

HABLEMOS EL MISMO IDIOMA

Hablar el lenguaje del paciente

Por Marcelo R. Ceberio*

El presente artículo constituye la introducción de una investigación que actualmente se desarrolla, acerca del entrenamiento sobre la técnica de “hablar el lenguaje del cliente”. Tiene por objetivo, estandarizar una metodología de preparación en esta destreza para psicoterapeutas.

La misma se desenvuelve con un grupo piloto, integrado por psicólogos y psiquiatras de formación sistémica de postgrado en Terapia breve. Las herramientas implementadas, consisten en habilidades de expresión corporal, juegos teatrales y psicodramáticos, como así técnicas de persuasión. Las mismas, centran su finalidad en los dos lenguajes, trabajando palabra, cuerpo y movimiento en el espacio psicoterapéutico.

El *hablar el lenguaje del paciente*, es una de las principales técnicas que conforman la nómina de intervenciones de la clínica sistémica que, dentro de sus diversos modelos, el de la Terapia Breve de Palo Alto -por su raigambre ericksoniana- fue quien ha desarrollado más su implementación.

A diferencia de otras estrategias, el hablar el lenguaje del paciente si bien consiste en una técnica específica, se constituye en un modelo de lenguaje y acción utilizándose en una amplia gama de herramientas terapéuticas, que van desde las intervenciones verbales hasta las prescripciones de comportamiento. En este sentido, puede considerarse una *metatécnica*, puesto que involucra a todas las intervenciones, facilitando el cambio perceptivo en las construcciones de la realidad.

Pero más allá de su introducción innovadora en la psicoterapia, el arte de la persuasión y la seducción es tan antiguo como el haber sido objeto de estudio de la retórica clásica. Si tuviésemos que ahondar en sus orígenes, deberemos remontarnos a los estudios de los Sofistas y del mismo Aristóteles, quien en su retórica para Alejandro, señalaba: *Si quieres convencer a alguien utiliza sus mismos argumentos.*

Como recurso psicoterapéutico, surge a partir de la sistematización -por parte del grupo de Palo Alto- del estilo de trabajo del hipnoterapeuta Milton Erickson. Este famoso psiquiatra de Phoenix, Arizona, se caracterizó por realizar una forma de tratamiento no convencional, opuesta a la modalidad clásica de la mayoría de los profesionales de la

* **Marcelo Rodríguez Ceberio es Doctor en Psicología y Master en Terapia Familiar. Es representante para Sudamérica del Mental Research Institute de Palo Alto. Dirige el área de**

época del '50. A pesar de verse, desde temprana edad, imposibilitado físicamente secuela de un ataque de Poliomiélitis, Erickson en vez de sumergirse en su minusvalía la compensó notablemente con su gran inteligencia, perspicacia, intuición y creatividad. Su nivel de efectividad en los resultados de las sesiones con sus pacientes, le equivalieron el mote del *gurú de Phoenix*.

Su modelo de trabajo, puede ser descrito por intervenciones que desafiaban la lógica racional, contrariaban al sentido común y por tareas que mandaba a realizar que a los pacientes le sonaban desde absurdas hasta paradójicas. En general, no abusaba de explicaciones, de cara a las preguntas de los pacientes acerca del porqué o de cuál era el objetivo de alguna acción prescrita, por tanto, resultaba más dificultosa la aceptación de sus prescripciones. Pero es allí, es donde la sugestionabilidad de su lenguaje, imprimía la inducción hipnótica que concretaba la operación.

Erickson no se remitía, en los tratamientos, a la búsqueda de los orígenes de la problemática, sino que focalizaba el problema e intervenía desestructurando las acciones sostenedoras del mismo. Acciones opuestas a lo que la lógica racional indicaba como solución, pero que sin embargo, eran efectivas.

En la década del '60, Jay Haley y John Weakland -integrantes del grupo pionero de Gregory Bateson- viajaron a Phoenix en dos años sucesivos para presenciar sus sesiones, con la finalidad de aprender y sistematizar su trabajo. De esta manera, el grupo del Mental Research Institute incorporó en su modelo las prescripciones de comportamiento, intervenciones paradójicas, el lenguaje imperativo, analogías a través de cuentos, relatos, fábulas, *one down* y *one up*, confusiones, evitar formulaciones negativas, uso de las resistencias, entre otras técnicas.

Uno de los puntos que Erickson remarcó (constituyéndose en uno de los recursos principales de la terapia breve), fue que la efectividad de los cambios en el paciente dependía, en gran medida, de que el terapeuta aprendiera a hablar su lenguaje. Tengamos en cuenta, que cuando definimos al lenguaje nos referimos a sus dos niveles: tanto al verbal propiamente dicho como al analógico paraverbal. Razón, por la que en el contexto de la relación terapéutica, el profesional con el objetivo de influenciar al paciente y concretar los objetivos propuestos, copiará de manera *natural* su modalidad y estilo personal de relacionarse.

En momentos claves de la sesión, emulará de manera sutil y sin caer en la alevosía:

- En el plano de lo analógico: sus actitudes, gestos, posturas, manierismos, movimientos particulares, estilo, tonos de voz, secuencia y ritmo, cadencia y tinte, etc.
- En el plano de lo verbal: su estilo de conversación, muletillas, terminología más usada, contenidos, temas predilectos, etc.

Erickson contaba con esa habilidad. Espontáneamente observaba estos dos niveles de comunicación de su cliente y los incorporaba para sí, insertándolos en ciertos momentos de la sesión, facilitando la inducción al trance hipnoterapéutico. Bandler y Grinder en el libro *Patterns of hypnotic techniques of Milton Erickson* (1975), remarcan tal habilidad de este psiquiatra quien desde el primer contacto con el paciente, *copiaba* sus formas retóricas, los gestos, posturas corporales, etc., influyendo por medio de sugerencias y prescripciones, sus formas de percibir el mundo.

