

CURARSE A TRAVES DE LA RABIA

Giuliana Prata

Directora del Centro di Terapia Familiare Sistemica e di Ricerca. Milano.

Cinzia Raffin

Investigadora asociada en el Centro di Terapia Familiare Sistemica e di Ricerca. Milano

Through the case history and the therapy of an index patient, the authors propose an hypothesis of the "phobic game", hypotesis which underlines the relational mechanisms maintained by the "game". The intervention, centered on a new linguistic definition of the phobic experience, suggests the possibility of a therapeutic way out.

LA HIPOTESIS

A través de la historia de Fernanda y de su terapia, proponemos una hipótesis interpretativa (Raffin, 1988) del "juego fóbico" que pone de relieve los mecanismos relacionales que alimenta, e indicamos a través de una redefinición lingüística de la vivencia fóbica, una posible línea terapéutica.

Partimos de la hipótesis de que el comportamiento fóbico responde a una necesidad obsesiva de control, por parte del paciente identificado, de las relaciones que lo implican. A menudo, esta necesidad impide que se establezca una relación terapéutica adecuada costrñiendo al terapeuta a modificar no tanto los comportamientos del paciente (intervención ésta que, escapándose a su control, el paciente no aceptaría) sino más bien el área semántica dentro de la cual éstos se experimentan.

LA HISTORIA

Fernanda fue enviada al nuestro Centro por la Dra. Selvini que no pudo aceptar su caso ya que tenía en terapia a su hermano mayor, esquizofrénico crónico. No sabemos si la paciente sabía o no lo de la terapia de su hermano, si conocía su diagnóstico y si nosotros lo sabíamos o no. Cuando llegó en 1977, tenía 50 años. Era alta, fea, teutónica con gafas de un centímetro de grosor: "miope como un banco". Había hecho tres análisis individuales, cada uno de los cuales duró muchos años, sin ninguna mejora. Enseñaba Física y Química en un instituto privado de Milán. Dijo que era fóbica desde la primera adolescencia y que los síntomas se habían

agravado progresivamente hasta hacerle la vida imposible. Era rica, tenía un bonito apartamento, tenía que cerrar herméticamente todas las aberturas al exterior y tener abiertas de par en par todas las internas. Sufrió claustrofobia, no podía utilizar ascensores, metro o autobuses. A duras penas, y en trayectos breves, el tranvía. La sola idea del avión le provocaba sofoco. Estaba constantemente angustiada, dormía muy mal, pero rechazaba tomar medicamentos porque le quitarían el control de sus acciones.

Se quitó los guantes (tenía miedo a los microbios contagiosos) como si se preparara para un combate de esgrima (Viaro, Leonardi, 1982). Cogió el reloj para controlar el tiempo de la sesión y no encontrarse al final de la hora con la frase a la mitad. Preguntó a la Dra. Prata (la terapeuta) cuál era su formación (freudiana, jungiana, etc.), y su currículum. La Dra. Prata respondió tranquilamente a sus preguntas, (Prata, 1989). Fernanda terminaba diciendo “bien” y pasaba a otra pregunta. Esto durante dos sesiones. Al final decidió que la terapeuta había superado el examen y le anunció que a la tercera sesión podría empezar a hacerle preguntas y que ella las respondería con similar franqueza.

La Dra. Prata empezó a preguntarle sobre su familia. Los padres ya habían muerto, su padre hacía veinte años y su madre cinco. Tenía un hermano mayor, ingeniero, que tenía quince años más que ella, casado, con dos hijas adolescentes. Se había casado tarde porque había tenido problemas psicológicos, ingresado varias veces en el hospital y en terapia; tomaba tranquilizantes a dosis elevadas y hacía una vida regularísima porque no soportaba el mínimo cambio. Había sido gravemente fóbico y obsesivo. Ahora estaba bien. Una hermana mayor, soltera, insoportable, odiosa, egoísta, acaparaba todo lo que podía de la herencia familiar y lo amontonaba en su casa. Una hermana un poco mayor que Fernanda había tenido anorexia durante muchos años, después había cogido una tuberculosis y se había muerto. Fernanda visitaba a menudo al hermano que administraba muy escrupulosamente los bienes propios y los de ella. A la hermana odiosa, la telefoneaba por deber.

