

HIPNOTERAPIA

UN LIBRO EXPLORATORIO DE CASOS (1979)

Milton H. Erickson, D. M. y Ernest L. Rossi Ph. D.

PROLOGO

“Hablale a la pared para que la puerta pueda oír” DICHO SUFI

Todos los que conocen a Milton Erickson saben que él raramente hace algo sin un propósito. En efecto, su estar dirigido a un fin puede ser la característica más importante de su vida y de su trabajo.

¿Por qué es, entonces, que antes de escribir “Realidades Hipnóticas” con Ernest Rossi (Irvington, 1976) él ha evitado presentar su trabajo en forma de libro? ¿Por qué eligió a Ernest Rossi como coautor de ese libro y del presente libro? Y, finalmente, yo no puedo ayudar sino preguntarme, “¿Por qué me pidió que escriba este prólogo?”

Después de todo, Erickson ha publicado casi 150 artículos en un período de 50 años, pero sólo dos libros y relativamente menores: “Distorsión del tiempo en hipnosis”, escrito en 1954 con L. S. Cooper, y “Las aplicaciones prácticas de la hipnosis médica y odontológica”, en 1961, con S. Hershman, MD y I.I. Sector, DDS. Es fácil de comprender que al llegar a los 70 años, él bien pudo estar impaciente de dejar un legado, un resumen definitivo, una última oportunidad para los otros de comprenderlo realmente y quizás emularlo.

Rossi como coautor es una excelente elección. Es un clínico experimentado que se ha formado con varios gigantes de la psiquiatría. Franz Alenxander, entre otros. Es un analista de formación jungueana. Es un autor prolífico y ha dedicado la mayor parte de su tiempo, en los últimos 6 años, a la observación esmerada, grabación y discusión del trabajo de Erickson.

Nuevamente, ¿”Por qué yo?”. Yo también tengo una formación psicoanalítica, pero con un grupo diferente -el Instituto Americano de Psicoanálisis (Karen Horney)-. Yo he sido practicante de psiquiatría durante casi 30 años. Durante casi 15 años además he trabajado bastante con pacientes discapacitados. He estado 35 años dentro de la hipnosis, desde que escuché por primera vez hablar de Milton Erickson, que entonces estaba viviendo en Eloise, Michigan.

Ambos, Rossi y yo, tenemos amplios, pero diferentes fundamentos clínicos y teóricos. Ninguno de los dos ha trabajado primariamente con “hipnosis”. Por consiguiente, ninguno de nosotros tiene intereses creados en promover teorías hipnóticas

propias. Nosotros nos dedicamos genuinamente a presentar las teorías y las ideas de Erickson, no sólo a los practicantes de hipnosis, sino también a la comunidad de psicoterapeutas y psicoanalistas que tienen cierta familiaridad con la hipnosis. Con este fin, Rossi asume la postura de un estudiante bastante ingenuo que actúa en nombre del resto de nosotros.

Margaret Mead, que además se cuenta como una de sus estudiantes, escribe sobre “la originalidad de Milton Erickson” en la edición de la Revista Americana de Hipnosis Clínica, dedicada a él en su cumpleaños número 75 (Mead, M. “La originalidad de Milton Erickson”, AJCH, Vol.20, N°1, Julio de 1977, páf.4-5). Ella comenta que se ha interesado siempre en su originalidad, desde que lo encontró por primera vez en el verano de 1940, desarrollando esta idea con la afirmación de que, “Puede decirse con seguridad que Milton Erickson nunca resolvió un problema con un procedimiento viejo si él puede pensar en uno nuevo y, normalmente, puede”. Ella siente, sin embargo, que su “insaciable, ardiente originalidad era una barrera para la transmisión de buena parte de lo que él sabía” y que “Los estudiantes más inquietos quedarían aturcidos con la extraordinaria e inesperada calidad de cada una de las distintas demostraciones, perdidos en tratar de imitar la intrincada, idiosincrática respuesta y los principios subyacentes que él estaba iluminando. En “Realidades hipnóticas” y en este libro, Ernest Rossi da largos pasos hacia la dilucidación de estos principios subyacentes. Hace esto de una manera muy estricta, organizándolos y extrayéndolos del material de los casos de Erickson. Aún más, si bien de una manera amable, él lo anima a Erickson a detallarle algunos de estos principios.

Los estudiantes que estudien este volumen cuidadosamente, como yo lo hice, encontrarán que los autores han hecho la mejor tarea que se conozca hasta la fecha en lo que se refiere a la clarificación de las ideas de Erickson sobre la naturaleza de la hipnosis y de la terapia hipnótica, sobre las técnicas de inducción hipnótica, sobre las maneras de inducir el cambio terapéutico, y de verificar este cambio. Entretanto, han relevado una gran cantidad de provechosos datos acerca de la filosofía de la vida y de la terapia de Erickson. Muchos terapeutas, psicoanalistas y no psicoanalistas, encontrarán las aproximaciones de Erickson compatibles con las suyas propias y bastante alejadas de sus preconceptos acerca de la “hipnosis”. Como los autores puntualizan, “La hipnosis no cambia a la persona ni le hace alterar su pasada vida de experiencia. Ella sirve para permitirle aprender más acerca de sí misma y a expresarse más adecuadamente... El trance terapéutico ayuda a la gente a esquivar sus propias limitaciones aprendidas de manera tal de

que pueda explorar y utilizar más plenamente sus potenciales.”

Aquellos que lean el generoso ofrecimiento de Erickson de fascinantes historias de casos, y después intenten emularlo, indudablemente se van a encontrar con que los resultados que logran no son todos comparables con los que logra él. En esta situación, ellos pueden darse por vencidos, diciendo que la técnica de Erickson es únicamente para él. Ellos pueden notar que Erickson tiene varios handicaps que siempre lo han puesto aparte de los otros, y que, ciertamente pueden permitirle tener una manera de ver y de responder que es única. Él nació con una visión de colores deficiente, sordera de matices tonales, dislexia, y carencia del sentido del ritmo. Él sufrió dos serios ataques de poliomielitis; él se vio obligado a usar una silla de ruedas muchos años a raíz de los efectos del daño neurológico complementado con artritis y miocitosis. Algunos no estarán contentos con la racionalización que dice que Erickson es un genio terapéutico o un genio inimitable. Y se van a encontrar con que, con la ayuda de gente que le clarifica y facilita su comprensión, como Ernest Rossi, hay mucho de su forma de trabajar que puede aprenderse, pensarse y ser utilizada por otros.

Erickson mismo avisa, en “Realidades Hipnóticas” (pág. 258) “Al trabajar en un problema dificultoso, usted trata de hacer un diseño interesante de cómo manejarlo. De esta forma, usted tiene una respuesta al problema dificultoso. Se interesa en el diseño y no se fija en el trabajo más pesado”. Al enfrentarse con el dificultoso problema de analizar y enseñar las técnicas de Erickson, los diseños de Rossi pueden ser lo más útil. Que cada lector opte por aceptar la sugestión de Rossi de que practique los ejercicios recomendados en este libro, es un asunto individual; dentro de mi experiencia, ha sido valioso practicar algunos de ellos. En efecto, aplicando deliberada y planificadamente algunas de las técnicas de Erickson, como están subrayadas por Rossi, yo me encontré con que he sido capaz de ayudar a los pacientes a experimentar estados de trance más profundos y a estar más abiertos al cambio, como una aparente consecuencia de esto. Me han sido particularmente útiles el establecer un doble vínculo terapéutico, dar sugestiones posthipnóticas indirectas, hacer preguntas para facilitar la capacidad de respuesta terapéutica, y establecer sugestiones compuestas. El repetido énfasis que ponen Erickson y Rossi sobre lo que llaman la “técnica de utilización” ciertamente está justificado. En este libro ellos dan muchos, vívidos y útiles ejemplos de “aceptar y utilizar la conducta manifiesta del paciente, utilizar las realidades internas del paciente, utilizar las resistencias del paciente, y utilizar los afectos y síntomas negativos del paciente”. El uso creativo que hace Erickson de los chistes, juegos de palabras, metáforas y

símbolos han sido analizados por otros, especialmente Haley, Bandler y Grinder, pero los ejemplos y la discusión que se dan en este libro agrega mucho para nuestra comprensión.

A veces, Erickson va a trabajar con un paciente en un trance ligero, a lo que él llama “trance cotidiano común”, o directamente en ningún trance. Él no se limita a la terapia de corto plazo. Esto está ejemplificado en un trabajo con su paciente, durante 9 meses, con Pietro, el flautista del labio hinchado, descrito en uno de los dramáticos casos delineados en este libro. No obstante, su pericia en el trabajo con pacientes en los trances más profundos, frecuentemente con amnesia para el trabajo terapéutico, siempre ha interesado a los observadores.

La cuestión de inducir o no trances más profundos, y a dar direcciones o sugerencias indirectamente antes que en forma directa, lleva a resultados clínicos más profundos o duraderos, es investigable. Ciertamente mi experiencia me indica que si uno no cree en los trances más profundos, o no les da valor, ni se esfuerza por llegar a ellos, frecuentemente uno no es la persona más adecuada para verlos. Mi experiencia me indica además, que el logro de los trances más profundos, que incluyen frecuentemente fenómenos tales como la disociación, distorsión del tiempo, amnesia y regresión respecto de la edad, lleva a cambios más rápidos y aparentemente más profundos en los síntomas y actitudes de los pacientes.

Erickson enfatiza el valor de ayudar a los pacientes a trabajar al modo de los que él llamaría el “inconsciente”. Él le adjudica bastante valor a la sabiduría del inconsciente. En efecto, frecuentemente, él llega al extremo de evitar que el trabajo terapéutico sea examinado y potencialmente destruido por la mente consciente del paciente. Los métodos según los cuales él hace esto son delineados más explícitamente en este libro que en los otros escritos de que se dispone hasta la fecha.

Es verdad que él tiende a no distinguir entre la inducción de trance o las técnicas hipnóticas y las técnicas o maniobras terapéuticas. Él siente que es una pérdida de tiempo para el terapeuta usar frases repetitivas, insignificantes en la inducción del trance, cuando este tiempo puede ser empleado útilmente introduciendo sugerencias terapéuticas o preparando al paciente para el cambio. Como Rossi lo ha puntualizado, ambas, la terapia y la inducción a trance, implican, en las etapas más tempranas, una “depotenciación de los aparatos mentales normales y limitados del paciente”. Erickson nunca se contenta simplemente con inducir un trance, sino que le interesa siempre asumir algún rol terapéutico.

Él puntualiza la efectividad limitada de la sugestión directa, aunque, por cierto, se da cuenta que las técnicas hipnóticas que usan la sugestión directa frecuentemente aumentan la efectividad de aproximaciones de la modificación de la conducta tales como la desensibilización y la reeducación cognitiva. El advierte que “la sugestión directa... no evoca la reasociación y la reorganización de ideas, comprensiones y recuerdos, tan esencial para una curación real... los resultados efectivos en la psicoterapia hipnótica... derivan sólo de las actividades del paciente. El terapeuta meramente estimula al paciente a la actividad, frecuentemente sin saber cuál puede ser esa actividad. Y después él guía al paciente y ejercita el juicio clínico para determinar la cantidad de trabajo que debe darse para lograr los resultados deseados” (Erickson 1948). De este comentario, y de la lectura de los casos, ofrecidos en este volumen y en otras publicaciones, se manifiesta que Erickson solicita y evoca un “acuerdo doctrinal” mucho menor que el de la mayoría de los terapeutas.

Es obvio que el “juicio clínico” se da solamente como el resultado de muchos años de intenso estudio de la dinámica, patología y salud, y del trabajo real con los pacientes.

El juicio del terapeuta además estará influenciado por su propia filosofía y fines de su vida. La propia filosofía de Erickson se manifiesta por su énfasis en conceptos de “crecimiento, deleite y gozo”. A esto, él agrega, “la vida no es algo sobre lo que usted pueda dar una respuesta hasta hoy. Usted podría disfrutar del proceso de esperar, el proceso de esperar, el proceso de devenir lo que usted es. No hay nada más delicioso que plantar semillas de flores y no saber qué clase de flores están por brotar”.

Mi propia experiencia a este respecto, está graficada por la visita que le hice en 1970, cuando después de consumir 4 horas de sesión con él, me quedé con la sensación de haber consumido este tiempo, en su mayor parte, en escuchar historias acerca de su familia y de sus pacientes. No lo vi de nuevo hasta el verano de 1977. Entonces, a las 5 AM en el hotel Phoenix, mientras volvía a ver unos tapes de Erickson trabajando, algunas intuiciones psicológicas (insight) muy importantes se me hicieron nítidamente evidentes. Obviamente, ellas se relacionaban con el trabajo que comenzó durante nuestra sesión de 1970 y con el autoanálisis que yo había hecho durante esos 7 años. Más tarde, esa mañana, cuando yo le mencioné excitado estas intuiciones a Erickson, como es típico en él, simplemente se sonrió y no intentó elaborarlas de ninguna manera.

Cuando nosotros leemos algunos escritos basados en otras formas de terapia, como la terapia familiar o la terapia de Gestalt, nos impresionamos de cómo han sido muchas de ellas influenciadas por Erickson. Esto no es accidental en la medida que muchos de los primeros terapeutas de estas escuelas empezaron trabajando con la hipnosis o incluso con Erickson.

Yo espero que Rossi trace algunas de estas influencias en sus futuros escritos. He aludido a algunas de ellas en mi artículo. “Experiencias recientes con el encuentro de la Gestalt y las técnicas hipnóticas” (Rosen, S. Am. J. Psychoanalysis, Vol 32 N° 1, pp.90-105).

Junto con el primer volumen de Erickson y Rossi, “Realidades Hipnóticas”, “Hipnoterapia: un libro exploratorio de casos” debiera servir como una base firme para los cursos de terapia ericksoniana. Estos cursos pueden ser complementados con otros libros, que incluyen aquellos escritos de J. Haley y de Bandler y Grinder. En síntesis, nosotros tenemos ahora la fortuna de tener, a nuestra disposición, una bibliografía de los 147 artículos escritos por Erickson mismo (ver Gravitz, MA, RF, “Bibliografía completa 1929-1977, Revista Americana de Hipnosis Clínica, 1977,20,84-94).