Paul Watzlawick en el *Lenguaje del cambio* (1980), entre las numerosas anécdotas que se cuentan del genio de Phoenix, cita un ejemplo representativo de su actuación con respecto a esta técnica:

En sus primeros años como psiquiatra, prestó Erickson sus servicios en una institución en la que pasaba su vida un paciente de unos 25 años de edad. Había sido detenido, unos cinco años antes, por la policía, debido a su perturbado comportamiento, y lo llevaron a la mencionada institución, pero nunca se le pudo identificar, porque no llevaba encima ningún documento, al parecer nadie había denunciado su aparición, y fuera de las frases <me llamo George>, <Buenos días> y <Buenas noches>, no decía ninguna otra cosa que tuviera sentido. A todo intento de llevar una conversación con él, reaccionaba con largas y rápidas verbalizaciones en una lengua artificial. Fueron innumerables los psiquiatras, psicólogos, enfermeras, y asistentes sociales -y hasta los pacientes de la misma institución- que habían intentado en vano, en el curso de los años, descubrir un sentido en aquella ensalada de palabras, o conseguir inducir a George a expresarse con claridad. Al final, se le había dejado sólo, y él se limitaba de ir de un lado para otro, murmurando para sí casi incansablemente.

Durante unos pocos días, Erickson se limitó a sentarse durante una hora en silencio, al lado del paciente, que le ignoró. Uno de los días siguientes, se presentó, por así decirlo, al aire vacío, pronunciando de pronto y en voz alta su nombre. George no reaccionó hasta el día siguiente, cuando Erickson volvió a pronunciar su nombre, pero esta vez dirigiéndose directamente a él. Entonces George replicó con una larga ensalada de palabras, en tono enojoso, sin mirar a Erickson. A este arranque respondió Erickson

(que se había preparado a fondo para el momento) con otra parrafada, no menos corta, pero de acento amistoso, que sonaba igual que la lengua artificial del paciente, aunque contenía otras pseudo palabras. George pareció muy sorprendido y cuando Erickson terminó, respondió de la misma forma, aunque esta vez la verbalización sonaba a interrogativa. Erickson <contestó> de nuevo con inflexiones amistosas y explicativas. Al día siguiente se inició la conversación con mutua pronunciación de sus respectivos nombres, seguida de una ensalada de palabras de George de cuatro horas de duración ininterrumpidas. Erickson respondió con otra ensalada de otras cuatro horas (aunque esto le costó quedarse sin comer). A ello siguió una nueva verbalización del paciente, esta vez de dos horas, a la que Erickson -ya algo agotado- respondió con otra de la misma duración. Al día siguiente se inició de nuevo la terapia con la misma mutua presentación pero, tras un corto intercambio en la habitual jerigonza, George dijo de pronto: <hable usted razonablemente Dr.>, a lo que éste respondió: <¿Por qué no? con mucho gusto. ¿cómo se apellida usted?>. Al cabo de un año George había hecho ya tales progresos que pudo abandonar el establecimiento y encontrar una colocación. A plazos irregulares iba al establecimiento para visitar a Erickson, y, básicamente, para hablarle de su vida. Invariablemente, estas visitas empezaban y terminaban con una ración de ensalada de palabras; y algunas veces añadía con tono seco: <No hace nada mal un poco de insensatez en la vida, ¿verdad doctor?>.

Erickson recomendaba *comprender lo que los pacientes dicen, el modo en que lo dicen y lo que quieren decir*. Con esta definición, tomaba en cuenta tanto el plano sintáctico, el semántico y el de la comunicación analógica, como así también, la comprensión de la intencionalidad con que se reviste el discurso. Renegaba de cómo los terapeutas se encierran en modelos teóricos, en diferentes conceptualizaciones e intelectualizaciones que ciñen la interacción, obligando a que los pacientes se adapten a ella.

Tomar lo que el paciente nos aporta, es una de las reglas básicas de Erickson para la solución de problemas interhumanos. Se halla en acentuado contraste con las enseñanzas de la mayoría de las escuelas psicoterápicas, las cuales, o bien tratan de aplicar mecánicamente un mismo procedimiento a los pacientes más diversos, o bien consideran necesario enseñarle al paciente un nuevo lenguaje, hacerles comenzar a pensar en términos de este nuevo lenguaje, e intentar luego llevar a cabo un cambio mediante comunicaciones en dicho lenguaje. [...] En este modo de aproximación, son las auténticas resistencias al cambio las que pueden ser utilizadas para lograrlo. Esta forma

de resolver problemas es similar, en más de un aspecto, a la filosofía y a la técnica del yudo, en el que el ataque del adversario no es contrarrestado con una fuerza por lo menos igual, sino que más bien es aceptado y amplificado, cediéndose al mismo y adaptándose a él. Esto no lo espera el adversario, quien está desarrollando un juego de fuerza contra fuerza, es decir de “más de lo mismo”, y con arreglo a las normas de su juego anticipa un contraataque y no un modo diferente de jugar. (Watzlawick, Weakland y Fisch. 1976).

Desde una posición constructivista, tal como lo afirma Heinz Von Foerster, el lenguaje abandona la clásica concepción representacional del mundo para constituirse en un inventor de realidades. Razón por la cual, es posible crear situaciones por medio del diálogo terapéutico, co-construir en el contexto de la psicoterapia, universos alternativos que excedan la lógica utilizada hasta el momento, lógica que –de manera directa o indirecta- ha llevado al padecer al paciente. Hablar su propio lenguaje, entonces, es la franca entrada a la comprensión de su conocer, a entender cómo crea su mundo de significados y lo expresa en la pragmática. Desde allí, es de donde podremos manipular mejor la situación en vistas al cambio.

Por lo tanto, actuar verosímilmente el estilo individual del paciente no es sólo copiar *formas*, sino introducirse en su universo de creencias, conociendo cuáles son sus marcos semánticos y representaciones de la realidad, sus particulares construcciones y el sentido de ciertas palabras y actitudes. Esta reproducción en el juego terapéutico, acercará el vínculo y cautivará la atención del cliente provocando modificaciones en las atribuciones de significado sobre las cosas y situaciones, con el objetivo de la resolución de problemas.

Los canales de entrada

Es importante descubrir, cuál es el canal o la vía más utilizada por el consultante dentro de su estilo comunicacional. El objetivo es desarrollar las intervenciones en esa dirección, haciendo más efectiva la introducción de nuestros mensajes.

