

GIORGIO NARDONE

MIEDO, PÁNICO, FOBIAS

La terapia breve

Herder

Título original: Paura, panico, fobie
Traducción: Maria Pons Irazazábal
Diseño de la cubierta: Gabriel Nunes

© 1995, *Giorgio Nardone*
© 1997, 2002, *Herder Editorial, S.L., Barcelona*

ISBN: 978-84-254-5483-7

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Dirijase a CEDRO (Centro de Derechos Reprográficos) si necesita reproducir algún fragmento de esta obra (www.conlicencia.com).

Imprenta: Sagrafic
Depósito legal: B-9.944-2026
Printed in Spain — Impreso en España

Herder

ÍNDICE

Prólogo a la edición española <i>Marcelo R. Ceberio</i>	11
Prefacio <i>Paul Watzlawick</i>	21
Introducción <i>Alessandro Salvini</i>	25
La estructura del libro	33
<i>La epistemología cibernético-constructivista, 35.</i>	
Breve crónica de la investigación-intervención	39
1. Definición del problema y de las metodologías	51
<i>El problema: definición y/o descripción de las formas graves de miedo, pánico y fobia, 51. El grupo de sujetos de la investigación-intervención, 58.</i>	
2. Formación y persistencia de los trastornos fóbicos	61
<i>Formación y persistencia: premisa epistemológica, 61. Formación y persistencia: recogida de datos empírica, 66. Soluciones ensayadas del sistema perceptivo-reactivo de la agorafobia, 74. Soluciones ensayadas y persistencia del síndrome de ataques de pánico, 75. Soluciones ensayadas y persistencia del síndrome compuesto de agorafobia y ataques de pánico, 77. Soluciones ensayadas y persistencia del síndrome obsesivo-compulsivo, 78. So-</i>	

luciones ensayadas y persistencia del síndrome fóbico-hipocondríaco, 79. El modelo de la interacción entre las soluciones ensayadas y la persistencia en los trastornos fóbicos, 81.

3. Cambio y solución	87
<i>Premisas epistemológicas, hipótesis y experimentaciones iniciales para el diseño del tratamiento, 87. El modelo de la terapia breve-estratégica de los trastornos fóbicos, 93. La estrategia y las estrategias para la solución de la agorafobia, 96. La estrategia y las estrategias para la solución del síndrome de los ataques de pánico, 107. La estrategia y las estrategias para la solución de los síndromes mixtos de agorafobia y ataques de pánico, 115. La estrategia y las estrategias para la solución de los síndromes obsesivo-compulsivos, 116. La estrategia y las estrategias para la solución de los síndromes fóbico-hipocondríacos, 125. Reflexiones al margen de las técnicas, 125.</i>	
4. Eficacia y eficiencia del tratamiento	129
<i>La validez de un modelo de terapia, 129. Eficacia de la terapia, 130. Datos relativos a 152 casos tratados: resultados de la intervención, 135. Valoración de la eficiencia de la terapia, 138.</i>	
5. El método estratégico en relación con otros modelos de psicoterapia	143
Epílogo. «Las contraindicaciones»	155
Apéndice. Estudio de dos casos clínicos	159
<i>Cómo anular el miedo al miedo: un caso de agorafobia con ataques de pánico, 162. Ritual y contrarritual: un caso de compulsiones fóbico-obsesivas, 223.</i>	
Bibliografía	285

El rasgo característico del pánico consiste en no darse cuenta claramente de cuáles son sus causas, y más bien en presuponerlas más de cuanto se conocen, incluso en hacer que el miedo mismo se convierta ocasionalmente en causa del miedo.

ARTHUR SCHOPENHAUER

El miedo es como una manta demasiado corta, te pongas como te pongas, y por más que tires de ella, siempre te deja alguna parte al descubierto.

De la película *L'attimo fuggente*
(«El instante fugitivo»)

PRÓLOGO A LA EDICIÓN ESPAÑOLA

Marcelo R. Ceberio

DIAGNÓSTICO Y CONSTRUCCIÓN DE REALIDADES

Los diferentes períodos de la historia de la humanidad marcan la relevancia de numerosos fenómenos en la esfera del psiquismo que, de acuerdo con el paradigma de pensamiento imperante, han sido denominados de las más variadas formas.

Fueron los griegos quienes clasificaron y describieron con arte y detalle tanto la depresión como la manía, atribuyéndoles la etiología orgánica; los humores del cuerpo, la bilis negra, etc., se determinaron como causas, pero no se quedaron allí sino que se desarrollaron formas de tratamiento que, eficaces o no, constituyeron el trampolín del pensamiento médico tradicional organicista.