Su padre había sido una personalidad muy importante de las altas finanzas, tenía un apartamento que era una mansión en una de las calles más chic y caras de Milán. Era una casa de recepciones, con muchos salones y poquísimos dormitorios y baños. Tenían muchos criados, pero a ella todo este fasto le molestaba; la oprimía, le impedía hacer una vida familiar normal. Por suerte, tenía una tata que era una especie de sirvienta contratada a los quince años, cuando la paciente tenía sólo ocho. El padre era claustrofóbico, la madre era sólo fría, rechazante, descualificadora, racista, clasista y autoritaria. La habitación de Fernanda comunicaba con la de los padres y tenían el baño en común, lo cual la incomodaba terriblemente porque debía pasar por su habitación para ir al aseo. Con el paso de los años, se agravó hasta tal punto la claustrofobia del padre que éste tenía que dormir con las ventanas y las puertas abiertas. La mujer estaba achacada de reumatismos y había decidido que Fernanda tenía que dormir con ella en un somier y el marido en la cama de la hija.

La madre aparentemente se desvivía por el único varón, lo cuidaba celosamente, lo protegía, en resumen, lo asfixiaba. A la segunda hija, la había aceptado, a la tercera menos y a la cuarta, Fernanda, la había claramente rechazado. Primero porque no era un varón y después porque era fea. Aparentemente Fernanda era la favorita del padre, pero también él estaba decepcionado porque no era un varón y porque era tan fea. Sus hermanas eran bonitas, el hermano era alto, delgado, osudo, pero era un varón. Este padre que Fernanda idolatraba se convertía en un trazo entre las paredes domésticas. Totalmente dependiente, en manos de su mujer. Roncaba, sufría de incontinencia urinaria, por lo que iba una y otra vez al baño. Para Fernanda él se había convertido en dos ruidos: el de los ronquidos y el del pipí en el water. Poco a poco, había pasado de la idolatría infantil a la admiración, a la compasión, al asco. Él siempre corría detrás de la mujer como un perrito y ella (la mujer) lo despreciaba. El hecho de tener que dormir con la madre había empezado en la adolescencia; antes ella estaba en su habitación con las puertas cerradas. Cuando estaba demasiado angustiada sin poder dormir se refugiaba a escondidas, descalza y en la oscuridad, en la cama de la sirvienta. La sirvienta era dulce, ignorante, temerosa, pero tenía el poder de calmarla. Tan pronto como se acostaba en su cama, se dormía de golpe. La sirvienta la despertaba a las siete y entonces volvía a su habitación. Su padre salía, ella se lavaba y se iba a la escuela. Su madre al fin podía dormir, después de pasar una noche insomne debido a los fuertes ronquidos de su marido. Por modales, no había hablado nunca de habitaciones separadas. Una vez, su madre la había descubierto y le había prohibido, con graves amenazas (como por ejemplo, el rechazo total) moverse de su cama. Pero Fernanda no lo resistía. Tenía pesadillas, angustias terribles y, por lo tanto, con terror, se escapaba y corría descalza hacia su tata. Una noche, presa del terror de ser descubierta, se equivocó de dirección y se encontró en un rincón. Quería gritar pero no podía porque despertaría a su madre, palpaba a su alrededor y le parecía que sólo había paredes. Cayó en un estado de confusión mental; quizás se había desmayado, después retornó en sí lo suficiente como para volver a su habitación. Fue una noche de demonios y desde entonces empezó su claustrofobia.

“¿Podía ayudarla?”. Ella pensaba que no, pero la esperanza es lo último que se pierde. La terapeuta respondió que no lo sabía y que antes eran necesarias unas cuantas sesiones para comprender mejor la situación. “¡Lo entiendo!”. Sonó el reloj y se marchó. En las siguientes sesiones, la terapeuta le preguntó por su hermano, por las relaciones con él, etc. Poco a poco, emergió el cuadro antes descrito. Mientras se limitaba a hacerle preguntas, Fernanda le respondía: “Exacto. Esto también me lo había preguntado el doctor A.” o bien “Esto no me lo ha preguntado nunca nadie, pero me parece un pregunta apropiada”. En cambio, cuando la terapeuta empezó a hacer hipótesis, intentos de conectar, hacer interpretaciones relacionales, respondía que era el contrario de aquello que le había dicho el doctor A., B. y C. “Perdone si se lo digo, pero ...”. Se dio cuenta de que Fernanda quería cambiar porque su vida

se había vuelto insoportable, pero que no permitiría que fuera la terapeuta que la cambiara o cualquiera que no fuera ella misma. Hizó otra sesión, al cabo de una semana, en la que recogió todo el material para la conclusión.