El discurso de una persona, o sea, la construcción que intenta transmitir acerca de los hechos que le suceden, como subjetivo y particular, puede estar revestido de ejemplos, analogías o expresiones. Este tinte del *cuento que nos cuenta*, está relacionado con los canales sensitivos más desarrollados en ella. Dichos canales, en proceso, de alguna manera determinan las elecciones de diferentes actividades, desde las más profundas a las banales, de los proyectos de mayor envergadura hasta los mínimos, de

las acciones más elocuentes hasta las cotidianas, etc., más allá de los factores contextuales, que a la vez estimulan la evolución de tales canales.

Tales canales son el visual, quinestésico, auditivo, olfativo y gustativo.

1) Por ejemplo, la relevancia de una vía de tipo *visual*, llevará a resaltar en una conversación observaciones de situaciones, ejemplos o metáforas recreadas a través de las imágenes. A pesar que resulta complejo generalizar, es factible que profesionales del mundo de la publicidad, arquitectos, diseñadores gráficos, amantes del diseño y del arte visual, dibujantes, artistas plásticos en general, pintores, escultores, etc., recurran a este medio como forma de recrear su discurso. Este será un dato más a tomar en cuenta, en el inicio del trabajo terapéutico, comenzando a anexar expresiones que muestren imágenes en la comunicación.

El recurso de anexar a nuestra retórica metáforas y descripciones de escenas de corte visual, acrecienta el interés y despierta mayor atención al mensaje que se trata de transmitir. Ejerce la persuasión en el paciente, con la intencionalidad de concretar una determinada prescripción de comportamiento:

Es de noche, verás claramente el cartel iluminado del bar, los colores, el diseño..., cuando entres, mirarás todas las mesas y elegirás la que te permita observar la calle... Recorrerás con la mirada, de manera sutil, a las personas que se hallen dentro...

O por ejemplo, en la explicación o descripción acerca de una conducta, también pueden introducirse analogías visuales:

Veamos si he entendido bien, cuando tu señora comienza a hacerte una escena de celos, tu te pones rojo de la rabia que te produce.... / Seguro que has entrado en la reunión y ese compañero rival que tienes, que pensaba que no ibas a ir, se habrá puesto verde de la locura....

El terapeuta podrá apelar a gráficos de circuitos recursivos (que a veces como estrategia pueden mostrarse), carteles en las prescripciones de comportamiento, realización de dibujos y tareas desarrolladas en forma escrita. Como así también, ejemplos y analogías que dibujen en la mente de la persona escenas anticipatorias que facilitarán la interacción en futuras situaciones, cumpliendo con el objetivo propuesto de la forma más rápida y efectiva.

2) Si en el sujeto cobran primacía las percepciones *quinestésicas*, las verbalizaciones describirán sensaciones físicas como calor, frío, aspereza, suavidad, contracción,

relajación, etc. En numerosas oportunidades, estas expresiones son acompañadas de la gestualidad táctil:

..Y se me puso la piel de gallina.../ Es muy suave como la piel de... / Me estremecí cuando.../ Es frío como un témpano / Entré a ese lugar y hacía un calor... / Había una atmósfera....

En general, este tipo de personas en la interacción tiende al contacto físico con facilidad y suelen manifestar el afecto a través de este canal mediante el abrazo, o acompañan su discurso tocando a su interlocutor, etc. Es decir, le otorgan preeminencia al contacto corporal en la interacción. El terapeuta tomará estas manifestaciones para metaforizar las explicaciones o reformulaciones, utilizando la llave de esta sensibilidad en la palabra. También, por ejemplo, en la directiva de prescripciones:

Cuando sales un día de sol, tomarás consciencia de cómo los rayos calientan tu rostro. Vas a comenzar a disfrutar de esta sensación..., te encontrarás con tu amigo del alma, con quien debes conversar sobre ese tema que tanto te preocupa, le darás un fuerte abrazo y les dirás...

De la misma manera, en los casos de sintomatologías fóbicas o en ataques de pánico, donde se encuentran exacerbados estos canales, es importante penetrar por esta vía:

Cuando te enfrentes al ascensor, te impondrás el miedo a subir, comenzarás a sentir cómo tus manos se llenan del sudor frío... Debes intentar sudar más. Tus manos están como empapadas y más frías..., tal vez hasta te duelen...

Por otra parte, puede acompañarse la propia alocución remarcando algunas frases por medio del contacto físico, como una mano en el hombro, el tomar una mano, una palmada en el brazo, etc. Esta clase de acciones refuerza el mensaje, más aún, si se les acopla el tenor emocional de acuerdo a las situaciones que emergen de la sesión.

3) El canal puede ser de tipo *auditivo*, en donde los discursos se relacionan con la escucha, poblados de analogías con respecto a los sonidos en general. Algunos son profesionales músicos o que tienen por hobby la música, o simplemente son sujetos que resaltan lo auditivo en sus descripciones:

..Yo lo escuché /... Dicen que / Gritó tan fuerte / Hizo tanto ruido como el estallido de una bomba... / Dio un portazo terrible y se fue / Se escuchaba una música de fondo....

Es factible también, que estas personas adornen su conversación con algunas expresiones guturales, como también, en lo paraverbal anexas sonidos con la

gestualidad, reproduciendo los ruidos de las acciones que describen. Es algo así como una producción casera de *efectos especiales*, que imprimen un tenor más vívido a la narración.

Las metáforas y ejemplos que introducirá el terapeuta, estarán dirigidos hacia este sentido. En el plano analógico, conjuntamente con algunas onomatopeyas en el discurso, pueden acoplarse sonidos, como golpes de manos, chasquidos de dedos, palmadas en el escritorio, etc. , que favorecerán el efecto de entrada de nuestra palabra en la construcción del paciente.

El diseño de las tareas, puede ser recreado mediante este canal:

Entrarás en la oficina y como siempre sentirás el teclear de las computadoras, correrás la silla de tu escritorio que seguramente chirrearán sus ruedas porque se olvidaron de aceitarlas... / Sentirás la diferencia del ruido de los autos que pasan por la avenida al entrar en tu casa cuando tengas que hablarle a tu mujer...

No obstante, es importante que se intercalen algunas de estas descripciones, pero sin caer en lo abusivo ya que puede generar el efecto contrario al que se desea, generando resistencias.