Rossi me ha contado que al trabajar con Erickson siempre se ha impresionado del hecho de que Erickson parece ser un ateuico. Él ha notado que esto se adecua a Erickson en cuanto es una persona abierta; pero, por cierto, no se adecua al énfasis que pone sobre el crecimiento o a sus puntos de vista humanísticos o de orientación social. Rossi y otros están redescubriendo constantemente el hecho de que Erickson siempre trabaja hacia fines, los de sus pacientes, no los propios. Esto puede no parecer hoy una idea tan revolucionaria cuando es la reconocida intención de casi todos los terapeutas; pero quizás, muchos de nosotros estamos limitados en nuestra capacidad de realizar este intento. Es significativo que ambos, el intento y la práctica, se coordinan y realizan más exitosamente con el trabajo de este hombre que es probablemente el maestro mundial de hipnosis clínica; sin embargo, la hipnosis es asociada por casi todos con la manipulación y la sugestión, una típica paradoja ericksoniana.

¡El maestro manipulador permite y estimula la mayor libertad!

SIDNEY ROSEN, MD.
New York

PREFACIO

El presente trabajo es el segundo de una serie de volúmenes, escritos por los autores, que comenzaron con la publicación de “Realidades Hipnóticas” (Irvington, 1976). Como ese primer volumen, el presente trabajo es esencialmente la grabación de los esfuerzos del mayor de los autores en formar al más joven de los autores en el campo de la hipnoterapia clínica. Como tal, el presente trabajo no tiene una naturaleza académica o escolar, sino que más bien se trata de un estudio práctico de algunas de las actitudes, orientaciones, y habilidades que requiere la hipnoterapia moderna.

En el primer capítulo delineamos la técnica de la utilización para la hipnoterapia, como la orientación básica de nuestro trabajo.

En el segundo capítulo ensayamos una presentación más sistemática de las formas indirectas de sugestión, que se seleccionan originalmente de las presentaciones de los casos de nuestro primer volumen. Nosotros creemos ahora en la “técnica de la utilización” y las “formas indirectas de sugestión” como la esencia de las innovaciones terapéuticas del mayor de los autores de los últimos cincuenta años y dan cuenta de muchas de sus habilidades hipnoterapéuticas únicas.

En el capítulo tres ejemplificamos cómo la técnica de la utilización y las formas indirectas de sugestión pueden integrarse para facilitar la inducción del trance terapéutico de una manera que simultáneamente orienta al paciente hacia el cambio terapéutico.

En nuestro cuarto capítulo ilustramos las técnicas de la sugestión posthipnótica que el mayor de los autores ha encontrado como las más eficaces en su práctica clínica de todos los días.

En estos primeros cuatro capítulos delinean algunos de los principios básicos de las técnicas del mayor de los autores.

Esperamos que esta presentación provea a los otros clínicos de una perspectiva amplia y práctica del mayor de los autores y sirva como una fuente de hipótesis acerca de la naturaleza del trance terapéutico que puedan ser confirmadas con más estudios experimentales controlados, por parte de los investigadores.

Al final de cada uno de estos primeros cuatro capítulos hemos sugerido un cierto número de ejercicios para facilitar el aprendizaje de la orientación, actitudes, y habilidades necesarias para todos aquellos que quieran incluir algo de este material en su práctica real.

La simple lectura y comprensión del material no es suficiente. Se requiere un gran esfuerzo para adquirir nuevos hábitos de observación e interacción interpersonal. Todos los ejercicios sugeridos han sido puestos en práctica cuando procuramos afilar nuestras propias habilidades y aprender otras.

Cada uno de los restantes seis capítulos presentan el estudio de casos que ilustran y exploran con más amplitud el trabajo clínico del mayor de los autores con pacientes. Seis de estos casos (los casos 1, 5, 8, 10, 11, 12) son estudios mayores como los que hay en nuestro primer volumen. “Realidades Hipnóticas”, donde transcribimos grabaciones de tapes de las palabras reales del mayor de los autores y sus modelos de interacción con los pacientes.

El equipo de grabación con el que hemos contado para estos estudios fue aportado por una beca de investigación de la Sociedad Americana de Hipnosis Clínica - Fundación para la Educación e Investigación-.

En nuestros comentarios de estas sesiones hemos presentado nuestra comprensión corriente de la dinámica de los procesos hipnoterapéuticos y hemos discutido un buen número de cuestiones tales como la facilitación del proceso creativo y las funciones de los hemisferios izquierdo y derecho.

La mayor parte de los restantes casos, más cortos, fueron extraídos del archivo de apuntes no publicados de su trabajo en la práctica privada, algunos de ellos de carpetas que no se habían abierto desde hacía mucho tiempo y que tenían páginas amarillentas de más de un cuarto de siglo de antigüedad. Estos casos fueron revividos y reeditados con comentarios frescos, que proveen una perspectiva apropiada de la creatividad espontánea y del atrevimiento que se le requiere al hipnoterapeuta en la práctica clínica.

En suma, hemos examinado a grandes rasgos muchos tapes y grabaciones de las lecturas y los workshops del mayor de los autores en las reuniones de la Sociedad Americana de Hipnosis Clínica. Algunos de ellos ya fueron tipeados y editados parcialmente por Florence Sharp, Ph. D, y otros miembros de la Sociedad. La

mayor parte de ellos aparece bajo el encabezamiento de “Casos cortos seleccionados: ejercicios para análisis.” Algunos de ellos repetidos y publicados con tanta frecuencia (Haley, 1973) que parecen anécdotas, parte del folklore de la hipnosis en los últimos 50 años. Pueden servir como maravillosos ejercicios para el análisis sin embargo. Al final de cada uno de estos casos hemos puesto en letras *itálicas* algunos de los principios que sentimos que estaban implicados. El lector puede divertirse buscando otros.

Tenemos la impresión de que la práctica clínica de la hipnoterapia normalmente emerge desde un período de relativa quietud hacia un momento excitante de nuevos descubrimientos y fascinantes posibilidades. Aquellos que conocen la historia de la hipnosis ya están familiarizados con este modelo cíclico de excitación y quietud que es bastante característico en este campo. Algunos historiadores de la ciencia creen actualmente que este modelo cíclico es característico de todas las ramas de la ciencia y del arte: la excitación viene con períodos de nuevos descubrimientos, la quietud viene cuando estos últimos son asimilados.

Como el más joven de los autores ha compuesto este volumen gradualmente, tuvo con frecuencia la sensación subjetiva del descubrimiento nuevo. Pero ¿era nuevo sólo para él o sería nuevo también para los otros? Tenemos que confiar en usted, nuestro lector, para tener una valoración independiente de la cuestión y, quizás, llevar al trabajo un paso más allá.

Milton H. Erickson, M. D.
Ernest L. Rossi Ph. D.

RECONOCIMIENTOS

Este trabajo puede reconocerse verdaderamente como el esfuerzo de una comunidad, en el que los individuos que contribuyeron a él son muchos más de los que podemos reconocer por nombrarlos. Los primeros entre éstos son nuestros pacientes, quienes frecuentemente reconocieron la naturaleza exploratoria de nuestro trabajo con ellos y cooperaron con el mismo. Su creatividad espontánea es verdaderamente la base de todo trabajo terapéutico innovador: nosotros simplemente damos a conocer lo que ellos aprenden a hacer, con la esperanza de que el éxito de ellos pueda ser una guía útil para los otros.

Muchos de los profesores y participantes en los seminarios y workshops de la Sociedad Americana de Hipnosis Clínica han provisto una serie continua de intuiciones psicológicas (insight), ilustraciones, y comentarios que cada uno descubrió a su modo en este trabajo. Los principales entre éstos son:

Leo Alexander, Ester Barlett, Franz Baumann, Neil D. Capua, David Cheek, Sheldon Cohen, Jerry Day, T.E. Von Dedenroth, Roxane y Christie Erickson, Fredericka Freytag, Melvin Gravitz, Frederick Hanley, H. Clagett Harding, Maurice Mc Dowell, Susan Mirow, Marion Moore, Robert Pearson, Bertha Rodger, Florence Sharp, Kay Thompson, Paul Van Dyke, M. Erik Wright.

Para Robert Pearson nuestro especial reconocimiento por haber sido el primero en sugerir el formato básico de este trabajo, por su continuo animarnos durante su gestación, y por su lectura crítica de nuestro último borrador. Ruth Ingham y Margaret Ryan han contribuido significativamente con sus conocimientos del arte de editar que finalmente posibilitaron que nuestro trabajo alcance la prensa.

Finalmente, deseamos reconocer a los siguientes editores que generosamente han permitido la reproducción de cinco de los artículos que contiene este volumen: La Sociedad Americana de Hipnosis Clínica, Journal Press, W. E. Saunders Company, y Springer Verlag.

CAPITULO 1

LA APROXIMACION PARA LA UTILIZACION DE LA HIPNOTERAPIA

Vemos la hipnoterapia como un proceso por el cual ayudamos a la gente a utilizar sus propias asociaciones mentales, recuerdos, y potenciales de vida para lograr sus propios fines terapéuticos. La sugestión hipnótica puede facilitar la utilización de las habilidades y potenciales que ya existen en una persona pero que no se usan o quedan subdesarrollados por falta de entrenamiento o de comprensión. El hipnoterapeuta explora cuidadosamente la individualidad del paciente para determinar cuáles son los aprendizajes de vida, experiencias, y habilidades mentales que están disponibles para enfrentarse con el problema. El terapeuta entonces facilita una aproximación a la experiencia del trance en la cual el paciente puede utilizar estas respuestas internas, personales únicas, para lograr fines terapéuticos.

Nuestra aproximación puede verse como un proceso en tres estadios: (1) un “período de preparación” durante el cual el terapeuta explora el repertorio con el que cuentan los pacientes, de experiencias de vida, y facilitan modelos constructivos de referencia para orientar al paciente hacia el cambio terapéutico; (2) una activación y utilización de las habilidades mentales propias del paciente durante un período de “trance terapéutico”; (3) un cuidadoso “reconocimiento, evaluación, ratificación del cambio terapéutico” que tiene lugar.

En este primer capítulo vamos a introducir algunos de los factores que contribuyen a la experiencia exitosa de cada uno de estos tres estadios. En los capítulos que siguen vamos a ejemplificarlos y a discutirlos con gran detalle.

1- PREPARACION

La fase inicial del trabajo hipnoterapéutico consiste en un cauteloso período de observación y preparación. En un principio, el factor más importante de toda entrevista terapéutica es el de establecer un firme rapport - eso es, un sentimiento positivo de comprensión y respeto mutuo entre el terapeuta y el paciente. A través de este rapport el terapeuta y el paciente, juntos, crean un nuevo modelo terapéutico de referencia que va a servir como medio crecimiento en el que se van a desarrollar las respuestas terapéuticas del paciente. El rapport es el medio por el

que el terapeuta y el paciente se aseguran cada uno la atención del otro. Ambos desarrollan una “serie sí” o aceptación del otro. El terapeuta, presumiblemente, tiene una bien desarrollada habilidad de observar y relacionar; el paciente está aprendiendo a observar y a alcanzar un estado de estar atento a la respuesta, ese estado de extrema atención de responder a los matices de la comunicación presentada por el terapeuta.

En la entrevista inicial el terapeuta recoge los hechos relevantes respecto de los problemas del paciente y del “repertorio de experiencias de vida y aprendizajes que van a ser utilizados con propósitos terapéuticos”. Los pacientes tienen problemas a causa de limitaciones aprendidas. Ellos están atrapados en aparatos mentales, modelos de referencia, y sistemas de creencias que no les permiten explorar y utilizar sus propias habilidades, para obtener más ventajas de ellas. Los seres humanos están en un proceso de aprender a usar sus potenciales. La transacción terapéutica crea idealmente un nuevo mundo fenoménico en el que los pacientes pueden explorar sus potenciales, liberados hasta cierto punto de sus limitaciones aprendidas. Como lo veremos más tarde, el trance terapéutico es un período durante el cual los pacientes son capaces de destruir sus marcos limitados y sistemas de creencias de manera tal que pueden experimentar otros modelos de funcionamiento consigo mismos. Estos otros modelos son normalmente potenciales de respuestas que han sido aprendidos a partir de una experiencia de vida previa lo que, por una u otra razón, no quedaron a disposición del paciente. El terapeuta puede explorar las historias personales de los pacientes, el carácter, y la dinámica emocional, su área de trabajo, intereses, hobbies, etc. para evaluar la gama de experiencias de vida y habilidades de respuesta de las que puede disponer para alcanzar los fines terapéuticos. La mayoría de los casos de este libro va a ejemplificar este proceso.

Cuando el terapeuta explora el mundo del paciente y facilita el rapport es casi inevitable que se “creen nuevos modelos de referencia y nuevos sistemas de creencias. Esto normalmente ocurre cada vez que la gente se reúne e interactúa íntimamente. En la hipnoterapia este abrirse espontáneo y cambiar de marcos mentales y sistemas de creencias es estudiado cuidadosamente, facilitado, y utilizado. El terapeuta está en un constante proceso de evaluación de qué limitaciones hay en la fuente del problema de los pacientes y qué nuevos horizontes pueden abrirse para ayudar al paciente a crecer más allá de esas limitaciones. En la fase preparatoria del trabajo hipnótico, los marcos mentales son facilitados de una manera que posibilite que el paciente responda a las sugerencias que van a ser recibidas más tarde,

durante el trance. Las sugerencias hechas durante el trance funcionan frecuentemente como llaves que giran los seguros de los procesos asociativos de un paciente que están dentro de la cerradura de ciertos marcos mentales que ya han sido establecidos. Un cierto número de profesionales (Weitzenhoffer, 1957; Schneck, 1970,1975) han descrito cómo lo que se dice antes de que el trance sea formalmente inducido puede intensificar la sugestión hipnótica. Nosotros estamos de acuerdo y enfatizamos que el trabajo de trance eficaz normalmente es precedido por una fase preparatoria durante la cual nosotros ayudamos a los pacientes a crear una actitud positiva óptima y un sistema de creencias para dar respuestas terapéuticas.