A saber: cuando ella estaba mal llamaba por teléfono a su hermano y él, que quizás estaba peor que ella, siempre tenía una palabra amable, la dejaba desfogarse, la calmaba. Cuando ya no podía más se iba como huésped de su hermano y allí se calmaba poco a poco. Como su padre, también su hermano y ella podían estar mal en casa pero iban a trabajar y nadie se daba cuenta. A parte de las hospitalizaciones del hermano, etiquetadas como estancias de diagnóstico y de reposo en caras clínicas privadas italianas y suizas. Al final, la terapeuta le dijo que ella era una psiquiatra social y que tenía que tomarle en consideración no sólo a ella sino también a su familia. Se podría hacer alguna cosa para mejorar su estado pero con el riesgo de descompensar a su hermano. En efecto, de aquello que había contado, se deducía que aunque él estuviera en crisis, cuando ella iba a su casa angustiada, él se tomaba un “descanso”, se calmaba y la calmaba. Probablemente el hecho de estar mal, el tener síntomas, etc, le obligaba a funcionar como el cabeza de familia, lo hacía sentir responsable respecto a esta hermana desgraciada y así él, precisamente gracias a que ella estaba mal, conseguía no estar peor. Si, por una hipótesis, ella mejorara o se curase, él seguramente se descompensaría. Ella era soltera, él, en cambio, casado y con dos hijas adolescentes. Le sabía mal, pero no podía dejar de tenerlo en cuenta. Se puso furiosa, y se marchó golpeando violentamente la puerta.

En los diez años siguientes, la Dra. Prata la vió tres veces en el metro y dos en el autobús (vive cerca del centro). Exactamente diez años después llamó por teléfono para pedir visita. Entró con el ritual de costumbre de los guantes y del reloj. Dijo a la Dra. Prata que no podía imaginar cuánto la había odiado por aquella decisión suya. Con el tiempo aunque detestándola, había llegado a la conclusión de que al menos había sido honesta y que ella, aunque en desacuerdo, debía respetar sus convicciones morales. Confesó que por rabia había empezado a tomar el autobús, el tren y algunas veces el metro. Los ascensores aún no.

- *Dra. Prata: (dulcemente) “Como mínimo hace bien al corazón”.*

- *Fernanda: “Exacto. He querido hacer todas estas cosas para demostrarle que aunque si yo mejoraba, a mi hermano no le sucedía nada. Ahora he vuelto aquí porque primero, tenía necesidad de expresarle mi odio y, segundo, para preguntarle si ahora que mis sobrinas son mayores, mi hermano vive en el campo, está bien con su mujer y no nos vemos casi nunca, usted está dispuesta a iniciar un tratamiento conmigo”.*

La terapeuta respondió que antes de decidir tenía que ver cómo estaban las cosas. “Bien. Usted recordará que...” y fue tan amable como para resumir todo lo que había dicho tiempo atrás. Tenía siempre una lista de cosas para decir y para preguntar. No llegaba nunca al final de la lista, cada vez añadía otras cosas de su pasado o de su presente que aún no había dicho. Así siguieron adelante, ella no pedía

a la terapeuta si la podía curar o no, recordaba que era una psiquiatra social y que ella no quería forzarla. La Dr. Prata le decía: “Mientras tanto, excave”. Cuando llegaba leía una lista larguísima. Trabajaba mucho en esta obra de excavación y, a medida que la realizaba, le afloraba un sentido del humor totalmente inesperado. También ella estaba sorprendida, decía que no se divertía y no reía tanto como en las sesiones. El modo de reír y de ver las cosas de la terapeuta la había contagiado hasta el punto de que cuando estaba en una situación angustiante, le venía en mente la Dra. Prata, se decía a sí misma que era una idiota, se arremangaba y seguía adelante (Goldfried, Decenteo & Weilberg, 1974). Cada vez que intentaba decir “en lenguaje psicoanalítico”, la terapeuta se lo traducía a una jerga concreta, pedestre, muy milanesa, personal y pintoresca que ella había adoptado plenamente. Se había vuelto cordial, llegaba con el programa que había rebautizado como “carretilla llena de piedras”. Hacía notables progresos. La vía decorosa de salida la encontró ella sola.