4) De la misma manera, procederemos con los canales *olfativo* y *gustativo*. Son diversas las expresiones, en las cuales se muestra la predominancia de los olores o sabores en las metáforas utilizadas. En general, las personas que lo desarrollan, describen las cosas mostrando el especial impacto de estos sentidos:

La atmósfera era densa.../ Lo que más me atrajo fue el olor de su piel... / Y esa situación me dejó un sabor.../ El olor de las flores.../ Preparó una comida con unas especias exóticas...

Resaltar estos canales en el discurso del terapeuta, permite poner énfasis en las connotaciones y descripciones, principalmente en el discurso de las prescripciones, con el objetivo de poderlas desenvolver en el ámbito pragmático:

Saborearas el té, sentirás el olor de las masas,... lo mirarás a los ojos y comenzarás a decirle.../ Paladearás el café recién servido y te dedicarás a disfrutar el libro que te has regalado...

También, es factible que una persona desarrolle más de un canal sensitivo, es decir, pueden coexistir entre ellos. Se hace necesario, entonces, intercalar (siempre sutilmente) verbalizaciones que impliquen a cada uno en las metáforas y frases. En

síntesis, sea cual fuere el canal de preeminencia, la posibilidad de incorporar en la palabra, expresiones, metáforas y ejemplos relacionados con éste, provocan una mayor inducción, haciendo más efectiva cualquier intervención.

Uso de frases, muletillas y palabras, etc.

En términos del lenguaje verbal, el recurso de utilizar frases, muletillas o palabras que se estereotipan en el discurso del consultante, es otra de las herramientas de esta estrategia.

Entre las tantas modalidades y estilos de comunicación, existen personas que suelen incorporar *refranes o frases* que acentúan sus afirmaciones. Los refranes populares como las frases célebres, pueden ser parte del discurso del terapeuta que ingeniosamente insertará en sus mensajes, tanto los mismos que utiliza el cliente como otros de su propio repertorio.

P: Siempre estuve obligado a hacer las cosas. Viví a través de obligaciones y tengo que entender que “se hace lo que se puede”. Borges decía, en un escrito que no estoy seguro si es de él, “si volviera a vivir estaría más liviano”.

De acuerdo al nivel de cultural, estas frases van desde las más vulgares y populares a las más eruditas y sofisticadas. En algunos casos, son la clara expresión de racionalizaciones e intelectualizaciones en las que, como mecanismos defensivos, la persona se refugia en determinadas situaciones.

Otra de las formas, es el uso de muletillas o la repetición de alguna palabra que se constituyen en las *ayudas* para sostener las narraciones:

... O sea, el problema es que mi socio no está bien, o sea, esto no implica que la sociedad vaya mal, o sea... /. Entonces yo le dije, no puede ser estás totalmente equivocado, entonces yo no lo quise herir, porque tenía miedo a su reacción, entonces me contestó...

A veces, estas palabras están relacionadas con expresiones en boga, frases de moda o simplemente son términos comunes, resultando amortiguadores del discurso. Suelen incorporarse para abrir la alocución como para cerrarla, pero también, pueden intercalarse reiteradamente, cerrando o abriendo pequeños tramos del relato:

Me peleé con mi hermano, todo mal, me dijo que yo era una porquería porque salí a defender a su novia, todo mal, pero yo también le dije que porque no hacía las cosas como se deben hacer, la cuestión es que mal todo mal / Mi mujer se pone muy triste en estas situaciones, me entiendes..., pienso que su madre nunca la quiso y prefirió a su

hermana, me entiendes. Creo que esto la debe poner muy demandante conmigo, me entiendes...

En otras oportunidades, son más bien sonidos casi guturales que acompañan las frases:

Ehmmm, no deseaba ir a la fiesta, estemmm, estaba bastante deprimida... ehmmmm y al final me metí en la cama y no salí a ningún lado / Humnn, no sabía que hacer, porque ella le humnnn, dijo que no sabía directamente.

Esta técnica se hace más evidente y suele ser muy efectiva, en las consultas con adolescentes que, en general, se identifican con los patrones lingüísticos de moda, aunque también es dificultosa por la continua aparición de nuevos términos.

La introducción de estas variedades, en los giros de las intervenciones del terapeuta, penetra poderosamente en el universo del paciente. Recalcamos, que debe implementarse de una manera perspicaz, ya que fácilmente -sino se tiene en cuenta la medida de su aplicación- puede parecer una burla hacia el consultante. Y por supuesto, las lamentables consecuencias que esta sensación puede detonar.

Es importante prestar atención a este estilo, desde los primeros contactos en la entrevista inicial. En el período de *joining*, es donde el terapeuta gestiona la empatía que será la puerta hacia la confianza y posibilidad de acercar el vínculo, acrecentando su influencia. No obstante, una vez incorporada la técnica, es esperable que surja espontáneamente, formando parte natural del estilo de conversación del espacio terapéutico.

Lenguaje no verbal. El espacio del cuerpo en psicoterapia.

Además de calcar diferentes aspectos de las verbalizaciones del paciente, otra propuesta es adoptar su lenguaje analógico. El lenguaje, por lo general, es asociado con la palabra y pocas son las oportunidades que en la vida cotidiana se tiene en cuenta lo que se expresa a través de los gestos o, por lo menos, se le coloca un énfasis menor.

El lenguaje de los movimientos corporales y de la gestualidad, resulta un universo de transmisión de mensajes que no siempre son decodificados de manera correcta. Más aún, son un mayor blanco de proyecciones por parte del interlocutor que el lenguaje verbal, es decir, si la palabra no está como elemento concreto de envío del mensaje, un gesto o un movimiento pueden parecer ambivalentes y como tales, ser interpretados de acuerdo a los baremos del mapa del interlocutor. La sistematización de un vínculo, es la

que permite entender los gestos de manera más clara, en tanto se ahonda y profundiza en el conocimiento de los códigos relacionales de los alternativos receptores y emisores.

Este tipo de lenguaje, tiene sus raíces en períodos más arcaicos que el lenguaje verbal propiamente dicho. Además, el uso del cuerpo como comunicador, trasciende las limitaciones del lenguaje hablado. O sea, desde esta perspectiva la lengua resulta un impedimento para la libre comunicación. En cambio, la comunicación analógica permite establecer un diálogo, si se quiere universal, mediante la interpretación de gestos sin mediar el lenguaje verbal. Esto se demuestra, por ejemplo, en la diferencia de solamente escuchar a una persona que habla una lengua que desconocemos, que mirarla mientras habla. Con certeza, interpretaremos mucho mejor lo que intenta transmitir cuando oído y vista se aúnan en la comunicación.