Un aspecto especialmente importante de esa actitud óptima es la “expectativa”. Las expectativas de los pacientes respecto del cambio terapéutico les permiten suspender las limitaciones aprendidas y las experiencias de vida negativas, que están en la fuente de sus problemas. Una suspensión de la falta de creencia y una expectativa extraordinariamente alta de curación han sido usadas para dar cuenta de la “milagrosa” curación lograda a veces dentro de un sistema de creencias religioso. Como se verá en nuestro análisis global de la dinámica del cambio terapéutico en la siguiente sección, tales aparentemente milagrosas curaciones pueden comprenderse como una manifestación especial del proceso más general que utilizamos para facilitar las respuestas terapéuticas en la hipnoterapia.

2. EL TRANCE TERAPEUTICO

El trance terapéutico es un período durante el cual las limitaciones de los modelos de referencia comunes y de las creencias de uno se alteran temporariamente de manera tal que uno puede ser receptivo a otros modelos de asociación y modos de funcionamiento mental que son conducentes para la resolución de problemas. Nosotros consideramos la dinámica de la inducción del trance y la utilización como experiencia muy personal en donde el terapeuta ayuda a los pacientes a encontrar sus propios caminos individuales. La inducción a trance no es un proceso estandarizado que pueda aplicarse de la misma forma a todas las personas. No hay un método o una técnica que siempre funcione con todos o incluso con la misma persona en diferentes ocasiones. Por esto nosotros hablamos de “aproximaciones” a la experiencia de trance. De esta forma ponemos el énfasis en que tenemos muchos medios de facilitar, guiar o enseñar cómo uno puede ser llevado a experimentar el estado de receptividad que llamamos trance terapéutico. Sin embargo,

no tenemos un método universal para efectuar el mismo estado de trance uniformemente en cada persona. La mayoría de la gente que tiene problemas puede ser guiada a experimentar su propia y única variedad de trance terapéutico, cuando ellos comprenden que ésta puede ser útil. El arte del hipnoterapeuta está en ayudar a los pacientes a lograr una comprensión que los ayuden a dejar algunas de las limitaciones de su visión del mundo común de todos los días de manera tal que ellos puedan alcanzar un estado de receptividad a una visión nueva y creativa dentro de sí mismos.

Con propósitos didácticos, hemos conceptualizado la dinámica de la inducción del trance y de la sugestión como un proceso de cinco estadios, delineados en la figura 1.

1. FIJACION DE LA ATENCION	VIA Utilizar las creencias y la conducta del paciente para enfocar la atención sobre realidades internas.
2. DEPOTENCIACION DE LOS MARCOS HABITUALES Y DE LOS SISTEMAS DE CREENCIA.	VIA Distracción, shock, sorpresa, duda, confusión, disociación o cualquier otro proceso que interrumpa los marcos habituales del paciente.
3. BUSQUEDA INCONSCIENTE	VIA Implicaciones, preguntas, juegos de palabras, y otras formas indirectas de sugestión hipnótica.
4. PROCESO INCONSCIENTE	VIA Activación de las asociaciones personales y mecanismos mentales por medio de todo lo que se acaba de decir arriba.
5. RESPUESTA HIPNOTICA	VIA Una expresión de potenciales de conducta que son experimentados como teniendo lugar autónomamente.

Figura 1: Un paradigma de 5 estadios de la dinámica de la inducción a trance y de la sugestión (de Erickson)

Mientras que nosotros podemos usar este paradigma como un marco conveniente para analizar muchas de las aproximaciones hipnoterapéuticas que vamos a ejemplificar en este volumen, es comprensible que las manifestaciones individuales del proceso será justamente, tan únicas y variadas como lo son las naturalezas de la gente que lo experimentan. Ahora vamos a delinear nuestra comprensión de estos cinco estadios.

1. FIJACION DE LA ATENCION

La fijación de la atención ha sido la técnica clásica para iniciar el trance terapéutico, o hipnosis. El terapeuta le pediría al paciente mirar fijamente un punto o la llama de una vela, una luz muy brillante, un espejo giratorio, los ojos del terapeuta, sus gestos, o cualquier cosa. Con la experiencia que se ha acumulado, se hizo evidente que el punto de fijación podría ser cualquier cosa que capture la atención del paciente. Además, el punto de fijación no debe ser necesariamente externo; es todavía más eficaz enfocar la atención sobre el propio cuerpo del paciente y sobre su experiencia interna. De este modo se desarrollan aproximaciones tales como la levitación de la mano y la relajación del cuerpo. Animar al paciente a hacer foco sobre las sensaciones o imágenes internas lleva la atención hacia adentro de una manera aún más eficaz. Muchas aproximaciones han llegado a standarizarse y están bien descritas con referencias a trabajos sobre hipnosis (Weitzenhoffer, 1957; Hartland, 1966; Haley, 1967).

El principiante de hipnoterapia puede estudiar bien estas técnicas standarizadas y seguir fielmente alguna de ellas para iniciar el trance formalmente. Ellas son con frecuencia altamente impresionantes para el paciente y muy eficaces en la inducción del trance. Los terapeutas estudiantes estarán en un error sin embargo, si intentan solamente utilizar una técnica como el método universal y se enneguecen con éste a las motivaciones y a las manifestaciones únicas del desarrollo del trance en cada persona. El terapeuta que estudie cuidadosamente el proceso de atención tanto en la vida cotidiana como en el consultorio, pronto llegará a reconocer que una historia interesante o un hecho fascinante o una fantasía pueden fijar la atención tan eficazmente como una inducción formal. Cualquier cosa que fascine y atrape o absorba la atención de una persona, podría describirse como algo hipnótico. Nosotros tenemos el concepto del trance cotidiano común para esos períodos de la vida cotidiana en que estamos tan absortos o preocupados por uno u otro asunto que momentáneamente, le perdemos la pista a nuestra circunstancia exte-

rior.

El medio más eficaz de enfocar y fijar la atención, en la práctica clínica es el de reconocer y admitir la experiencia corriente del paciente. Cuando el terapeuta califica correctamente la experiencia continua del aquí y ahora del paciente, éste normalmente se muestra inmediatamente agradecido y abierto a cualquier otra cosa que el terapeuta tenga que decir. Admitir la realidad corriente del paciente abre entonces una serie **sí** para cualquiera de las sugerencias que el terapeuta pueda desear introducir. Esta es la base de la técnica de la utilización para la inducción del trance, en donde los terapeutas ganan la atención de los pacientes enfocándola sobre su conducta y sus experiencias corrientes (Erickson, 1958, 1959). Se presentarán ejemplos de esta aproximación de la utilización para la inducción del trance en nuestro tercer capítulo.

2. DEPOTENCIACION DE LOS MARCOS Y SISTEMAS DE CREENCIAS HABITUALES

Según nuestro punto de vista, uno de los efectos psicológicos más útiles de fijar la atención es que esto tiende a depotenciar los aparatos mentales habituales del paciente y los modelos de referencia habituales comunes. Los sistemas de creencias de ellos quedan más o menos interrumpidos y suspendidos por un momento. La conciencia ha sido “distráida”. Durante esa momentánea suspensión, los modelos latentes de asociación y de experiencia sensorio perceptual tienen una oportunidad para afirmarse de una manera que puede iniciar el estado alterado de conciencia que se ha descrito como trance o hipnosis.

Hay muchos medios de depotenciar los modelos de referencia habituales. Cualquier experiencia de shock o sorpresa fija momentáneamente la atención e interrumpe el modelo previo de asociación. Cualquier experiencia de lo irreal, lo inusual, o lo fantástico le da una oportunidad a los modos alterados de aprehensión. Los autores han descrito cómo la confusión, la duda, la disociación, y el desequilibrio son todos medios de depotenciar las limitaciones aprendidas de los pacientes de manera tal que puedan llegar a estar abiertos y a ser capaces de utilizar nuevos medios de experimentar y de aprender, que son la esencia del trance terapéutico (Erickson, Rossi, y Rossi, 1976).

La interrupción y la suspensión de nuestro sistema de creencias cotidiano co-

mún ha sido descrita por el más joven de los autores como un “momento creativo” (Rossi, 1972 a):

¿Pero qué es un momento creativo? Tales momentos han sido celebrados como el “presentimiento” excitante por profesionales científicos e “inspiración” por la gente del arte (Barron, 1969). “Un momento creativo ocurre cuando se interrumpe un modelo habitual de asociación”; puede haber un lapso “espontáneo” o relajación del proceso asociativo habitual de uno; puede haber un “shock psíquico”, un arrollar sensorial o una experiencia emocional; una droga psicodélica, una condición tóxica o una privación sensorial pueden servir como catalisis; yoga, Zen, y los ejercicios espirituales y de meditación pueden, de la misma manera, interrumpir las asociaciones habituales e introducir un vacío momentáneo en nuestra conciencia. En esa fracción de segundo en que los contenidos habituales de percepción quedan noqueados hay una posibilidad para la conciencia pura, “la pura luz del vacío” (Evans- Wentz, 1960) se irradia. Esta fracción de segundo puede ser experimentada como un “estado místico”, satori, una experiencia pico o un estado alterado de conciencia (Tart, 1969). Puede experimentarse como un momento de “fascinación” o “enamorarse” cuando el vacío en la conciencia de uno se llena por lo “nuevo” que repentinamente se introduce. “El momento creativo es de este modo un vacío en el modelo habitual de conciencia (percatamiento) de uno”. Bartlett (1958) ha descrito cómo la génesis del pensamiento original puede ser comprendida como el sentimiento de un vacío mental. “Lo nuevo que aparece en los momentos creativos es así la unidad básica tanto del pensamiento y de la intuición psicológica (insight) original como del cambio de la personalidad”. Experimentar un momento creativo puede ser el correlato fenomenológico de un cambio crítico en la estructura molecular de proteínas dentro del cerebro, asociado con el aprendizaje (Gaito, 1972; Rossi, 1973b), o la creación de nuevas reuniones de células y secuencias de fases (Hebb, 1963).

La relación entre el shock psicológico y los momentos creativos es evidente: un “shock psíquico” interrumpe las asociaciones habituales de una persona de una manera tal que puede aparecer algo nuevo. Idealmente, el shock psicológico establece las condiciones para un momento creativo cuando un insight nuevo, una actitud o un cambio de conducta pueden tener lugar en el sujeto. Erickson (1948) ha descrito también el trance hipnótico como un estado psicológico especial que efectúa un quiebre similar en la conciencia y en las asociaciones habituales del paciente de una manera tal que puede tener lugar el aprendizaje creativo.

En la vida cotidiana uno continuamente se enfrenta con situaciones dificultosas y problemáticas que shockean suavemente e interrumpen el modo habitual de pensar. Idealmente estas situaciones problemáticas iniciarán un momento creativo o una reflexión que pueden brindar una oportunidad para que emerja algo nuevo.

Los problemas se desarrollan cuando la gente no permite que el cambiar natural de las circunstancias de vida interrumpen sus viejos y no demasiado útiles modelos de asociación y de experiencia de tal manera que puedan emerger nuevas soluciones y actitudes.

3. BUSQUEDA INCONSCIENTE Y PROCESO INCONSCIENTE

En la vida cotidiana hay muchas aproximaciones para fijar la atención, depotenciar las asociaciones habituales y, de esta forma, iniciar una “búsqueda inconsciente”, una experiencia o una nueva solución del problema. En una situación dificultosa, por ejemplo, uno puede hacer un chiste o usar un juego de palabras para interrumpir y reorganizar la situación desde un punto de vista diferente. Uno puede usar alusiones o implicaciones para introducir otra forma de comprender la misma situación. Como la metáfora y los recursos análogos (Jayens, 1976) son medios de detener momentáneamente la atención y requerir una búsqueda - esencialmente búsqueda en un nivel inconsciente - para surgir con una asociación o un modelo de referencia nuevo. Estas son todas oportunidades para los momentos creativos en la vida cotidiana, en donde tiene lugar una necesaria organización de la experiencia de uno.

En el trance terapéutico utilizamos medios similares de iniciar una búsqueda en un nivel inconsciente. Estos son los que el mayor de los autores ha descripto como “formas indirectas de sugestión” (Erickson y Rossi, 1976; Erickson, Rossi, y Rossi, 1976). En esencia, una sugestión indirecta inicia una búsqueda inconsciente y facilita procesos inconscientes dentro de los pacientes de modo tal que ellos normalmente se sorprenden de sus propias respuestas. Las formas indirectas de sugestión ayudan a los pacientes a evitar sus limitaciones aprendidas de tal manera de ser capaces de realizar mucho más de lo que normalmente son capaces. “Las formas indirectas de sugestión son facilitadores de asociaciones mentales y procesos inconscientes”. En el próximo capítulo vamos a delinear nuestra comprensión común de varias de estas formas indirectas de sugestión.

LA RESPUESTA HIPNOTICA

La respuesta hipnótica es el resultado natural de la búsqueda inconsciente y de los procesos iniciados por el terapeuta. Puesto que es mediada, en primera instancia, por procesos inconscientes que se dan dentro del paciente, la respuesta hipnótica parece ocurrir automáticamente o autónomamente; ella parece tener lugar totalmente por sí misma de una manera que puede ser extraña o disociada del modo de responder normal de la persona en un nivel voluntario. La mayoría de los pacientes, típicamente, experimentan una suave sensación de placentera sorpresa cuando se encuentran a sí mismos respondiendo de esta manera automática e involuntaria. Esa sensación de sorpresa, en efecto, generalmente puede tomarse como un indicio de la naturaleza genuinamente autónoma de sus respuestas.

Sin embargo, no es necesario que las respuestas hipnóticas sean iniciadas por el terapeuta.