Sepultados quedaron estos conocimientos cuando la iglesia se erigió como centro del poder, digitando las áreas económicas, culturales, políticas y sociales, observando y también clasificando desde una óptica mística lo que a posteriori la medicina diagnosticó como histerias o psicosis. La tesis del Malleus, de los monjes Spranger y Kraemer, se enarboló como pilar de la Inquisición. Los diagnósticos variaban categorizando como herejes o brujas a los padecientes de lo que se llamó siglos después enfermedad mental. Época de violencia en la que los «tratamientos», por así llamarlos, se remitían a las más increíbles torturas, desde la reclusión en sótanos, los más brutales exorcismos, hasta la quema pública.

Dicha construcción de realidad, confirmaba denodadamente que el «desquiciado» era portador del demonio; sus ataques eran la ver-

dadera expresión de la revelación demoníaca; su pasividad era considerada como una artimaña del diablo tratando de engañar a los expertos; todo llevaba a comprobar el imaginario inicial.

Superados aquellos tiempos caóticos, el pensamiento de los griegos se reencarnó en el rol de médico que recuperó su lugar y se apropió del estudio de los fenómenos mentales, creándose así la especialidad de psiquiatría. Tiempos durante los cuales se elucubra en brillantes descripciones sintomatológicas, se construyen grandes clasificaciones, la psiquiatría alemana toma su punto cumbre a través de la figura de Kraepelin (mientras tanto, el clínico se recluye en la investigación, los enfermos mentales se acinan en sótanos en las más brutales condiciones). Así surge el diagnóstico psiquiátrico.

Pero todavía la diversa gama de tratamientos no encuentra una posibilidad de solución: grilletes, anillas, sótanos, duchas de temperatura cambiante, baños de inmersión y asfixia, la famosa «silla de Darwin», el único resultado que obtienen es un paciente marginado en celdas con pajas excretadas, en la más completa reclusión.

La invención de los psicofármacos dio una respuesta parcial a la sintomatología mientras los estudios psicoanalíticos buscaban en los traumas infantiles la etiología del síntoma principal de las diferentes patologías.

De esta breve síntesis se podría inferir cómo la epistemología del observador se ve impregnada de la vertiente sociopolítica, económica y cultural dominante en el período que le toca vivir; cómo a partir de allí se construyen realidades que tienden a confirmarse en el ámbito de la pragmática, puesto que desde allí se categoriza, se analiza y se confeccionan los métodos de tratamiento terapéutico.

Si desde una visión ecosistémica, la casualidad no existe –o sea, cada hecho está ligado en una cadena causal que contribuye a un equilibrio ecológico– es posible encontrar un porqué circular al auge de ciertas patologías. No es casualidad que la represión social de la mujer, principalmente en la esfera sexual, haya tenido su contrapartida en la histeria. Tampoco resulta casual que el ritmo maníaco que se vive en la sociedad actual traiga como emergente la depresión, o los ataques de pánico o fobias, como un intento de freno frente a dicho ritmo.

Es posible que esto nos acerque más a una visión social y ecosistémica del panorama de los trastornos mentales. Pero de la misma

manera los modelos psicoterapéuticos se conforman como producto de emergentes situaciones sociales con sus vertientes políticas y económicas. La creación del Psicoanálisis, de la mano de Freud, muestra el atentado hacia la moral victoriana del siglo XIX. La «Comunidad terapéutica» de Maxwel Jones es el resultado de la necesidad de atención psicológica –secuela que dejó la posguerra– desde parámetros flexibles, rechazando cualquier corriente verticalista de tratamiento, por emparentarse con el caos del nazismo. El modelo sistémico de Terapia Breve de Palo Alto muestra el pragmatismo y la operatividad sobre planos concretos, característicos de la sociedad americana.

Otro tema que se hereda de este proceso es el *Diagnóstico*.

En la historia se han esbozado las posturas más dispares, desde la psiquiatría organicista más ortodoxa, cuyo objetivo en sí mismo es diagnosticar de acuerdo con los parámetros científicos vigentes para aplicar la medicación que corresponde; hasta las posiciones contraculturales más acérrimas de los años 1960 (como la Antipsiquiatría), que postulan que la enfermedad mental sencillamente no existe.