Todo esto corrobora la hipótesis de que los modelos analógicos poseen un fuerte componente instintivo que se aproxima a una señal universal, además de un componente imitativo y cultural, aprendidos del contexto social. (Andolfi.1977).

El mundo de la comunicación y más el del lenguaje analógico, posee un alto grado de complejidad que de la diferencia de interpretación entre lo que se intenta transmitir y lo que se capta sientan las bases de las disfuncionalidades relacionales que transforman la alta complejidad en complicación.

Paul Watzlawick*, en los tiempos en que pertenecía al equipo de investigación del M.R.I y el grupo Bateson, intentó cuantificar la comunicación. Tarea que se condenó al fracaso, dada la imposibilidad de sistematización de los millones de signos lingüísticos plausibles de registro.

La comunicación paraverbal, entendiéndose ésta principalmente como los movimientos y gestualidades (además de las cadencias y tonalidades que se imprimen sobre el discurso), está poblada no solo por la movilidad gruesa, es decir los movimientos más ostentosos o alevosos a la vista, sino por una serie de micro movimientos casi imperceptibles para la consciencia. Un ejemplo simple que muestra tales sutilezas, se observa cuando dos personas caminan en direcciones contrarias y se cruzan. Existe una percepción superior, que indica que uno debe desviarse hacia un costado y el otro hacia el otro para no colisionarse. Algo del otro, ha indicado el flanco hacia donde la persona deberá moverse. Si alguna de ellas titubea o se muestra dubitativa en el movimiento, sin duda que se encontrarán a punto de chocarse.

* Comunicación personal.

Por otra parte, existe un espacio entre comunicantes. Un espacio que significa la distancia óptima para que dos o más personas establezcan un diálogo. Hall (1966), distingue el manejo del espacio y movimiento con relación a tal proximidad o lejanía relacional.

- 1) Distancia íntima: implica una distancia e cercanía afectiva. Es la distancia en la que se conduce una pareja en una relación amorosa, la relación de un padre que acaricia a su hijo o en la relación materno filial. Es una distancia que permite la fusión de los interlocutores y, en cierta manera, existe una ruptura de los límites de la territorialidad personal.
- 2) Distancia personal: es una distancia de cercanía pero en la que los interlocutores mantienen sus fronteras personales. Es decir, los límites personales no se pierden y están claramente definidos. Es la distancia de las relaciones interpersonales de dos amigos o familiares, compañeros de trabajo. También de dos personas que tienen un objetivo o interés en común.
- 3) Distancia social: en este tipo de distancia no existe el contacto físico. Prima la mirada que pasa a ser el único tipo de contacto. No se trata de una relación impersonal, pero existe un espacio y distancia protectivos de eventuales invasiones o intromisiones del interlocutor. Es la distancia óptima en las negociaciones y ventas. Por lo general, el espacio se ocupa con escritorios, escaparates, mesas, objetos que imponen la distancia entre los comunicantes. En las consultas psiquiátricas tradicionales, es la clásica *distancia terapéutica* en donde se coloca el escritorio, el guardapolvo blanco, etc.
- 4) Distancia pública: es la distancia de las relaciones formales. No existe la intimidad y menos un vínculo personalizado. Se pierde cualquier tipo de relación directa y es la distancia típica del conferenciante o del catedrático.

Sería esperable que, en tanto la distancia adquiriera mayor intimidad, el contacto corporal se acrecienta y en tanto se aleje disminuya. Si bien esta regla se cumple en la mayoría de las personas, no obstante, numerosas son los casos que pese a la intimidad, tienen dificultades de expresar el afecto o comunicarse de manera física. Paradojalmente, a pesar de que el lenguaje corporal sea el más arcaico, el contacto por este medio se encuentra disminuido e hipertrofiado el lenguaje verbal. Para muchas personas, es más sencillo regalar un objeto -como muestra de afecto- que dar un beso o entregarse en un abrazo.

En el ámbito terapéutico, además del Psicodrama y otras líneas de terapias corporales, es la clínica sistémica que, desde los axiomas de la comunicación exploró los dos lenguajes: tanto el *verbal como el analógico*, trazando las características diferenciales entre ambos.

En terapia relacional las señales, el contacto físico, el movimiento, la acción, la presencia de otros, provocan simultáneamente asociaciones, significados y comportamientos en un contexto dado. El acento cae sobre el actuar y dramatizar estados emotivos y conflictos en el presente, para verificar efectivas posibilidades de cambio en el interior del sistema familiar, mediante la intervención activa del terapeuta. (Andolfi.1977).

El terapeuta sistémico no toma una distancia de corte *social*, o sea, toma una distancia de disociación, objetiva y como tal utópica. Un terapeuta sistémico hace uso de sí mismo, se pone en juego como un cuerpo y una mente que actúa como un agente de cambio en el sistema terapéutico. Sus intervenciones, suaves o contundentes, perturban el sistema del paciente en el intento de hacer zozobrar los esquemas interactivos presentes productores del problema.

(...) se considera miembro agente y reactivo del sistema terapéutico e introduce en él creatividad e inventiva personal, sentido del humor y experiencias personales y profesionales; contacto físico, utilización del espacio y del movimiento representan instrumentos operativos indispensables para un terapeuta de la familia, que se vale de ellos con el fin de observar secuencias comunicativas funcionales y disfuncionales, límites personales e interpersonales, disponibilidad de cambio, etc. (Andolfi.1977).

El lenguaje paraverbal, es aquel en donde la persona posee menor dominio. Por lo tanto, emerge mediante tal espontaneidad que no deja lugar a la mentira, escapando a la voluntad consciente. La posibilidad de decodificarlo implica lograr ingresar en la lógica relacional de la familia: entender las reglas del funcionamiento del sistema, sus pautas, funciones, creencias, valores y objetivos.

Es importante capitalizar en la observación, el estilo de interacción de los pacientes. La forma o el modelo que se pone en juego con el terapeuta es, en cierta manera, la reproducción de cómo se relaciona más allá de las paredes del consultorio.