La mayoría de los fenómenos hipnóticos clásicos fueron descubiertos en forma completamente accidental, como manifestaciones naturales de la conducta humana que ocurría espontáneamente en el trance sin sugestión alguna. Los fenómenos hipnóticos clásicos tales como: la catalepsia, la anestesia, la amnesia, alucinaciones, regresión de la edad y distorsión del tiempo son todos fenómenos de trance espontáneos que fueron una fuente de asombro y perplejidad para los primeros investigadores. Fue cuando ellos, más tarde, intentaron inducir el trance y estudiar los fenómenos del trance sistemáticamente, que estos investigadores descubrieron que ellos podían “sugerir” los distintos fenómenos hipnóticos. Una vez que ellos descubrieron que es posible hacer esto, comenzaron a usar la misma sugestibilidad como criterio de la validez y la profundidad de la experiencia de trance.

Cuando se ha dado el siguiente paso de utilizar la experiencia de trance como una forma de terapia, la sugestibilidad hipnótica se enfatizó aún más como el factor esencial de un trabajo exitoso. Un efecto secundario desafortunado de este énfasis puesto sobre la sugestibilidad fue el del pretendido poder del hipnotista para controlar la conducta con la sugestión. Por cierto que en la actualidad nuestra concepción de los fenómenos hipnóticos ha cambiado mucho respecto del descubrimiento original de ellos, de los fenómenos hipnóticos como manifestaciones naturales y espontáneas de la mente. La hipnosis adquirió las connotaciones de manipulación y de control. La explotación de los fenómenos de trance, que ocurrían naturalmente, como una demostración de poder, de prestigio, influencia y control

(como se los usó en esta etapa de la hipnosis) fue el giro más desafortunado que se dio en la historia de la hipnosis.

En un esfuerzo para corregir tales falsas concepciones, el mayor de los autores (Erickson, 1948) describió los méritos de la sugestión directa e indirecta de la hipnoterapia como sigue:

“La siguiente consideración tiene que ver con el rol general de la sugestión de la hipnosis. Con mucha frecuencia, se hace la suposición injustificada, falsa, de que, desde que un estado de trance es inducido y mantenido por medio de una sugestión, y desde que las manifestaciones hipnóticas pueden obtenerse por sugestión, todo lo que se desarrolla a partir de la hipnosis debe ser necesaria y completamente un resultado y una expresión primaria de la sugestión.

En contra de tales concepciones falsas, la persona hipnotizada continúa siendo la misma persona. Sólo su conducta se ve alterada por el estado de trance, y aún así esa conducta alterada deriva de la experiencia de vida del paciente y no del terapeuta. Al menos, el terapeuta sólo puede influir la manera de autoexpresarse. La inducción y el mantenimiento de un trance sirven para proveer un estado psicológico especial que el paciente puede reasociar y reorganizar su complejidad psicológica interna y utilizar sus propias capacidades de una manera acorde con su propia experiencia de vida. La hipnosis no cambia a la persona, ni altera su vida de experiencia pasada. La hipnosis sirve para permitirle aprender algo más acerca de sí misma y para permitirle expresarse adecuadamente.”

La sugestión directa se basa primariamente, y se da inconscientemente, en la suposición de que lo que se desarrolla en la hipnosis deriva de las sugerencias dadas. Esto implica que el terapeuta tiene el milagroso poder de efectuar cambios terapéuticos en el paciente, y de ser diferente del hecho de que la terapia resulta de una resíntesis interna de la conducta del paciente lograda por el paciente mismo. Es cierto que la sugestión directa puede efectuar una alteración en la conducta del paciente y resultar en una curación sintomática, al menos temporariamente. Sin embargo, una “curación” tal es simplemente una respuesta a la sugestión y no impone esa reasociación de ideas, comprensiones y recuerdos tan esencial para una curación real. Es esa experiencia de reasociar y reorganizar su propia vida de experiencia la que concluye en una curación; no la manifestación de la conducta de respuesta que puede, en el mejor de los casos, satisfacer solamente al observador.

Por ejemplo, la anestesia de la mano puede sugerirse directamente y puede obtenerse una respuesta aparentemente adecuada. Sin embargo, si el paciente no ha interpretado espontáneamente la orden como para incluir en ella la comprensión de la necesidad de la reorganización interna, esa anestesia fallará ante los tests clínicos y será una pseudoanestesia.

Una anestesia eficaz se induce mejor, por ej., iniciando una sucesión de actividad mental dentro del paciente mismo, sugiriéndole que recuerde la sensación de insensibilidad experimentada después de la aplicación de una anestesia local, o cuando se le durmió una pierna o un brazo, y sugiriéndole después que él puede experimentar ahora una sensación similar en su mano. Por medio de una sugestión indirecta como ésta el paciente es capaz de pasar por aquellos procesos internos y dificultosos de desorganización, reorganización, reasociación y proyección de la experiencia real interna para enfrentarse con los requerimientos de la sugestión. De este modo la anestesia inducida se vuelve una parte de su vida de experiencia, en lugar de ser una respuesta simple y superficial.

Los mismos principios se sostienen con verdad en la psicoterapia. El alcohólico crónico puede ser inducido por sugestión directa a corregir sus hábitos temporariamente, pero no van a ocurrir resultados eficaces hasta que él no pase por el proceso interno de reasociación y de reorganización de su vida de experiencia.

En otras palabras, la psicoterapia hipnótica es un proceso de aprendizaje para el paciente, un procedimiento de reeducación. Los resultados eficaces en la psicoterapia hipnótica, o hipnoterapia, derivan solamente de las actividades del paciente. El terapeuta meramente estimula al paciente hacia la actividad, frecuentemente sin saber cuál puede ser esa actividad, y luego guía al paciente y pone en ejercicio su juicio clínico para determinar la cantidad de trabajo que se debe hacer para lograr los resultados deseados. Cómo guiar y juzgar constituyen el problema del terapeuta mientras que la tarea del paciente es la de aprender, a través de sus propios esfuerzos, a comprender su vida de experiencia de un modo nuevo. Tal reeducación se da, por supuesto, necesariamente en los términos de las experiencias de vida del paciente, sus comprensiones, recuerdos, actitudes e ideas, y no puede darse en términos de las ideas y de las opiniones del terapeuta.

En nuestro trabajo, por consiguiente, preferimos enfatizar cómo el trance terapéutico ayuda a la gente a evitar sus propias limitaciones aprendidas de manera tal

que ellos puedan explorar y utilizar con mayor plenitud sus potenciales. El hipnoterapeuta hace muchas aproximaciones técnicas a los estados alterados del funcionamiento disponible del paciente. La mayor parte de los pacientes realmente no pueden dirigirse a sí mismos conscientemente en la experiencia del trance porque tal dirección sólo puede provenir de sus hábitos de funcionamiento aprendidos con anterioridad que son los que están inhibiendo la plena utilización de sus potenciales. Los pacientes deben consiguientemente aprender a permitir que sus propios potenciales de respuesta conscientes lleguen a manifestarse durante el trance. El terapeuta, por su parte, debe depender del inconsciente del paciente como una fuente de creatividad para la resolución del problema. El terapeuta ayuda al paciente a encontrar un acceso a esta creatividad vía ese estado alterado que llamamos trance terapéutico. El trance terapéutico puede, entonces, comprenderse como un período libre, de exploración psicológica, en el cual el terapeuta y el paciente cooperan en la búsqueda de esas respuestas hipnóticas que llevarán al cambio terapéutico.

Dirigiremos ahora nuestra atención a la evaluación y facilitación de ese cambio.

3. RATIFICACION DEL CAMBIO TERAPEUTICO

El reconocimiento y la evaluación de los modelos alterados de funcionamiento facilitados por el trance terapéutico es una de las más sutiles e importantes tareas del terapeuta. Muchos pacientes reconocen y admiten muy pronto los cambios que han experimentado. Otros, con menos habilidad introspectiva, necesitan la ayuda del terapeuta para evaluar los cambios que han tenido lugar. Un reconocimiento y apreciación del trabajo de trance son necesarios para que las actitudes negativas antiguas del paciente no interrumpan y destruyan las nuevas respuestas terapéuticas que están en un estado frágil de su desarrollo.

EL RECONOCIMIENTO Y LA RECTIFICACION DEL TRANCE

Diferentes individuos experimentan el trance de diferentes formas. La tarea del terapeuta es reconocer estos modelos individuales y cuando es necesario, puntualizárselos a los pacientes para ayudar a verificar y ratificar el estado alterado de trance en ellos. La conciencia no siempre reconoce sus propios estados alterados.

¿Cuántas veces nosotros no reconocemos que en realidad estamos soñando? Normalmente sólo después del hecho de reconocer que estábamos en un estado de ensueño o de soñar despiertos. El usuario inexperto del alcohol y de la droga psicodélica también debe aprender a reconocer y después “ir con” el estado alterado para aumentar y experimentar plenamente sus efectos. Desde el momento que el trance terapéutico, es en realidad sólo una variación del trance cotidiano común o ensueño con el que todos estamos familiarizados, pero no necesariamente reconocemos como un estado alterado, algunos pacientes no creerán que ellos han sido afectados de alguna manera. Para estos pacientes en particular, es importante ratificar el trance en tanto que estado alterado. Sin esta prueba, las actitudes y creencias negativas del paciente pueden deshacer el valor de la sugestión hipnótica y abortar el proceso terapéutico que se ha iniciado.

Por esa razón nosotros incluimos en una lista, en la Tabla 1 algunos de los indicadores comunes de la experiencia de trance, que ya hemos discutido y ejemplificado con cierto detalle (Erickson, Rossi, y Rossi, 1976). Puesto que la experiencia del trance está altamente individualizada, los pacientes manifestarán estos indicadores en combinaciones diferentes y en grados diversos.

La mayor parte de estos indicadores se van a ejemplificar en la medida que aparezcan en los casos de este libro.

Vemos el desarrollo espontáneo de fenómenos hipnóticos tales como la regresión respecto de la edad, la anestesia, la catalepsia, etc. como indicadores del trance más genuinos en comparación con la situación en que estos mismos fenómenos son “sugeridos”. Cuando ellos son sugeridos directamente, caemos en las dificultades impuestas por las actitudes conscientes y el sistema de creencias del paciente. Cuando llegan casi espontáneamente, son el resultado natural de la disociación o de la reorganización de los modelos de referencia normales y de las orientación general respecto de la realidad del paciente, algo que es característico del trance.

Ciertos investigadores han seleccionado alguno de estos fenómenos espontáneos como características definitorias de la naturaleza fundamental del trance. Meares (1957) y Shor (1959), por ejemplo, han tomado la regresión como un aspecto fundamental del trance. Desde nuestro punto de vista, sin embargo, la regresión per se no es una característica fundamental del trance. Está presente con frecuencia, como un epifenómeno del estado temprano del desarrollo del trance,

cuando los pacientes están aprendiendo a vencer sus modelos de referencia y sus modos de funcionamientos normales. En esta primera etapa de aprendizaje de la

TABLA 1

ALGUNOS INDICADORES COMUNES DE LA EXPERIENCIA DE TRANCE

Idea autónoma y experiencia interna	Respiración. Tragar saliva Reflejo de sobrecogimiento
Tonicidad balanceada (Catalepsia)	
Inmovilidad del cuerpo	Ideación objetiva e impersonal
Reorientación del cuerpo después del trance	Respuestas psicósomáticas
Cambio en la calidad de la voz	Cambios pupilares
Comodidad, relajación	Estar atento a una respuesta
Economía de movimiento	Cambios sensoriales, musculares y del cuerpo (Parestesias)
Expectativa	El pulso se lentifica
Cambios y cierre de los ojos	
Rasgos faciales relajados y suavizados	Fenómenos hipnóticos espontáneos. Amnesia. Anestesia.
Sentirse distanciado o disociado	Ilusiones del cuerpo. Catalepsia
Sentirse bien después del trance	Regresión. Distorsión del tiempo
Literalismo	etc.
Pérdida o retardo de reflejos de parpadear	Retraso temporal en la conducta motora y conceptual

experiencia de un estado alterado, suceden muchas cosas no controladas, que incluyen la regresión respecto de la edad espontánea, parestesias, anestias, ilusiones de distorsión corporal, respuestas psicósomáticas, distorsión del tiempo, etc. Una vez que los pacientes aprenden a estabilizar estas reacciones secundarias superficiales ellos pueden entonces permitir que sus mentes inconscientes funcionen libremente en la interacción con las sugerencias del terapeuta sin algunas de las limitaciones de sus modelos de referencia normales.

SEÑALAR IDEOMOTOR E IDEOSENSORIAL

Desde el momento en que buena parte del trabajo hipnoterapéutico no requiere una experiencia dramática de los fenómenos hipnóticos clásicos, es todavía más importante que el terapeuta aprenda a reconocer las mínimas manifestaciones del trance como alteraciones del funcionamiento “sensorio-perceptual, emocional” y “cognitivo” del paciente. Un medio estimable de evaluar estos cambios consiste en el uso del señalar ideomotor e ideosensorial (Erickson, 1961; Cheek y Le Cron, 1968). Puede ratificarse una experiencia de trance, en tanto que estado alterado inquiriendo algunas de las siguientes respuestas ideomotoras:

Si usted ha experimentado algunos momentos de trance en nuestro trabajo de hoy, su mano derecha (o uno de sus dedos) puede elevarse por sí misma.

Si usted hoy ha estado en trance aunque sin darse cuenta, su cabeza se moverá como diciendo “sí” (o sus ojos se cerrarán) por sí misma.

La existencia de un cambio terapéutico puede señalarse de una manera similar.

Si su inconsciente ya no necesita que usted tenga que experimentar (cualquier síntoma), asentirá con su cabeza.

Su inconsciente puede revisar las razones de ese problema, y cuando le haya dado a su mente consciente su fuente de una manera que sea cómoda para usted discutir, su dedo índice derecho puede levantarse por sí mismo.