Sin llegar a ambos extremos –el diagnóstico como objetivo de trabajo terapéutico o el de su negación–, y si siempre en la percepción se trazan distinciones, el diagnóstico psiquiátrico es la explicitación de tal distinción trazada con la finalidad de categorizar síntomas y signos que, aunados, conforman un cuadro gnoseológico determinado.

Uno de los riesgos de la búsqueda de la clasificación diagnóstica es caer en lo que Bateson señalaba como el *efecto dormitivo*, o sea la explicación de los síntomas por alusión a la clase superior o sea el rótulo que los reúne, con lo cual se crea la trampa de una explicación que ni siquiera cubre un efecto reestructurante de la realidad.

Tal vez el problema radica en crear la necesidad de un diagnóstico, y creer que sin él no es posible trabajar terapéuticamente, como si las hipótesis que puedan construirse en el análisis de un caso obligatoriamente deben arrojar como resultado el rótulo. Esto coloca sobre el tapete cuestiones diagnósticas en el ámbito sistémico de por sí mucho más complejas que las que se pueden realizar en los tratamientos tradicionales, puesto que éstos dirigen su mirada al sujeto individual mientras que desde la óptica sistémica se observa la dinámica de las

interacciones, lo que hace más difícil –dada la complejidad de la comunicación– la clasificación de un cuadro.

Por otra parte, la explicitación del trazado de una distinción por medio de una gnografía, pauta la mirada del observador, restringiéndolo a un estrecho mapa y cercenando la posibilidad de un margen más amplio de perspectiva.

Pero más allá de este punto de vista posiblemente el problema no se centre en el diagnóstico propiamente dicho, sino en su *implementación*.

Si el diagnóstico sirve para etiquetar a un paciente y encerrarlo en un manicomio o señalarlo como el «loco» de la familia, resulta ser una aplicación dormitiva y estigmatizante. Si sirve para rebajar las ansiedades del profesional, creyendo que conocer el rótulo ya le otorga la solución a la problemática del paciente, también resulta un efecto dormitivo.

Un uso equivocado del diagnóstico consistiría en explicitar el rótulo al paciente (aunque ello podría utilizarse como parte de una estrategia), con lo que se lograría enquistar aún más la sintomatología, tanto más cuanto que los pacientes traen un rótulo propio colgado por otros profesionales, amigos, parientes, etc., y esto lleva como resultado sendas profecías autocumplidoras, y construye y confirma el título colocado como corresponde a un «paciente obediente». Además está ampliamente comprobado que si se interactúa bajo el supuesto de que el otro posee una determinada enfermedad, se encontrarán las respuestas que afirman el supuesto inicial; uno ve y escucha lo que supone: «Comuníquese como si el otro fuese esquizofrénico y se obtendrán respuestas que coinciden con esta enfermedad».

La correcta utilización del diagnóstico clínico, responde a la condición de «orientador» para el profesional, en miras al diseño de la estrategia de tratamiento adecuada, para arribar a una rápida y efectiva solución. El diagnóstico como guía de un proceso y no como encasillamiento en este sentido abre caminos y no se encierra en sí mismo. A la vez, sirve en la interconsulta para abreviar las descripciones de una derivación, siempre y cuando el profesional al cual se deriva no se sobreinvolucre en la mirada del derivador y limite su propia construcción en la interacción con el futuro paciente.

Concluimos entonces que la finalidad del diagnóstico no es la acción de diagnosticar en sí misma, sino el *cómo* se implementa, o sea, considerando la apertura a un desarrollo terapéutico eficaz. No obstante, existe numerosa literatura que apunta a la realización del diagnóstico habitual en la mayoría de las investigaciones que redundan en construcciones de hipótesis acerca de la etiología de un determinado fenómeno y su correspondiente aval teórico, y es escasa la que se dirige a orientar solventemente, paso por paso, una planificación de tratamiento con el objetivo del cambio.

Si el lector desea encontrar en este libro la primera opción, deberá recurrir a otro material, pero si desea aprender –previo diagnóstico– un modelo de trabajo, ha dado con el libro indicado.

La obra de Giorgio Nardone plantea el diseño de una investigación y obtiene como resultado la sistematización de un método de trabajo terapéutico específico en trastornos fóbicos, de pánico y obsesivos.

Cada escalón de la operatoria de su modelo está descrito con extrema prolijidad, desde la teoría hasta su implementación práctica, análogamente, como él bien refiere, al juego de ajedrez: todo el proceso fue articulado en fases sucesivas y cada una representa un objetivo a alcanzar, con las estrategias, tácticas y comunicaciones particulares para cada movimiento, previendo además, las posibles respuestas del paciente.