Un detalle importante para un terapeuta sistémico, es –en el caso de la terapia familiar o grupal- observar cómo se sientan cada uno de los participantes de la sesión. Pero no solamente la posición corporal, como lo referimos más adelante, sino la disposición en el espacio: quien se sienta al lado de quien, quien más próximo de quien,

quien más alejado. El terapeuta perspicaz, recogerá una serie de datos de gran utilidad, a la hora de señalar alianzas, coaliciones, identificaciones, marginación, etc.

Tal disposición espacial, a veces muestra características estrictas de reglas uniformadas para la familia: de forma tradicional, los padres juntos y los hijos sentados alrededor en forma de séquito. Una pareja de padres conflictiva coloca a alguno de los hijos en medio de ellos, de la misma manera que un hijo sobreprotegido tiene poco espacio de distancia y movimiento entre el resto de los miembros que se sientan en actitud vigilante. En otras ocasiones, las parejas en conflicto tienden a sentarse alejados a *varios hijos de distancia*. Un niño problema se halla levemente distanciado del resto de los integrantes.

Una pareja enmarañada en los problemas, se sienta en el sillón con el cuerpo sutilmente dirigido hacia el afuera de la relación. Una persona angustiada, se encorva en su asiento y mira hacia abajo. Alguien huidizo y con resistencias a comprometerse se sienta tímidamente en el ángulo de la silla, como siempre listo para salir. Una señorita seductora, intenta desviar y atraer la atención mostrando gallarda y alevosamente sus piernas.

Muchos sujetos *hablan* a través del movimiento de sus manos, otros cruzan sus brazos o los mantienen rígidos a los lados del cuerpo. Hay quienes reposan en el sillón, tomando su cabeza y parte del rostro en actitud reflexiva. Mientras otros -más tensionados y en actitud vigilante- mantienen su cuerpo sentado en el borde de la silla, extendido hacia adelante, invadiendo el territorio del interlocutor.

Por ejemplo, existen personas que *anudan* su cuerpo, entrecruzando piernas y brazos en su modalidad de comunicación. Mientras que para algunos, éstas posturas serán las reacciones de acuerdo a los temas que se traten, constituyéndose en un termómetro para el terapeuta atento, de cuáles son las situaciones que producen más escozor.

Pero no son pocas las oportunidades, en que los comentarios verbales son contrapuestos con las actitudes corporales: en tanto el cuerpo se mantiene rígido con los brazos entrelazados y una postura casi genuflexa, el consultante le refiere al terapeuta:

Estoy bien y tranquilo en este tiempo con mi esposa... o Mire doctor, esto para mí no es un problema, ¡yo estoy relajado con este tema!!

Otro estilo de comunicar, se caracteriza por la transmisión verbal con un tono de voz exacerbadamente bajo. Con lo cual, es de suponer que los circuitos interactivos que se generan, son una serie de interlocutores que se acercan en actitud de querer descifrar

lo que se escucha. Es algo así como tener un mundo de personas a los pies, pendientes de entender qué se está diciendo, convirtiéndose en el centro de la atención. Entonces, ¿qué sucedería si el terapeuta remeda su volumen de voz?, ¿cuál será la actitud del paciente frente a semejante espejo, cuando siempre encontró en su entorno (complementariamente) la acción contraria?. Notablemente esta copia, con frecuencia da como resultado, que la persona se acerca con la misma acción que genera en los otros e inclusive, alzando su tono de voz.

Otros sujetos hablan mucho y continuamente, sin respetar los espacios de silencio entre frase y frase. Son la muestra cabal -en sentido análogo- de un ritmo de vida acelerado y casi sin respiro. Esta particularidad es calcada por el terapeuta, que una vez que logró hablar su lenguaje, ganando su confianza, paulatinamente comienza a desacelerar su ritmo vertiginoso. Obtiene, de esta manera, el enlentecimiento por parte del paciente, no sólo de su estilo de palabra sino de su ritmo de vida. Este efecto es reforzado en el ámbito de la práctica, acoplado alguna prescripción de conducta, que traiga como consecuencia una mayor relajación en sus actividades cotidianas.

Otras intervenciones pueden realizarse desde un *one up* corporal. Por ejemplo, ponerse de pie mientras que el paciente permanece sentado y transmitir el mensaje desde tal asimetría. Esta estrategia permite colocar mayor énfasis en algún señalamiento en el intento de erradicar suavidad en la intervención e imprimirle un tenor enérgico:

Marina, hasta cuando vas a estar en la casa de tus "papis". Tienes el dinero, eres una profesional independiente y te sigues quejando de la actitud de invasión de tus padres. Ellos no van a cambiar!!, ¿entiendes?, ¿no te parece más apropiado que te vayas a vivir sola de una vez y dejes de quejarte?!!!.

Como hemos señalado anteriormente, ciertas intervenciones mediante el contacto corporal tienen un mayor efecto en el mensaje que se intenta enviar. Principalmente en las situaciones donde la emoción y la angustia urgen una complementariedad contenedora, como ser situaciones de intensa angustia, duelos, pérdidas, enfermedades graves, etc. Una mano en el hombro, una caricia en la espalda o en la cabeza, un abrazo de contención, un tomar de las manos, o simplemente mirar a los ojos a distancia o alcanzar sutilmente un pañuelo de papel.

Sería innumerable la cantidad de ejemplos acerca de las descripciones del lenguaje analógico. Estos son solamente una muestra, de las maniobras que recodifican y redefinen constantemente las acciones del cliente, posibilitando acercar la interacción terapéutica y cumplir los objetivos más certeramente.

El cuerpo del terapeuta, entonces, también puede constituirse en una herramienta de intervención. Si el lenguaje del cuerpo muestra en la familia un estilo relacional, el profesional podrá -de acuerdo a cómo se pauten las interacciones en el juego relacional de la terapia- no solo señalar mediante la palabra sino mediante sus propios gestos y actitudes corporales.

Caras de desconcierto, enojo, tristeza, inmensa alegría, etc., son elementos que acompañan al discurso pero que generan efectos en los pacientes. Muchos de estos efectos se traducen en preguntas que, a la vez se capitalizan en intervención, es decir, es la oportunidad de reforzar, redefinir, connotar positivamente, provocar etc.