Algunos sujetos experimentan respuestas ideosensoriales con más facili-

dad que otros. De este modo ellos pueden experimentar un sentimiento de ligereza, pesadez, frescura, o la sensación de un pinchazo en la parte del cuerpo que se designe.

Al requerir tales respuestas, presumiblemente nosotros estamos permitiendo que el inconsciente del paciente responda de una manera que es experimentada como involuntaria por el paciente. Este aspecto involuntario o autónomo del movimiento o de la sensación es una indicación que proviene de un sistema de respuesta que está en cierto modo disociado del modelo habitual del paciente de respuesta voluntaria o intencional. El paciente y el terapeuta por consiguiente tienen la indicación de que ha sucedido algo independientemente de la voluntad consciente del paciente. Ese “algo” puede ser el trance o cualquier respuesta terapéutica que se desee.

Una visión acrítica del señalar ideomotor e ideosensorial, considera tales respuestas como “la verdadera voz del inconsciente”. En esta etapa de nuestra comprensión nosotros preferimos verlas solamente como un sistema de respuestas más que debe ser comprobado y verificado crucialmente igual que cualquier otro sistema de respuesta verbal o no verbal. Preferimos evocar las respuestas ideomotoras de una manera tal que la mente consciente del paciente no pueda ser testigo de ellas (por ej., tener los ojos cerrados o desviados cuando se da la señal del dedo o de la mano). Verdaderamente es difícil, no obstante, establecer que la mente consciente no se da cuenta de cuál es la respuesta que se da y que la respuesta se da, en efecto, independientemente de la intención consciente. Algunos pacientes sienten que la respuesta ideomotora o ideosensorial está enteramente en un nivel involuntario. Otros sienten que deben ayudarla o, por lo menos, saber de antemano cuál tiene que ser.

Un segundo uso principal del señalar ideomotor e ideosensorial es el de ayudar a los pacientes a estructurar su sistema de creencias. Las dudas acerca del cambio terapéutico pueden persistir aún después de un extenso período de exploración y de tratamiento del problema en el trance. Estas dudas, con frecuencia, pueden ser sofocadas cuando el paciente cree en las respuestas ideomotoras o ideosensoriales como un índice independiente de la validez del trabajo terapéutico. El terapeuta puede proceder, por ej., con sugerencias como las siguientes:

Si su inconsciente reconoce que se ha iniciado un proceso de cambio terapéutico, puede decir que sí con la cabeza.

Cuando usted sepa que ya no necesita molestarse con ese problema, su dedo índice puede levantarse, o tener calor / o cualquiera otra cosa /.

En este uso el valor, por supuesto, está en hacer que la mente consciente del paciente reconozca la respuesta positiva. Más autónoma e involuntaria es la respuesta ideomotora o ideosensorial, más convincente es para el paciente.

En la actualidad no tenemos forma de distinguir cuando una respuesta ideomotora o ideosensorial es (1) un índice confiable y válido de algo que sucede en el inconsciente (fuera del rango inmediato del darse cuenta del paciente), o (2) simplemente un medio de reestructurar un sistema de creencias consciente. Es necesario que se haga en esta área un gran trabajo experimental cuidadosamente controlado. Es aún un asunto de juicio clínico determinar cuál proceso, o el grado al que llegan ambos procesos, están operando en una situación individual.

RESUMEN

Nuestra aproximación de la utilización para la hipnoterapia enfatiza que el trance terapéutico es un medio por el cual ayudamos a los pacientes a aprender a usar sus habilidades potenciales mentales para lograr sus propios fines terapéuticos. Mientras nuestra aproximación está centrada en el paciente y es sumamente dependiente de las necesidades del momento del individuo, hay tres fases básicas que pueden delinearse y discutirse con propósitos didácticos: preparación, trance terapéutico, y ratificación del cambio terapéutico.

El objetivo del **período preparatorio** inicial es establecer un modelo de referencia óptimo para orientar al paciente hacia el cambio terapéutico. Esto se ve facilitado por los siguientes factores, que han sido discutidos en este capítulo y serán ejemplificados en los casos de este libro.

- Rapport
- Atención - respuesta
- Valoración de las habilidades a ser utilizadas
- Facilitación de los modelos de referencia terapéuticos
- Creación de expectativa

El **trance terapéutico** es un período durante el cual las limitaciones de los mode-

los de referencia habituales de uno se alteran temporariamente de manera tal que uno puede ser receptivo a modos de funcionamientos más adecuados. Mientras que la experiencia del trance es sumamente variable, la dinámica global del trance terapéutico y de la sugestión podrían delinearse como un proceso de cinco estadios: (1) Fijación de la atención; (2) Depotenciar los marcos habituales; (3) Búsqueda inconsciente; (4) Procesos inconscientes; (5) Respuesta terapéutica.

La “aproximación de la utilización” y las “formas indirectas de sugestión” son los dos medios principales de facilitar la dinámica global del trance terapéutico y de la sugestión. La aproximación de la utilización enfatiza la continua implicación del repertorio de habilidades y de potenciales de cada paciente, que es único; mientras que las formas indirectas de sugestión son los medios por los cuales el terapeuta facilita implicaciones.

Creemos que la inducción y el mantenimiento del trance terapéutico proveen de un estado psicológico especial en el cual los pacientes pueden reasociar y reorganizar su experiencia interna de manera que la terapia resulta de una resíntesis interna de la propia conducta de ellos.

Ratificar el proceso de cambio terapéutico es parte integral de nuestra aproximación a la hipnoterapia. Esto implica frecuentemente un esfuerzo especial para ayudar a los pacientes a reconocer y convalidar su estado alterado. El terapeuta debe desarrollar habilidades especiales para aprender a reconocer las mínimas manifestaciones del funcionamiento alterado en los procesos sensorio-perceptuales, emocionales y cognitivos. El señalar ideomotor e ideosensorial son especialmente utilizables tanto como índices de cambio terapéutico, tanto como medios de facilitar una alteración del sistema de creencias del paciente.

EJERCICIOS

1. Las “nuevas habilidades de observación” son el primer estadio en la formación del hipnoterapeuta. Es necesario aprender a reconocer las variaciones en los procesos mentales del otro. Estas habilidades pueden desarrollarse entrenándose uno a sí mismo en observar cuidadosamente los estados mentales de la gente tanto en la vida cotidiana como en el consultorio. Hay al menos cuatro niveles, que se pueden ordenar desde lo más obvio hasta lo más sutil.

1. Relaciones de roles
2. Modelos de referencia
3. Conductas del trance común de todos los días
4. Atención - respuesta

1. RELACIONES DE ROLES: Note cuidadosamente hasta qué punto los individuos se enganchan en roles en todos los pasos de su vida, y los grados de flexibilidad con los que ellos cuentan para desprenderse de sus roles, con el objeto de relacionarse con usted como una persona única. Por ej., ¿Hasta qué punto los empleados del supermercado están identificados con sus roles? Note los matices de la voz y la postura del cuerpo que indican la conducta respecto de cada rol. ¿El tono y la actitud de ellos implican que se piensan a sí mismos como una autoridad capaz de manipularlo a usted, o ellos tratando de averiguar algo sobre usted y qué es lo que usted realmente necesita? Explore las mismas preguntas aplicadas a la policía, oficiales de toda clase, enfermeras, choferes de ómnibus, maestros, etc.

2. MODELOS DE REFERENCIA: Para el estudio anterior de las relaciones del rol agregue una investigación de los modelos de referencia dominantes que están guiando la conducta de su sujeto. ¿El chofer del ómnibus o de taxi está dominado más bien por un modelo de referencia de seguridad? ¿Cuál de los empleados de un almacén está comprometido en mayor medida con asegurar la tarea que está haciendo y cuál obviamente está haciendo aspavientos para promocionarse? ¿El doctor evidentemente está operando más dentro de un modelo de referencia financiero o dentro de un modelo de referencia terapéutico?

3. CONDUCTA EN EL TRANCE COMUN COTIDIANO: La tabla 1 puede ser una guía respecto de qué observar al evaluar la conducta en el trance común cotidiano de cada persona. Aún en la conversación ordinaria, puede tomar cuidadosa nota de esas pausas momentáneas cuando la otra persona se queda callada mirando hacia fuera, a la distancia, o con la vista fija en algo, cuando él / ella aparentemente reflexiona. Uno puede ignorar y arruinar realmente estos preciosos momentos en que el otro se interesa por su búsqueda interna y sus procesos conscientes hablando demasiado y atrayéndola de esa manera a la persona. Cuánto mejor es quedarse callado, simplemente, y observar cuidadosamente las manifestaciones individuales de la conducta del otro en el trance cotidiano. Note espe-

cialmente si el parpadeo de la persona se hace más pausado o se detiene totalmente. ¿Se cierran los ojos realmente en algún momento? ¿El cuerpo no se queda totalmente inmóvil, aunque quizás con los miembros aparentemente catalépticos, fijos en un medio gesto?

Considerar estos momentos y estas pausas es especialmente importante en la psicoterapia. Los autores muchas veces se quedan helados en la mitad de una frase, cuando observan al paciente alejándose hacia este tipo de foco interno. Nosotros sentimos que lo que estamos diciendo probablemente es menos importante que permitirle al paciente tener ese momento interior. A veces podemos facilitar la búsqueda interna diciendo, simplemente, cosas tales como:

- . **Está bien, continúe siendo como es.**
- . **Siga con eso ahora.**
- . **¿No le interesa?**
- . **Quizás usted me pueda contar algo de eso más tarde.**

Después de un rato, los pacientes llegan a acostumbrarse a esta poco común tolerancia y refuerzo de sus momentos internos; las pausas se van haciendo más largas y se transforman en lo que podríamos llamar trance terapéutico. Los pacientes, entonces experimentan una creciente relajación y comodidad y pueden preferir responder con señales ideomotoras cuando ofrecen el creciente reconocimiento de su estado de trance.

4. ATENCION - RESPUESTA: Este es el más útil e interesante de los indicadores del trance. El más joven de los autores puede recordar ese afortunado día en que lo vieron individualmente una serie de tres pacientes a distintas horas y sucedió que manifestaban una similar mirada de expectativa desorbitada, mirándolo fijo a los ojos. Ellos además tenían una similar sonrisita cómica (o una sofocada risilla) de melancolía y de suave confusión. ¡Qué era esto! Súbitamente él reconoció lo que el mayor de los autores había tratado de enseñarle durante los últimos cinco años: ¡Atención - respuesta! Es posible que los pacientes no se dieran cuenta cuánto exactamente lo estaban mirando al más joven de los autores en busca de una dirección en ese momento. ¡Ese era el momento para introducir una sugestión terapéutica o un modelo de referencia! ¡Ese era el momento para introducir el trance directa o indirectamente! El más joven de los autores puede recordar la misma sensación ligera de incomodidad con cada uno de los pacientes en ese

momento. La desnuda mirada de expectativa del paciente indica una especie de apertura y vulnerabilidad que es sorprendente y un poco desconcertante cuando se la encuentra de golpe. En las situaciones cotidianas tendemos a desviar la mirada y a distraernos de tales delicados momentos. Por lo menos nos permitimos disfrutarlos brevemente con los niños o durante los encuentros amorosos.

En la terapia, tales momentos creativos son los preciosos abridores de la serie sí y de la transferencia positiva. Los hipnoterapeutas se permiten estar abiertos a estos momentos y quizás ser igualmente vulnerables cuando ofrecen algunas sugerencias terapéuticas tentativas.

Se presentarán ejercicios más detallados sobre el reconocimiento y la utilización de la atención de la respuesta al final del Capítulo 3.

CAPITULO 2

LAS FORMAS INDIRECTAS DE SUGESTION

1. SUGESTION DIRECTA E INDIRECTA

Una sugestión directa apela a la mente consciente y continúa iniciando una conducta cuando nosotros estamos de acuerdo con la sugestión y tenemos realmente la capacidad de llevarla a cabo de manera voluntaria. Si alguien sugiere, «Por favor, cierre la ventana», yo la cerraré si tengo la capacidad física de hacerlo, y si estoy de acuerdo en que es una buena sugestión. Si la mente consciente tuviera una capacidad pareja para llevar a cabo todas las formas de sugestión hipnótica de una manera concordante y voluntaria, entonces la psicoterapia sería por cierto un asunto simple. El terapeuta sólo tendría que sugerir que el paciente venza tal o cual fobia o infelicidad y eso sería el final del asunto.

Obviamente, esto no sucede. Los problemas psicológicos existen precisamente porque la mente consciente no sabe cómo iniciar la experiencia psicológica y el cambio de conducta en el grado que uno quisiera. En muchas situaciones semejantes hay cierta capacidad para los modelos de conducta deseados pero ellos sólo pueden ser llevados a cabo con la ayuda de un proceso inconsciente, que tiene lugar a nivel involuntario. Pero podemos hacer esfuerzos conscientes para recordar un nombre olvidado, por ejemplo, pero si no podemos hacerlo, dejaremos de intentarlo después de un rato de fútiles esfuerzos. Cinco minutos después el nombre puede aparecer espontáneamente en nuestras mentes. ¿Qué sucedió? Obviamente, se inició una búsqueda a nivel consciente, pero ésta sólo podía completarse por un proceso inconsciente que lo continuó a la vez que la conciencia abandonó sus esfuerzos. Sternberg (1975) ha revisado los datos experimentales que le sustentan el punto de vista de que la búsqueda inconsciente continúa, aproximadamente, a razón de 30 ítems por segundo, aún después que la mente consciente ha seguido con otros asuntos.