Una característica clave de la obra es el rigor metodológico de la investigación: no sólo ofrece al profesional una herramienta para utilizar en el ámbito clínico en la atención de este tipo de casos, sino que, a la vez, muestra la organización de datos y de los pasos investigadores que lo llevaron a la conclusión final: la construcción de un modelo terapéutico.

Nardone, con su equipo de trabajo, indagó sobre una muestra de 152 sujetos afectados; describe las diferentes patologías que tienen por finalidad la sistematización de su modelo, realizando un seguimiento, después de terminada la terapia, de tres y seis meses, hasta un año, con un nivel de eficacia sorprendente: un 86 por ciento.

Su respaldo teórico es netamente sistémico-constructivista.

Sistémico puesto que confronta la linealidad de análisis de otros modelos terapéuticos y lo permuta por el nuevo paradigma de las

ciencias modernas, describiendo circuitos recursivos, el sistema perceptivo-reactivo, y analizando la persistencia y el reforzamiento, a través de las soluciones intentadas, del problema-queja inicial.

Constructivista, puesto que se apoya en autores que son sus máximos representantes, como Paul Watzlawick, Heinz Von Foerster, Humberto Maturana, etc., y expresa claramente, a través de las descripciones de cada uno de los síndromes, cómo las personas construyen una realidad caótica, en función de acciones, interacciones y retroacciones, y cómo por medio de ciertas maniobras específicas es posible generar realidades alternativas, sea por la vía pragmática —el cambio en la acción—, sea por la vía semántica, en la reformulación a través del lenguaje.

Su objetivo de trabajo no solamente se transparenta en el libro, sino que también se hace explícito cotejando las diversas hipótesis sobre las fobias y los ataques de pánico desarrolladas por los distintos modelos, construcciones lingüísticas que categorizan y explican el porqué del síndrome. Como contrapartida lanza su propuesta: «Lo que a nosotros nos interesa es el concreto funcionamiento del problema en sus dinámicas y sus procesos, el estudio y la revelación de las reglas y de las funciones que le son propias y la consecuente elaboración de soluciones rápidas y efectivas: es decir “cómo” funciona el problema y no por qué existe el problema. Este cambio de óptica permite concentrarse en el diseño de soluciones rápidas y efectivas, sin perder el tiempo en búsquedas fatigosas, muy poco creíbles y absolutamente inútiles, de presuntas “causas” del presente problema».

Desde su línea de pensamiento, contrapone la linealidad de la hipótesis de dichos modelos, desmontando a través de la investigación cada una de las afirmaciones que emergen de éstos.

Por ejemplo, la hipótesis que asevera que los traumas infantiles son determinantes de los síntomas fóbicos: «La primera hipótesis definitivamente desconfirmada es la hipótesis psicoanalítica de que las formas graves de miedo, al igual que todas las formas de trastorno psíquico y comportamental, tienen su origen en traumas infantiles no resueltos». Es notable que de los 152 casos presentados, tan sólo en 3 se encontraron situaciones traumáticas, pero todavía Nardone hace la salvedad que, como estos casos estuvieron durante años en tratamiento psicoanalítico, no se puede saber si estos «trau-

mas» fueron importantes para el sujeto, o si resultan de la atribución de significado a través de la interpretación de la situación que dio el psicoanalista.

Así también, sus resultados investigativos ponen en cuestión las construcciones de los modelos restantes, por ejemplo la importancia del *insight*, o aquella que determina que los síntomas fóbicos graves responden a un origen biológico, o la efectividad del uso de fármacos en el tratamiento; así como la hipótesis que señala la fragilidad psicológica proveniente de un ligamen familiar hiperprotector, o la que dice que tales síntomas se constituyen por medio de una relación causal lineal, entre una situación traumática y la reacción concomitante.

Su modelo se diseña sobre la base del esquema de pensamiento de la Terapia Breve del MRI de Palo Alto; en este sentido es «un modelo del modelo», pero remitido a los síndromes fóbicos y ataques de pánico. Respeta, por ende, cada uno de sus pasos: la focalización del problema, la exploración de los intentos para solucionarlo, el acuerdo de objetivos con el planteamiento de una meta mínima, y el cierre del tratamiento, incluyendo toda la gama de maniobras técnicas que conforman el arte de esta línea de psicoterapia. Por tanto, como se verá a lo largo de la obra, y como ya señalé, el autor se empeña no en entender el porqué de lo que sucede, sino el «cómo y el qué de lo que sucede», con miras a la solución.

