevas experiencias. Estas experiencias capaces de producir cambios reales deberán ser «sucesos planificados» con el fin de provocar el primer desbloqueo del miedo. En efecto, la experiencia concreta inducirá a una nueva forma de conciencia basada en la capacidad expresada en la superación del obstáculo, anteriormente vivido como invencible.

En efecto, el miedo patológico, al ser un fenómeno irracional según la racionalidad tradicional, requiere, para ser tratado con éxito, una intervención terapéutica que copie su estructura y que provoque, por tanto, cambios primero inconscientes y sólo con posterioridad conscientes. Con este fin el arte de la estrategia aplicado al miedo patológico, como artificio que engaña al bloqueo fóbico e induce a la persona a vivir experiencias concretas de cambio, se convierte en un instrumento indispensable para obtener resultados rápidos y efectivos.

Sobre este tema son muy relevantes las investigaciones que se han llevado a cabo en las últimas décadas en el campo de las neurociencias (Gazzaniga, 1999). En estas disciplinas se ha demostrado, mediante experimentos científicos, que nuestras reacciones, la mayoría de las veces, derivan directamente de nuestras modalidades perceptivas y sólo con posterioridad son elaboradas por nuestras estructuras cognitivas.

Por lo demás, los estudios de Piaget (1973) relativos a la construcción de la realidad del niño ya habían demostrado ampliamente todo esto.

En otros términos, la mayoría de nuestras nuevas formas de reacción se basan en mecanismos que actúan antes de que tengamos conciencia de ello, puesto que están inducidos por percepciones de la realidad específicas, y sólo después estamos en condiciones de representarnos conscientemente aquello que ha sucedido.

Este tipo de mecanismo, a veces, nos conduce a hacer cosas que no querríamos hacer o a tener reacciones no deseadas. Por consiguiente, en estos casos puede ser considerado denigrante o incluso patógeno, pero, *similibus curantur* (lo semejante cura lo semejante), este mecanismo puede ser utilizado para producir efectos terapéuticos: por ejemplo, cuando a través de la deliberada imposición de un comportamiento extravagante que realizar, de modo que la atención del sujeto se desplaza sobre esta tarea, puedo conseguir que haga algo que de otro modo no habría estado ni siquiera remotamente en condiciones de hacer. El ejemplo más apropiado es la intervención terapéutica diseñada hace más de diez años y utilizada en centenares de casos de pacientes agorafóbicos.

A estas personas, incapaces de alejarse siquiera unos pocos metros de un lugar para ellos tranquilizador, a causa del miedo a sentirse mal, se prescribe: «Salir de la consulta del terapeuta haciendo piruetas en cada puerta, y luego una pirueta por la calle cada diez pasos hasta llegar a una frutería; entrar en ésta, comprar la manzana más grande que haya y, con esta manzana en la mano, regresar a la consulta del terapeuta haciendo otra vez una pirueta cada diez pasos» (Nardone, 1993).

Las personas, distraídas por este aparentemente ilógico y absurdo cometido, consiguen hacer concretamente algo por primera vez impensable: salir solas durante más de veinte minutos, alejándose bastante de un sitio para ellos tranquilizador. Pero el fenómeno de verdad sorprendente es que estas personas cuentan que no han tenido ningún miedo durante su paseo: han «surcado el mar a escondidas del cielo».

Esto es lo que puede ser definido como experiencia emocional correctiva, o sea, haber abierto una ventana a una nueva realidad. Por lo general, después de esta primera experiencia «convulsionadora», se prescribe a la persona que realice a diario otra tarea aparentemente ilógica: «Salir todos los días a la misma hora de su casa haciendo las rituales piruetas en cada puerta, una pirueta cada cincuenta pasos por la calle, ir al centro de la ciudad y comprar cada día un pequeño regalo para su terapeuta». Normalmente el efecto de esta tarea es que las personas vuelven con los pequeños regalos afirmando haber interrumpido después de algunos días el rito de las piruetas porque ya no eran necesarias. El lector podrá pensar, una vez más, que esto es algo decididamente irracional, puesto que parece que las piruetas son un rito para desterrar el miedo, y que una vez superado éste, ya no hay necesidad de él. En realidad, las cosas no son así, y para explicarlas debemos referirnos a esa rigurosa

disciplina que es la lógica matemática, en particular a la rama que se interesa por los fenómenos no ordinarios: la lógica del autoengaño, la lógica de la creencia, la lógica de las profecías que inducen a su cumplimiento y otras particulares formas de lógica evolutiva, aquellas que se ocupan de estudiar rigurosamente modelos lógicos no contemplados por la lógica ordinaria basada en la racionalidad tradicional.

Es interesante subrayar que fue precisamente esta rigurosa disciplina científica la que recuperó la lección de la antigua sabiduría y arte de la estratagema. En efecto, en los modelos lógicos de problem solving no ordinarios se encuentran formas de artificio estratégico que reconducen a dicha tradición. Los sucesivos ejemplos podrán ayudar a hacer aún más claras estas argumentaciones.

- En primer lugar, cójase un tablero compuesto por sesenta y cuatro casillas blancas y negras alternadas.

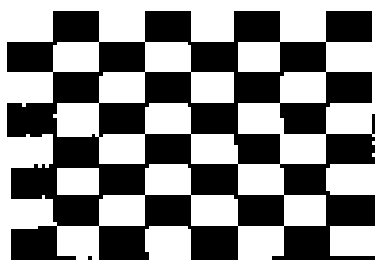


Figura I

- El problema es adivinar en cuál de las sesenta y cuatro casillas estoy pensando en este momento. Como puede comprenderse, encontrar la respuesta correcta es bastante complicado.
- Si se sigue una lógica tradicional basada en el presupuesto de la toma de conciencia y del conocimiento *a priori* deberíamos avanzar a razón de una casilla por vez. Así tenemos una probabilidad sobre sesenta y cuatro de adivinar de inmediato, pero podríamos emplear sesenta y tres preguntas para llegar a la correcta.

Éste es un ejemplo evidente de que frente a algunas situaciones particulares, los procedimientos lógicos de tipo tradicional son decididamente ineficaces. Pero imagine el lector, también, que es orientado a indagar, como por desgracia sucede demasiado a menudo respecto de las patologías psíquicas, «sobre el porqué» y sobre las causas del problema; siguiendo esta dirección debería dirigir a quien piensa en una casilla toda una serie de preguntas para remontarse a las motivaciones de su elección (procedimiento que parece decididamente laborioso y contraproducente). Pero téngase presente que esto es lo que usualmente se hace en las así llamadas psicoterapias de lo profundo y a largo plazo.

Si, como alternativa, se asume una perspectiva estratégica, utilizando por consiguiente una lógica de problem solving no ordinario ajustada al problema y al objetivo que alcanzar, se puede proceder como sigue.

Pregúntese al interlocutor si la casilla elegida está en la mitad derecha o en la mitad izquierda del tablero. Después de tal respuesta habremos reducido las posibilidades a la mitad. Por tanto, se continuará preguntando si la casilla está en la mitad de arriba o en la mitad de abajo de la parte seleccionada y así habremos reducido a un cuarto las posibilidades. Se continuará preguntando si la casilla está en la mitad izquierda o derecha de la parte del tablero restante y así habremos reducido las posibilidades a sólo ocho. Luego preguntaremos si respecto de la parte restante la casilla elegida está en la mitad de arriba o de abajo, y así habremos llegado a sólo cuatro posibilidades. Se continuará preguntando si la casilla elegida está en la mitad derecha o izquierda del tablero y así habremos llegado a sólo dos posibilidades; después se preguntará si la casilla elegida es la de arriba o la de abajo. El resultado será que hemos obtenido la respuesta correcta mediante sólo siete preguntas, puesto que hemos utilizado una estratagema lógica que *a posteriori* parece decididamente sencilla y recuerda aquella famosa «del huevo de Colón» (véanse las figs. de pág. sig.).

Todo esto recuerda también un ejemplo de estratagema que nos llega de una anécdota medieval:

Se cuenta que un maestro chino en el arte de la guerra era huésped de un príncipe europeo, que lo invitó a asistir a un torneo caballeresco.

Este torneo, como sucedía a menudo en aquellos tiempos, servía para resolver contenciosos con el principado limítrofe. El príncipe anfitrión ilustró al maestro sobre las reglas del torneo. El primer caballero de un principado se enfrentaba con el primer caballero del otro principado, el segundo, con el segundo, el tercero con el tercero. El principado que obtuviera más éxitos ganaría el torneo.

Después de haber escuchado todo esto el maestro chino dijo al príncipe:

-Permitidme que os dé un consejo, príncipe! El príncipe asintió. Y entonces él sugirió:
Haced combatir a vuestro tercer campeón con su primer campeón, a vuestro primero con su segundo campeón y a vuestro segundo con su tercero. Así ten-

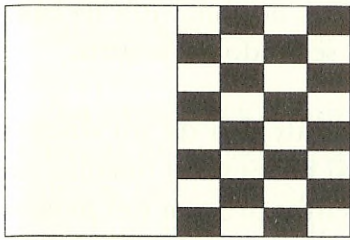


Figura 2

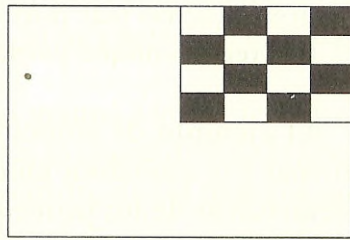


Figura 3

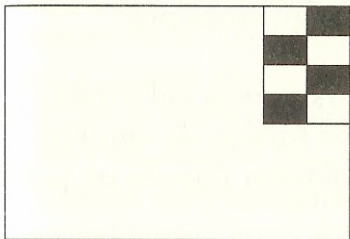


Figura 4

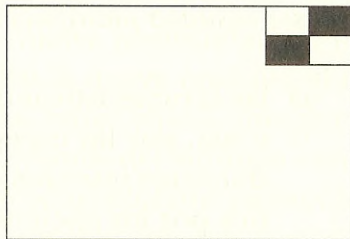


Figura 5

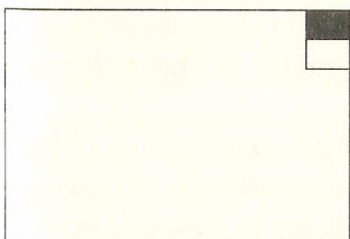


Figura 6

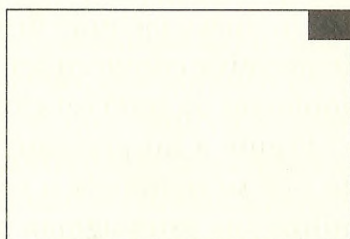


Figura 7

dréis muchas más posibilidades de ganar dos de cada tres veces, aunque perdáis el segundo encuentro.

El ejemplo de solución estratégica de un dilema formal y la anécdota medieval poseen las mismas características de los procedimientos propios del problema de solución estratégica adoptados para construir eficaces estrategias y estrategias terapéuticas en la terapia de las patologías fóbicas.

Como en este caso, cuando se construye una estrategia terapéutica, en la programación de los sucesos casuales planificados nos guiamos por:

las características de persistencia del trastorno, o sea, por las específicas formas de contraproducentes intentos de solución puestos en práctica por los pacientes; el objetivo que alcanzar, o sea, hacer que la persona pruebe concretamente la experiencia emocional correctiva de vivir una realidad que hasta entonces le estaba imposibilitada a causa del miedo.

Un nuevo ejemplo de estrategia terapéutica puede permitir comprender aún mejor la lógica de estas tipologías de intervención.

Frente a un paciente obsesivo-compulsivo obligado por su patología a realizar continuos rituales, se utiliza una estrategia basada en la lógica de la paradoja y en la lógica del autoengaño que se expresa en la siguiente prescripción:

Cada vez que usted ponga en práctica uno de sus rituales, deberá repetirlo cinco veces, ni una más ni una menos, puede no hacerlo.. pero si lo hace una vez deberá hacerlo cinco veces, ni una menos ni una más.²

La prescripción utiliza la misma lógica de la persistencia de la patología, o sea, la ritualidad de la compulsión, pero reorienta su sentido, de tal manera que es la fuerza misma del síntoma la que es puesta en contra del trastorno, y rompe con el efecto de su equilibrio perverso. La imposición de una repetición «ritualizada» de los rituales conduce a la persona a la construcción de una realidad distinta respecto de aquella caracterizada por las irrefrenables compulsiones, en el interior de la cual se abre la nueva posibilidad de no hacer ningún ritual, ya que en la nueva realidad el ritual no es irrefrenablemente espontáneo, sino prescrito y voluntario. Nos apoderamos del síntoma construyendo otro síntoma, estructuralmente isomorfo, que anula el primero, pero al ser éste una construcción deliberada puede ser voluntariamente rechazado. Como en la antigua estrategia china de hacer subir al enemigo al desván y luego quitar la escalera.

