

LA DISOCIACIÓN Y LA HIPNOSIS CLÍNICA:

La disociación en las técnicas de hipnosis clínica:

Comprender el fenómeno de la disociación resulta imprescindible para entender la particularidad de la hipnosis clínica. La construcción de la disociación constituye, en clínica, la fase más delicada y también la más heurística del protocolo mediante hipnosis.

La disociación consiste en la separación introducida por el terapeuta de la experiencia del sujeto, entre la parte consciente de su personalidad (consciencia vigilia racional, analítica) y la otra parte inconsciente (emocional, instintiva, no demasiado analítica) propicia la aparición de reacciones calificadas por el término de hipnóticas.

A partir de este punto de la sesión, el terapeuta va a "automatizar", a través de los términos clínicos que utilice, ciertas partes del organismo del paciente. Según las creencias y el nivel cultural del paciente, el terapeuta puede emplear directamente la palabra "inconsciente", o emplear metáforas como: "una parte de usted mismo", "su no consciente", etc.

El inconsciente está considerado aquí como un proceso psíquico en el que las funciones mnésicas, la lógica, las conclusiones y las tomas de posición evolucionan paralelamente, y de una forma autónoma, como contrapartida a los procesos de nuestra consciencia inmediata. El inconsciente no es muy lógico y coherente, en la medida que nuestra parte emocional resulta poco analítica y racional, permitiendo de esta forma procesos adaptativos imposibles desde la postura lógica (racional consciente). Pero sobre todo, el inconsciente es un proceso en interacción con otros procesos y otros contextos.

Por hipnosis se entiende también la experiencia subjetiva de uno mismo en este estado mental de focalización. Esta experiencia subjetiva va a depender del momento del ciclo vital del cliente o paciente, de la historia única de sus aprendizajes, y de otra serie de variables personales (por ejemplo, el nivel de cansancio) y contextuales (por ejemplo, las personas muestran más sugestionabilidad cuando consideran que están en una situación de peligro para su integridad física).

Desde el punto de vista de la experiencia subjetiva del sujeto, cabe decir que toda hipnosis es auto-hipnosis, como bien manifestó Milton Erickson. Se entiende por auto-hipnosis la capacidad para, siguiendo las propias inducciones, lograr voluntariamente alcanzar un determinado nivel de focalización con objeto de estructurar variables comportamentales o respuestas fisiológicas. Puede considerarse por tanto, que toda aplicación de la hipnosis por el terapeuta, no deja de ser sino una autohipnosis voluntariamente aceptada (Sanders, 1991).

En efecto, es el propio sujeto el que siguiendo las instrucciones y las pautas marcadas por el terapeuta quien produce por sí mismo las reacciones que experimenta. Como comentan Orne y McConKey (1981) el uso de la hipnosis clínica generalmente establece el protocolo para el uso de la autohipnosis.

Según hemos visto, las personas responden a la hipnosis clínica de diferentes formas. Algunas describen su experiencia como un estado alterado de la consciencia. Otras describen la hipnosis clínica como un estado normal de atención focalizada, en el que se sienten muy en calma y relajados. (T.X. Barber 1999). Mediante la evidencia empírica de diversos estudios con grupos amplios de población, se puede hablar de tres patrones típicos de respuesta que se dan entre las personas que puntúan muy alto en los tests de susceptibilidad hipnótica y que por tanto, se constituyen como pacientes especialmente indicados para el tratamiento bajo hipnosis clínica (aunque es necesario indicar que en principio toda persona es susceptible de ser tratada mediante hipnosis):

- 1) Las personas con tendencia a la fantasía y a la imaginación, (consecuente visualizan con mucha facilidad).
- 2) Los sujetos con tendencia a la disociación, (ya que el proceso disociativo de la hipnosis les resulta sencillo y familiar).
- 3) Los sujetos con una actitud positiva ante el tratamiento con hipnosis, (dado que la activación del rapport colabora con el terapeuta).

La capacidad que tiene un paciente para reaccionar a las sugerencias en hipnosis clínica puede verse inhibida por miedos e inquietudes que surgen de conceptos erróneos bastante comunes. Al contrario de algunas descripciones sobre la hipnosis en libros no clínicos, películas o en televisión, las personas que entran en hipnosis clínica no pierden el control sobre su comportamiento.

