

UNA VERSIÓN NUEVA DE LA ESCUELA DE TERAPIA BREVE DE PALO ALTO CALIFORNIA

Las fases de una terapia de “problem solving” estratégico son:

1) Primer contacto e iniciación de la relación terapéutica

En esta fase, además de la presentación terapeuta-paciente de manera formal, se pretende establecer el rapport entre los elementos que participan en la terapia. El objetivo principal, en términos de estrategia, es observar, aprender y hablar el lenguaje del paciente (Nardone y Watzlawick, 1992: 75), como se mencionará de forma desarrollada en el punto 5.

2) Definición del problema

El paciente acudió a terapia porque tiene un problema. El trabajo del terapeuta consiste en determinar cuál es ese problema. Para lograrlo, Nardone propone tres categorías de interacciones interdependientes del sujeto:

- a) El sujeto y sí mismo
- b) El sujeto y los demás
- c) El sujeto y su mundo (refiriéndose al ambiente social, valores y normas que regulan el contexto del sujeto) (Nardone y Watzlawick, 1992: 77).

Una falla en cualquiera de estas categorías hará que las demás comiencen a fallar de forma sistémica circular. Una vez que no existe el arriba y abajo, da lo mismo en dónde se suscitó la falla inicialmente. Lo importante para el terapeuta es observar la circularidad entre las fallas de las categorías, esto es, cómo una falla hace que la siguiente secuencia también falle y así sucesivamente (Nardone y Watzlawick, 1992: 75).

El terapeuta, una vez que conoce el pasado del paciente, debe concentrarse en (Nardone y Watzlawick; 1992: 73):

- I. Qué sucede en el interior de las tres clases de interacciones interdependientes del sujeto. La siguiente cita ilustra la importancia de la interacción: “el comportamiento psicopatológico no existe en el individuos aislado, sino sólo en cierta clase de interacción patológica entre individuos” (Watzlawick, 1967: 23, citado en Nardone y Watzlawick 1992);
- II. Cómo funciona el problema que se presenta en el interior del sistema relacional
- III. Cuáles han sido las soluciones ensayadas por el paciente;
- IV. Cómo es posible cambiar esta situación problemática de forma rápida y eficaz.

3) Acuerdo sobre los objetivos de la terapia

Esta etapa es muy simple y cumple dos funciones. La primera proporciona al terapeuta una guía para los procesos y procedimientos del caso; mientras la segunda sugiere positivamente al paciente de que sí es posible lograr un cambio. Puede parecer tan sencillo que resulta insignificante, pero las esperanzas y fuerza del paciente aumentan una vez que se establecen objetivos de manera formal.

4) Individualización del sistema perceptivo - reactivo que mantiene el problema
Esta etapa consiste en identificar los puntos en los que se apoya el problema (además de la identificación del problema explicada en el punto 2) y elegir entre éstos, aquel que pueda ser el foco de intervención con mayor posibilidad de éxito. De esta manera se identifica qué es lo que no ha funcionado como solución, permitiendo que se desarrolle una estrategia que permita un cambio real (Nardone y Watzlawick, 1992: 80). Después de todo, el cambio más pequeño altera todo el sistema (Nardone y Watzlawick, 1992: 81-82). Nardone pone énfasis en el contexto de cada paciente, dejando en claro que la estrategia a poner en práctica debe adaptarse totalmente a las necesidades del problema del sujeto. “La terapia debe adaptarse al paciente y no el paciente a la terapia” (Nardone y Watzlawick, 1992: 83). Ya que la estrategia es relativa en cada caso, lo más importante es que el terapeuta cuente con gran flexibilidad mental.

Durante esta etapa, el terapeuta decide si es mejor alterar el sistema perceptivo-reactivo disfuncional del paciente en forma individual y directa, produciendo así una modificación en todo su sistema interpersonal como reacción en cadena, o si es más eficaz intervenir sobre el sistema de relaciones interpersonales familiares, añadiendo más sujetos a la terapia (Nardone y Watzlawick, 1992: 81). De esta forma el cambio en la secuencia interactiva de varias personas puede llevar al cambio en la percepción del paciente. Recordemos que la Escuela de Palo Alto clásica apunta a una comunicación disfuncional entre el sujeto y los demás miembros de su grupo referente como la raíz del problema (Nardone y Watzlawick, 1992: 61)

5) Programación terapéutica y estrategias de cambio

Esta etapa es la más importante en términos de los estudios de la comunicación. La propuesta de Nardone se teje sobre la posición retórica racionalista de Descartes (Nardone y Watzlawick, 1999: 81-83) y la posición sugestiva no racionalista de Pascal (Nardone y Watzlawick, 1999: 83-84). La primera deriva de la postura aristotélica que dice que la persona al conocer lo “verdadero” evita las contradicciones y busca la coherencia. Descartes añade que al cambio de entendimiento sigue un cambio de conducta y de costumbres. Nardone observa, sin embargo, que a veces las costumbres están demasiado enraizadas y propone que para corregir el actuar, el entendimiento debe vigilar la conducta hasta que los nuevos hábitos sustituyan a los anteriores. En

resumen, los hábitos mentales y los comportamientos se cambian por una modificación de la conducta vigilada por la razón.