Cada capítulo correlaciona dichos pasos en un todo organizador.

Al inicio de la obra, el autor describe casi poéticamente dos casos que aparecen como su pasaporte a la investigación sobre la temática, hechos resultantes de sesiones con pacientes que desde una causalidad *causal* de la práctica clínica, generan un cambio de perspectiva tanto en dichos pacientes, como en él mismo.

Ya desde el primer capítulo describe las características de la población de sujetos a tratar, por medio de las definiciones de ataques de pánico, fobias, hipocondría, síndrome obsesivo compulsivo, y sus combinaciones, que arroja el DSM III.

Una vez que el autor define el problema, describe las soluciones intentadas en cada uno de los síndromes, mostrando claramente cómo generan la persistencia de los mismos, produciendo rígidos circuitos recursivos que perpetúan más y más el problema inicial.

No me deja de asombrar en qué medida la lógica racional resulta inefectiva en este tipo de cuadros, aparte de que resulte inútil en otras numerosas situaciones. Lógica que indica lo que se debe hacer frente a un problema determinado, «para tal problema tal solución»; cuánto se intenta el más de lo mismo, obteniéndose más del mismo resultado, y así, el ser humano encerrado en su cuadratura conceptual, en contra de su creatividad, sostiene un estrecho repertorio de intentos fracasados, que paradójicamente son efectivos para crear el efecto contrario, o sea, para sostener el problema en vez de contrarrestarlo.

Este «atentado» hacia la originalidad es el sostenedor del síntoma.

La propuesta de Nardone implica una ruptura de estas tentativas (explicadas detalladamente en el capítulo tercero), dividiendo cada estadio en objetivo, estrategias y tipo de comunicación a implementar. Magistralmente, a través de cada paso del modelo, por medio de llaves indirectas y paradójicas destruye sistemáticamente la redundancia generadora del problema, «cuyo resultado es que el problema deja de ser problema...».

Una de las aportaciones más interesantes es el desarrollo de las técnicas de hipnosis ericksoniana, que, principalmente en los primeros pasos de la dinámica, muestran gran efectividad en la introducción de reestructuraciones y prescripciones indirectas y paradójicas.

Termina, *cerrando para abrir* el pensamiento del terapeuta, evaluando los resultados obtenidos, realizando reflexiones, comparando el modelo estratégico de Palo Alto en relación con otros modelos de psicoterapia, y aportando dos casos clínicos que esclarecen desde la práctica, el desarrollo del método de trabajo.

Lo que más me impactó después de leer esta obra (o por lo menos lo que yo pude construir), fue el pragmatismo y creo que en esto radica su originalidad. Es común encontrar literatura que apunta a dos extremos: o abunda en teoría, o en casos clínicos, o pasa de la teoría a los casos clínicos dejando un abismo intermedio; pero son pocas las que se aventuran a gestar sobre la base de una epistemología y un modelo el diseño de intervenciones específicas en casos específicos, o sea, explicar escalón tras escalón que es lo que se debe hacer en la pragmática de la relación terapeuta paciente.

El lector puede acusar de acotada o reduccionista esta perspectiva, puesto que el panorama de la comunicación es tan vasto que re-

sultaría imposible cuantificarlo. Y aquí está la clave: no se trata de cuantificación comunicacional, sino de la construcción de una matriz interaccional que se desarrolle en todos los casos (y cada paciente tendrá sus peculiaridades y características particulares), que a la vez produce el resultado de la elaboración de una matriz de trabajo terapéutico que se implementará de acuerdo con el estilo del terapeuta.

Por otra parte, los estudios diagnósticos sobre patologías o problemas humanos se refieren a descripciones monádicas, remitidas al sujeto mismo. Nardone, desde la circularidad, plantea la descripción de las interacciones, qué es lo que se desarrolla en el plano de la pragmática, y cómo se construye y refuerza el problema desde allí. Su creatividad consiste en aportar soluciones.

En síntesis, esta construcción de un modelo del modelo, posibilita reivindicar el diagnóstico en su implementación, en términos de intervenciones dirigidas a generar una resolución y a no quedarse en una mera clasificación.

Categorizar por categorizar implica estancar las construcciones de realidad que aquejan a los seres humanos. *Actuar* sobre éstas sugiere elaborar un universo alternativo que contribuya a ver la vida desde otra dimensión.

Barcelona, marzo 1997