A través de esta imposición en la mayoría de los casos tratados la patología obsesiva compulsiva se desbloquea: el paciente interrumpe rápidamente la ejecución de los rituales. Es curioso, además, que también en este caso el paciente explica que no comprende cómo es posible no tener ya la irrefrenable necesidad de protegerse de su fobia poniendo en práctica reiterados rituales. Después de esta experiencia emocional correctiva, una vez más producida por una estrategia terapéutica ajustada a la estructura de la patología, el sujeto aprende a utilizar conscientemente este método. Por lo general, todo esto es suficiente para que ni siquiera tenga la percepción de la fobia que lo inducía a las compulsiones obsesivas. En otros términos, saber, gracias a la experiencia concreta, «cómo» superar el miedo, hace que el miedo ni siquiera aparezca; como afirma Sri Yukteswar: «Mira el miedo a la cara y dejará de turbarte».

Después de cuanto se ha expuesto hasta aquí, al lector le parecerá bastante evidente que la mejor manera de conducir a una persona a superar efectiva y rápidamente su miedo patológico está representada por un tipo de tratamiento construido ad hoc que:

- copie, en su lógica de intervención, la estructura de la persistencia del trastorno;
- guíe a la persona, mediante estrategias que soslayan la resistencia, hacia concretas experiencias de cambio;
- conduzca a la persona a la confianza en los propios recursos personales y a la recuperación de la completa autonomía e independencia.

Esta afirmación está claramente confirmada por los resultados relativos a la eficacia y eficiencia del tra-

² Esta prescripción, como las siguientes, es una técnica formalizada en los protocolos de tratamiento para los trastornos fóbico-obsesivos (Nardone-Wattlawick, 1990; Nardone, 1993).

tamiento. En efecto, éstos muestran inequívocamente que esta terapia breve específica para los trastornos fóbicos obsesivos obtiene los mejores resultados actualmente disponibles en el universo de las posibles formas de terapia. La última investigación valorativa llevada a cabo en el Centro de Terapia Estratégica de Arezzo muestra que en más de dos mil casos tratados, el 88% de éstos fueron resueltos con un tratamiento de una duración inedia de siete sesiones (Nardone-Watzlawick, 2000).

Sobre la base de estas evidencias empíricas, el lector debe tener siempre en mente a Occam: «Todo cuanto puede hacerse con poco, se hace en vano con mucho».

Capítulo 4

HISTORIAS DE TERAPIAS TAN RÁPIDAS COMO EFICACES

Empujando diariamente nuestros límites logramos superar, con pequeños pasos, los miedos que nos vetan o nos limitan la posesión de nuestra existencia.

ANGELO D'ARRIGO

Premisa

Llegados a este punto de nuestro viaje por el universo del miedo patológico y de su tratamiento, no queda más que presentar una serie de ejemplos de Terapia Breve Estratégica real. O sea, una serie de historias de casos ejemplares para la clara explicitación de todo lo que se ha expuesto con anterioridad. En otros términos, el lector será introducido concretamente en el interior de ese fascinante arte de resolver complicados problemas mediante (*aparentemente*) sencillas soluciones.

La fobia a los excrementos

Hace muchos años se presentó ante mí una mujer de mediana edad, con un claro sobrepeso, la piel de color blanco pálido y el pelo mojado, que decía que había llegado a mí como a la última playa antes del suicidio.

Esta persona, una profesora de matemáticas y, por tanto, un sujeto racional y en posesión de sanas capacidades de razonamiento lógico, estaba afectada desde hacía diecisiete años por una obsesión compulsiva muy severa debido a una indomable fobia a los excrementos por el peligro de contagio de la suciedad, estaba obligada a lavarse y a lavar todo a su alrededor, desinfectándose, luego, con productos farmacéuticos varias veces al día. La paciente había llegado a tal nivel de fobia generalizada que, aunque evitara atentamente cualquier forma de contacto con excrementos de todo tipo, la sola vista de una mancha marrón era fuente de terror: se preguntaba si podía ser una mancha de aquello que la aterrorizaba y procedía a los rituales de lavado y desinfección. Sus procedimientos ritualizados de limpieza duraban de promedio más de media hora por cada episodio, dado que éstos comprendían subrituales de lavado específico para distintas partes del cuerpo hasta llegar a una prolongada ducha final.

La mujer se había sometido a largas terapias psicoanalíticas sin obtener ningún resultado directo sobre su trastorno, aunque, explicó, con un poco de sarcasmo, que ahora lo sabía todo sobre su pasado, su inconsciente y sus «traumas». Además, durante años le habían suministrado terapias farmacológicas de todo tipo. En efecto, contaba que ya conocía todas las categorías de psicofármacos tan bien como un psiquiatra. Pero además éstos le habían producido muy pocos efectos terapéuticos, y, en cambio, como efecto secundario, le habían hecho engordar desmesuradamente y, en consecuencia, entrar en crisis también por el deterioro de su aspecto físico.

Las condiciones de la paciente no eran desde luego las mejores.

Después de habernos puesto de acuerdo en que seguiría todas mis indicaciones, por más ilógicas, banales y

grotescas que le parecieran, le asigné las siguientes prescripciones:

De aquí a la próxima sesión la invito a profundizar en el conocimiento de aquello que le da tanto miedo; por consiguiente quisiera que usted se procure toda la literatura que pueda encontrar acerca de todas las tipologías de excrementos y de su composición; en otros términos [sonriendo], ¡hágase una «buena cultura de la caca», porque la interrogaré sobre eso!

De aquí a cuando vuelva a verla, además, cada vez que ponga en práctica uno de sus rituales de lavado, deberá repetirlo cinco veces. Puede no hacerlo, pero si empieza a hacerlo lo repetirá cinco veces, ni una más ni una menos. Puede no hacerlo, pero si comienza a lavarse deberá repetir cada rito cinco veces, ¡Id una menos ni una más!

La paciente, bastante cohibida, rebatió:

- ¡Pero así estaré todo el día lavándome!
- ¡Así estará bien limpia! —le respondí.

En la siguiente cita, después de una semana, con, una sonrisa entre asombrada y complacida, la paciente se presentó con una bolsa llena de libros y fotocopias de artículos sobre excrementos y contó que había hecho un estudio detallado de todos los tipos de «cacas» y de sus distintas composiciones. Nos entretuvimos discurriendo un poco sobre este tema. Después de esto contó que lo que de verdad la había sorprendido había sido el efecto de la segunda tarea que le había asignado. Después de algunos días de lavados repetidos cinco veces, había interrumpido extrañamente sus rituales, en el sentido de que aquello que antes le parecía absolutamente irrefrenable y obligatorio, ahora se había convertido en algo que ya no era tan necesario. No sabía cómo había sucedido pero, con gran alivio por su parte, la necesidad de lavarse repetidamente parecía desvanecida y ante el solo pensamiento de tener que repetir cinco veces cada uno de sus lavados había experimentado rechazo a iniciar el rito.

El lector podrá encontrar todo esto bastante «mágico», pero como se ha expuesto con detalle en otros trabajos míos (Nardone, 1993; Watzlawick-Nardone, 1997), ésta es una técnica rigurosamente construida ad hoc para las sintomatologías compulsivas que no tiene nada de mágica, pues, como se ha aclarado antes, basa su estructura lógica en la antigua estratagema de hacer que el enemigo suba al desván y luego quitar la escalera.

Sin embargo, incluso después de esta importante reducción de la sintomatología compulsiva, el problema no estaba completamente resuelto en cuanto que la extrema fobia a los excrementos seguía persistiendo y la persona se encontraba siempre en la situación de evitación y huida de todo aquello que pudiera asociarse al objeto de su miedo.

Por consiguiente, en este punto era necesario que nuestra paciente superara también su originaria manía fóbica. A tal fin, se le prescribió, para seguir desarrollando su estudio, basado en la literatura de los distintos tipos y de las distintas composiciones de los excrementos, que continuara con una observación «etológica» de estas realidades. En otros términos, se sugirió a la persona:

—Dado que hasta ahora se ha portado tan bien estudiando las tipologías de «cacas», quiero que lo haga de manera más empírica; así, hasta que volvamos a vernos, dedique todos los días una hora de su tiempo, siempre a la misma hora, a ir en busca de distintos tipos de excrementos, observándolos como si fuera un etólogo que estudia a ciertos animales y sus costumbres. Desde luego, no quiero que se acerque demasiado a aquello que la espanta, sólo le pido que observe atentamente desde una distancia tranquilizadora para determinar empíricamente las características de los diferentes tipos de excremento que usted ha estudiado en la literatura sobre el tema.

La paciente volvió a la semana siguiente contando que, dado que vivía en el campo, había tenido ocasión de encontrar ciertamente muchas clases de cacas: de vaca, de cerdo, de perro, de caballo, de ratón, de diferentes tipos de pájaro, de gallina, etc., y que había podido observar sus características. Después de haber escuchado atentamente sus «etológicas» descripciones, le pregunté a qué distancia se había situado de los excrementos y si había tenido sensación de miedo. La señora me respondió, sonriendo, que se había acercado mucho más de lo que hubiera podido imaginar; incluso, en algunos casos, había llegado a medio metro del objeto de estudio y hasta se había inclinado para verlo mejor. Todo ello sin tener ninguna sensación de espanto.

En este punto pregunté a la señora si estaba dispuesta a realizar una especie de «rito de paso» con el fin de «exorcizar» para siempre su viejo miedo. La paciente aceptó, casi divertida, diciéndome:

—Después de haber hecho todas las cosas extrañas que me ha pedido, puedo hacer una más.

Entonces le asigné la siguiente tarea:

—Bueno, bueno... De aquí a la próxima sesión deberá darse otra vuelta para estudiar los excrementos, pero una vez que haya encontrado el más «hermoso», vuelva a casa, coja la escobilla y

la palita, vuelva al sitio y recoja la «hermosa caca» elegida, llévela a su casa, vaya al cuarto de baño, échela en el wáter y tire de la cadena... Y así su miedo quedará borrado para siempre.

La paciente volvió a la cita siguiente con una deslumbrante sonrisa y contó, con pelos y señales, cómo había realizado al pie de la letra los deberes y que, después de este ritual, se había sentido completamente liberada de su fobia, que por otra parte ya se había reducido mucho, gracias a las anteriores prescripciones, pero que ahora parecía totalmente extinguida.

Volví a ver a esta persona seis meses después y un año después de la última sesión para los controles sobre el efecto de la terapia: contó que ya no había tenido ni aquella fobia ni otras manías fóbicas y que no había necesitado realizar rituales compulsivos de ningún tipo.

Como el lector habrá observado, en este caso se ha utilizado primero una estrategia «estandarizada» para el tratamiento de las obsesiones compulsivas; luego, una vez desbloqueada esta sintomatología, se ha construido una forma de «contrarritual terapéutico», hecho a imagen y semejanza de la estructura del trastorno fóbico, pero que en su ejecución invirtiera su sentido. En otros términos, de una espiral viciosa, dando la vuelta a la estructura sobre sí misma, se ha pasado a una espiral virtuosa.

Además, me parece importante subrayar que aunque la patología que se deba curar se haya padecido durante muchos años y sea trágica en sus efectos, la terapia no debe ser necesariamente trágica ni prolongada.

El miedo a hablar en público

Un conocido autor de libros de éxito, cuarentón, guapo y decididamente fascinante, pidió una cita urgente.

Lo recibí al día siguiente de su llamada, como sue-

lo hacer con las urgencias, y me presentó el problema que amenazaba con echar a pique una parte importante de su vida profesional. Desde hacía algunos meses tenía miedo a hablar en público, hasta el punto de que en las últimas semanas había evitado dar conferencias o clases. Todo esto, desde luego, lo había paralizado. A él, que hasta entonces había afrontado con toda tranquilidad conferencias con cientos de participantes; a él, que desde hacía años impartía lecciones en las universidades del mundo más importantes.

Al describir el problema, expuso que su miedo a bloquearse durante una presentación era debido a que en los últimos tiempos su ansiedad se había incrementado de manera espantosa, lo que producía toda una serie de somatizaciones, como dolor de barriga, taquicardia, respiración agitada, sudoración, etc., que le hacían temer lo peor.

Todo comenzó cuando, durante una de las tantas conferencias, se vio obligado, a causa de un espasmo intestinal, a aplazar su ponencia.

Desde entonces había empezado a sentir el temor de que pudiera sucederle de nuevo lo mismo, e incluso durante una exposición. En consecuencia, había incrementado progresivamente su tendencia a controlar sus reacciones, cayendo así en la trampa de la profecía que induce a su cumplimiento.

En efecto, cualquiera que se concentre en controlar sus funciones fisiológicas, acaba por alterarlas precisamente al intentar controlarlas.

Por tanto, el autor de éxito se había construido literalmente la trampa de la cual ya no sabía salir.

En estos casos, se debe desplazar la atención del sujeto, durante su performance, del control de sí mismo a cualquier otra situación.

