

temente la terapia respetable en nuestro país durante los últimos treinta años, nadie debe cambiar demasiado rápido: ni los pacientes, ni los terapeutas.

Hugo Hirsch, Eduardo Figueroa, Atilio Ferraro
Yago Licitra, Raquel Giordano e Iliana Berezovsky

BIBLIOGRAFIA

- Bandler y Grinder: "La estructura de la magia", Ed. Cuatro Vientos, 1980.
Fish; Weakland y Segal: "The tactics for change"
Haley, Jay: "Terapia no convencional", Ed. Amorrortu, 1980.
Haley, Jay: "Terapia para resolver problemas", Ed. Amorrortu, 1980.
Rabkin, R.: "Strategic Psychotherapy".
Selvini, Mara; Boscolo, L.; Cecchin, G.; Prata, G.: "Paradoja y contrapareadoja", Ed. ACE, 1982.
Shuzki, Carlos: "Terapia de pareja. Prescripciones para una experiencia sistémica".
Watzlawick, P.: "El lenguaje del cambio", Ed. Herder, Barcelona, 1980.
Watzlawick, P.; Weakland, J.; Fish, R.: "Cambio", Ed. Herder, 1976.
Weeks, G. y L'Abate, L.: "Paradoxical Psychotherapy", Brunner-Mazel, 1982.

B) COMO EQUIVOCARSE EN TERAPIA BREVE

Hace ya muchos años Jay Haley escribió una interesante y novedosa guía que permitía a cualquier terapeuta (novel o no tanto) fracasar con seguridad y eficiencia. Seguramente todos nosotros nos hemos inspirado en ella, consciente o inconscientemente, para algunos de nuestros fracasos mejor logrados.

Pero el tiempo no ha pasado en vano, y las técnicas terapéuticas recientes nos permiten desarrollar ahora nuevas estrategias para el fracaso. Queremos exponer aquí algunas de ellas como una humilde contribución a aquella obra maestra, y mientras, esperamos que la esforzada labor de innumerables colegas nos proporcione una verdadera enciclopedia sobre el tema.

Cabe advertir que entre otras limitaciones, nuestra lista adolece de un inconveniente principal: está dirigida especialmente a profesionales interesados en fracasos más o menos rápidos. Seguramente hay en Buenos Aires muchos terapeutas que están en mejor posición que nosotros para describir las complicadas maniobras necesarias para obtener un fracaso de —digamos— diez años.

Para facilitar su uso como guía de referencia, hemos dividido nuestra lista en tres capítulos: maniobras de comienzo, evolución y fin. De este modo es más sencillo para el lector seleccionar la etapa del proceso en que quiere comenzar a fracasar.

a) Maniobras de Comienzo

1) *No focalice.* Permita que la gente hable de lo que quiera, escuche varios motivos de consulta diferentes, trate de no enterarse de los detalles y deje que el tratamiento prosiga *sin* especificar el problema que se intentará resolver o aliviar.

Con un poco de suerte quizá hasta obtenga un fracaso largo.

2) *No averigüe por qué consulta en ese momento.* Esto completa adecuadamente la operación anterior. Si tuvo la desgracia de que le dieron un motivo de consulta específico, omitir la razón por la que se consulta ahora, le permitirá seguir alegremente a oscuras sin dirección precisa.

3) *No registre el lenguaje de sus consultantes.* Es importante que desde el primer momento ellos se convenzan de que tienen que aprender el significado de lo que usted dice. No se preocupe en hablar como ellos, ni en tomar en cuenta sus valores y posición ante la vida. Ignore su imagen del mundo. Si tiene que sugerir algún curso de acción, hágalo con los argumentos que usted utilizaría para convergerse a sí mismo. Hábleles como a colegas. Es casi seguro que obtendrá un fracaso rápido. Todo esto se facilita muchísimo si puede ignorarlo todo acerca de sus intereses y actividades.

4) *No averigüe las soluciones ya intentadas.* Apúrese en sugerir un curso de acción. Así tendrá una muy buena oportunidad de que sus clientes le digan que ya lo hicieron sin éxito, o que es imposible por tal o cual motivo. Eso disminuirá su credibilidad lo suficiente como para hacerle difícil que en un acto de distracción pueda mejorar mucho el curso de la terapia a posteriori.

b) Estrategias de Medio Juego

1) *Descalifique la importancia que el problema tiene para el consultante.* Eso le va a permitir a él descalificarlo a usted en breve.

2) *No fije metas mínimas claras y concretas.* Déle a los pacientes la oportunidad de no tener criterios para definir si su problema ha disminuido o no. Eso lo ayudará a tener clientes para rato.

3) *Piense en lo espléndido que sería emplear tal o cual estrategia sin preguntarse para qué serviría.* Eso no sólo facilitará que usted fracase, sino que ayudará a que otros terapeutas puedan fracasar en el futuro con el mismo caso.

4) *Entusiásmese con su propia idea.* Insista en ella aunque los consultantes den la impresión de no estar muy de acuerdo. Después de todo, fascinarse con las propias soluciones no tiene por qué ser sólo patrimonio de los pacientes.

5) *Cambie la línea aun cuando parezca tener éxito con ella.* Lúzcase con sus nuevas ideas y disfrute de la variedad. Lo importante es ser creativo, no eficaz.

6) *No cambie de objetivo aunque el problema del consultante varíe.* Sea rígido y persista en el motivo de consulta original.

nal. Si no puede, tal vez le convenga ser confuso y disperso. En ese caso no se atenga a ningún plan y límfese a reaccionar sin rumbo.