Estas personas permanecen conscientes de quienes son, y recuerdan normalmente lo que ha sucedido durante la sesión de hipnosis clínica, salvo que se les sugiera específicamente amnesia, como máximo pueden mostrar una ligera confusión espacio-temporal propia de los elementos inherentes a la introducción del estado de hipnosis (procesos de relajación sistemática).

La hipnosis facilita la estructuración de la sugestión clínica, pero no fuerza a las personas a tener estas reacciones (Kirsch, 1994). Desde el punto de vista del procesamiento de la información y de las emociones: La hipnosis clínica puede considerarse como un estado transitorio de inhibición de la consciencia vigilia, inducido externa o internamente, en el cual el proceso de la información, tanto de los estímulos que se generen del exterior, como de los generados por el propio paciente (psico-ímagenes, pensamientos, respuestas emocionales y sensaciones), tienen una gran capacidad de condicionamiento sobre el resultado del proceso de dicha información. Esto es, sobre el aprendizaje, desde un amplio sentido del término (emocional, cognitivo y comportamental). Ello se debe a la introducción de técnicas clínicas de tipo cognitivo, conductual, motivacional o de refuerzo, y en otras ocasiones aversivo.

Aunque con importantes variables, diversos autores han teorizado sobre la hipnosis, dado que es una palabra que evoca muchas asociaciones y ha captado la atención de bastantes pensadores e investigadores creativos del campo de la psicología (S. Freud, W. Wundt, W. James, I. P. Pavlov, Clark Hull, J. Wolpe, H. Eysenck, M. Orne, A. Ellis, entre otros). A pesar de que no exista una teoría predominante sobre la hipnosis clínica en aquel

momento, la manera de conceptualizar la hipnosis tiene profundas implicaciones en sus aplicaciones potenciales (Yapko, 1995).

Las viejas definiciones de la hipnosis:

Presentamos aquí una relación de algunas definiciones sobre el concepto de la hipnosis clínica, basada en una clasificación desarrollada por J. Zeig en 1988, que aunque ya se encuentran obsoletas se pueden identificar claramente los diferentes puntos de vista del momento:

- 1) P. Janet (y E. Hilgard más tarde) pensó que durante la hipnosis había una disociación de las funciones psíquicas (lo que resultó rigurosamente cierto). Esto significaba el fraccionamiento de aspectos de la conciencia, con una de las fracciones aparentemente dominantes en cualquier momento, pero con otros aspectos capaces de influir en la conducta al mismo tiempo, o de reemplazar el aspecto dominante (lo que parcialmente es cierto). Según la teoría de neo-disociación (Hilgard, 1986), cada persona posee un determinado número de sistemas cognitivos secuenciados jerárquicamente los cuales son alterados por la hipnosis. Esta teoría es congruente con la consideración de la hipnosis como un estado de conciencia alterado, separado y distinto del vigílico, aunque la jerarquización de los elementos cognitivos no consiguió prosperar demasiado.
- 2) Theodore Sarbin en 1950 fue el primero en rechazar la idea de un “estado alterado de conciencia” y concibió la hipnosis como una forma de comportamiento psicológico y social. Más específicamente en términos de “role taking”. Vale la pena hacer constar que Sarbin usa este término en vez de “role playing”. Interpretar un “role” sugiere una simulación, adoptar un “role” no. Las personas adoptan muchos roles en su vida, como estudiante, terapeuta, esposo, padre o amigo, y la comprensión de estos comportamientos como roles sociales no implica la idea de que estén fingiendo. Sobre todo, Sarbin empleaba la teoría del “role” para señalar el carácter automático de algunas respuestas a la hipnosis clínica. Opinaba que el “role-taking” era organísmico ya que implica a todo el organismo, no solamente los sistemas voluntarios de respuesta. Por otra parte, Sarbin hacía hincapié, a diferencia de autores anteriores, en las diferencias individuales de las respuestas a las sugerencias hipnóticas. Posteriormente Sarbin y Coe (1972) llegan a la conclusión de que la persona desempeña el papel de cómo se supone que es y actúa en consecuencia, y del aspecto que tiene el sujeto hipnotizado, y cumple las sugerencias del hipnoterapeuta a este respecto. Nunca pudieron demostrar su postulado y su teoría no prosperó. Hoy se sabe que era absolutamente incorrecta.
- 3) T.X. Barber en 1969 dirigió una serie de estudios e investigaciones extensas con el fin de examinar un gran número de variables que pudieran afectar el comportamiento y la experiencia hipnótica. Como resultado de esta investigación concluyó que los parámetros comportamentales de la hipnosis (variables dependientes) estaban funcionalmente relacionados con ocho variables antecedentes: las actitudes, expectativas y creencias, las palabras y el tono de las sugerencias, la motivación, la definición de la situación como “hipnosis”, las sugerencias de relajación, la forma de enunciar las preguntas que condicionan las respuestas, y el comportamiento adoptado por el experimentador. Barber llegó a