Una vez tuvo una broncopulmonía gravísima que la hizo estar a punto de morir. Su cuñada la cuidó con distanciamiento, su hermano a duras penas se dejó ver, su hermana había desaparecido y su mejor amiga le había dicho que cogiera una enfermera privada. Ella siempre se había entregado mucho a ellos, ¿era ésta la recompensa?. “Que se vayan todos al infierno, ahora yo pienso en mí, porque si no pienso yo no pensará nadie”. Desde siempre había deseado tener una casa en la costa. Tenía dinero pero siempre había tenido miedo de no tener suficiente en el caso de necesidad propia o de sus personas queridas. Ahora le importaban un comino, a ellos les importaba un comino ella, sus sobrinas eran mayores y ya estaban curadas de espantos, y ella cogió el tren y fue a buscarse un apartamento. ¿Qué tenía que hacer?. “Tenga en el bolsillo un valium como un amuleto. Si lo necesita, se lo toma y si no, se lo guarda en el bolsillo para la próxima vez”. Así lo hizo. Había encontrado un bonito apartamento en una pequeña ciudad ligure en un barrio residencial. Se había dado cuenta de que fuera de Milán la gente era más humana, solidaria y dispuesta a entablar amistad. (Blanchard, 1970; Hall, Golderg, 1977). En poco tiempo, conoció a más gente allí que en Milán. Tomaba el tren y no el valium, pero lo guardaba en el bolsillo. Se había jubilado y se había dado cuenta del esfuerzo que había hecho para enseñar, cuando había dejado de hacerlo. Era como si se hubiera dicho a sí misma: “À nous la liberté”.

Cada seis meses viene para hacerse un control, más para mostrar sus progresos que para traer sus problemas. Consideramos que se ha curado primero a través de la rabia, después porque la terapeuta no ha querido nunca curarla y así se ha curado ella sola y finalmente porque ha comprendido que con vivir más de la mitad de la vida en el infierno, ya basta. Digamos que viene porque aquí se divierte, es una escaramuza, un florete divertido.

Llega toda compungida pero con la mirada irónica. “Entonces, mire que hay hoy en la carretilla. Ahora usted no se ría, pero... Cuando usted no está para

decírmelo, me lo digo yo sola: Levántate y anda. Imponte a la situación. No hagas más la estúpida, que ya lo has hecho bastante”.

Exponemos la interpretación de un episodio que nos parece interesante. En la segunda época de terapia hizo un comentario sobre el hijo de una conocida que tenía fobia al avión. El marido de la hermana, psiquiatra, quiso curarlo llevándolo a hacer un viaje en avión. En el trayecto Roma-Beirut, las cosas fueron muy bien. Pero, después, en el pasaje Beirut-Karachi, el chico empezó a tener otra vez náuseas y vomitó encima de la madre y también sobre el cuñado psiquiatra. La Dra. Prata se partía de risa.

- “¿Por qué ríe?”.

- “¿Qué idea más fantástica!. Así le ha quitado de la cabeza a su jactancioso cuñado la idea de cogerlo y de llevarlo de viaje por el mundo para curarlo. Volver de Beirut es demasiado difícil. Conozco el tramo Beirut-Karachi, entre curvas y más curvas, es largo y cansado y, además, desde allá es toda una hazaña volver”.

Moraleja: el cuñado se había visto obligado a coger barcos, autobuses, trenes, etc. El tema visto desde este punto de vista, era tan divertido que hasta Fernanda había empezado a reír. Sucedió que también ella tenía fobia al avión. ¿Era un problema?. En fin... Era un problema mientras ella lo considerase un problema. Si ella lo consideraba una condición fáctica, como por ejemplo, la alergia al pescado, se convertía en un hecho.

Fernanda: “Desde luego, lo comprendo”.

Dra. Prata: “¿En qué aspecto, en qué modo cambiaría su vida si no existiera este hecho?”

Fernanda: “En ningún modo porque no sabría dónde ir, tengo mi casa, mi mar, cojo el tren. Gracias doctora, también ésta la ha acertado. Nos vemos la próxima vez con otra carretilla”.

Al final del primer período de terapia, fue el tiempo del terrorismo, denuncias, arrestos (pocos). A Fernanda le entró el pánico.

Fernanda: “¿Y si me arrestan?. Si me ponen en una celda, me vuelvo loca, aunque sea por una sola noche”.

Dra. Prata: “Lo siento, sólo podré llevarle naranjas”.

Esta me la ha echado en cara después de diez años, pero después ha entrado a formar parte de un bagaje de bromas aceptadas y compartidas. Cuando preguntó qué tenía que hacer para combatir el miedo del miedo, la terapeuta le aconsejó que leyera los “Cuentos del terror y los cuentos del horror” de E.A. Poe. Y ella lo hizo. Dijo que nadie hubiera podido describir mejor sus estados de pánico y que el hecho de que le hubiera aconsejado leerlo significaba que la había comprendido.

REFLEXIONES

Ya desde el inicio, Fernanda demuestra no querer perder el control de la situación: es ella quien dicta los tiempos de la sesión, que conduce la exploración

sobre la terapeuta, es ella quien da la vía libre a la terapia. Ya había dejado o abandonado tres lumbreras, no quería “ser guiada hacia la curación”, aunque quizás quería verdaderamente cambiar su vida.