7) *No reformule.* El mostrar una situación desde un punto de vista diferente puede hacer que su cliente mejore demasiado rápido. Trate de mantener los problemas exactamente en los términos en que los plantearon sus consultantes. Esto le quitará a usted gran parte de su capacidad de movimiento y ayudará a un fracaso más completo.

8) *No sea directivo.* Trate de creer que usted no es responsable de crear oportunidades para que sus clientes cambien. Si consigue evitar imaginarse en qué dirección quiere usted que se modifique la consulta de ellos, no va a tener el problema de tratar de imaginar cómo lograrlo.

9) *Sea pedagógico.* Si no puede ser directivo, siempre puede ensayar el enseñarle a la gente cómo tiene que manejar sus asuntos. Confunda ser directivo con ser pedagógico y sustituya el *influir* en una dirección determinada por el de mostrarle lo que debe hacer.

10) *Confunda connotación positiva con reformulación.* Haga de cuenta que sólo existen connotaciones positivas para reformular. Esto limitará adecuadamente su capacidad de maniobra.

11) *Confunda insight con cambio de conducta.* Insista en que el paciente "se dé cuenta" y si él le hace caso, despreocúpese del "cambio", que no es tan importante.

12) *Apúrese y apure a los consultantes.* Entusiásmese y trate enseguida de "hacer algo". Algunos pacientes le harán saber enseguida que no aprecian a los terapeutas superficiales que entran en acción sin conocerlos lo suficiente. Otros, en cambio, disfrutarán enormemente al percibir que finalmente han conseguido a alguien que parece dispuesto a remar por ellos. Eso sí, nadie podrá decir que usted fracasa por perezoso.

13) *No se preocupe por el "para qué" de su hacer.* Concéntrase en el por qué de los problemas de su cliente. Eso facilitará la discusión del fracaso en la próxima reunión con sus colegas; todos tendrán más oportunidad de divagar acerca de las características de los pacientes en lugar de concentrarse en lo que usted podría haber hecho para ayudarlo.

c) Maniobras para Fracasar al Final

1) *Trate de erradicar un problema, no se conforme con aliviarlo.* Prolongue el tratamiento para mejorar la mejoría. Con poco de habilidad puede conseguir que las cosas vuelvan al punto de partida.

2) *Apúrese en cerrar un caso y maniéstese optimista respecto del resultado.* No importa que el paciente se muestre dudoso respecto de la conveniencia de la finalización. Total, ya tendrá tiempo de volverlo a ver con el mismo problema agravado, si es que tuvo con usted una relación lo suficientemente buena como para desear visitarlo nuevamente. No lo olvide: es importante que sea usted quien tome la decisión y que no haga nada para que sea su cliente quien la tome.

3) *Trate de que sus pacientes le estén agradecidos.* No se le ocurra ser humilde, cauteloso o pesimista. Adjudíquese bastante mérito. Es un modo muy efectivo de que le enseñen en corto plazo la virtud de la modestia.

Lamentamos no ser capaces de brindar un catálogo más completo pero nos queda el consuelo de la calidad: estamos seguros de que aplicando cualquier combinación de los puntos mencionados más arriba se puede obtener un fracaso bastante bueno. De cualquier modo, es un conjunto suficientemente modesto como para estimular la creatividad; con algo de práctica, cualquier terapeuta puede conseguir sus propias fórmulas de fracaso, y no dudamos de que muchos de ellas serán más elegantes que las que aquí ofrecemos.

Celia Elzufán y Hugo Hirsch

C) DE QUE SISTEMA SE ESTA HABLANDO?

Un muchacho de veintidos años es internado. Su costumbre de vomitar los alimentos lo ha llevado a bajar más de veinte kilos y su estado es suficientemente crítico para justificar la medida. Al día siguiente abandona la internación por decisión de su madre.

Se inicia una terapia familiar. Ocho meses más tarde se han producido algunos cambios muy importantes: la hermana ya no está sobreinvolucrada con el paciente identificado; la madre puede irse de vacaciones por su cuenta; el paciente trabaja.

La bulimia sin embargo continúa, sólo atemperada en escasa medida. ¿Podemos decir que el sistema ha cambiado? Parece que sí. ¿Y el síntoma? Bien, gracias.

Una de las conclusiones posibles de esto es que podemos tirar el modelo sistémico a la basura. Por suerte nos queda alguna otra alternativa: pensar que no se modificó el sistema apropiado.

Juntar una familia y ayudar a que se produzcan algunas modificaciones más o menos importantes en sus relaciones no es necesariamente terapia, si por esto se entiende un conjunto de procedimientos destinado a ayudar a la gente a resolver el problema por el que consulta.

Si el sistema es lo que el observador operador denomina como tal, se trata de elegir el más conveniente. Esto quiere decir la unidad de abordaje conceptual y pragmática más adecuada, para que ese operador particular pueda ayudar a alcanzar cierta modificación deseable para los consultantes.

Vamos a tratar de traducir esto a un lenguaje inteligible. El sistema puede estar constituido por la familia amplia o por el hijo y la madre, o por cualquier otra combinación con la que el terapeuta pueda operar en su máximo nivel de eficiencia. No se trata de si la abuela es importante o no en tal o cual familia, sino del modo en que el terapeuta pueda ver facilitada o entorpecida su intervención, según la incluya o la excluya.

Las discusiones acerca de si hay que ver a la familia en conjunto o parte de ella son absurdas porque plantean la cuestión en abstracto, al margen de las características del terapeuta o equipos terapéuticos. Pero no se trata sólo del número de personas sino también de los aspectos de sus relaciones sobre los que