Por tanto, al profesor se le impuso esta «sencilla» prescripción:

—En sus próximas apariciones en público, es decir, cuando esté presentando una de sus ponencias, haga lo siguiente: en la hora anterior a su presentación, trate de llevar a su mente todas sus peores fantasías, concentre en esta primera hora todas sus ansiedades, así tendrá muchas menos después. Luego, en el momento de hablar declare ante todos: «Queridos colegas, os ruego que me perdonéis por anticipado si durante esta presentación me ruborizo, comienzo a sudar o pierdo el hilo del discurso, porque, ya lo sabéis, últimamente no me siento demasiado bien», después de lo cual prosiga con su ponencia.

El autor reaccionó diciendo que le estaba pidiendo que hiciera un papelón, pero yo le respondí que podía tener alguna simpática sorpresa, que sin embargo no debía anticiparle.

Volví a ver al paciente dos semanas después, pero ya había recibido una llamada telefónica de agradecimiento algunos días después de nuestra sesión, en la que me dijo que las cosas le habían ido muy bien.

En efecto, había puesto en práctica al pie de la letra todo lo que le había pedido y esto lo había llevado a afrontar su prueba en perfectas condiciones y del todo libre de ansiedad. Lo que francamente le había sorprendido era que, después de su presentación, algunos de sus colegas más prestigiosos lo habían felicitado por la

estratagema retórica que había utilizado al inicio de su ponencia a fin de predisponer al auditorio a su favor.

La fragilidad declarada deja de ser tal y se convierte en una fuerza.

Este tipo de intervención ha sido aplicado con éxito a muchos casos similares al presente y representa un verdadero protocolo de tratamiento para las distintas formas de miedo a exponerse.

La fobia a los espejos³

Un joven estudiante universitario inscrito, mira por dónde, en la Facultad de Psicología, me fue enviado por la psicoterapeuta que lo trataba desde hacía muchos años, quien me preguntaba si podía desbloquear una fobia tan extravagante como inhabilitadora: el miedo a ser atraído por los espejos y golpearse la nariz violentamente contra ellos.

Sobre la base de esta manía fóbica, el joven vivía asistido desde hacía mucho tiempo por personas que pudieran inmovilizarlo en el momento en que era irresistiblemente atraído por un espejo.

Había retirado todos los espejos de su casa, salvo uno pequeño que tenía en el tocador; por las noches, por el temor de ir al cuarto de baño, dormía con un pañal en el que hacía sus necesidades.

El paciente, en suma, estaba completamente bloqueado por su fobia y por las estrategias que debía poner en práctica para protegerse de la misma.

Se presentó acompañado por uno de sus «asistentes-protectores», me planteó el problema y yo evité indagar sobre su pasado, sus eventuales «traumas», la estructura de su familia, etc., pero le pedí que me describiera en detalle qué habían intentado hacer hasta ahora él y las personas de su entorno para tratar de combatir ese problema.

Él me describió toda la serie de estrategias de protección de su nariz en relación con la atracción de los espejos. En este punto lo miré y le dije que me parecía muy extraño que no hubieran pensado en una solución muy sencilla.

—Si tienes miedo de golpearte la nariz contra los espejos, hasta cubrirla con esos protectores que fabrican para evitar los golpes.

Él me miró asombrado, y dijo:

—¿Qué cosas?.

Le respondí:

—¿Recuerdas los cascos de fútbol americano, o los de motocross? No sólo protegen la cabeza sino también la nariz. Podrías comprarte un casco e ir por ahí con el casco en la cabeza; todos los motociclistas tienen un casco; tú podrías fingir que tienes una moto cerca y moverte libremente protegido por el casco. Pienso que ésta podría ser una estrategia mejor que las que has usado hasta ahora para protegerte de los espejos que te atraen.

Por tanto, en los próximos días cómprate un casco. Elige uno que te parezca fuerte y adecuado y veamos qué sucede, ¡creo que podría ayudarte!

El joven volvió después de una semana con un bonito casco rojo en la mano y contó que, después de nuestro encuentro, volvió a casa e inmediatamente empezó a telefonar a las tiendas especializadas, primero pidiendo un casco de fútbol, y luego, al no conseguir encontrarlo, se conformó con un casco de motocross particularmente ligero, pero robusto. Ansioso por poner en práctica el experimento, salió de su casa solo, cogió el coche, cosa que no hacía desde hacía años, se dirigió a la tienda especializada, entró y adquirió el casco. Sólo cuando salió de la tienda se dio cuenta de que había hecho algo que antes no habría podido hacer sin haber chocado contra algún espejo, y eso que había encontrado muchos durante su trayecto.

En este punto salió con el casco en la mano y pensó: «Bueno, si tengo miedo me lo pongo; si no, lo llevo conmigo por seguridad». Con estas ideas en la cabeza durante toda la semana, volvió a salir, siempre con el casco en la mano, sin ponérselo. Que yo sepa, nunca se puso el casco, pero gracias a esta nueva presencia en poco tiempo eliminó todos los demás «intentos de solución» (asistente-protector, pañal nocturno, aislamiento total).

Después de algunos meses, tras darse cuenta de que gracias a esta nueva estrategia había superado completamente el miedo a ser atraído por los espejos, abandonó también el casco.

«Surcar el mar a escondidas del cielo»: desplazar la atención del intento de controlar el miedo a la ejecución de una tarea de distracción sugestivamente prescrita. La persona, sin darse cuenta, en un primer momento realiza algo hasta entonces irrealizable, pero esta experiencia concreta lo conduce a tener, aunque sea por poco tiempo, una nueva percepción de la realidad vivida hasta entonces como irresistiblemente aterrorizadora. Esto lleva a la

³ Este caso ejemplar es tratado en Nardone, 1998.

inevitable ruptura de la rigidez del sistema perceptivo-reactivo fóbico y abre el camino a la construcción de nuevas formas alternativas de representación de la realidad y de consiguientes modalidades conductuales y cognitivas.

La dependencia patológica: el miedo a estar solo

Hace algunos años se presentó un matrimonio, que ya a primera vista parecían perro y amo. En efecto, la patología de la mujer era la de una absoluta dependencia del marido basada en el terror a estar sola, incluso durante breves instantes. Esta forma de miedo patológico se debía a un previo síndrome de ataques de pánico. Después de haber indagado atentamente sobre la situación, hice salir al marido y propuse a la señora:

—Bueno, quiero pasar a una primera reflexión que la invito a hacer durante la próxima semana. Quiero que piense que cada vez que usted pide ayuda y la recibe, recibe simultáneamente dos mensajes: el primero, evidente, es: «Te quiero, te ayudo y te protejo». El segundo, menos evidente, pero más sutil y más fuerte, es: «Yo te anido porque no puedes hacerlo sola, porque estás enferma». Este segundo mensaje le confirma su incapacidad, incrementándola. Pero preste atención: no le estoy diciendo que no pida ayuda, porque usted aún no está en condiciones de no pedir ayuda. Sólo le digo que piense que cada vez que pide ayuda y la recibe, contribuye a que sus problemas persistan y se agraven. Pero, por favor, no se esfuerce en no pedir ayuda, puesto que usted no está en condiciones de no hacerlo. Solamente piense que cada vez que la pide y la recibe contribuye a que las cosas vayan peor.

En la segunda sesión la señora declaró que había reducido muchísimo sus solicitudes de ayuda, que las cosas habían ido mucho mejor. En efecto, había conseguido permanecer sola varias veces y, cosa de verdad sorprendente para ella, sin ningún temor.

Esto es lo que ocurre en la mayoría de estos casos, la persona reduce o incluso interrumpe inmediatamente su repertorio conductual de solicitud de ayuda como efecto de la reestructuración que provoca el miedo a pedir ayuda.

Y ello se debe a que mediante esta maniobra terapéutica se pone, sin pedir ningún esfuerzo directo de cambio al paciente, el miedo contra el miedo: es más, un miedo más grande, el de un mayor agravamiento, contra uno más pequeño, la actual sintomatología; ya los latinos sabían que *UN maior minor cessat*.

Lo que puede parecer más sorprendente, para el lector pero no para el clínico experto, es que a continuación de este cambio se observa un nítido descenso de la sintomatología fóbica y no pocas veces se asiste a un completo desbloqueo de la patología. Todo esto como efecto del hecho de que, al no pedir ayuda y apoyo, el sujeto se encuentra afrontando solo situaciones que antes habría vivido bajo protección, descubriendo que puede manejarlas. La continuación de este mecanismo de descubrimientos graduales de capacidades conduce a la persona a aventurarse cada vez más hasta llegar, a veces, a la superación espontánea de todos los miedos anteriores.

También en el caso de esta paciente, las cosas prosiguieron así y fue suficiente guiarla hacia el gradual incremento de sus espacios de soledad para conducirla a la completa superación de su fobia.

En otros términos, mediante la maniobra descrita se produce la transformación de un «círculo vicioso», el de la patógena solicitud de protección, en un «círculo virtuoso», el de la recuperación de los recursos personales y de la autonomía.

Además, esta técnica terapéutica, que es una de mis predilectas entre las muchas que he afinado con los años, constituye un espléndido ejemplo de cómo es posible obtener mucho mediante poco.

El miedo a alejarse

Una patología que puede parecer a primera vista igual a la del miedo a estar solo es la relativa a alejarse solo. La diferencia entre los dos tipos de trastorno, que a veces se suman o se superponen, reside en el hecho de que, por lo que concierne al segundo tipo, no es suficiente, a los fines de su superación, trabajar sólo sobre la dependencia de los demás, sino que se hace necesario conducir al sujeto a superar concretamente los límites en el alejamiento de los lugares seguros que el miedo le impone.

Llegó a mí, después de la lectura de mi libro *Pon; Panic, Fobie* (la traducción francesa de *Miedo, pánico, fobias: la terapia breve* [1993]), una joven parisina acompañada por su madre que manifestó una casi total incapacidad para alejarse de los lugares seguros. Para ser precisos, su forma de temor se transformaba en Pánico cada vez que consideraba el lugar seguro demasiado alejado para volver a él en el caso del advenimiento de su miedo paralizador. En el primer encuentro, después de haber indagado en detalle todas las soluciones intentadas hasta entonces sin éxito por ella y por sus familiares para resolver el problema, se le administró junto con la

«reestructuración del miedo a la ayuda», descrita en el caso anterior, la siguiente prescripción.

—Muy bien, creo que deberíamos tener una medida lo más rigurosa posible de tus límites; por tanto, quiero que de aquí a la próxima cita cada día midas efectivamente tu límite. A este fin cada día a la misma hora sal con tu madre o con tu chico y dirígete a un lugar con espacios amplios y largas calles; una vez allí, deja a la persona que esté contigo en el punto más visible; luego aléjate caminando hasta el punto en que empieces a tener miedo; una vez allí detente. No debes ir en absoluto más allá. Sólo quiero que midas tu límite. Gírate hacia *el* punto seguro y antes de regresar espera un minuto, durante el cual quiero que te concentres en observar y medir, anotando en un cuaderno todas tus reacciones de ansiedad y miedo, así podrás referírmelo. Después de esto, antes de encaminarte para regresar allí donde se encuentra la persona que está contigo, das diez pasos caminando hacia atrás; hecho esto, vuelve al punto de partida.

Cada día repites este ejercicio en diferentes lugares y en distintas direcciones, así conoceremos tus límites), si éstos se mantienen o cambian.

Como comprenderá el lector, esta prescripción es sólo aparentemente una indagación cognoscitiva, puesto que representa ya una importante intervención terapéutica. En la siguiente cita, la joven contó que había realizado de manera meticulosa su tarea, describiéndola así:

—Todos los días fui en coche con mi madre o con mi chico a un punto de la ciudad donde hay una plaza y grandes calles que convergen en ella, dejé a la persona y me alejé hasta que el miedo comenzaba a hacerse sentir. Me di cuenta de que estoy en condiciones de alejarme mucho más de lo que creía y, además, con los días la distancia se ha incrementado.

Pero lo más sorprendente fue que, cuando permanecía quieta, tenía miedo de sufrir un ataque de pánico, pero escuchándome, tratando de sentir mi ansiedad, sentía que ésta no crecía; es más, me sentía decididamente tranquila. También he dado siempre los diez pasos hacia atrás, sin ningún temor, pero trataba de hacerlos de un modo no demasiado evidente porque me daba vergüenza. En efecto, un par de veces me ha ocurrido que algunas personas me miraron de una manera extraña.

Después de haber redefinido junto con la paciente los efectos de esta prescripción, proseguí pidiéndole que continuara con el mismo ejercicio, con una sencilla variante:

—Dado que lo has hecho tan bien, cada vez habrás llegado a tu límite, y tengo curiosidad por saber si siempre es el mismo o si cambia; deberás esperar dos minutos observando tus reacciones, después de lo cual darás cincuenta pasos hacia atrás más allá de tu límite y luego volverás allí donde la persona que te espera.