Las formas indirectas de sugestión son aproximaciones para iniciar y facilitar tales búsquedas en un nivel inconsciente. Cuando descubrimos que la conciencia es incapaz de llevar a cabo una sugestión directa, podemos entonces hacer un esfuerzo terapéutico para iniciar una búsqueda inconsciente a fin de llegar a una solución por medio de la sugestión indirecta. El punto de vista ingenuo de la sugestión directa que enfatiza el control, sostiene que el paciente hace relativamente

todo lo que el terapeuta le pide. En nuestro uso de la sugestión indirecta, sin embargo, asumimos que la conducta sugerida es realmente una respuesta subjetiva sintetizada dentro del paciente. Es una respuesta subjetiva que utiliza el repertorio único de experiencias de vida y aprendizaje. No es lo que dice el terapeuta sino lo que hace el paciente, con lo que se le dice la esencia de la sugestión. En la hipnoterapia, las palabras del terapeuta evocan una serie compleja de respuestas internas dentro del paciente: esas respuestas internas son la base de la “sugestión”. La sugestión indirecta no le dice al paciente qué hacer; antes que esto, explora y facilita qué sistema de respuestas del paciente puede actuar en un nivel autónomo sin hacer en realidad un esfuerzo consciente para dirigirse a sí mismo.

Las formas indirectas de sugestión son rodeos semánticos que facilitan la experiencia de nuevas posibilidades de respuesta. Ellas evocan automáticamente búsquedas inconscientes y procesos dentro de nosotros independientemente de nuestra voluntad consciente.

En este capítulo discutiremos cierto número de formas indirectas de sugestión que se ha encontrado que son de valor práctico con el objeto de facilitar la capacidad de respuesta hipnótica. La mayor parte de estas formas indirectas están en el uso común de la vida diaria. Ciertamente, cuando el mayor de los autores buscó medios más efectivos de facilitar el trabajo hipnótico, reconoció el valor de ellas.

Puesto que ya hemos discutido la mayoría de las formas indirectas desde un punto de vista teórico (Erickson y Rossi, 1976; Erickson, Rossi, y Rossi, 1976), nuestro énfasis en este capítulo será puesto sobre sus aplicaciones terapéuticas. Se verá que muchas de estas formas indirectas están estrechamente relacionadas con otras, de manera que pueden usarse distintas en la misma frase u oración, y es a veces difícil distinguir una de la otra. A causa de esto, puede ser válido para el lector reconocer que se está presentando una “actitud” o “aproximación” con este material antes que una “técnica” que se designa para alcanzar resultados definidos y predecibles (aunque limitados). Las “formas indirectas de sugestión son más útiles en la exploración de las potencialidades y en la facilitación de las tendencias de respuesta naturales del paciente antes que imponer un control sobre la conducta”.

2- LA APROXIMACION DEL ESPARCIR

El mayor de los autores ha descrito la aproximación del “esparcir” (Erickson,

1966; Erickson y Rossi, 1976) junto con la de “no repetición” como sus contribuciones más importantes para la práctica de la sugestión (Nota: En una conversación con Anisley Mears, Gordon Ambrose, y otros la tarde en que el mayor de los autores, a la edad de 74 años, fue galardonado con la medalla de oro Benjamin Franklin por sus contribuciones innovadoras a la hipnosis en el 7° Congreso Internacional de Hipnosis de julio 2, 1976). Antes el hipnoterapeuta decía monótonamente una tras otra las formas tradicionales de sugestión directa, normalmente repitiendo la misma sugestión una y otra vez. El esfuerzo se dirigía aparentemente a programar o imprimir profundamente a la mente con una idea fija. Con el advenimiento de la psicología psicodinámica, sin embargo, nosotros reconocemos que la mente es un estado de crecimiento y de cambio continuos; la conducta creativa está en un constante proceso de desarrollo. Mientras que la programación directa puede influir obviamente en la conducta, (por ejemplo, Coueismo, la publicidad), esto no nos ayuda a explorar los potenciales únicos del paciente y facilitarlos. La técnica del esparcir, por el contrario, es un medio aconsejable de presentar sugerencias de una manera tal que posibilita que el propio inconsciente de los pacientes las utilice según su propio y único modo.

La aproximación de esparcir (o intercalación) puede operar en muchos niveles. Nosotros podemos esparcir en una frase simple una palabra simple que facilite las asociaciones del paciente:

Usted puede describir estas sensaciones tan *libremente* como quiera.

La palabra que se esparció en la oración, “libremente”, asocia automáticamente una positiva valencia de libertad con sensaciones que los pacientes pueden haber suprimido. De esta manera se puede ayudar a los pacientes a liberar sensaciones que ellos realmente quieren que se les revelen. Todavía la individualidad de cada paciente se respeta, sin embargo, porque se admite la libre elección. El mayor de los autores (Erickson, 1966) ha ejemplificado cómo puede conducirse una sesión terapéutica entera esparciendo palabras y conceptos que sugieran comodidad, utilizando los modelos de referencia propios del paciente de manera tal que se alivie su dolor sin la inducción formal del trance. El caso 1 de este volumen brindará otro ejemplo claro de esta aproximación. En las secciones siguientes vamos a discutir y a ejemplificar el “enfocar asociativo indirecto” y el “enfocar ideodinámico indirecto” como dos aspectos de la aproximación del esparcir.

2 A. ENFOCAR ASOCIATIVO INDIRECTO

Una forma básica de sugestión indirecta es la de realizar un tópico pertinente sin dirigirlo de una manera obvia al paciente. Al mayor de los autores le gusta puntualizar que la forma más fácil de ayudar a los pacientes a hablar acerca de sus madres es la de hablar acerca de su propia madre o sobre las madres en general. De esta forma se pone en movimiento un proceso asociativo indirecto natural y los pacientes son llevados a hacer asociaciones aparentemente espontáneas acerca de sus madres. Desde el momento en que nosotros no le preguntamos directamente al paciente sobre su madre, las limitaciones normales de los aparatos conscientes y los marcos mentales habituales (incluyendo las defensas psicológicas) que una pregunta directa puede evocar quedan evitados. Bandler y Grinder (1975) han descrito este proceso como un fenómeno transderivacional - un proceso lingüístico básico por el cual el sujeto y el objeto quedan intercambiados automáticamente en un nivel profundo, (inconsciente), estructural.

En la terapia podemos usar un proceso de enfocar asociativo indirecto para ayudar al paciente a reconocer un problema. El mayor de los autores, por ejemplo, frecuentemente esparce observaciones o cuenta un cierto número de historias y anécdotas en la conversación aparentemente casual. Aún cuando son “historias” inconexas, sin embargo, todas ellas tienen un común denominador o una “asociación enfocada común” que él supone hipotéticamente que son aspecto pertinente del problema del paciente. Los pacientes pueden preguntarse por qué el terapeuta está llevando adelante esa interesante pero aparentemente irrelevante conversación durante la hora de terapia. Si la asociación enfocada común es en efecto un aspecto pertinente del problema de ellos, sin embargo, los pacientes frecuentemente se van a sorprender a sí mismos hablando sobre éste de un modo sorprendentemente revelador. Si el terapeuta hizo una mala conjetura, no se pierde nada. El paciente simplemente no va a hablar acerca de la asociación enfocada, porque no existe un reconocimiento en especial ni una contribución dentro de los procesos asociativos propios del paciente como para que se la realce a nivel verbal.

Un valor mayor de esta aproximación del esparcir consiste en que los terapeutas pueden en alguna medida evitar poner sus propios puntos de vista teóricos y preocupaciones a sus pacientes. Si la asociación enfocada es de valor para los pacientes, los procesos inconscientes de búsqueda y de evaluación propios de ellos les permitirán reconocerlo como un aspecto de su problema y utilizarlo según su propio modo de encontrar sus propias soluciones. Se presentarán ejemplos de este

proceso de enfocar asociativo indirecto para ayudar a los pacientes a reconocer y resolver los problemas psicodinámicos, en un buen número de ejemplos basados en casos, que se ofrecen en este volumen (por ejemplo, particularmente el caso 5, una aproximación general a la conducta sintomática).

2 B. ENFOCAR IDEODINAMICO INDIRECTO

Una de las teorías más tempranas acerca de la capacidad de respuesta hipnótica fue formulada por Bernheim (1895), quien la describió como “una aptitud peculiar para transformar la idea recibida en un acto”. Él creyó, por ejemplo, que en la experiencia hipnótica de la catalepsia había “una exaltación de la excitabilidad refleja ideomotora, que efectúa la transformación inconsciente del pensamiento en movimiento, desconocida para la voluntad”. En la experiencia hipnótica de alucinaciones sensoriales él teorizó que “resucitó el recuerdo de la sensación” junto con “la exaltación de la excitabilidad refleja ideomotora, que efectúa la transformación inconsciente del pensamiento en movimiento, desconocida para la voluntad”. En la experiencia hipnótica de alucinaciones sensoriales él teorizó que “resucitó el recuerdo de la sensación” junto con “la exultación de la excitabilidad refleja ideosensorial, que efectúa la transformación inconsciente del pensamiento en sensación, o en imagen sensorial”. Este punto de vista acerca de la capacidad de respuesta ideodinámica (de que las ideas pueden transformarse en una experiencia real de movimientos, sensaciones, percepciones, emociones, etc., independientemente de la intencionalidad consciente) es aún sostenible hasta el día de hoy. Nuestra teoría de la utilización de la sugestión hipnótica enfatiza que “la sugestión es un proceso de evocación y “utilización” de los procesos mentales propios del paciente en forma que están fuera de su gama normal de control del Yo (Erickson y Rossi. 1976).”

Los procesos ideodinámicos pueden evocarse con la aproximación del esparcir utilizando el enfocar asociativo indirecto, como se lo describió en la sección anterior. Cuando el mayor de los autores se dirigía a grupos de profesionales para hablar sobre los fenómenos hipnóticos, por ejemplo, él frecuentemente esparcía historias basadas en casos interesantes y contaba “historias” sobre la levitación de la mano o sobre sensaciones alucinatorias. Estos ejemplos vívidos iniciaban un proceso natural de respuestas -ideomotora e ideosensorial- en los oyentes sin que se dieran cuenta de esto. Después, cuando él solicitaba voluntarios entre su auditorio para hacer una demostración de la conducta hipnótica, ellos eran “los prime-

ros” en dar respuesta, por los procesos ideodinámicos que ya habían tenido lugar en ellos de una manera involuntaria a nivel inconsciente. Estas respuestas ideodinámicas no reconocidas, frecuentemente pueden medirse por medio de instrumentos electrónicos (Prokasy y Raskin, 1973).

De una manera similar, cuando nos enfrentamos con un sujeto “resistente”, podemos rodearlo de uno o más buenos sujetos hipnóticos a quienes les dirigimos nuestras sugerencias hipnóticas. Dentro del sujeto resistente tiene lugar automáticamente un proceso de respuesta ideodinámica indirecta cuando él escucha las sugerencias y observa las respuestas de los otros.

El enseguida se sorprende de cómo la “atmósfera hipnótica” surte sus efectos sobre él de manera tal que puede responder mucho más que antes.

En los casos que contiene este libro se encontrarán muchos ejemplos claros de este proceso del esparcir de una sugestión ideodinámica indirecta. En nuestro primer caso, por ejemplo, el mayor de los autores habla acerca de su amigo John, que tenía en el pie una prótesis igual que el paciente:

John era fabuloso. Y yo discutí con él la importancia de tener sensaciones agradables en su pie de madera, en su rodilla de madera... La importancia de tener sensaciones buenas en el pie de madera, en la rodilla de madera, en la pierna de madera. Sentir que está caliente. Frío. Descansado... la prótesis puede provocarle placer.

En el contexto de las anécdotas y de las historias acerca de cómo los otros han aprendido a experimentar, con respecto a su prótesis, placer en lugar de dolor, se esparcieron sugerencias ideodinámicas indirectas tales como las de arriba que comienzan automática-mente a iniciar búsquedas y procesos inconscientes que conducirán a la mejoría del dolor por la prótesis aún sin la inducción formal del trance.

3. PEROGRULLADAS QUE UTILIZAN PROCESOS IDEODINAMICOS

La unidad básica del enfocar ideodinámico es la perogrullada: una afirmación simple de hecho sobre una conducta que el paciente ha experimentado tantas veces que no puede ser negada. En la mayor parte de nuestros ejemplos sobre la base de

los casos se puede encontrar que el mayor de los autores frecuentemente habla sobre ciertos procesos psicofisiológicos o sobre ciertos mecanismos mentales como si simplemente estuviera describiendo al paciente hechos objetivos. En realidad estas descripciones verbales pueden funcionar como sugerencias indirectas, cuando ellas sacan respuestas ideodinámicas a partir de asociaciones y modelos aprendidos que ya existen en el paciente como un repositorio de la experiencia de vida de ellos.

La “orientación respecto de la realidad generalizada” (Shor, 1959), normalmente mantiene esas respuestas subjetivas dentro de límites apropiados cuando nos comprometemos en la conversación común. Cuando la atención se fija y se enfoca en el trance de manera tal que algunas de las limitaciones de los aparatos mentales habituales del paciente se depotencian, sin embargo, las perogrulladas siguientes pueden en realidad sacar una experiencia literal y concreta de la conducta sugerida, que se imprime con letras itálicas.

3 A PROCESOS IDEOMOTORES

La mayoría de la gente puede experimentar *una mano como más liviana que la otra.*

Todos los que han tenido la experiencia de *mover sus cabezas como diciendo “sí” o moverla como diciendo “no” aún sin darse cuenta.*

Cuando estamos *cansados, nuestros ojos comienzan a pestañear pausadamente y a veces se cierran sin que nos demos mucha cuenta de esto.*

A veces cuando nos vamos a dormir, un músculo se contraerá espasmódicamente de manera que *nuestro brazo o nuestra pierna hará un leve movimiento involuntario* (Overlade, 1976).

3 B. PROCESOS IDEOSENSORIALES

Usted ya sabe cómo experimentar sensaciones placenteras como la del *calor del sol sobre su piel.*

La mayoría de la gente *disfruta la frescura* de una brisa suave.

Algunas personas pueden imaginarse su comida favorita tan bien como la pudieran *probar*.

La sal y el *olfato* de una brisa oceánica es placentera para la mayoría de la gente.

3 C. PROCESOS IDEOAFECTIVOS

Algunas personas *se ruborizan fácilmente cuando reconocen ciertos sentimientos* referidos a sí mismas.