Cuando Fernanda empieza a hablar de su familia, aparece un cuadro “monotípico” (Hickie, Silove, 1989): el padre era claustrofóbico, el hermano había sido gravemente fóbico y obsesivo, una hermana había sido anoréxica. Lo que caracteriza a la familia de Fernanda, más allá de los comportamientos perturbados de buena parte de sus miembros, es la necesidad obsesiva de control que todos muestran tener.

El padre, aparentemente súcbe de la mujer, había conseguido con la claustrofobia, primero controlar el sueño, o mejor dicho, el insomnio de la consorte y después hacer que lo echaran de la cama y tener un espacio privado. La madre controlaba los movimientos nocturnos de Fernanda a la habitación de la tata hasta el punto de aterrorizar a la hija. El hermano llevaba una vida regularísima, no tolerando el mínimo cambio; la hermana mayor controlaba la herencia acaparándolo todo; la otra hermana, con la anorexia, había probablemente controlado el funcionamiento de la cocina, pero después se le había escapado de las manos debido a la tuberculosis que la había llevado a la tumba.

Fernanda, rechazada por sus padres, había vivido en un contexto donde nadie pedía abiertamente nada, donde ninguno obtenía nada para sí, pero todos obtenían algo a través de los síntomas, un contexto privado de claridad, que infunde temores y del cual sólo uno se puede defender teniendo constantemente la situación bajo control. Fernanda había aprendido además que con las fobias se obtienen otras atenciones y cuidados que de otra manera no se obtendrían, sin tener que pedir nunca nada explícitamente y sin bajar nunca la guardia o la cabeza.

Con el paso de los años, Fernanda había perfeccionado su guión; una vez muertos sus padres, Fernanda, con sus miedos, podía siempre contar con la ayuda de su hermano que no sólo la consolaba en los momentos peores, sino que cuidaba sus negocios y administraba sus bienes.

Por qué la paciente identificada lo hacía, se puede explicar en términos de un retorcido mecanismo relacional que nosotros suponemos que existe en las familias fóbicas y que intentaremos ilustrar.

En la conclusión de la primera fase de la terapia, la terapeuta interrumpió el tratamiento con una connotación positiva del síntoma con sorprendentes consecuencias. La interpretación dada, aunque enmarcándose teóricamente en el ámbito de las conclusiones paradójicas (Ascher, 1981; Bedway, 1987; Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin & Prata, 1975), se fundamenta en este caso en dos importantes consideraciones: 1) La voluntad de Fernanda de no aceptar un cambio que viniera de la terapia. 2) La imposibilidad para un paciente fóbico de aceptar que alguien pueda declararse “UP” (superior) respecto a él.

Tales consideraciones ya excluían desde el inicio la posibilidad de instaurar

una relación terapéutica funcional, pero la eficacia de la intervención reside en su naturaleza paradójica que, justamente aprovechando la coherencia comportamental de la paciente, la costreñía a buscar alguna resolución.

Ya en otros artículos (Prata, 1988; Prata, 1990), hemos puesto en evidencia que las connotaciones positivas del síntoma, presentadas sin un adecuado soporte interpretativo del juego relacional, no sólo se demuestran ineficaces, sino que pueden ser vividas como una escapatoria del terapeuta frente a la incapacidad de salir de las redes de un juego enmarañado, poco descifrable.

En efecto, si es aceptable la idea de un síntoma, aunque si es pesado de soportar, por el hecho de que permanece en el interior del sistema, debe procurar al mismo sistema alguna ventaja, no siempre es fácil distinguir esa ventaja ni quién es el beneficiario.

En el caso de Fernanda, indudablemente había hechos concretos que podrían confirmar la interpretación: el hermano mejoraba realmente cuando la hermana lo investía con sus problemas. Pero hay otro motivo por el cual esta secuencialidad aparece evidente y por eso más aceptable a nivel racional. Este motivo tiene que ver con la naturaleza misma de los mensajes relacionales que se envían a través del comportamiento fóbico.

¿Cuál es, en efecto, la dinámica relacional de tal comportamiento?. No importa hacer referencia a los varios tipos de fobias, sino más bien al mecanismo relacional que se activaba en la familia en el momento en que un miembro empieza a adoptar comportamientos fóbicos, aunque en un nivel posterior de análisis la especificidad de los comportamientos fóbicos puede tener un valor para comprender los objetivos que persigue el paciente identificado.