En la siguiente sesión, contó que las cosas habían ido aún mejor que la vez anterior y que, en realidad, sus límites se habían ampliado mucho, que el miedo nunca se había presentado. El único problema había sido dar los cincuenta pasos hacia atrás porque le daba vergüenza. Por consiguiente, había puesto en práctica una pequeña variante. Había empezado a caminar hacia atrás al superar el límite y luego se había girado, pensando que en caso de miedo se pondría de nuevo a caminar hacia atrás. Pero esto nunca había sucedido.

Me congratulé con la joven por su simpática variación sobre el tema y, sobre todo, por las capacidades expresadas al seguir al pie de la letra mis consignas, y proseguí como sigue:

—Como en el circo los ejercicios se hacen gradualmente más complicados, de aquí a la próxima sesión quiero que hagas algunos añadidos a tus tareas anteriores: esta vez, una vez que hayas llegado al límite diario, deberás permanecer quieta durante cinco minutos, siempre tratando de comprobar tus reacciones, después de lo cual los pasos hacia atrás o hacia adelante, como tú prefieras, más allá del límite, deberán ser esta vez cien.

Dicho esto la paciente me hizo una observación en verdad curiosa, considerada la situación inicial: me preguntó si, al alejarse de su acompañante, podía doblar también las esquinas y cambiar de calle y dirección, puesto que ahora ella se alejaba tanto que era difícil encontrar en la ciudad calles tan largas que le permitieran la completa ejecución de la tarea de manera rectilínea.

Aprovechando esta solicitud, le respondí que de ahora en adelante tendría una completa libertad para manejar sus alejamientos. Y añadí que si quería podría comenzar a alejarse sola incluso directamente desde casa, sin ir a buscar lugares como los designados en un principio. A la cuarta sesión la paciente contó que había hecho el ejercicio partiendo siempre desde su casa, para no molestar a su chico o a su madre. Añadió también que estaba muy sorprendida por las distancias que había recorrido, puesto que se había dado cuenta de que en cada ocasión permanecía fuera más de media hora. Por último, dijo que nunca había caminado hacia atrás, pero que había ido más allá del límite de la aparición del temor caminando naturalmente hacia adelante. Haciendo esto

había observado que, cuando se detenía durante cinco minutos para comprobar sus reacciones, el temor se desvanecía y, por tanto, estaba en condiciones de proseguir más allá del límite sin ningún problema y sin tener que realizar el extraño ritual de caminar hacia atrás. Es más, también contó que, a veces, una vez que había ido cien pasos más allá de su límite había sentido el deseo de ir aún más allá.

Después de estos informes la evolución de la terapia fue, sencillamente, la de pedirle que continuara con sus alejamientos, deteniéndose cada vez en el punto donde el temor surgiera para evaluarlo hasta que desapareciera, para luego proseguir más allá del límite a su voluntad.

Después de dos semanas, la joven dijo con entusiasmo que había pasado sus mejores días desde que apareciera su patología, siete años antes, puesto que se había movido libremente por París, manifestando sólo algunos momentos de leve temor, que enseguida desapareció después de evaluarlo. Se había sentido por primera vez liberada del miedo y capaz de afrontarlo con éxito. En este punto, como es importante hacer en estos casos, se le explicó en detalle a la paciente qué se había hecho con ella, comentando los tipos de estratagemas utilizados para conducirla a recuperar sus recursos personales y la confianza en sus capacidades. A la siguiente cita, después de un mes, volvió sola, sin ningún acompañante. ¿Qué mejor prueba podía haber de su curación que llegar de París a Arezzo sin tranquilizadoras compañías?

Como en todos los casos tratados, a esta paciente volví a verla tres meses, seis meses y un año después de aquella última sesión, para los seguimientos de la eficacia del tratamiento. En estos controles mostró su completa rehabilitación personal, contando que incluso había hecho sola algunos agradabilísimos viajes.

El miedo al miedo

Se presentó ante mí una señora, elegante y refinada, que empezó explicándome el trastorno que la había traído de una ciudad muy lejana, con un lenguaje extremadamente intelectual y prolijo, atestiguando seguridad y carisma, y manifestando, no obstante, un problema que se oponía a su imagen: el miedo al miedo. Ésta es la definición que dio ella misma para describir su miedo a sus reacciones de miedo como fuente de sucesivas reacciones de pánico. En efecto, estaba atenazada por el miedo a las reacciones mentales y fisiológicas que se desencadenaban en ella en las situaciones de temor. Estas situaciones, además, ahora no se generaban a partir de ningún estímulo externo, sino sobre la base de fantasías, pensamientos o simples alteraciones perceptivas.

En su desesperación ya había recurrido a una terapia farmacológica masiva que le había reducido un poco la sintomatología ansiosa, pero que no incidía en su trastorno de fondo. También se había dirigido a vaños psicoterapeutas, a los que, sin embargo, había terminado por abandonar debido a los escasos resultados obtenidos.

Cuando llegó, afirmó que había venido por sugerencia de una querida amiga que conocía mi trabajo, pero que ella era muy escéptica. Como de costumbre en estos casos, acepté su desconfianza y resistencia, prescribiéndosela como elemento de ayuda para la terapia.

La terapia se centró, después de la primera sesión, caracterizada por algunas maniobras preliminares, en hacer que la paciente interrumpiera su fundamental «intento de solución», el cual mantenía el problema, o sea, su obsesivo intento de controlar el síntoma estando siempre atenta a su cuerpo y a su mente. La técnica fundamental en este caso fue la de la peor fantasía, técnica diseñada para todos los trastornos basados en el control que hace perder el control.

En la práctica le prescribí:

—Bien, supongo que usted tendrá un despertador en su casa, ya sabe, uno de esos que tienen un sonido tan antipático. Bueno, cada día a la misma hora, que luego convendremos, deberá coger ese despertador y darle cuerda para hacerlo sonar media hora más tarde. En esa media hora usted se encerrará en una habitación de su casa y, sentada en un sillón, se esforzará por estar mal, se concentrará en las peores fantasías respecto de su problema. Pensará en los peores miedos hasta producirse voluntariamente una crisis de ansiedad y pánico, permaneciendo en ese estado durante la media hora. Apenas suene el despertador, usted lo apagará e interrumpirá la tarea, dejando los pensamientos y las sensaciones que se ha provocado, irá a lavarse la cara y retomarará su usual actividad diaria.

Ante esta prescripción la paciente contó que había tenido una reacción para ella imprevisible, que, en cambio, es la usual cuando se asigna esta tarea: no había conseguido estar mal, ni siquiera había podido provocarse una crisis de miedo o ansiedad a pesar de haber imaginado lo peor; en realidad había ocurrido todo lo contrario: había tenido fantasías incluso positivas y se había relajado mucho; incluso se había dormido en dos ocasiones.

Explicué que ése era el efecto deseado y que ahora que había tenido una experiencia tan inequívoca podía comenzar a utilizar esta técnica basada en la lógica de la paradoja, trabajando en ella hasta aprender a borrar el

miedo exasperándolo deliberadamente.

Así, le asigné la siguiente tarea:

—De aquí a la próxima sesión, en vez de retirarse durante inedia hora para hacer nuestro ejercicio, lo realizará cinco veces al día durante cinco minutos, donde esté, con quien esté v en los horaños que yo le daré; a las 9, a las 12, a las 15, a las 18 y a las 21 horas usted mirará su reloj y durante cinco minutos, esté donde esté, tratará de esforzarse para que le venga su trastorno, pero, por favor, no debe aislarse, debe realizar la tarea en el curso de las actividades que esté desarrollando a esas horas.

La señora me miró espantada, diciendo:

¿Usted quiere que yo me sienta mal en público?

Y yo le repliqué, sonriendo:

Podría ser, pero usted ha tenido la inequívoca demostración de que si es usted la que se provoca este trastorno, éste no viene. Por consiguiente, siga mi prescripción, ¿acaso no habíamos acordado en la primera sesión que haría cualquier cosa que le pidiera?

A la siguiente sesión la paciente volvió, por primera vez, sonriente, puesto que, durante la semana anterior había estado decididamente mejor; no sólo no había estado mal en los cinco minutos de la paradoja, sino que, al observar que de esta forma su miedo disminuía, espontáneamente había aplicado con éxito este método a otras situaciones. Es decir, había comprobado que la mejor manera de reducir el miedo es provocarlo voluntariamente.

De allí en adelante, la terapia se centró en aumentar su confianza en la técnica de borrar provocando deliberadamente, hasta llevarla a poner en práctica siempre esta prescripción, incluso cuando pudiera surgir el temido trastorno.

La paciente continuó adelante y explicó que, al abordar, semana tras semana, situaciones hasta entonces consideradas intolerables, había experimentado que, efectivamente, ante el surgimiento espontáneo del miedo o de alguna señal amenazante de su organismo, bastaba con exasperar mentalmente estos síntomas para que se desvanecieran. Como hemos declarado al inicio de este libro, el fantasma evocado nos persigue y nos espanta mortalmente si escapamos; si lo tocamos, en cambio, se desvanece. En el curso de diez sesiones la persona recuperó su completa autonomía y la capacidad de manejar sus reacciones, sin temor a perder el control y a caer en el pánico.

La antigua filosofía de la estratagema define el método usado en este caso como aprender a apagar el fuego echando leña.

Las compulsiones mentales que persiguen

Una joven víctima de una serie de pensamientos obsesivos ritualizados se presentó pidiendo desesperadamente ayuda.

En la práctica, varias veces al día y durante la ejecución de ciertas acciones, algunas de las cuales eran cotidianas, se sentía obligada a repetir mentalmente unas fórmulas de palabras o números. Este síntoma la conducía a reducir su actividad y, en cualquier caso, la atormentaba; además, considerándose una persona decididamente razonable, no podía aceptar la idea de estar obligada a hacer cosas tan irracionales.

En este caso, como en otros similares, se utiliza una prescripción que *ritualice el ritual*, de manera que utilizando la lógica de la creencia nos apoderamos del síntoma compulsivo transformándolo en un ritual prescrito rigurosamente. Esto suele conducir a su autodestrucción, puesto que altera el modelo de persistencia del trastorno orientándolo hacia su saturación y ruptura.

A la joven se le prescribió:

—De aquí a la próxima vez que nos veamos, cada vez que tenga deseos de repetir una de sus fórmulas repítala al revés; todas las repeticiones que hace de costumbre las repetirá tres veces al revés. Por ejemplo, si tiene ganas de repetir la palabra «hombre», ésta se convierte en «erbmoh» y, por tanto, usted dirá en su mente «erbmoh, erbMoh, erbMoh», siempre comenzará por el final de la palabra. Si la fórmula está compuesta por más palabras o números el ejercicio se hará más difícil pero usted tiene una mente entrenada... ¿no le parece? Por consiguiente, no creo que tenga dificultades para componer y repetir tres veces al revés incluso frases en teras.

En la siguiente sesión, la paciente dijo que todo había sido muy fatigoso, pero que había hecho efecto, puesto que después de algunos días los rituales se habían reducido hasta desaparecer. Luego había tenido sólo algunos episodios, inmediatamente inhibidos por la ejecución de la tarea prescrita.

Sobre la base de esta inequívoca y concreta experiencia, la joven fue luego guiada a aprender a atesorar aquello que había experimentado: matar al enemigo con su mismo puñal.

La fobia a la duda: la incapacidad de tomar decisiones

Una tipología particular de trastorno fóbico-obsesivo, que es una especie de mezcla entre compulsiones obsesivas y fobia generalizada, está representada por patologías basadas en la incapacidad del sujeto de tomar decisiones por el miedo a cometer errores que produzcan graves daños a otros, o bien el temor basado en el «pensamiento mágico» de que el hecho de hacer o no hacer algo conducirá a sucesos desastrosos para alguna persona querida.

Llegó a mí una joven, acompañada por su madre, que contó que el temor a hacer daño a los demás bloqueaba totalmente sus acciones.

Era perfectamente consciente de que este pensamiento era absurdo y de que ella no estaba en condiciones de dañar directamente a nadie, pero sentía dentro de sí un ingobernable miedo a asumir la responsabilidad de cualquier decisión, dado que si hubiera puesto en práctica algo equivocado, esto habría producido sucesos desastrosos para otros, en particular para sus familiares. La madre añadió que su hija recurría a ella para cualquier decisión que tuviera que tomar pidiéndole que asumiera la responsabilidad de la misma. Por tanto, las dos mujeres acababan teniendo una continuada y morbosa copresencia, caracterizada por la dinámica de la solicitud de ayuda de la hija con la consiguiente intervención de la madre.

Como puede entenderse la situación era de verdad pesada, puesto que, además de mantener atadas a las dos personas, el trastorno no permitía que la muchacha hiciera nada de manera autónoma y personal, ya que incluso en la más mínima situación relacional a veces se requiere asumir una posición determinada. Indagando sobre el problema le pregunté si era indispensable que fuera su madre quien le dijera continuamente cuál era la posición que adoptar y que asumiera la responsabilidad de la decisión o si lo de verdad importante era que no fuese ella la que decidiera.