El terapeuta también podrá acercarse con su cuerpo para introducir su mensaje, como también acercarse a ciertos miembros, rotando -de manera paulatina- entre los distintos integrantes del grupo. O sentarse al lado (en el mismo sillón) del paciente individual. Como instalarse en el medio de una pareja plausible de escalar simétricamente. O utilizar una dramatización de los que sucede, o caricaturizar utilizando la palabra y el cuerpo. En síntesis, el uso de su propio cuerpo es una herramienta más a su disposición en las estrategias terapéuticas.

Muy importante para evaluar el sistema terapéutico es la utilización del espacio por parte de los miembros de la familia y del terapeuta, en el curso de la terapia. Los movimientos que se realizan en la sesión no son nunca casuales y constituyen indicadores extremadamente válidos de secuencias interactivas. El movimiento, la acción, el juego, el enfrentamiento, son por lo tanto observados y solicitados por el terapeuta relacional según una estrategia destinada a recoger informaciones, a dramatizar y reestructurar relaciones inadecuadas, a activar canales de interacción nuevos o en todo caso inexpresados, que produzcan un efecto liberador sobre el paciente identificado y sobre los que interactúan con él. (Andolfi.1977).

El calcado del lenguaje analógico, cumple la misma finalidad que el lenguaje verbal. La correcta utilización de este último, depende del ejercicio de la retórica del terapeuta y de la habilidad para captar el uso y repetición del estilo conversacional de su paciente. En el lenguaje gestual, dependerá de su plasticidad y flexibilidad del manejo del cuerpo y el espacio en la interacción terapéutica. Como también, de la perspicacia para remedar movimientos sutiles sin caer en lo burdo, con el riesgo de crear en la sesión una atmósfera artificial.

Todas estas técnicas, que se aúnan en el *hablar el lenguaje del paciente*, hacen que las intervenciones y prescripciones de la psicoterapia se revistan de un mayor poder de efectividad en el objetivo del cambio. *Cuerpo, espacio, movimiento y palabra* en dicho contexto, si bien están pautados por la interacción con los consultantes, pueden ejercitarse. Esta formación tiene por finalidad, lograr que espontáneamente surjan acciones nuevas que posibiliten acrecentar el repertorio de intervenciones. De esta manera, se constriñe la interacción lo menos posible, cosa que sucede cuando el bagaje de herramientas del profesional es reducido.

Por lo tanto, desarrollar la técnica es el fruto de una aguda preparación, que supone el uso de instrumentos teatrales, psicodramáticos y corporales. Este entrenamiento tiene por la finalidad, no caer en impostaciones que hagan aparecer a la intervención ridícula, generando la reacción contraria a la que se espera. Con facilidad puede caerse en falsas posturas, llevando a que un terapeuta pueda aparecer grotesco frente a la falta de espontaneidad de sus movimientos, generando mayor resistencia, cuando lo que se busca es el efecto contrario.

Esta técnica posee la particularidad -al penetrar en el mundo del cliente- de sortear las resistencias, acelerando el proceso del trabajo terapéutico con miras a la solución del problema. En esta dirección, un terapeuta en formación adquirirá flexibilidad corporal, plasticidad y modulación en las expresiones, conformando del *calcado*, un acto espontáneo. O sea, habrá incorporado tal preparación, que en el ámbito de las sesiones surgirá naturalmente involucrarse en los tonos, gestos, actitudes, palabras, etc. del paciente.

Pero tampoco implica que el profesional todo el tiempo copie las acciones del consultante, sino que debe conocer claramente los momentos en los que puede desarrollarla.

Internarse en el universo semántico del paciente, sugiere *trabajar desde adentro* de su estructura conceptual, intentando modificar sus atribuciones de significado. Implica una forma de conocer dicho panorama de construcciones, en la tentativa de generar un cambio. Resultan entonces, una serie de interrogantes en función de las interacciones que se gestan en el espacio terapéutico, por ejemplo:

- ¿En una situación de crisis, cuándo un terapeuta debe contener con la palabra?.
- ¿Cuándo debe acercarse físicamente o mantener su posición?.
- ¿Cuándo debe abrazar al paciente o simplemente colocar su mano en el hombro?.
- ¿O tan sólo mirarlo en una situación angustiante de la sesión?.

- ¿Cuándo debe emitir una intervención de pie, en un *one up* corporal?.
- ¿O intervenir sentado por debajo de la altura del paciente?.
- ¿Cuándo el tono de voz debe disminuirlo, enfatizarlo, deprimirlo, enlentecerlo, etc.?.
- ¿Cuándo debe hablar en tono reflexivo, agresivo, enérgico, irónico, humorístico, etc.?.
- ¿Debe mirar al paciente o hablar al vacío, en qué momento?.
- ¿En qué oportunidad debe imprimir un tenor emocional a su discurso o debe ser frío y distante?.

Para el *terapeuta-actor*, en su formación, el vídeo es de una ayuda indispensable. Las imágenes de su actuación durante la sesión, lo llevan a corregir errores, perfeccionando intervenciones de manera tal, que se estimule la creatividad haciendo de esta táctica un acto espontáneo. Además, este adiestramiento implica que si el profesional aprende a hablar el lenguaje del paciente -por ende a entender cómo es su construcción de la realidad-, este ejercicio le posibilita adquirir una mayor flexibilidad en sus constructos personales, desplazando en lo posible, y con mayor facilidad, su punto de vista acerca de las cosas para entrar en la perspectiva del otro.

En síntesis, es necesario, para que esta estrategia surta los efectos deseados, desenvolverla con toda naturalidad y no como una maniobra artificial. Si bien tiene sus dificultades en el aprendizaje, su aplicación es de relativa facilidad si se ha entendido cuál es el sistema de creencias y sentidos con que el cliente construye su realidad. Esta estrategia, como otras, debe ser congruente con esa realidad.

El arte de hablar *su mismo idioma*, es una maniobra compleja, tal cual el modelo que la sistematiza: la *Brief Therapy* de Palo Alto. Un modelo que estimula el hemisferio derecho permanentemente, puesto que desafía al sentido común y a la lógica racional.