Es fácil *sentir enojo y resentimiento* cuando nos hacemos sentir tontos. Normalmente *fruncimos el ceño cuando tenemos recuerdos que son demasiado penosos para recordar*.

La mayoría de nosotros *trata de evitar a los pensamientos y recuerdos que nos lleven a las lágrimas*, aunque ellas frecuentemente convienen a las cosas más importantes.

Todos nosotros hemos disfrutado de notar en alguien *una sonrisa en un pensamiento íntimo* y frecuentemente nos encontramos *sonriendo en la sonrisa de ellos*.

Al formular tales sugerencias ideoaffectivas es útil incluir un marcador (rubor, fruncirse el ceño, lágrima, sonrisa) cuando sea posible, para proveer un posible feedback al terapeuta respecto de lo que el paciente está recibiendo y sobre lo que está actuando.

3 D. PROCESOS IDEOCOGNITIVOS

Nosotros sabemos que cuando usted está dormido su inconsciente *puede soñar*.

Usted puede *olvidarse* fácilmente de ese sueño cuando despierte.

A veces usted puede *recordar* alguna parte importante de ese sueño, algo que le interese.

A veces podemos saber un nombre y tenerlo en la punta de la lengua y aún *no ser capaces de decir* el nombre.

4. PEROGRULLADAS QUE UTILIZAN EL TIEMPO

En el trabajo hipnoterapéutico las perogrulladas que utilizan el tiempo son muy importantes porque frecuentemente hay un retraso temporal en la ejecución de las respuestas hipnóticas. Los estadios de la búsqueda y de los procesos inconscientes que llevan a las respuestas hipnóticas requieren variar la cantidad de tiempo de acuerdo con los distintos pacientes. Normalmente es mejor permitir que el propio inconsciente del paciente determine la cantidad apropiada de tiempo que requiere para una respuesta.

***Tarde o temprano* su mano se va a elevar (sus ojos se van a cerrar o cualquier otra cosa).**

Su dolor de cabeza (o cualquier otra cosa) *ahora* puede irse *tan pronto* como su sistema este preparado para que se vaya.

Su síntoma *ahora* puede desaparecer, *tan pronto* como su inconsciente sepa que usted puede manejar (tal o cual) problema de una manera más constructiva.

5. NO SABER, NO HACER

Mientras que las perogrulladas son un medio excelente para introducir sugerencias de una manera positiva que la mente consciente puede aceptar, la experiencia hipnótica válida implica la utilización de procesos inconscientes. Un aspecto básico del trance terapéutico es el de arreglar las circunstancias de manera tal que los procesos mentales constructivos se experimenten al tener lugar por sí mismos, sin que el paciente tenga que hacer ningún esfuerzo para conducirlos o dirigirlos. Cuando uno está relajado, como es típico estarlo en la mayoría de las experiencias del trance, el sistema parasimpático lo predispone fisiológicamente a uno a «no hacer»

antes que a efectuar algún esfuerzo activo de hacer. De manera similar cuando estamos relajados y el inconsciente entra en funciones, normalmente sentimos comodidad y “no sabemos” cómo el inconsciente lleva a cabo sus actividades

No saber y no hacer son sinónimos de respuesta inconsciente o autónoma, esto es la esencia de la experiencia de trance. Una actitud de no saber y no hacer tiene por consiguiente, un gran valor para facilitar la capacidad de respuesta hipnótica. Esto es particularmente cierto durante los estadios iniciales de la inducción de trance, donde las siguientes sugerencias pueden ser apropiadas.

Usted no tiene que hablar ni que moverse ni que hacer ninguna clase de esfuerzo.

Usted ni siquiera tiene que mantener sus ojos abiertos.

Usted no tiene que tratar de oírme porque su mente inconsciente puede hacerlo y responder por sí misma.

La gente puede dormir y no saber que está dormida.

Ellos pueden soñar y no recordar ese sueño.

Usted no sabe exactamente cuándo esos párpados se van a cerrar por sí mismos.

Usted puede no saber exactamente cuál de las dos manos se va a elevar primero.

Estos ejemplos ilustran claramente qué diferentes son nuestras formas hipnóticas indirectas respecto de la aproximación directa, que comienza típicamente así: “ahora preste mucha atención a mi voz y haga exactamente lo que digo”. La aproximación directa enfoca la atención consciente y tiende a activar la cooperación consciente del paciente. Esto puede ser de valor al iniciar algunos tipos de conductas de respuesta, en sujetos hipnóticos buenos, pero para el término medio de los pacientes esto puede activar procesos conscientes hasta un punto que los procesos inconscientes se inhiban antes que se intensifiquen. No saber y no hacer son de especial valor en el trabajo de trance cuando queremos evocar la individualidad propia del paciente en la búsqueda de la mejor modalidad de respuesta terapéutica.

Usted realmente no sabe con exactitud cómo su inconsciente lo ayudará a resolver ese problema. Pero su mente consciente puede ser receptiva a la respuesta cuando llegue.

Su mente consciente seguramente tiene muchas preguntas, pero realmente no sabe con exactitud cuándo el inconsciente lo dejará a usted vencer ese hábito indeseable. Usted no sabe si esto va a ocurrir pronto o después de un tiempo. Usted no sabe si esto va a ocurrir de golpe o pausadamente, por grados. Sin embargo usted puede aprender a respetar su propia forma natural de hacer las cosas.

6. SUGESTIONES DE LIMITES ABIERTOS

Tanto los terapeutas como los pacientes no siempre saben cuál es la mejor vía para que los procesos constructivos se expresen. Las predisposiciones y potencialidades humanas son tan complejas que aún podemos considerar presuntuoso suponer que cualquiera posiblemente pueda saber de antemano con exactitud cuál es la más creativa aproximación a lo nuevo que continuamente lo sorprende. Por cierto, se ve este desajuste en que en efecto nosotros intentamos imponer puntos de vista y soluciones viejas a circunstancias de vida que han cambiado y en las que ellos ya no son apropiados (Rossi, 1972). La sugestión de límites abiertos es un medio de tratar este problema. Las sugerencias de límites abiertos nos permiten explorar y utilizar cuáles posibilidades de respuesta son más aprovechables para el paciente. Esto es de valor en el nivel de la elección consciente tanto como en el del determinismo inconsciente. Cuando los pacientes están despiertos y dirigen conscientemente sus propias conductas, la sugestión no limitada de antemano permite la autodeterminación. Cuando los pacientes están en trance, la sugestión de límites abiertos permite que el inconsciente seleccione criterios más apropiados de llevar a cabo una respuesta terapéutica.

Como ya lo hemos visto, no saber y no hacer lleva naturalmente a sugerencias de límites abiertos. A continuación, tenemos ejemplos.

Todos nosotros tenemos potenciales de los que no nos damos cuenta, y normalmente no sabemos cómo serán expresados.

Su mente puede revisar más sentimientos, recuerdos y pensamientos re-

lacionados con ese problema, pero usted todavía no sabe cuál será más útil para resolver el problema que está enfrentando.

Usted puede encontrarse recorriendo el pasado, el presente o el futuro, cuando su inconsciente selecciona los medios más apropiados de tratarse este problema.

El no sabe qué está aprendiendo, pero está aprendiendo. Y no está bien que yo le diga, “¡Aprenda esto o aquello!”. Hay que dejarlo aprender lo que quiera, en el orden que quiera.

Mientras da mucha aparente libertad para explorar y expresar la propia individualidad del paciente, tales sugerencias de límites abiertos llevan a cabo una fuerte implicación de que se aproxima una respuesta terapéutica.

7. CUBRIR TODAS LAS POSIBILIDADES DE UNA CLASE DE RESPUESTA

Mientras que las sugerencias de límites abiertos permiten la más amplia amplitud posible para la expresión de una respuesta terapéutica, las sugerencias que cubren todas las posibilidades de una clase de respuesta son de mayor valor cuando el terapeuta quiere enfocar la capacidad de respuesta del paciente en una dirección en particular. Al iniciar el trance, por ejemplo, puede ser apropiado lo siguiente:

Pronto usted encontrará que un dedo o el pulgar se está moviendo un poco, quizás por sí mismo. Puede moverse para arriba o para abajo. Esto puede ser lento o rápido o quizás puede no moverse para nada. “Lo realmente importante es sentir plenamente qué sensaciones se desarrollan”.

Todas las posibilidades de movimiento del dedo quedan cubiertas, incluida la posibilidad de que no se mueva para nada. La sugestión queda así a salvo de fracasar. No importa qué respuesta desarrolle el paciente, tiene éxito. El terapeuta simplemente está explorando la capacidad de respuesta inicial del paciente, mientras inicia el trance mediante el enfocar la atención.

Puede usarse exactamente la misma aproximación cuando el paciente ha experimentado el trance terapéutico y está preparado para tratar el problema.

Pronto usted puede ir al encuentro del problema del peso que está tratando comiendo más o menos de los alimentos buenos que usted puede disfrutar. Puede primero ganar peso, o perder peso, o quedarse en el mismo peso por un tiempo, mientras “usted aprende cosas realmente importantes sobre sí mismo”.

En ambos ejemplos podemos observar cómo estamos distrayendo la conciencia del paciente del área importante de respuesta, con una idea interesante hacia el final (entre comillas) de manera que el inconsciente pueda tener una mayor oportunidad de determinar cuál de las posibilidades de respuesta (lo que no está entre comillas) se va a expresar. Esto concuerda con la noción clásica de la hipnosis como el simultáneo enfocar y distraer la atención.

8. PREGUNTAS QUE FACILITAN NUEVAS POSIBILIDADES DE RESPUESTA

La investigación reciente (Sternberg, 1975) indica que el cerebro humano, cuando se le formula una pregunta, continúa buscando exhaustivamente a través de su sistema de recuerdos, en un nivel inconsciente aún después de haber encontrado una respuesta aparentemente satisfactoria a nivel consciente. Esta búsqueda inconsciente y esta activación de procesos mentales en un nivel autónomo constituyen la esencia de nuestro approach indirecto, en el cual buscamos utilizar las potenciales que el paciente no reconoce para evocar los fenómenos hipnóticos y las respuestas terapéuticas.

Este proceso de búsqueda inconsciente y de procesamiento autónomo de información se hace evidente en muchos fenómenos de la vida cotidiana. De acuerdo con un dicho popular, “La mañana es más prudente que la tarde”. Una vez que hemos dormido con un problema, encontramos que la solución sale más fácil a la mañana. Evidentemente han tenido lugar una búsqueda inconsciente y un proceso de resolución de problemas mientras la conciencia descansaba. Hay evidencias de que el soñar puede ser un teatro experimental de la mente, donde las preguntas pueden ser respondidas y pueden sintetizarse nuevas posibilidades de vida (Rossi, 1971 - 1973).

El método socrático de educación, en el cual un maestro le formulaba al estudiante una serie de preguntas muy agudas, es un ejemplo claro del uso de preguntas como iniciadores de procesos mentales. Podríamos sorprendernos, por cierto, si la conciencia pudiera haber evolucionado hasta su nivel corriente sin el desarrollo y la utilización de preguntas como formas sintácticas evocativas que facilitan los procesos internos de indagación. En esta sección ejemplificaremos cómo las preguntas pueden tanto enfocar asociaciones como sugerir y reforzar nuevas posibilidades de respuesta.

8 A. PREGUNTAS PARA ENFOCAR ASOCIACIONES

Un ejemplo interesante de cómo las preguntas pueden enfocar aspectos diferentes de la experiencia interna proviene de la investigación sobre los informes subjetivos de los sujetos hipnóticos (Barber, Dalal y Calverley, 1968). Cuando se les preguntó, “¿Usted experimenta el estado hipnótico como un estado básicamente “similar” al estar despierto?”, la mayoría de los sujetos (83%) contestó afirmativamente. Por otro lado, cuando se les preguntó, “¿Usted experimenta el estado hipnótico como un estado básicamente “diferente” del estar despierto?”, el 72% respondió afirmativamente. Podríamos tomar estas respuestas aparentemente contradictorias como indicaciones de la falta de realidad de lo que informan los sujetos sobre la experiencia hipnótica. Desde otro punto de vista, sin embargo, podemos entender cómo tales cuestiones enfocaron a los sujetos sobre diferentes aspectos de sus experiencias. La primera pregunta enfocó la atención de ellos sobre las similitudes que hay entre el estado de vigilia y el estado hipnótico; la segunda enfocó la atención sobre las diferencias. Ambas preguntas podrían iniciar respuestas válidas sobre los diferentes aspectos de las experiencias internas de los sujetos. No se implica necesariamente ninguna contradicción.

En hipnoterapia, frecuentemente es válido ayudar a los pacientes a discriminar entre los diferentes aspectos de sus vidas internas o a encontrar el común denominador entre experiencias aparentemente diferentes. Las preguntas que están cuidadosamente formuladas, como las de arriba, pueden facilitar este proceso.

8 B. PREGUNTAS EN LA INDUCCIÓN AL TRANCE

Las preguntas tienen un valor particular como formas indirectas de sugestión

cuando no pueden ser respondidas por la mente consciente. Tales preguntas activan procesos inconscientes que inician respuestas autónomas que constituyen la esencia de la conducta en el trance. Los siguientes son ejemplos de cómo una serie de preguntas puede usarse para iniciar y profundizar el trance a través de dos *approachs* a la inducción diferentes -fijación de los ojos y levitación de la mano-. En cada uno de los ejemplos las primeras preguntas pueden responderse por medio de la conducta de respuesta, que es guiada por la elección consciente. Las preguntas que le siguen pueden responderse por medio de la intencionalidad consciente o de la elección inconsciente. Las últimas, solamente pueden responderse en un nivel inconsciente o autónomo de respuesta. Estas series de preguntas no pueden usarse de una manera fija y rígida, sino que deben siempre incorporar y utilizar la conducta permanente del paciente. Se sobreentiende que los pacientes no tienen que responder de una manera verbal convencional a estas preguntas, sino sólo con la conducta de respuesta sugerida. Los pacientes normalmente no reconocen que está teniendo lugar un muy importante pero sutil cambio. Ellos ya no interactúan verbalmente de una manera social y con sus defensas típicas. En lugar de esto, están intensamente enfocados en sí mismos preguntándose acerca de cómo van a responder. Esto implica que está teniendo lugar una disociación entre su pensar consciente (con su sensación de control) y sus respuestas, aparentemente autónomas, a las preguntas del terapeuta. La naturaleza aparentemente autónoma de sus respuestas de conducta se reconoce normalmente como “hipnótica”. Se establece así un escenario estable para ampliar las respuestas terapéuticas autónomas e inconscientemente determinadas, más adelante.