Ante esta pregunta, respondió que, en realidad, le parecía extraño, pero lo más importante era no haber decidido ella algo, como si el peligro estuviera precisamente en el hecho de tomar una decisión. En efecto, contó también que a veces, en las 1-aras ocasiones en que podía renunciar a la presencia tranquilizadora de la madre, utilizaba a otras personas como responsables de sus acciones. O bien que cuando no había tenido a nadie a quien preguntar, había dejado que las cosas marcharan sin ninguna intervención suya: había dejado que el azar decidiera por ella.

Recogida esta importante información, además de la pormenorizada indagación del contexto familiar y social de la paciente y de sus características personales, fue posible proponerle una intervención «mágica».

—Creo haber entendido cómo funciona tu problema; por tanto, creo que puedo ayudarte, incluso con rapidez, pero a tal fin tendré que pedirte que hagas algo extraño. Es más, aparentemente ilógico, pero por lo demás nadie está más habituado que tú a cosas que para los otros son ilógicas y para ti tienen una lógica convincente...

Ella respondió que estaría dispuesta a hacer cualquier cosa con tal de salir de su sufrida situación. En consecuencia, procedí comosigue:

—De acuerdo, considerando que estás dispuesta, quiero que de aquí a la próxima cita, dentro de una semana, realices al pie de la letra lo siguiente.

Quiero que consigas una determinada moneda... una moneda antigua o una moneda extranjera... algo no cotidiano, y que la lleves siempre en el bolsillo. Siempre al alcance de la mano. Cada vez que tengas que tomar una decisión, incluso la más nimia, y se genere tu usual cadena de dudas y miedo, coge la moneda, lánzala y deja que el azar decida por ti. Si sale cara pondrás en práctica la decisión para ti más espontánea; visto que el azar habrá decidido por ti, no hay problema...; si sale cruz deberás decidir tú si pedir, como de costumbre, ayuda a tu madre o dejar que las cosas vayan solas, también en este caso no serás tú quien habrá decidido, sino la suerte.

Ten presente que, en realidad, incluso cuando tú pides ayuda a tu madre, quizá nunca has pensado en esto, en realidad estás tomando una decisión, o sea, la decisión de dejar que ella decida en tu lugar. Por consiguiente, esto no te salva de los riesgos que temes. Mientras que si tú lanzas la moneda y dejas al azar la decisión, tú estás de verdad a salvo de cualquier responsabilidad.

Como comprenderá el lector, asumí la lógica de la paciente, como indicaba Pascal, adopté su percepción de la realidad, la secundé, la conduje a una evolución coherente con su lógica que, no obstante, subvierte completamente el equilibrio.

La chica me miró, asombrada, afirmando que estaba sorprendida de no haber pensado nunca que pedirle a su madre que decidiera por ella ya era decidir, y aceptó realizar la aparentemente absurda tarea.

Después de una semana contó que había utilizado muchas veces la moneda y, algo curioso para ella, había seguido al pie de la letra las indicaciones, poniendo en práctica todo lo que se le ocurría hacer espontáneamente, como si el miedo no existiera, cuando había salido cara; cuando había salido cruz, en cambio, la mayoría de las veces había preferido hacer como si hubiera salido cara. Esto, afirmó, le había resultado bastante natural, puesto que se había dado cuenta de que no sucedía nada grave; es más, puesto que había pensado mucho en lo que habíamos hablado la vez anterior, se había sentido muy relajada al delegar al azar, por así decir, sus decisiones.

Sin embargo, después de haber declarado todo esto, añadió que, quizá, la «magia» ocurrida en esa semana le había demostrado que incluso habría podido evitar lanzar la moneda, puesto que le parecía claro el hecho de que era una especie de truco de prestidigitador para obligarla de una forma delicada a correr el riesgo de hacer algo en primera persona, y comprobar que esto no habría hecho daño a nadie.

Ante tal afirmación, como es usual y necesario, dije que sería mucho mejor seguir lanzando la moneda, porque nunca se sabe qué puede suceder. Ella me miró sonriendo, y replicó: «Ahora me dice eso para que siga adelante».

Continuamos la conversación y ella relató que durante la semana, al tomar decisiones y aceptar responsabilidades, había hecho cosas que no hacía desde hacía años y se había sentido de nuevo una persona capaz de elegir.

Vi a la paciente pocas veces más, y la conduje a recuperar, discutiendo juntos las experiencias que poco a poco iba viviendo, sus recursos personales y su autonomía. En la última sesión me regaló su moneda, afirmando que no la necesitaba, dado que después de la primera semana ya no la había usado, y era un placer para ella regalarme ese «objeto mágico».

En otros términos, actuando de esta forma, dejó atrás «el instrumento simbólico de su magia»: ahora ya no lo necesitaba.

Este me parece un maravilloso ejemplo del proceso usual de una terapia breve estratégica: se empieza con una captura sugestiva del paciente, se le guía mediante estratagemas a cambiar su percepción de la realidad, se le acompaña en su recuperación de la autoestima y toma de conciencia de los propios recursos, se actúa de manera que retome la completa responsabilidad de su cambio.

La fobia a las palomas

Era una mujer que rondaba los 30 años, con el aspecto de quien está siempre alerta; entró en mi consulta mirando alrededor, como para tranquilizarse por la ausencia de algo. Manifestó una forma severa de zoo-fobia: el terror a las palomas. Narró que para llegar a mi consulta, viniendo de otra ciudad, había dejado el coche en un aparcamiento, donde para su desgracia había visto, al entrar en la explanada, la presencia de una amplia comunidad de palomas. En consecuencia, había salido corriendo del aparcamiento y había llegado a mi sala de espera totalmente alterada. Su fobia era tan severa que le impedía caminar por calles de centros históricos sin que alguien explorara primero el territorio y le garantizara la ausencia de palomas. O bien evitaba por completo todos los lugares en los que hubieran podido producirse esos terroríficos encuentros.

Utilizando la usual estrategia terapéutica idónea para todos los casos de fobia a un animal o a un objeto, la terapia se desarrolló como sigue. Le pedí que consiguiera toda la literatura posible sobre las palomas. Ella respondió que le aterrizzaba incluso ver las fotografías, entonces le dije que tendría que comenzar a estudiar científicamente a las palomas, con textos sin ilustraciones.

Como suele suceder con estos pacientes, ella regresó desgranando toda su exquisita cultura sobre las palomas. También añadió que, como le había sido casi imposible encontrar libros o revistas sin ilustraciones, se había esforzado y había logrado estudiar también textos con ilustraciones. Al respecto afirmó que al principio había tenido mucho temor y luego había comenzado a sentir curiosidad al observar cuántos tipos distintos de palomas existen. Como comprenderá el lector, esta sesión fue para mí un notable enriquecimiento en zoología, puesto que asistí como un estudiante a su clase sobre las palomas. Al final de este encuentro le prescribí:

—Bueno, bueno, bueno..., quiero que siga profundizando en su conocimiento de las palomas, que siga estudiando... Luego hará dos cosas; la primera es que mida a qué distancia de una paloma se desencadena su miedo. Para hacerlo, visto que también usted vive en una ciudad histórica, vaya cada día hacia el centro y una vez en la famosa plaza de su ciudad, donde con seguridad encontrará palomas, acérquese hasta que comience a sentir miedo; en ese

punto deténgase. Quiero que haga este experimento todos los días para medir su límite actual.

La tercera tarea fue la prescripción del ritual de media hora de la peor fantasía cotidiana.

Como el lector puede observar, las técnicas terapéuticas aplicadas en este caso remiten a algunos casos anteriormente descritos. En efecto, el tratamiento de las fobias simples está estructurado en una estrategia compuesta de tácticas y técnicas que se repiten para las distintas formas de fobia. Estas son sencillamente adaptadas, desde un punto de vista de comunicación y relación, a la singularidad de cada persona. Como en los casos antes descritos, la señora fue guiada a aprender a usar la técnica de la peor fantasía para bloquear o para inhibir sus peores fantasías fóbicas, y conducida paralelamente a descubrir que su acercamiento a las palomas aumentaba y, por último, el miedo se transformaba gradualmente en curiosidad. Como ocurre en la mayoría de los casos, en el curso de unas diez sesiones, también la señora aterrorizada por las palomas llegó a la completa superación de su miedo. La prueba concreta de todo esto fue el hecho de que la paciente me trajo, en la última sesión, como anexo para incluir en su ficha clínica, una foto tomada en la plaza del Campo di Siena, con ella sentada en la gran fuente con decenas de palomas alrededor.

Auxilio, tengo un cáncer

Muy a menudo se recibe a personas extremadamente locuaces, con un discurso decididamente acelerado, que te embisten como una enorme ola echando sobre ti toda la mole de su problema en pocos minutos.

Sin embargo, de pocas personas tengo un recuerdo tan epidémico de esta situación como de una señora de unos 50 años que apenas entró en mi consulta, aun antes de sentarse, comenzó a hablar con un ímpetu que recordaba las cataratas del Niágara. En efecto, expuso de forma verbal y no verbal, dado que movía las manos y gesticulaba mientras hablaba, su trastorno, como arrojándomelo encima. Se trataba de una clásica forma de manía hipocondríaca, focalizada en el temor a enfermarse de cáncer. Este trastorno había aparecido como consecuencia, refería ella, de haber atendido hasta la muerte a su padre, enfermo de un tumor.

Desde entonces la paciente había entrado en un estado de preocupación por la posibilidad de padecer un cáncer, y se había sometido a todos los exámenes diagnósticos del caso, sin advertir, no obstante, nada patológico en su organismo. Pero, como suele ocurrir en estos casos, nunca estaba satisfecha e iba de un especialista a otro en busca de exámenes cada vez más sofisticados. O bien repetía el mismo examen por el temor de que no hubiera sido realizado adecuadamente. Además, compraba de forma continua revistas de información médica y leía sin parar todas las novedades sobre el estudio de las distintas formas de tumor y su terapia. Con los años todo esto había conducido a la persona a vivir atenazada por el miedo, y a incrementar de manera exponencial su manía hipocondríaca. Hasta el punto que parecía que su vida estuviera totalmente construida en torno a esta fobia. Los familiares, contó, habían llegado a la exasperación, ya que tampoco en la familia se hablaba de otra cosa que de tumores.

Como es habitual, le pregunté si estaba dispuesta a hacer cualquier cosa para liberarse de su fobia. Ella respondió afirmativamente, y dijo que había acudido a mí por consejo de personas a las que yo había curado, que ya la habían advertido de las extrañas cosas que les había pedido que realizaran.

Ante todo comencé a intervenir sobre el problema argumentando en torno al hecho de que hablara continuamente de su fobia:

—En realidad, cuando usted habla de ello, para tratar de reconfortarse, sin darse cuenta, motivada por las mejores intenciones, usted produce los peores efectos, puesto que así complica aún más su situación.

Cuando usted habla de ello... es como si regara una planta con un fertilizante especial..., la hace crecer más.

Por tanto, quiero que comience a pensar que cada vez que habla de su problema lo hace aumentar, tal como ha hecho en todos estos años.

En consecuencia, lo primero que le pido es que construya en torno a su trastorno la que yo defino como la conjura del silencio. O sea, la interrupción de cualquier conversación referente al problema, lo que no le será difícil si piensa que al hablar de él hace empeorar su fobia.

La paciente me miró con los ojos desenchajados y dijo:

—¡Dios mío, me tamaré la boca! Pero ¿cómo haré si son los demás los que me hablan?

—Les dirá que hablar de ello es peligroso, puesto que las profecías pueden realizarse. Les hará un favor

también a ellos.

Después pasé a la prescripción fundamental para estos casos.

—De aquí a la próxima vez que nos veamos, además de la conjura del silencio, quiero que haga otra cosa: tres veces al día, apenas se levante por la mañana, inmediatamente después de almorzar y por la noche antes de dormir, vaya al baño, póngase delante del espejo, con pluma y papel, y comience a inspeccionar su cuerpo palpándose por todas partes, como han hecho los distintos médicos en sus visitas.

Vaya en busca de cualquier indicador preocupante de su cuerpo y anote todo lo que encuentre. En otros términos, quiero que tres veces al día se haga un atento chequeo y que apunte todos los síntomas indicadores de una formación cancerígena en su cuerpo.

La señora me miró con aspecto aún más asombrado, y exclamó:

—Pero así me espantaré mortalmente!

Y yo le respondí:

—Puede ser, pero le hará bien.

Después de una semana, la arrolladora paciente entró en mi consulta con un aspecto extrañamente sosegado, y dijo:

—¡Vaya...! ¡Qué bien funciona no hablar de ello! Tenía tanto miedo de hablar de mi fobia después de haberlo visto a usted que apenas llegué a casa les dije a todos que de ahora en adelante no hablaríamos de ello. Mi marido y mi hijo tuvieron palabras de encomio hacia usted, quizá porque así al menos para ellos habrá cesado la tortura. Advertí también a todas mis amigas, con las que no hablaba de otra cosa, y ¿sabe que ellas también se asustaron de hablar de ello?... Pero lo más extraño es que en esta semana no pensé nunca en los tumores, en la posibilidad de enfermarme... es como si todo se hubiera desvanecido.