A este tipo de terapias se les conoce como imperativas y sugestivas (Nardone y Watzlawick, 1999: 83). La terapia de Nardone cae en esta categoría, ya que la aplicación de la estrategia comienza cuando el terapeuta asigna al paciente una tarea que debe cumplir para la resolución del problema.

Para lograr persuadir al paciente, es indispensable aprender a hablar en su lenguaje. Una técnica es imitar el lenguaje corporal del paciente y otras acciones relacionadas con la programación neurolingüística. El propósito es convencer al paciente de algo utilizando sus mismos argumentos al comprender su forma de “traducir” la realidad (Nardone y Watzlawick, 1992: 86).

En lo que refiere a la ejecución de la estrategia, es importante que se le pida al paciente hacer cosas que en apariencia resulten simples, ya que si se le pide algo que pueda considerar complicado se le cargará de un sentimiento de responsabilidad que puede llevar a la inseguridad.

En lo que respecta a la “reestructuración” o “codificar de nuevo la percepción de la realidad de una persona” (Nardone y Watzlawick; 1992, p. 88), se proponen algunas acciones que el terapeuta puede aplicar dentro de la intervención:

El uso de la paradoja, que Bateson apuntaba como causa de los problemas psicológicos en el individuo, resulta muy útil. Esto se debe a que la paradoja tropieza con la lógica racionalista (Nardone y Watzlawick, 1992: 96) y se basa en la lógica de “lo semejante se cura con cosas semejantes”. Esta técnica funciona bien con desórdenes obsesivo-compulsivos en los que el razonar con el paciente no da resultado. Un ejemplo de cómo aplicar la paradoja se encuentra en el caso que relata Nardone (2002: 90 - 94) sobre un matrimonio que lo visita para pedir ayuda, pues su hija padecía de bulimia. La indicación que él les dio fue preguntar a la chica todas las mañanas “qué le apetecería comer para vomitar después ese día”. Al cabo de una semana la hija se encontraba tan desconcertada e irritada por la conducta de sus padres que comenzó a cambiar sus hábitos.

Para los pacientes que muestran una mayor resistencia al cambio, recomienda utilizar esta resistencia para activar un doble vínculo. En caso que el paciente se asuma incapaz de resolver el problema, el terapeuta debe decir algo como “existe una solución al problema, pero no creo que puedas librarte de él debido a tu situación”. El paciente se verá retado y reorientará la fuerza de la resistencia en dirección del cambio (Nardone y Watzlawick, 1992:100-101).

Nardone utiliza mucho la prescripción de comportamientos. Esta se basa en

trampas comportamentales que terminarán por cambiar la percepción del paciente ante la lógica de que la acción puede cambiar la razón. Las prescripciones directas (Nardone y Watzlawick, 1992: 106) son órdenes concretas y asertivas que se utilizan con pacientes colaboradores. En una ocasión, relata Nardone, que atendió a una pareja que parecía no parar de discutir. Nardone les indico que cada que comenzaran una pelea se dirigieran a una habitación específica que sería el escenario de cualquier discusión. La pareja siguió la indicación al pie de la letra y después de entrar al “cuarto de las peleas” un par de veces se dieron cuenta de lo absurdo de su conducta (Nardone y Watzlawick, 1992: 73).

Las prescripciones indirectas (Nardone y Watzlawick, 1992: 107) pretenden desviar la atención del síntoma a la tarea asignada. Nardone asignó a una paciente con miedo a salir sola, que fuera al supermercado a comprar una manzana pero cada 50 pasos debería realizar una pirueta (Nardone, 2002: 55-58). La mujer, cuya atención estaba enfocada en realizar piruetas cada 50 pasos, fue al supermercado sola y se dio cuenta de que tenía la capacidad de salir sin compañía sin que le pasara algo.

Las prescripciones paradójicas consisten en indicar al paciente que haga voluntariamente algo que hace involuntariamente (Nardone y Watzlawick, 1992: 108). La lógica de esta técnica reside en que el paciente hace voluntariamente algo que siempre ha intentado evitar pero considera incontrolable. Las prescripciones paradójicas e indirectas poseen la cualidad de burlar o aprovecharse de la resistencia al cambio. En alguna ocasión Nardone fue visitado por un joven con un desorden obsesivo-compulsivo que se manifestaba por una sistemática necesidad de esterilizar todo para evitar contagios (Nardone, 2002: 72-75). Nardone pidió al paciente que cuando fuera a ejecutar un ritual de limpieza lo hiciera cinco veces. A los pocos días el paciente se cansó y abandonó la manía.

6) Conclusión del tratamiento

El objetivo de la última sesión es consolidar la autonomía de la persona tratada. Se le explica qué fue lo que se hizo y con qué fin, incluso las disparatadas instrucciones que se le dieron durante el tratamiento. También se hace entender al paciente que el cambio en su conducta fue producto de una intervención sistemática y científica. Pero lo más importante es subrayar la capacidad que ha demostrado el paciente al realizar con constancia el trabajo que se le exigió y la capacidad que adquirió para superar por sí solo el problema. Este incentivo es fundamental para autonomía y autoestima del sujeto. Finalmente, el paciente desarrollo capacidades y cualidades que le permitieron resolver un problema y se le hace ver que, con la perspectiva adecuada, es capaz de afrontar cualquier situación que se le presente a futuro (Nardone y Watzlawick, 1999:111-112).