Una persona que tiene miedo, independientemente de si es a los espacios cerrados o abiertos, si a lo sucio o a los insectos o cualquier otra cosa, es una persona que se califica externamente como una persona débil, indefensa, que no está a la altura. En relación con el mundo, esta persona da una definición en términos "DOWN" (de inferioridad) (Watzlawick, Beavin, Jackson, 1971) y, dada la relatividad de las posiciones, esto implica que alguien esté "UP" (en superioridad) respecto a ella. Fácilmente, los miembros del sistema al cual pertenece la persona fóbica pueden erróneamente creer que los que están "UP" son ellos, precisamente por el hecho de que ésta les permite de sentirse así, les induce a aceptar el rol de quien pacientemente tiene cuidado de ella y aguanta todas sus manías.

Pero, en realidad, el paciente identificado ejerce un enorme poder de control sobre todo el sistema familiar a través de sus fobias, a menudo haciendo hacer a los miembros cosas inauditas como lavarse y desinfectarse a continuación, o como, en el caso de la familia de Fernanda, dormir con las ventanas abiertas con el termómetro bajo cero.

En efecto, es el fóbico quien está "UP" respecto a su familia, pero sin definirse nunca como tal. En estas familias, existe un embrollo de fondo: el paciente

identificado se alía con una sintomatología fóbica que le permite ejercer un notable control sobre los otros miembros; éstos, por su parte, aceptan la tiranía del paciente identificado porque se sienten investidos de demandas de ayuda que aparentemente los colocan en un rol de superioridad respecto al paciente identificado, pero les condena a soportar su control.

Tanto el paciente identificado como los otros miembros de la familia parecen interesados en definirse “UP” respecto a la familia, sin embargo, el juego fóbico aunque aparentemente les permite serlo dando a uno la posibilidad de control y a los otros la sensación de superioridad, en realidad, en la medida en que es un “juego” basado en los síntomas, impide a todos de serlo verdaderamente.

En efecto, el paciente identificado envía un mensaje ambiguo y descalificador: “Si yo confío en vosotros, tengo necesidad de vosotros y de vuestra colaboración, pero no porque sois vosotros, no porque me fíe de vosotros, sino sólo porque tengo estos miedos”. Es decir: “Vosotros no estáis “UP” porque yo os reconozca como tales, sino porque yo, con mis fobias, os permito estarlo; por lo tanto, si soy yo quien os lo permite, en realidad quien está “UP” soy yo y no vosotros”.

Por su parte, los otros miembros envían un mensaje similar: “Es verdad que tú nos haces hacer lo que quieres y que nosotros debemos secundarte en todo, pero no lo haces porque eres capaz de hacerlo o porque poseas más autoridad que nosotros, lo haces por el hecho de que estás enfermo”. Es decir: “Tú no estás “UP” porque nosotros te reconozcamos como tal, sino porque, con las fobias que tienes, nosotros decidimos ayudarte; por lo tanto, si somos nosotros quien decide de hacerlo, en realidad quien está “UP” somos nosotros y no tú”.

El juego fóbico es, pues, una especie de simetría en la cual los movimientos no son rechazos explícitos y claros, sino continuas descalificaciones y desconfirmaciones. Los mismos movimientos, Fernanda los ha transferido al contexto terapéutico. En efecto, no ha dejado que la terapeuta actuara sin intervenir ella, juzgando lo apropiado de las preguntas y la bondad de las interpretaciones.

Es evidente que Fernanda no hubiera aceptado un cambio que se derivara de la terapia, ni hubiera aceptado meterse “DOWN” respecto a la terapeuta. Cuando la terapeuta llega a esta conclusión y rechaza la terapia diciendo que la curación de Fernanda hubiera descompensado al hermano, no sólo propone una interpretación verosímil, sino que la caracteriza como alguien que ha comprendido la situación hasta el punto de preveer la evolución y como quien decide, más allá de la voluntad de Fernanda, sobre la prosecución o la interrupción de la terapia. La posición de la terapeuta, en este momento, es “UP” mientras que Fernanda ha perdido completamente el control sobre la terapia. Este hecho no puede hacer otra cosa que enfurecerla y para recuperar las posiciones, para recuperar la sensación de tener bajo control la situación, se ve constreñida a demostrar que la terapeuta se ha equivocado.

La paradoja está en el hecho de que para demostrar que la terapeuta se ha equivocado, Fernanda debe demostrar que su curación no dañará de ningún modo

a su hermano: en resumen, Fernanda debe curarse. Curarse por rabia, curarse para recuperar el control. En efecto, Fernanda, aunque habiendo modificado su vida, aunque tomando sin ningún problema el autobús y el metro, a diez años de distancia, se presenta puntual a la terapeuta para hacer las cuentas. Parece que quiera decir : “Ahora que le he demostrado que se había equivocado, ¿está dispuesta a tomarme en tratamiento?”. Podía ser una revancha, una nueva partida en la mesa de juego de la terapia y hubiera podido serlo si la terapeuta hubiera caído en la trampa.