Ante tal afirmación, pregunté:

—Bueno, ¿al menos las tres veces al día en que realizaba la otra «tarea» ha tenido miedo?

La mujer respondió, sonriendo:

—No, absolutamente no... Me daban ganas de reír y me sentía decididamente estúpida... los dos primeros días, al tocarme, sentía unas sensaciones que en ese instante me preocupaban, pero luego, al escribirlas, el temor desaparecía. En los días sucesivos, ya no encontré nada y me sentía muy idiota pensando que durante tanto tiempo había tenido sensaciones tan espantosas. Lo hice tal como usted me dijo, tres veces al día, pero ya no tuve ningún miedo; en efecto, ya no escribí nada.

La sesión continuó redefiniendo juntos todo lo que había sucedido; la conduje hacia la comprensión del funcionamiento y el efecto de la estrategia utilizada. Evocar el fantasma voluntariamente para luego tocarlo y hacerlo desvanecer; como también golpear la hierba para ahuyentar a las serpientes.

Después de esto le pedí que continuara con su vida de manera natural, teniendo en mente que si volvían a presentarse sus manías, pondría en práctica aquello que había utilizado tan bien. Me despedí de ella fijando una nueva cita para el mes siguiente.

Un mes después la señora regresó relajada y sonriente, pero no vino sola, sino con una amiga. Me dijo que se había permitido acompañar a mi consulta a una amiga que necesitaba mi ayuda. La enérgica mujer afirmó que se encontraba muy bien, sin ningún problema y que, por consiguiente, dado que consideraba que ya no necesitaba ayuda, había traído a su amiga para que ocupase su puesto en la sesión programada.

Si quieres hacerlo, hazlo mejor

Una mujer distinguida, muy elegante y decididamente perfumada, entró en mi consulta con paso leve, como una bailarina, se sentó mientras se quitaba el precioso sombrero y los largos guantes como una perfecta diva; después, mirándome con dulzura, expuso su problema.

—Doctor, estoy aquí porque me han hablado tan bien de usted...

A lo que inmediatamente repliqué:

No sé si estaré en condiciones de ayudarla, tendré que ganarme su estima, no me la conceda antes...

También me habían dicho que era encantador... —insistió la señora.

Como cualquier lector con un poco de experiencia podrá intuir, esta paciente era muy seductora y, por tanto, sólo en apariencia colaboradora.

Expuso su problema afirmando que era algo muy embarazoso para ella, puesto que contrastaba con su estilo personal. En efecto, el trastorno era una clásica forma de irrefrenable compulsión de procurarse pequeñas torturas: la paciente se comía, hasta hacerse sangre, la cutícula de los dedos; además, se rascaba los talones con las uñas hasta despellejarlos; también, de vez en cuando se pinchaba con agujas la palma de la mano, causándose dolorosas heridas. Obviamente todo esto estaba en claro contraste con la fina y elegante imagen que ofrecía. Por tanto, este trastorno, además de ser incontrolable y fastidioso, aunque agradable en su ejecución, le

creaba muchos problemas en las relaciones interpersonales, dado que al avergonzarse de ello tendía a evitarlas.

La distinguida señora dijo que la había enviado su psicoanalista, con el cual había explorado durante años su inconsciente y reconsiderado su pasado hasta reconstruir con pelos y señales las causas de su problema, pero aunque le había servido para conocerse mejor, no había influido en absoluto en su gravoso trastorno. En consecuencia, su analista le había aconsejado que se sometiera a mi terapia breve.

Le dije a la mujer que podía ayudarla, pero que tenía algunas dudas respecto del hecho de que, probablemente, mis indicaciones le parecerían decididamente ilógicas o incluso ridículas. Por consiguiente, me declaré bastante escéptico en cuanto a mi capacidad para ayudarla.

Este tipo de comunicación, como comprenderá el lector, era una útil maniobra retórica para transformar su disposición hacia mí en real colaboración. En efecto, la paciente respondió diciendo que, considerada la estupidez de sus problemas, ninguna propuesta terapéutica podía ser tan estúpida. Después, continué:

—Bueno, considerando eso, quiero que siga al pie de la letra mis instrucciones hasta cuando volvamos a vernos, dentro de dos semanas.

Ante todo quítese de la cabeza la idea de conseguir no torturarse, porque esto me parece que no se puede plantear; es más, lo que quiero es que usted aprenda a hacerlo mejor... puesto que sólo si aprende a hacerlo bien conseguiremos, luego, cambiar las cosas... por tanto, quiero que cada vez que comience a comerse la cutícula de los dedos, lo haga con método y de manera rigurosa, o sea, que comience por el meñique y pase por todos sus dedos; aunque usted tuviera la intención de comerse una sola cutícula, deberá empezar por el meñique, pasar al anular, luego al medio, al índice y por fin al pulgar. Luego pasará a la otra mano, empezando siempre por la cutícula de la uña del meñique.

—Pero ¡así me machacaré de verdad! —me advirtió ella.

Después de haberme mirado horrorizada durante toda la prescripción, la distinguida señora afirmó que todo eso le parecía muy extravagante, pero que de todos modos intentaría realizarlo al pie de la letra.

Dos semanas después, la paciente contó que se había quedado sorprendida por el efecto de las tareas, puesto que había aplicado al pie de la letra las tres prescripciones y aquello no le había agradado en absoluto. No porque la tortura fuese mayor que las anteriores, sino sencillamente porque al tener que realizarlas de la manera prescrita ya no eran tan placenteras e irrefrenables, sino que se habían convertido en algo desagradable y, por consiguiente, rechazable. Ante esta afirmación pedí explicaciones, fingiéndome sorprendido del «mágico efecto» de mis indicaciones. Ella expuso con más detalle el hecho de que ahora su primer deseo irresistible había cambiado, era como si se hubiera roto un hechizo, y después de la primera ejecución prescrita, en los días siguientes sólo con imaginar que debía comerse las cutículas, dedo por dedo, o el despellejamiento metódico del pie de derecha a izquierda, o tener que pincharse la palma con una decena de agujas, la inmediata reacción era el rechazo total. En otros términos, la irresistible compulsión por la tortura se había transformado en una desagradable tortura prescrita y, por tanto, rechazable.

En efecto, la manera más eficaz de romper una compulsión irrefrenable es ritualizarla mediante un preciso contrarritual terapéutico. Una vez más hacer subir al enemigo al desván y luego quitar la escalera y lanzar el ladrillo para mantener escondido el jade.

También en este caso después del radical cambio obtenido se pasó a la explicitación del funcionamiento de la estratagema terapéutica y a la adquisición, por parte de la paciente, de la conciencia relativa a los mecanismos de sus compulsiones y de sus idóneas soluciones.

Todo esto fue continuado durante algunas sesiones hasta el alta. La distinguida señora volvió a verme después de algunos meses y, como corresponde a tan noble estirpe, venía seguida por dos personas, sus servidores, que me entregaron un precioso regalo.

—Eso no es todo, aún falta lo mejor... —advertí, continuando con la prescripción—. Eso por lo que se refiere a la cutícula de sus manos. Por lo que se refiere a sus talones, cada vez que empiece a despellejarlos deberá también en este caso usar un método preciso. O sea, deberá comenzar por la derecha, yendo hacia la izquierda y luego volviendo a la derecha y luego hacia la izquierda, en toda la planta de su pie, haciendo lo mismo con ambos pies.

—Pero, perdone, doctor, así me despellejaré todo el pie, no sólo el talón —dijo ella.

—Precisamente, quiero que lo haga meticulosamente y de manera completa —insistí de nuevo—. En fin, en cuanto a su juego con las agujas, quiero que haga lo siguiente. Cómprase una caja de agujas y téngala siempre consigo; todos los días a la misma hora, elija la que le resulte más cómoda, coja una aguja de la caja por vez y pínchese la palma de la mano; decida usted cuánto debe presionar, si hacer o no hacer que le salga sangre; lo importante es que presione una vez con cada una de las agujas.

El miedo a volar

Uno de los miedos más de moda de los últimos años es, sin sombra de duda, el relativo a los viajes en avión.

Vino a verme un directivo de banca, que por motivos profesionales había tropezado con un problema que hasta entonces no había considerado como tal. Debía superar su miedo a volar, pues debido a su cargo en la organización, dentro de poco tendría que desplazarse continuamente por toda Europa. Esto, obviamente, ya no podía hacerlo en coche o en tren, como había hecho hasta entonces, al tener que desplazarse sólo por el territorio italiano. En consecuencia, se veía obligado a afrontar su único gran miedo: coger el avión. De otro modo debería renunciar a este importante progreso en su carrera. Declaró que hasta entonces nunca había intentado subir a un avión, dado que había organizado su vida evitando esta situación. Esto no le había costado ningún sacrificio: había bastado con evitar los viajes largos. Por lo demás, refería no tener ningún otro miedo; al contrario, era una persona que se complacía practicando deportes peligrosos, como el rafting en canoa y los combates de artes marciales.

No me encontraba, desde luego, ante una persona medrosa, sino frente a un sujeto con una fobia concreta. Esta es una situación bastante usual cuando se afrontan fobias simples o específicas. En la mayoría de los casos, quienes presentan el problema no son personas con un rasgo fundamental de miedo en su percepción de la realidad, sino individuos que han mantenido ese miedo específico evitando abordarlo, ya que no era inhabilitador para el desarrollo de su vida diaria. El directivo declaró también que en los últimos tiempos había intentado coger el toro por los cuernos, reservando algunos billetes, para luego presentarse en el aeropuerto y sufrir la frustrante situación de no estar en condiciones de subir al avión. Al respecto contó que se había esforzado por racionalizar su miedo, informándose sobre todas las posibilidades de un accidente aéreo, pero tampoco esto lo había liberado lo más mínimo de su incapacidad.

Su último intento de vencer el problema, antes de venir a verme, había sido la participación en un seminario para la superación del miedo a volar, celebrado por el staff de una compañía aérea. Por desgracia, como a menudo ocurre en estos cursos basados en proporcionar la mayor cantidad de información posible sobre la seguridad del vuelo, haciendo que los sujetos lo constaten en persona visitando los aviones detenidos y haciéndoles experimentar, a través de simuladores de vuelo, las distintas situaciones ordinarias durante un viaje aéreo, el efecto fue incluso paradójico.

En otros términos, lo que habría debido ayudar a esta persona a reducir su miedo, lo había incluso incrementado. En efecto, explicó que conocer en detalle todas las características de los aviones y de los vuelos le había hecho encontrar aún más posibilidades de peligro, puesto que, al analizar todos los factores, se había dado cuenta de que en su miedo hasta entonces había considerado muchos menos factores de los que había en realidad.

Como de costumbre, acordé con el paciente que si quería superar su problema debería realizar al pie de la letra todo lo que le pidiera. Sin embargo, lo tranquilicé afirmando que no le pediría algo aterrador, sino más bien extraño, es decir, mis indicaciones le parecerían ilógicas o absurdas, pero debería realizarlas al pie de la letra.

—Bueno..., en las próximas dos semanas todos los días deberá realizar un ejercicio de preparación para el vuelo; le advierto que le podrá parecer algo ilógico, pero hágalo al pie de la letra.

Después suministré al paciente la prescripción de la media hora diaria de la «peor fantasía», enfocada en todo aquello que podría ocurrir durante un vuelo.

Después de dos semanas, nuestro paciente regresó contando el usual efecto del ritual de la peor fantasía: durante la media hora en que diariamente se había empeñado en imaginar las peores situaciones, no había sentido ninguna forma de miedo o de reacción ansiosa; es más, paradójicamente, se había relajado y a veces hasta adormecido.

Le expliqué que éste era el efecto deseado y que, a través de esta experiencia, había comprobado la eficacia de la estratagema de apagar el fuego añadiendo leña hasta sofocarlo.

El se mostró complacido y me preguntó si, en consecuencia, para afrontar el miedo habría bastado con pensar en él voluntariamente.