La práctica y la rectificación de los errores, son los que le posibilitan al terapeuta clínico adquirir no sólo plasticidad en su palabra sino en su propio cuerpo, adaptándose a diferentes situaciones y contextos. Así, le permitirán comprender con mayor rapidez, las diferentes realidades que a diario se construyen en el consultorio.

Su desarrollo cobra relevancia, además, pues se constituye en el primer abordaje tentativo, desde el acto inicial de conocimiento que implica la primera entrevista. Inevitablemente, nos abre el campo para introducir otras intervenciones, logrando en el joining, la comodidad y calidez en la conversación terapéutica. Esta apertura conlleva la disminución de las dificultades y resistencias hacia el cambio.

Este fenómeno es bastante frecuente: las personas que recurren a la ayuda de la psicoterapia, poseen toda la intención de cambiar pero en términos pragmáticos se oponen a tal modificación. No por casualidad, el problema que llevan a costas continúa sosteniéndose durante tanto tiempo, mediante intentos de solución fallidos que sólo hacen que el problema continúe reforzándose.

Una vez que se encuentra una forma de dar vuelta la resistencia al cambio, introduciéndonos en el sistema de creencias del consultante, comienzan a permutarse significados en forma sutil, modificando atribuciones semánticas por sobre las cosas. Es allí, que el peso de la reformulación, las técnicas paradójales, la fortaleza de la connotación positiva, entre otras, ejercen su influencia en el transcurso de las conversaciones.

La sugestionabilidad que se logra, aporta, por ejemplo, la efectividad de las prescripciones de comportamiento: *compórtate como si el caso fuese...*, con lo cual, la especificidad de los términos y su descripción, conjuntamente con la cadencia y la entonación, etc., estimulan a actuar la indicación sugerida.

Uno de los puntos que Erickson remarcaba en sus supervisiones, era establecer el contacto con el paciente *en su propio terreno*. Desarrollar la escucha y resistir a las interpretaciones (ya que éstas son categorías de descripción y atribuciones de sentido por parte del terapeuta), captando así, cuál es la idiosincrasia del paciente.

La gente no sabe escuchar, tiene la tendencia a oír lo que quiere oír, a pensar lo que quiere pensar, a comprender lo que quiere comprender. No lo que el paciente dice o escribe. Traducen los comportamientos del paciente dentro del marco de su propia experiencia y no es ésta la actitud que conviene tener en psicoterapia. Es necesario escuchar al paciente. (Z. Zeig.1985).

Pero resulta utópico -como hemos visto anteriormente- escuchar *en forma pura*, sin hacer inferencias o atribuciones de sentido. Es difícil describir un proceso sin categorizarlo, sin recurrir a las estructuras conceptuales, por lo menos aquellas que se inoculan en el conocimiento profesional. No obstante y sin llegar tan lejos, la posibilidad de *comprender* implica despojarse, aunque sea parcialmente, de nuestras propias construcciones para poder penetrar en el universo del otro.

Por lo tanto, hablar el lenguaje del consultante sugiere un doble juego en sentido recursivo y complementario: no solamente lleva a comprender las construcciones de realidad del paciente, sino también a desrigidizar los marcos semánticos de los terapeutas, con la finalidad de *escuchar* en el sentido profundo y abarcativo de la palabra.

BIBLIOGRAFIA

1. Bateson, Gregory. *"Mind and Nature. A Necessary Unity"*. E. P. Dutton, New York, 1979. Versión cast. *"Espíritu y naturaleza"*. Amorrortu, Bs. As., 1979.
2. Ceberio, Marcelo R., Watzlawick, Paul. *"La construcción del universo"*. Herder. Barcelona. 1998. (en prensa)
3. Foerster, Heinz, von. *"La construcción de la realidad"*. en Watzlawick, P. *"La realidad inventada"*. Gedisa. Barcelona. 1988.
4. Glasersfeld, Ernest, von. *"La construcción del conocimiento"*. en Schnitman, D. (comp.) *"Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad"*. Paidós. Bs. As. 1994.
5. Haley, Jay *"Uncommon Therapy : The psychiatric techniques of Milton Erickson, M D"*. Norton, Nueva York, 1973. Versión cast. *"Terapia no convencional : Las técnicas psiquiátricas de Milton Erickson"*. Amorrortu, Bs. As., 1980.
6. Haley, Jay. *"Problem-Solving Therapy. New Strategies for Effective Family Therapy"*. 1976. Versión cast. *"Terapia para resolver problemas"*. Amorrortu. Bs. As. 1980.
7. Keeney, Bradford. *"Improvisational Therapy. A practical guide for creative clinical strategies"*. Systemic Therapy Press, Minnesota, 1990. Versión cast. *"La improvisación en psicoterapia. Guía práctica para estrategias clínicas creativas"*, Paidós, Barcelona, 1992.
8. Nardone G., Watzlawick, P. *"L'arte del Cambiamento, manuale di terapia strategica. Ipnoterapie senza trance"*. Ponte alle Grazie, Firenze, 1990. Versión cast. *"El arte del cambio"*. Herder. Barcelona. 1992.
9. Rosen, Sidney. *"My voice will go with you. The teaching Tales of Milton H. Erickson"*. W. W. Norton & Co. New York-London. 1982. Versión cast. *"Mi voz irá contigo. Los cuentos didácticos de Milton H. Erickson"*. Paidós. Méjico. 1991.
10. Watzlawick, P., Beaving J., Jackson, D. *"Pragmatics of human communication"*. Norton, Nueva York, 1967. Versión cast. *"Teoría de la comunicación humana"*. Herder. Barcelona. 1981.

11. Watzlawick, Paul. *“Münchhausens Zopf oder Psychotherapie und Wirklichkeit”*. Verlag Hans Huber, Berna, 1988. Versión cast. *“La coleta del barón de Munchhausen”*. Herder. Barcelona.1992.
12. Watzlawick, Paul. *“El lenguaje del cambio”*. Herder. Barcelona.
13. Wittgenstein, Ludwig. *“Über Gewissheit”*. Basil Blackwel. Oxford. 1969. Versión Cast. *“Sobre la certeza”*. Gedisa. Barcelona. 1988.
14. Zeig, Jeffrey *“Ericksonian psychotherapy”*. Brunnel-Mazel. New York. 1985.