elaborar una definición de la hipnosis clínica bastante coherente y acertada muy parecida a la actualmente aceptada.

- 4) Spanos en 1986 desde una perspectiva socio-cognitiva enfatizó la importancia de las sugerencias dirigidas a una meta, especialmente como medio de generar la experiencia de involuntariedad que es central en la capacidad de respuesta a la hipnosis clínica. La respuesta hipnótica sería así una representación de un "role" estratégico puesto en marcha para convencerse a sí mismo, y a los demás, de que uno está experimentando el estado sugerido por la situación. La hipnosis clínica está definida muchas veces por el contexto social en el que se produce y a través de la manera en que los participantes consideran las respuestas hipnóticas etiquetándolas como tal (Spanos, 1991).
- 5) Weitzenhoffer primero consideró la hipnosis clínica como un estado de sugestionabilidad reforzada, pero más tarde la consideró como una forma de influencia interpersonal mediante las sugerencias. Se trata del enfoque autoritario que tienen los clínicos con una orientación más tradicional, y que consideran la conducta del paciente pasiva y permisiva. Como resulta obvio, esta teoría estaba completamente equivocada.
- 6) Gill y Brenman describieron la hipnosis clínica en términos psicoanalíticos como "regresionismo" al servicio del ego (de donde posteriormente se derivó la hipnosis regresiva que tanto perjuicio causó a los pacientes al fomentar la fabulación llevada al ámbito emocional, que produjo y sigue produciendo no pocos trastornos disociativos y de personalidad múltiple). Freud, aunque no fue muy importante en la historia de la hipnosis clínica (más bien es el responsable de su pérdida de influencia en favor del psicoanálisis durante la primera mitad del siglo XX), inicialmente tenía gran interés en ella, y concluyó, una vez se desvió de las teorías de Charcot, que representa la relación dependiente, de una relación erotizada entre el hipnoterapeuta y el paciente. Estas teorías de tipo libidinal Freudianas están hoy completamente obsoletas y superadas. Sin embargo, el daño Freudiano a la hipnosis clínica ya estaba hecho. Incluso hoy, las reminiscencias Freudianas siguen existiendo en forma de hipnosis regresiva, aunque con criterios aún más disparatados de lo que Freud podía llegar a imaginar. Otros autores hablan de un incremento de la transferencia hacia el hipnoterapeuta como figura de autoridad casi arquetípica (por ejemplo, parental) (Fromm, 1992, Nash, 1987). Hoy se entiende esta transferencia como elemento colateral del rapport y resulta claramente demostrado que no es superior ni inferior a la obtenida por otros procedimientos de intervención psicoterapéuticos diferentes de la hipnosis clínica.
- 7) Edmonston en 1981 a 1991 evaluó la hipnosis como relajación (basado en la teoría Pavloviana del sueño, como una inhibición cortical parcial). La relajación se consideraba como la fuente de la que derivaban todos los fenómenos como la regresión y la disociación. Resulta una obviedad lo equivocado de estas teorías. Aunque esto se une históricamente a varias teorías filosóficas sobre cómo la "conversión" que se emplea en actividades religiosas fervientes, tal como es el caso de los psiquiatras W. Sargant o Brian Weiss.
- 8) Spiegel y Spiegel en 1987 opinaron que la hipnosis clínica era una capacidad biológica distinta. La fuerte relación entre la mente y el cuerpo. Les parecía

evidente en las interacciones hipnóticas. Estos autores describían la calidad de la interrelación entre los dos hemisferios cerebrales como la base de la sensibilidad hipnótica, haciendo hincapié en varios de los componentes de la hipnosis clínica como la disociación (entendiéndola como una compartimentación de los componentes de la experiencia), la absorción (que describían como un estrechamiento en la focalización de la atención, a expensas de la atención periférica) y la sugestionabilidad. La inexactitud de estas teorías resulta casi irritante en la actualidad por la confusión que pueden generar.