Respondí que ésta sería la táctica de fondo pero que la primera vez, para desbloquear su terror a subir en un avión, tendríamos que usar alguna otra técnica. Dicho esto sugerí al paciente que reservara en las próximas dos semanas dos vuelos, o mejor, uno de ida y vuelta de su ciudad a una de las capitales de Europa. Luego añadí que todos los días debería seguir utilizando el ritual de la peor fantasía y el día del vuelo debería hacer lo siguiente:

--Durante todo el tiempo de sus preparativos en casa antes de partir y durante todo su viaje hasta el aeropuerto deberá, como en su media hora de fantasía, imaginar las peores cosas que podrían ocurrir durante el vuelo. Llegado al aeropuerto haga el check-in, siempre pensando en las peores cosas. Luego, en la sala de espera para el vuelo, armado de cuaderno y pluma observe a todos los pasajeros a su alrededor y trate de detectar incluso sus más mínimas señales de ansiedad o miedo y anótelas, describiendo bien tales características, como si usted

fuera un colega mío, estudioso de los comportamientos fóbicos. Por favor, preste mucha atención y verá que hay numerosas y aparentemente invisibles señales, a través de las cuales podemos reconocer el miedo en los demás. Cuando se abra la puerta y se produzca la llamada de su vuelo, póngase en la cola, siempre atento a las señales de miedo de los demás, puesto que ése es un momento crucial. Notará que en esa situación los indicadores de miedo se incrementan; usted siga anotándolos, y si siente también en su cuerpo estas señales anótelas igualmente. Siga haciendo todo esto hasta que haya subido al avión; una vez sentado trate una vez más de suscitar sus peores fantasías y anótelas todas en el cuaderno; cuando los motores se enciendan y el avión comience su balanceo preste mucha atención a las personas que están a su alrededor, ya que se trata de otro momento crucial para detectar señales de miedo en las personas. En el momento en que el avión inicie sus maniobras de partida, verá que éstas se incrementan, pero la máxima expresión la detectará cuando el avión empiece su ascenso. Siga haciendo su observación y transcripción durante todo el vuelo, a menos que usted se sienta relajado, pues en tal caso podrá disfrutar del viaje ...

Cuando haya llegado a destino lo primero que deberá hacer, apenas haya bajado del avión, será telefonarme y contarme cómo ha ido.

El día acordado para el viaje, recibí la llamada telefónica por parte del directivo desde el aeropuerto de Londres. Me explicó que todo había ido muy bien y que sorprendentemente no había sentido ningún miedo, pero se había divertido muchísimo reconociendo las señales de miedo de los demás. También me contó que en realidad no había escrito nada porque había sido suficiente observar atentamente a los demás y concentrarse en la tarea para desplazar completamente su atención y no tener ningún síntoma de miedo. Como comprenderá el lector, el paciente había entendido muy bien el criterio de la estratagema utilizada: surcar el mar a escondidas del cielo.

En la siguiente cita, el directivo, sonriente y divertido, me explicó que en el viaje de regreso incluso había ayudado a una señora aterrorizada, sentada a su lado, que durante el Micio de la aceleración del avión había dado evidentes muestra de pánico. Contó que comenzó a hablar con la señora y le sugirió que prestara atención, junto con él, a los indicadores de miedo de otros individuos que estaban a su alrededor. Así y hablando de lo que veían, llevó a la señora a anular su reacción de pánico.

La estrategia descrita en este caso me ha deparado en los últimos años llamadas telefónicas y postales, un poco de todo el mundo, de personas que antes de dirigirse a mí tenían terror a volar.

La fobia del postinfarto

Un hombre gigantesco, de 35 años, ex campeón de kick boxing, se presentó en mi consulta con aire abatido, comoun porrazo con las orejas caídas, después de pasar por una situación terrorífica.

La contradicción entre su imponente aspecto corporal y su expresión era de veras llamativa, pero cuando expuso su problema todo quedó claro. Un año antes había tenido un infarto y así, de golpe, había entrado en el mundo del miedo. El, que como campeón había combatido corriendo el riesgo de lesionarse o incluso de morir, ahora se encontraba aterrorizado ante el más mínimo signo de alteración de su corazón.

Debo decir que este paciente, como pocos otros, con su paradójica imagen de fuerte y frágil al mismo tiempo me inspiró una gran ternura.

Avanzando en la indagación observé que, desde que tuvo lugar el episodio, impulsado por el miedo a su «corazón enfermo», había estado siempre pendiente de su ritmo cardíaco y de sus sensaciones corporales, sumiéndose en el pánico ante la más mínima variación. Cada día controlaba su presión sanguínea y Varias veces por semana iba a ver a uno de sus compañeros de deporte, de profesión cardiólogo, para pasar un control y poder tranquilizarse.

Me pareció claro que precisamente este guión conductual, orientado al control de posibles sucesos peligrosos de su organismo, acababa siendo lo que mantenía y alimentaba el miedo. Además, como es usual en estos casos, la mayoría de las veces que llegaba ansioso a los exámenes de control, sus parámetros resultaban realmente alterados debido al estado en que se encontraba. Por consiguiente, la situación era del tipo: el miedo crea ansiedad, la ansiedad refuerza el miedo, el miedo hace que se intente controlar la ansiedad, la ansiedad aumenta y produce reacciones psicósomáticas: todo ello desencadena el pánico.

Una vez planteadas a estas hipótesis sobre la persistencia del trastorno, prescribí lo siguiente:

—De aquí a que volvamos a vernos, quiero que sigas escrupulosamente lo que te pediré. Todos

los días, desde que te despiertes hasta que te vayas a dormir, al dar cada hora, a las 8, a las 9, a las 10, etc., en suma, a cada hora en punto deberás medir tu latido cardíaco, auscultando tu pulso durante un minuto. Anota en un cuaderno el número de latidos, espera un minuto y mide de nuevo y vuelve a anotar. Espera otro minuto y mide una vez más tu ritmo, y anótalo.

Esto te servirá para tener una fotografía de tu «corazón enfermo» y de sus variaciones.

Ante esta imposición, me respondió, un poco sorprendido:

¡Pero así me mediré el pulso decenas de veces al día!

Desde luego, al menos así lo harás de manera sistemática, en vez de basarte sólo en tus sensaciones —repliqué.

A la semana siguiente, el paciente regresó con un aire un poco menos abatido contando que la tarea había sido muy útil para él, dado que había notado que, en realidad, su ritmo cardíaco nunca había ido más allá de los 94 latidos y que después de un minuto la mayoría de las veces había vuelto a los 60-65 latidos, mientras que en el tercer minuto casi siempre se estabilizaba en 60. Todo esto lo había tranquilizado, hasta el punto de que había ido una sola vez a ver a su amigo cardiólogo, y no presa del miedo, sino para contarle cómo iban las cosas conmigo, considerando que había sido este médico el que lo había enviado a mí. Por último, dado que no había tenido sensaciones de evidentes alteraciones de su organismo, se había medido la presión una sola vez

durante la semana, y la encontró perfectamente regular.

En vista de tales efectos, evité hacer comentarios demasiado entusiastas, diciendo sólo que me parecía que las cosas iban bien, pero que esto era sólo el principio. Después, le dije que siguiera con la tarea, pero que la realizara cada dos horas.

A la semana siguiente, nuestro ex atleta regresó con una expresión de evidente satisfacción, mostrándome su «diario del corazón» y haciéndome ver que también durante esa semana las cosas habían ido decididamente bien, pues no había detectado ninguna alteración preocupante. Dicho esto me hizo una pregunta directa:

—Pero usted, doctor, ¿cree que era yo mismo quien me provocaba los ataques de taquicardia?, porque, sabe, mi amigo cardiólogo me había dado muchas veces esta explicación, pero a mí me parecía imposible que fuera precisamente yo quien me provocara lo que me aterroriza.

A lo que respondí:

—No creo que haya llegado el momento de las explicaciones; en esta fase es fundamental que constituyas una buena relación con tu «corazón»; después pasaremos a las explicaciones.

Dicho esto le indiqué que continuara con la misma tarea, pero que pasara a medirse el corazón cada tres horas.

En la siguiente cita, el paciente relató que las cosas habían ido todavía mejor, pero que en dos ocasiones había sentido que su corazón se alteraba y aumentaba el latido. Sin embargo, extrañamente no se había aterrorizado y espontáneamente se le había ocurrido contar los latidos y anotarlos. Esperar un minuto más, contar y anotar. Así, en ambos episodios el latido, que había ido más allá del umbral de los 100 latidos, había sido reconducido al tranquilizador ritmo de 60-65 por minuto. Añadió que todo esto le había hecho entender que en el pasado él mismo, al asustarse, había sido la causa de que su corazón se alterase más, hasta el punto de llevarlo a sufrir una crisis de pánico. Añadió también que había comprendido el funcionamiento de mi tarea y que estaba muy complacido de haber aprendido a aplicarse esta estratagema.

Como de costumbre, me fingí sorprendido, pidiéndole una explicación. El me dijo, sonriente:

—Usted ha usado conmigo una estratagema similar a las que yo usaba en mis combates de artes marciales: ha utilizado la fuerza de mi miedo y la ha puesto en contra del miedo mismo, guiándome para dominar las reacciones sobre las que había perdido el control.

En este punto, ya no pude mantener mi actitud de fingida sorpresa y, así, nos pasamos toda la sesión redefiniendo juntos cómo, después de un suceso realmente traumático, él había construido literalmente su miedo patológico mediante aquello que había puesto en práctica en el intento de controlar la posibilidad de otro infarto.

El gigante asustado estaba tan relajado que parecía haberse quitado un gran peso de encima. Salió de mi consulta con el aspecto de quien, por la euforia, camina sobre nubes.

Este paciente continuó durante las semanas siguientes reduciendo gradualmente sus mediciones del ritmo cardíaco hasta mantener la tarea sólo cuando experimentaba alteraciones sintomáticas.

En el curso de pocos meses, recuperó la completa confianza en sí mismo y retomó incluso una actividad deportiva, desde luego no competitiva, pero decididamente importante para él. Llegó a aceptar sus actuales límites y a vivir una vida sin estar acorralado por el miedo.

Este caso es un excelente ejemplo del trabajo que debe hacerse con las personas que a partir de un suceso real construyen luego una forma de trastorno fóbico postraumático.

La manía de ser feo

Hace algunos años se presentó un joven de buen aspecto, elegantemente vestido y con modales exquisitos, que, apenas sentado, afirmó que había venido a verme porque se lo había sugerido su médico, pero que, en realidad, consideraba que no era a mí a quien necesitaba, sino a un buen cirujano plástico.

Declaró que, dado que su problema era que no se gustaba y se veía feo, su rostro le parecía decididamente asimétrico, es decir, sus ojos, para él, no estaban perfectamente alineados, la nariz tenía dos perfiles distintos y su sonrisa era de un lado más alta, la única solución era la cirugía plástica.

Siguiéndole la corriente, le pregunté por qué no lo había hecho. El respondió que se había dirigido a tres cirujanos distintos, pero que los resultados de sus intervenciones le habían parecido absolutamente insatisfactorios. Es más, habían empeorado su situación, en vez de mejorarla.

Sólo entonces descubrí que el médico que me lo había enviado era el último cirujano plástico al que se había dirigido, el cual, persona de clara fama y éxito, no tenía desde luego necesidad, como probablemente había ocurrido en los casos anteriores, de acaparar al paciente. Por tanto, una vez valorado el trastorno psíquico del paciente, había concluido que la intervención terapéutica necesaria no era de tipo quirúrgico, sino psicológico.

Como es aconsejable que se haga en estos casos, afirmé, siguiendo la lógica de su trastorno, que comprendía francamente su situación, la de sentirse una «especie de garabato» que había que borrar y hacer de nuevo. Después de mi afirmación, cambió completamente de actitud y afirmó:

—Por fin alguien que me entiende; hasta ahora todos me han tornado por loco; pero ellos no saben cómo se siente uno cuando es tan desagradable. Se evitan los encuentros, se evitan las personas, ninguna situación puede ser placentera... se llega a evitarlo todo... A aislarse de todo y de todos.

En efecto, el joven, debido a su manía, había llegado a un verdadero aislamiento del mundo, puesto que, para no sufrir por el hecho de sentirse desagradable, evitaba cualquier situación social, manteniéndose la mayor parte del tiempo en su casa, torturándose con sus ideas, telefoneando continuamente a centros de cirugía plástica en busca de una solución al problema que sufría.

Después de haber indagado atentamente sobre toda la situación, comuniqué al paciente que, desde luego, no podría hacerlo guapo o atractivo, pero que podría ayudarlo a reducir su sufrimiento, si me lo permitía. El respondió que, considerando su situación, incluso un objetivo tan miserable habría sido de gran utilidad para él.

Obtenido este consenso, la terapia empezó como sigue:

—Yo creo que ante todo usted debe ajustar las cuentas con su realidad y, por consiguiente, intentar no huir de su problema. Es más, tiene que conocer mejor y a fondo todas sus características. Por tanto, quiero que de aquí a cuando volvamos a vernos, todos los días, por la mañana cuando se despierte y por la noche antes de irse a la cama, se ponga delante de un espejo y proceda a una especie de chequeo estético. En otras palabras, quiero que estudie su rostro, encuentre todos sus defectos, no se limite a aquellos que conoce bien, porque desde mi punto de vista hay tantos que hasta ahora usted no se ha observado muy bien. Anote todo aquello que observe.

El paciente replicó, aterrorizado:

—Pero ¿por qué?, ¿usted ve aún más defectos de los que ya le he expuesto?

—Ahora no quiero pronunciarme, quiero que lo discutamos después de que usted haya hecho un estudio más sistemático —le respondí.

Él dijo inmediatamente:

—No lo dude, estoy seguro de que esta tarea me saldrá muy bien; ahora que usted me ha dicho que también tengo otros defectos, estaré aún más atento.