Pero no fue así. A continuación, Fernanda no pidió más ser curada; decía que se acordaba de que la terapeuta era una psiquiatra social y que, por lo tanto, no la forzaría. La terapeuta aceptó que Fernanda creyera tener el control sobre la terapia; lo que se pide a la terapia no es la modificación de todo el individuo, de toda la organización del sistema, lo cual sería impensable, sino sólo la eliminación de aquellas disfunciones que hacen la vida inviable. Sería utópico pensar que se pueda borrar de un brochazo la obsesiva necesidad de control del fóbico. Esta necesidad existe y es un hecho que no se puede obviar, se trata de encontrar el modo de satisfacerlo sin deber recurrir a unos síntomas y controlarlo sin tenerlo que eliminar a la fuerza.

Así aconsejar llevar un valium en el bolsillo como un amuleto es ponerse en sintonía con la necesidad de control que la paciente identificada muestra tener y que, en resumidas cuentas, no sirve de nada modificar. Fernanda necesita tener siempre una vía de salida en el caso de que se angustie y el amuleto le da esta seguridad, la seguridad de tenerlo todo bajo control. Esto le basta para no tener más angustia y, por consiguiente, no tener ya la necesidad de utilizar el valium.

Hay otro episodio que nos parece ejemplar como situación que hace emerger esta dinámica. Fernanda marchó un día de vacaciones a una localidad de montaña. Cuando llegó al hotel, se preguntó cómo podría salir durante la noche y, no viendo ninguna vía de salida, empezó a sentir claustrofobia. Así que pidió información al propietario, pero no obtuvo las explicaciones que estaba buscando; se había pronosticado ya una noche de demonios cuando la camarera, acompañándola a su habitación y escuchando sus preocupaciones, le dijo: “Yo la comprendo, sabe, haciendo este trabajo he aprendido que cada persona tiene sus miedos; no debe preocuparse porque de noche se puede salir. ¿Ha visto, aquella puerta donde está escrito “Nocturno”?”. Pues bien, allí hay un botón que abre la puerta de servicio”. La camarera le dio todas las informaciones necesarias, la acompañó a la planta baja para mostrarle qué se tenía que hacer para salir y Fernanda durmió tranquila todas las vacaciones. A ella, en realidad, le bastaba con saber que podía encontrar su vía de salida y tener el control de la situación.

La necesidad existe, pero -como decíamos- con la terapia es posible tenerla bajo control, pero para ello es necesario aprender a reconocerla, a convivir con ella y también a reirse de ella. El trabajo realizado en las sesiones iba en esta dirección: poco a poco, se han modificado las modalidades interpretativas con las cuales

Fernanda estaba habituada a leer los problemas comportamentales.

Lo que estaba sucediendo era una especie de revolución de la propia perspectiva, revolución alcanzada a través de la adquisición de un nuevo lenguaje, un lenguaje que no poseía términos referidos a la sintomatología o a clasificaciones psicológicas “artificiales” y por tanto costreñía a Fernanda a traducir sus propios comportamientos en acciones responsables y no en inevitables consecuencias de su “enfermedad”.

En el momento en que se libera del sentido de ineludibilidad y empieza a creer que los comportamientos son elecciones voluntarias y competentes, entonces adquiere un mayor dominio del sentido crítico que puede ayudarla a demoler los fantasmas que la persiguen.

Fernanda ahora acepta que se hable en términos concretos y realistas de sus miedos. Habla de la fobia al avión ya no como un problema ligado a la claustrofobia sino como un simple hecho de alergia al pescado. Visto desde esta perspectiva, el síntoma resulta no sólo aceptable sino que desaparece su problemática desde el momento en que Fernanda no sabría dónde ir en avión y, por lo tanto, tampoco tener la ocasión de tener miedo.

Pero hay más, hablar en términos concretos del miedo, utilizando un lenguaje cotidiano antes que “psicoanalítico”, hace emerger el lado irónico de los miedos que acelera posteriormente el proceso de liberación y de cambio del sistema. Es desde esta dimensión humorística que el “no conseguir coger el ascensor” puede incluso verse como un ocasión para hacer un saludable ejercicio físico.

“En el caso de que me capturaran y encarcelaran como en los tiempos del nazismo -preguntó un día Fernanda-, ¿usted me daría la estricnina?”.