- 9) Milton Erickson mantuvo que la hipnosis era un estado alterado de funcionamiento, dirigido internamente, y que La hipnosis era resultado de una interacción, de una relación de mutua interdependencia, y en ella cada uno sigue la iniciativa del otro y al mismo tiempo, paradójicamente, toma la iniciativa (Erickson y Rossi, 1979). Hoy sabemos que en absoluto es así.
- 10) Varios seguidores de Erickson han propuesto que la hipnosis está mejor definida subjetivamente y fenomenológicamente como un proceso entre individuos, y una estrategia de comunicación para la realización de metas terapéuticas, con o sin el recurso del trance, lo que resulta más o menos lo mismo que no decir nada, aunque lo que sí es evidente es que las técnicas psicoterapéuticas empleadas en hipnosis, no son exactamente estrategias de comunicación. Por otra parte, viene a poner en evidencia lo obsoleta que ha quedado ya la hipnosis Ericksoniana. Otra posición muy socorrida en su tiempo era la que postulaba la propiedad condicionadora de las palabras. Se entendían las palabras como estímulos condicionados que representaban experiencias internas, de forma que una persona usaba su propia experiencia individual para dar significado a una palabra. De ahí nació la famosa definición de scripts o guiones, que gozaron de gran popularidad en la década de los 70, especialmente en Estados Unidos. Este absurdo concepto no tardó mucho en volatizarse por lo insostenible del mismo clínicamente hablando, aunque propició el comienzo de grandes negocios de “venta de scripts” tanto para terapeutas como para pacientes, en cintas de cassette. Algunos llegaron incluso a considerar también los gestos como estímulos condicionados que surgen a partir de experiencias repetidas de aprender lo que significan. Así, el significado está en la persona, no en las palabras. Este postulado no era menos absurdo que el anterior y una pésima interpretación de los procesos de aprendizaje. Esta posición nos recuerda a Pavlov quien llegó a considerar que las palabras constituían un reflejo condicionado que permitía provocar el “sueño hipnótico”, lo que posteriormente se definió como “llave” y que en la actualidad solo es aceptado como reflejo condicionado dirigido a disminuir los procesos de introducción al estado de hipnosis. La enorme contribución de Pavlov en los procesos del condicionamiento que le valió el premio Nobel, hace que corramos un tupido velo sobre estos pequeños deslices que tuvo en el proceso.
- 11) Debemos reservar también por lo menos una categoría para los numerosos modelos esotéricos, no científicos, o modelos arcaicos de la hipnosis, que la ven, en general, como una condición de un sutil o inobservable fluido corporal, un fenómeno del campo electromagnético (tal cual la veía Mesmer en su magnetismo animal), o el resultado de influencias de lo sobrenatural, o contacto con reinos alternados de la existencia (en un sentido no metafórico), sino como herramientas para revivir experiencias en el claustro materno (es decir, el saco amniótico) o lo

que es peor, supuestas vidas anteriores... etc, etc. Estas definiciones y modelos son habitualmente propios de personas poco ilustradas o místicas sin valor científico o clínico alguno, que no merecen más comentario.

Una de las últimas definiciones en hipnosis: La hipnosis es una técnica que nos permite acceder al inconsciente. Mediante esta técnica “engañamos” al consciente del paciente, haciéndole creer que este se dispone a dormir. De esta manera se inhibe el consciente y se desinhibe el inconsciente. Una vez conseguido esto, trabajamos y operamos con el inconsciente, con el fin de aliviar, curar o acelerar la curación de síntomas, trastornos o enfermedades tanto psíquicas como físicas, respetando siempre el código moral del paciente. Por lo tanto la hipnosis es un estado natural provocado de una manera artificial. La hipnosis es una ciencia que debe utilizarse siempre con fines terapéuticos.

La Hipnosis Clínica busca la curación del paciente, y lo hace ahí donde puede ser más rápida, efectiva y permanente; es decir, trabajando directamente en la parte inconsciente del paciente, con el fin de aliviar, curar o acelerar la curación de síntomas, trastornos o enfermedades tanto psíquicas como físicas. La hipnosis, sería pues la llave para acceder al inconsciente de la mente del ser humano.

HPsis 2010