Además de esta prescripción añadí que deberíamos dar un espacio diario a su «justificado» sufrimiento sugiriendo la media hora diaria de la «peor fantasía».

El paciente, en la cita siguiente, declaró que había seguido al pie de la letra mis prescripciones, pero que éstas habían tenido un efecto extraño para él.

Ante todo, en la media hora de la peor fantasía, después de los primeros días de desesperación real, había comenzado a reaccionar de manera distinta. Cuanto más desesperada y sombría trataba de ver su existencia, más comenzaba a ver posibilidades hasta entonces ni siquiera lejanamente consideradas, y sobre todo sensaciones interiores de reacción positiva y de deseo de contacto con los demás, cosas para él absolutamente nuevas.

Dijo que, durante esta tarea, no sólo no había conseguido estar mal, sino que le pasaban por la mente imágenes de situaciones agradables que habría podido vivir y que todo eso lo había hecho sentirse extrañamente bien.

Por lo que se refería a la primera tarea, trajo una serie de folios llenos de anotaciones sobre sus defectos. A los antes declarados había añadido toda una serie de pequeños defectos que antes no había considerado y que ahora había detectado. Sin embargo, explicó que esta tarea lo había llevado también a no rechazar su aspecto y a considerar la idea de que quizá debería aceptar que era desagradable, sin posibilidad de arreglo. En consecuencia, quizá debiera empezar a afrontar la vida sobre la base de este inevitable límite.

Alineándome en esta perspectiva, afirmé que estaba contento con estas afirmaciones, y que así podríamos avanzar en nuestro trabajo orientado simplemente a la reducción de su sufrimiento y no, desde luego, a cambiar su, por desgracia, desagradable aspecto.

Después, continué el tratamiento prescribiendo convertir la «peor fantasía», de una cita de media hora en aislamiento, en cinco citas diarias de cinco minutos, distribuidas en intervalos de tres horas, a realizar en cualquier parte y con cualquier persona con la que se encontrara. Mantuve también el chequeo estético, reforzando la idea de que esta tarea lo llevaría a concentrar en determinados momentos el rechazo de su imagen. Añadí, por fin, una nueva tarea:

—Dado que usted ha reaccionado tan bien a mis primeras indicaciones, quiero que ahora demos otro paso; mire, yo pienso que para aceptar mejor sus límites, usted debería comenzar a habituarse a la frustración del rechazo que produce.

En otras palabras, al ser usted tan desagradable, debe acostumbrarse al hecho de sentirse rechazado por los demás, en particular por el otro sexo. Por tanto, tal como se hace para inmunizarse contra ciertos venenos, usted necesita asumir gradualmente pequeñas dosis del mismo. En su caso, para inmunizarse la frustración del rechazo, usted deberá crear situaciones en las cuales pueda recibir un pequeño rechazo, para luego aumentar gradualmente la dosis, hasta llegar a rechazos cada vez más grandes, de modo que se cree en usted una fisiológica inmunidad ante este estímulo.

En concreto, usted deberá, de aquí a la próxima vez que nos veamos, provocar un «no» al día en una mujer. Obviamente debe ser un «no» mínimo, obtenido gracias a una pequeña solicitud, como por ejemplo preguntar la hora a una mujer que no tenga reloj, pedir un cigarrillo a una que no fuma, o entrar en una tienda donde venden zapatos y preguntar si tienen una corbata. Repito que usted deberá obtener un pequeño «no» al día por parte de una mujer como primer paso para llegar a inmunizarse contra la frustración del rechazo.

El paciente, mirándome con una sonrisa irónica, afirmó que era un médico verdaderamente extraño, que pedía cosas extravagantes, pero que en el fondo todo aquello le parecía útil.

Como comprenderá el lector, dado que este sujeto era lo contrario de cuanto creía, una persona decididamente atractiva y de modales refinados, no le resultó en absoluto fácil obtener algunos «no». En efecto, en la siguiente cita, contó:

—Debo decir que en estas dos semanas, por primera vez desde hace años me he divertido, porque la gente me parece verdaderamente extraña: me resultó muy difícil obtener algunos «no»; las personas a las que les planteaba mis solicitudes estaban todas tan bien dispuestas que me parece increíble. Yo, entonces, para cumplir con su tarea trataba de aumentar las solicitudes, pero la mayoría de las veces obtuve respuestas positivas, las únicas tres veces que recibí un «no», después de insistentes solicitudes, los recibí acompañados de excusas, como si esas tres mujeres estuvieran disgustadas de no poder responder de manera positiva a mis solicitudes.

Ante esta manifestación, le pedí que me diera algunos ejemplos concretos para que entendiese mejor.

Contó que el mismo día de la sesión había comenzado a aplicar la tarea. Apenas hubo salido de mi consulta vio a dos jóvenes muy bonitas y, tras observar que no tenían reloj, les había preguntado qué hora era. Para gran estupor suyo, las dos mujeres le dijeron que esperara un momento, después de lo cual una de ellas sacó de su bolso el teléfono móvil y leyendo la pantalla le informó amablemente.

Sorprendido por este primer impacto, al subir al tren para regresar a su ciudad, decidió buscar un compartimento con una mujer para lograr su objetivo. Escrutando los compartimentos del tren, encontró a un sujeto perfecto para obtener un «no»: una mujer muy llamativa, vestida con piel negra, con una larga melena rubia y gafas de sol oscuras. Se sentó a su lado y le preguntó de manera bastante descarada si podía leer su periódico. Con extremo estupor vio que la agraciada mujer le ofrecía gentilmente el periódico. No contento con el resultado, con desfachatez preguntó a la mujer cuántos años tenía. Una vez más se quedó sorprendido cuando ella, quitándose las gafas de sol y mirándolo, le dijo su edad y preguntó por la de él.

Y así se inició una larga y agradable conversación que duró todo el viaje.

Incluso, una vez llegaron a la ciudad del paciente, intercambiaron sus números de teléfono, proyectando volver a verse.

Después de estas, para él, desconcertantes experiencias, se había afanado por obtener los «no», pero esto había sido de veras difícil. Una tarde, en busca de un «no» seguro, había ido a un local de baile, y una vez hubo detectado la mujer más atractiva, se había adelantado preguntándole si podía invitarla a beber algo. La mujer, que estaba en compañía de otras personas, exhibiendo una amplia sonrisa se levantó y lo siguió. Ante lo cual trató de plantear nuevas solicitudes con el fin de obtener los «no», y al final lo consiguió cuando le preguntó si lo acompañaría a una excursión nocturna en coche. Pero lo que le resultó más increíble fue que la joven y guapa mujer se excusó mucho por su rechazo, diciendo que no podía abandonar a sus amigos, puesto que todos habían venido con el coche de ella, pero que le gustaría salir otra noche.

Como comprenderá el lector, tratando de obtener algunos «no» el paciente había obtenido muchos inequívocos y grandes «sí». Sobre todo había obtenido la confirmación, no de su aspecto desagradable, sino de lo contrario. Esto fue lo que más lo trastornó. En efecto, durante la sesión explicó que todo aquello lo había llevado a dudar seriamente de todas sus ideas, y que durante el chequeo estético había comenzado a tener extrañas sensaciones de complacencia por su aspecto. Y durante los ejercicios de la «peor fantasía», al contrario de lo que intentaba producirse, había obtenido imágenes mentales de situaciones placenteras y en particular de agradables encuentros con mujeres.

Como de costumbre, evité comentar demasiado positivamente lo que había ocurrido, y afirmé que quizá por una vez lo había ayudado el azar, pero que desde mi punto de vista debería insistir. Dicho esto, sugerí al paciente que redujera el chequeo estético a un día a la semana, y la técnica de la «peor fantasía» como maniobra que utilizaría sólo cuando sintiera necesidad de ella. Dos semanas después, el joven regresó y, apenas se sentó, afirmó:

—Las cosas han ido de veras bien, ¡en el sentido de que he descubierto que durante años he sido un gilipollas!

Ante lo que yo le pedí:

—Explíquese mejor, ¿qué significa eso?

Él manifestó:

—Es sencillo, me he dado cuenta de que me lo había inventado todo, que en realidad no soy tan desagradable como creía. En estas semanas he tenido numerosas pruebas de ello, ahora estoy cabreado conmigo mismo por la enorme fortuna que he gastado en cirujanos plásticos, dentistas..., etc., para tratar de resolver un problema que no estaba en mi cara sino en mi cabeza.

La sesión continuó con la redefinición conjunta, entre él y yo, de todo lo que había ocurrido y de cómo ahora, sobre la base de las nuevas experiencias, proseguiría con su vida.

He vuelto a ver algunas veces más a este sujeto, y le pedía que me contara todo lo que había de nuevo en su vida, hasta que él declaró que ya no me necesitaba.

Este caso representa, desde mi punto de vista, un espléndido ejemplo de cómo cada uno de nosotros construye la realidad que luego sufre, y de cómo una buena terapia lleva a la persona problemática a pasar de un estado de realidad construida y sufrida a otro de realidad construida y manejada.

Epílogo

Fue el miedo el que lo volvió audaz.

OVIDIO

Llegados al fin de este viaje expositivo, en el cual hemos pasado, como Alicia en el país de las maravillas, a través de los paisajes del miedo patológico, observando cómo se forma, cómo se mantiene y cómo puede ser rápidamente superado, sólo queda, desde mi punto de vista, una última cuestión a tratar: la vergüenza de tener o de haber tenido miedo.

La mayoría de las personas se avergüenzan profundamente de sus miedos, como si fuera posible estar libres de ellos. Desde luego, hay una gran diferencia entre los temores manejables y las fobias irrefrenables que necesitan de terapias especializadas, pero como el lector habrá visto claramente la matriz de los dos fenómenos es la misma, es el sujeto el que luego, con las mejores intenciones, provoca los peores efectos. O sea, en el intento erróneo de combatir su miedo lo alimenta hasta hacerlo incontrolable.

Como antes se ha dicho, una dosis manejable de miedo es fundamental para nuestra existencia. No sólo eso, sino que la mayoría de las veces, gracias a nuestros miedos, nos aventuramos más allá de nuestros límites y descubrimos recursos hasta entonces dese- nocidos.

Al respecto, parece que el valiente general Turenne afirmó: «Desde luego que me comporto como un valiente, pero siempre tengo miedo».

En efecto, el miedo, reorientado, se convierte en un recurso y la mayoría de nuestros actos de valor están generalmente impulsados por el miedo. Puesto que sólo el hecho de reconocer y de aceptar lo que nos da miedo nos ofrece la posibilidad de no quedarnos paralizados, inmóviles y abatidos. Si luego este miedo es enfrentado,

nos damos cuenta de que esa sensación irracional ha sido un estímulo para impulsarnos más allá de nuestros límites. Como dice un antiguo Koan japonés: «El miedo de no estar a la altura nos obliga a subir un peldaño cada día».

En cambio, quien niega su miedo se arriesga, en palabras de Shakespeare, «a batirse con su propio miedo como un loco que trata de ahuyentar a su sombra».

Por tanto, la vergüenza de tener o de haber tenido miedo, no sólo carece de fundamento, sino que puede convertirse también en el trampolín de lanzamiento para aquellos comportamientos que llevan a la formación del miedo patológico.

Por el contrario, la fragilidad asumida se convierte en una fuerza.

Sólo quien ha tenido miedo puede ser valiente, lo demás sólo es inconsciencia.

Contraportada

El miedo es un monstruo que inventamos nosotros mismos y que luego nos asusta y persigue. Si no existen límites para nuestra fantasía, tampoco los hay para nuestra capacidad de imaginar miedos. Sin embargo, precisamente porque es una construcción nuestra, podemos también destruir ese miedo patológico. Si evocamos un fantasma y luego huimos, nos perseguirá encarnizadamente. Si, en lugar de eso, lo tocamos y nos enfrentamos a él, se desvanecerá.

En este libro; brillante y de agradable lectura, Giorgio Nardone guía al lector en un viaje hacia el descubrimiento de ese gran desconocido que es el "miedo patológico". Pero el autor no se limita a ilustrar sus características, sino que expone de manera clara y accesible los más eficaces métodos terapéuticos, todo ello mediante ejemplos, relatos e historias de casos reales. El objetivo de *Más allá del miedo* es explicar al gran público cuáles son las formas de miedo patológico, cómo se forman, cómo se desarrollan y cómo podemos obligarlas a desaparecer en poco tiempo.

Giorgio Nardone, psicólogo y psicoterapeuta, considerado uno de los mayores expertos mundiales en el ámbito de los trastornos fóbico-obsesivos, es fundador y director del Centro de Terapia Estratégica de Arezzo, docente de Técnica de la Terapia Breve en la Universidad de Siena, y miembro del Mental Research Institute de Palo Alto. Entre sus obras, traducidas a numerosas lenguas, figuran *El arte del cambio* (con Paul Watzlawick), *Miedo, pánico, fobias, Psicosisoluciones y Terapia breve estratégica*, esta última también con Paul Watzlawick e igualmente publicada por Paidós.