“Bueno, sabe usted (riendo), en los campos de concentración el asunto se resuelve rápidamente porque cuando a una la meten en el horno crematorio, ¿no es que usted tenga mucha necesidad de tomar la estricnina para no morir de miedo!”

“¡Touchée!”.

El juego del miedo ha sido desentramado y Fernanda quizás empieza paradójicamente a disfrutar de tenerlo, también, bajo control.

A través de la historia de una paciente diagnosticada como fóbica y de su terapia, los autores proponen una hipótesis interpretativa del “juego fóbico” que pone el énfasis en los mecanismos relacionales que éste alimenta. Los autores plantean, además, a través de una redefinición lingüística de la vivencia fóbica, un posible línea terapéutica.

Traducción: Empar Torres Aixalà

Nota Editoriale:

Este artículo apareció con el título “Guarire dalla rabbia” en *Psicobiattivo*, 11, pp. 35-45, 1991. Agradecemos el permiso para su publicación.

Referencias bibliográficas

- ASCHER, L.M. (1981). Employing paradoxical intention in the treatment of agoraphobia. *Behavior Research and Therapy*, 19, 533-542.
- BARLOW, D.M., MAVISSAKALIAN, M., & HAY, L.R. (1981). Couples treatment and of agoraphobia: changes in marital satisfaction. *Behavioral Research Therapy*, 19, 245-255.
- BARLOWS, D.M. (1983). Treatment of adolescent agoraphobics: Effects on parent-adolescent relations. *Behavior Research and Therapy*, 21, 519-526.
- BEDWAY, N.C. (1987). Intervention paradoxale dans un cas de neurose traumatique: "Illustration clinique de l'approche systemique de Milan". *Perspectives Psychiatriques*, 26, 107-110.
- BLANCHARD, E.B. (1970). Relative contributions of modelling, informational influences, and physical contact in extinction of phobic behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 76, 55-61.
- CALVERT BOYANOWSKY, J., & LEVENTHAL, H. (1975). The role of information in attenuating behavioral responses to stress: A reinterpretation of the misattribution phenomenon. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32, 214-221.
- EMMELKAMP, P.M.G. (1980). Agoraphobics' interpersonal problems: their role in the effects of exposure in vivo therapy. *Archives of General Psychiatry* 37, 1303-1306.
- GOLDFRIED, M.R., DECENTEO, E.T., & WEILBERG, L. (1974). Systematic rational restructuring as a self-control technique. *Behavior Therapy*, 5, 247-254.
- HALL, R., & GOLDBERG, D. (1977). The role of social anxiety in social interaction difficulties. *British Journal of Psychiatry*, 131, 610-615.
- HICKIE, I., & SILOVE, D. (1984). A family panics. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 23, 418-421.
- HSIA, H. (1984). Structural and strategic approach to school phobia/school refusal. *Psychology in the School*, 21, 360-367.
- MARKS, I.M. (1969). *Fears and phobias*. London: Heinemann.
- PRATA, G. (1988). *A systemic jolt to family games. The new method*. Helsinki: Painatuskeskus.
- PRATA, G. (1988). La barriera di microbi. In G. Prata, *I trattamenti in Psicologia Clinica*. Milano: Franco Angeli.
- PRATA, G., & RAFFIN, C. (1989). Setting didactique et setting thérapeutique. *Thérapie Familiale*, 10, 191-203.
- PRATA, G. (1990). *A systemic harpoon into family games: preventive interventions in therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- RAFFIN, C. (1988). Testing clinical hypotheses by means of "falsificationist epistemology". *Family Process*, 27, 485-499.
- RAFFIN, C. (1988). Una richiesta molto sospesa. *Famiglia Oggi*, 33, 106-107.
- ROBERTS, A.H. (1964). Housebound-housewives. A follow-up study of phobic anxiety states. *British Journal of Psychiatry*, 110, 191-197.
- ROSS, L., RODIN, J., & ZIMBARDO, P.T. (1969). Toward an attribution therapy. The reduction of fear thought induced cognitive-emotional misattribution. *Journal of Personality and Social Psychology*, 12, 276-288.
- SELVINI-PALAZZOLI, M., BOSCOLO, L., CECCHIN, G.F., & PRATA, G. (1975). *Paradosso e contrapadosso*. Milano: Feltrinelli.
- VIARO, M., & LEONARDI, P. (1982). Le sinsubordinazioni. *Terapia Familiare*, 12, 41-62.
- WATZLAWICK, P., BEAVIN, J.H., & JACKON, D.D. (1971). *Pragmatica della comunicazione umana*. Roma: Astrolabio.