FIJACIÓN DE LOS OJOS

- 1. ¿Querría encontrar una pequeña área que pueda mirar con atención, confortablemente?**
- 2. ¿Mientras sigue mirando con atención esta área por un rato, sus párpados quieren parpadear?**
- 3. ¿Esos párpados comienzan a parpadear juntos o separados?**
- 4. ¿Lentamente o rápido?**
- 5. ¿Se van a cerrar de golpe o primero van a dar ligeros pestañeos por sí**

mismos?

6. ¿Esos ojos se cierran más y más cuando usted va estando más y más comfortable?

7. Está bien. ¿Esos ojos pueden ahora permanecer cerrados mientras su confort se profundiza al irse durmiendo?

8. ¿Ese confort puede continuar más y más de modo que usted preferiblemente aún no quiera tratar de abrir los ojos?

9. ¿O preferiblemente probaría y se encontraría con que no puede hacerlo?

10. ¿Y qué tan pronto se olvidará totalmente de ellos, puesto que su inconsciente quiere dormir? (El terapeuta puede observar los ligeros movimientos de los globos oculares mientras los ojos cerrados del paciente siguen los cambios que se dan sobre la escena del sueño interno.)

Esta serie comienza con una pregunta que requiere la elección consciente y la volición por parte del paciente, y termina con una pregunta que sólo puede sacarse con procesos inconscientes. Un rasgo característico importante de este approach es el de que está *a salvo de fallas*, en el sentido de que ninguna falla en la respuesta puede aceptarse como una respuesta válida y significativa a la pregunta. Otro rasgo característico importante es el de que cada pregunta sugiere más una respuesta *observable*, que da al terapeuta una importante información acerca de lo bien o mal que el paciente está siguiendo las sugerencias. Estas respuestas observables están además asociadas con importantes aspectos internos de la experiencia de trance y pueden usarse como *indicadores* de ellos.

Si existe alguna falla que no permite responder adecuadamente, el terapeuta puede a continuación formular algunas otras preguntas en el mismo nivel hasta que la conducta de respuesta se manifieste de nuevo, o el terapeuta puede preguntarle a los pacientes acerca de su experiencia interna para explorar si se trata de unos modelos de respuesta poco comunes o de ciertas dificultades que ellos puedan tener. No es algo fuera de lo común para algunos pacientes, abrir los ojos ocasionalmente, aún después de habérseles sugerido que los mantengan cerrados. Esto parece ser una estratagema de supervisión automática que algunos pacientes usan

aún sin ver que lo hacen. Esto no interfiere el trabajo de trance terapéutico. El formato de preguntas le da a la propia *individualidad* de cada paciente una oportunidad de responder de una manera terapéuticamente constructiva. Estos rasgos característicos se encuentran también en el approach de la levitación de la mano, que ilustraremos ahora.

LEVITACION DE LA MANO

1. **¿Puede sentirse comfortable, descansando apaciblemente sus manos sobre sus muslos?, (como el terapeuta le muestra) Está bien, sin dejar que se toquen.**
2. **¿Puede dejar que esas manos descansen tan ligeramente que las yemas de los dedos apenas toquen los muslos?**
3. **Está bien. ¿Cuando ellas descansan tan ligeramente, nota cómo tienden a elevarse un poco, totalmente por sí mismas, cada vez que respira?**
4. **¿Comienzan a elevarse aún más ligera y cómodamente por sí mismas cuando el resto de su cuerpo se relaja más y más?**
5. **¿Cuando sucede esto, es una mano, o la otra, o quizá las dos que continúan elevándose aún más?**
6. **¿Y esa mano está arriba y continúa elevándose más y más alto, poco a poco, totalmente por sí misma? ¿La otra mano quiere alcanzarla, o se relajará en su regazo?**
7. **Está bien. ¿Y esa mano continúa elevándose con esos leves y cortos movimientos de contracción, o su elevarse se hace más y más suave cuando la mano sigue yendo para arriba hacia su cara?**
8. **¿Se mueve más rápido o más lento cuando se aproxima a su cara con la profundización del confort? ¿Necesita hacer una breve pausa antes de terminar por tocar su cara, de modo que sepa que está entrando en un trance? ¿Y no la va a tocar hasta que su inconsciente esté realmente prepara-**

do para dejarlo ir más profundo, eh?

9. ¿Y su cuerpo hará automáticamente una inspiración más profunda cuando su mano toque su cara mientras usted realmente se relaja y se experimenta más profundo?

10. Está bien. ¿Y todavía le molestará notar la profundización del sentimiento de confort, cuando esa mano vuelva lentamente a su regazo totalmente por sí misma? ¿Y su inconsciente estará en un sueño mientras su mano descansa?

8 C. PREGUNTAS QUE FACILITAN LA DISPOSICION A LA RESPUESTA TERAPEUTICA

Toda pregunta puede combinarse con las sugerencias de no-saber y las de límites abiertos facilitar una amplia variedad de modelos de respuesta.

¿Y qué medios serán eficaces para perder peso? ¿Será simplemente olvidándose de comer y teniendo un poco de paciencia ante las comidas pesadas o porque ellas lo privan de hacer cosas más interesantes? ¿Ciertas comidas que hacen subir de peso ya no lo van a llamar por alguna razón? ¿Descubrirá la posibilidad de disfrutar de nuevos alimentos y de nuevas formas de prepararlos y de comerlos, de modo tal que se sorprenderá de haber bajado de peso a causa de que realmente no extrañó nada?

La última pregunta de esta serie es un ejemplo de cómo pueden construirse preguntas compuestas con *y* y con *de modo tal que* para facilitar la tendencia que sea más natural para el paciente.

La ambigüedad y el “sugestivo” efecto de las preguntas compuestas ha sido muy reconocido en la jurisprudencia. El uso de preguntas compuestas por parte de los abogados están por esto prohibidas durante la examinación cruzada de testigos. En un caso vehementemente impugnado puede oírse con frecuencia que un juez o el abogado opuesto objeten las “compuestas” por las que un abogado inescrupuloso puede embotar y quizás meter en una trampa a un testigo incauto. En nuestro uso terapéutico de las preguntas compuestas su gran ambigüedad es de valor para despotenciar las limitaciones aprendidas del paciente de manera tal que puedan

experimentarse nuevas posibilidades.

Ahora dirigiremos nuestra atención a un examen más detallado de las sugerencias compuestas.

9. SUGERENCIAS COMPUESTAS

Ya hemos visto en muchos de nuestros ejemplos anteriores cómo pueden combinarse dos o más sugerencias para que cada una soporte a la otra. En esta sección vamos a mirar de cerca varias de las sugerencias compuestas que se ha encontrado que son de valor en el trabajo hipnoterapéutico. En el nivel más simple, una sugerencia compuesta se compone de dos preposiciones unidas por medio de una conjunción gramatical o mediante una breve pausa que las pone en una estrecha asociación. La gramática tradicional ha clasificado las conjunciones en dos extensos grupos como “coordinantes” y “subordinantes”. Las conjunciones coordinantes “y”, “pero” y “o” juntan proposiciones que están coordinadas lógicamente o son de la misma categoría, mientras que las conjunciones subordinantes tales como “aunque, si, por consiguiente, mientras que, después, porque, desde que” y “hasta que” juntan una expresión a otra que es su adjunta o su subordinada. La conjunción y separación de expresiones lingüísticas obviamente tiene correspondencia con procesos similares que se dan en la matemática y en la lógica tanto como los procesos psicológicos de asociación y disociación mental, que son la esencia de la hipnoterapia.

George Boole (1815-1864), uno de los pioneros de la lógica simbólica, creía que él estaba formulando las leyes del pensamiento con sus ecuaciones. Hoy sabemos, sin embargo, que mientras que el lenguaje lógico, natural, y los procesos mentales, comparten algunos rasgos comunes muy interesantes, no hay un sistema de completa correspondencia entre ellos. Mientras que un sistema de lógica o matemática puede definirse completamente, “el lenguaje natural y los procesos mentales están perpetuamente en un estado de flujo creativo”. En principio, no hay ninguna fórmula fija o sistema de lógica o lenguaje que pueda determinar completamente o controlar los procesos mentales. Nos engañaríamos a nosotros mismos, por consiguiente, si buscáramos un medio completamente determinístico de manejar los procesos mentales y controlar la conducta con nuestras formas indirectas de sugerencia. Podemos usarlas para explorar y facilitar los potenciales de respuesta que están en el paciente, sin embargo. En esta sección vamos a ejemplificar cinco

clases de sugerencias compuestas que han sido de particular uso en la hipnoterapia:

- (a) la serie sí y el refuerzo,
- (b) la contingencia,
- (c) aposición de opuestos,
- (d) la negativa, y
- (e) shock, sorpresa y momentos creativos.

Otras formas de sugestión indirecta tales como la implicación, los vínculos, los doble vínculos, son tan complejas que los discutiremos en secciones separadas.

9 A. LA SERIE SI Y EL REFUERZO

Una forma básica de proposición compuesta ampliamente usada en la vida cotidiana es la asociación simple de cierta noción obviamente buena con la sugestión de una posibilidad deseable.

Es un día tan lindo, vamos a nadar.

Estoy de vacaciones, *así que* ¿por qué no voy a hacer lo que quiero?

Lo ha hecho bien y puede continuar.

En cada una de estas frases, inicialmente, una asociación positiva (“día lindo”, “vacaciones”, “hecho bien”) introduce una serie sí que facilita la aceptación de la sugestión siguiente. Ya antes hemos visto cómo las perogrulladas son otro medio para abrir una serie sí para facilitar una sugestión.

Cuando a la perogrullada o la asociación positiva y motivadora *sigue* la sugestión, tenemos un medio para reforzarla. Así:

Vamos a nadar, es un día tan lindo.

9 B. SUGESTIONES CONTINGENTES Y REDES DE ASOCIACION

Una útil forma de proposición compuesta ocurre cuando unimos una sugestión a

un modelo de conducta permanente o inevitable. Una sugestión hipnótica que puede ser dificultosa para un paciente, es más fácil cuando está asociada con una conducta que le es familiar. La sugestión hipnótica “le hace dedo” a las respuestas naturales y espontáneas que están bien en el interior del repertorio normal del paciente. La sugestión contingente está en *letras itálicas* en los siguientes ejemplos.

Cada vez que respire *puede llegar a ver los ritmos naturales de su cuerpo y las sensaciones de confort que desarrolla..*

Cuando continúe sentado aquí, *se va a encontrar relajándose más y poniéndose más confortable.*

Cuando su mano baje, *se va a encontrar regresando confortablemente en el tiempo hacia la fuente de ese problema.*

Cuando revise mentalmente la fuente de ese problema, *su inconsciente puede desarrollar algunas formas tentativas de tratarlo.*

Y cuando su mente consciente reconozca una solución plausible y que valga la pena intentar, *su dedo puede levantarse automáticamente.*

Cuando se sienta preparado para hablar de esto, *se va a encontrar despertando con una sensación refrescante y alerta, apreciando el buen trabajo que ha sido capaz de hacer.*

Como puede verse a partir de los últimos cuatro ejemplos, las sugestiones contingentes pueden unirse a redes de asociación que crean un sistema de mutuo soporte y de mutua tendencia al movimiento para iniciar y dar curso completo a un modelo terapéutico de respuesta. Desde el punto de vista más amplio, una sesión de terapia íntegra - por cierto, un curso entero de terapia - puede concebirse como una serie de respuestas contingentes en la que cada paso terapéutico exitoso evoluciona a partir de todos los que se han dado antes. Haley (1974) ha presentado un buen número de casos clínicos del mayor de los autores, que ejemplifican este proceso.

9 C. APOSICION DE OPUESTOS

Otra forma indirecta de sugestión compuesta es la que podemos describir como el balance o la aposición de opuestos. Un balance de sistemas que se oponen es un proceso biológico básico que está incorporado a la estructura de nuestro sistema nervioso (Kinsbourne, 1974). La mayoría de los sistemas biológicos pueden conceptualizarse como un balance homeostático de procesos que impiden que el sistema global se aparte de la gama relativamente no muy amplia requerida para el funcionamiento óptimo. Para dar cuenta de algunos de los fenómenos de la hipnosis, se ha propuesto que hay alternativas en varios de los sistemas que se oponen, tales como el sistema simpático y parasimpático, los hemisferios cerebrales izquierdo y derecho, los procesos corticales, los subcorticales, el primer y el segundo sistema de comunicación por signos (Platonov, 1959).

Este balance o aposición de procesos opuestos es evidente también en los niveles psicológico y social. Hay tensión y relajación, motivación e inhibición, consciente e inconsciente, eros y logos, tesis y antítesis. Una mera aprehensión y entendimiento de la dinámica de tales procesos opuestos es de gran significatividad en cualquiera de las formas de la psicoterapia. En esta sección podemos ofrecer únicamente unos pocos ejemplos de cómo podemos balancear los procesos que se oponen por medio de la sugestión verbal. En el proceso de la inducción hipnótica, por ejemplo, tenemos los siguientes:

Como el puño está más apretado y más *tenso*, el resto del cuerpo se relaja.

Como la mano derecha *se eleva*, la mano izquierda *baja*.

Como ese brazo *se siente más liviano* y se eleva, sus párpados pueden sentirse *más pesados y bajar* hasta que estén cerrados.

Pueden formularse sugerencias similares virtualmente para cualquiera de los procesos opuestos, en la esfera sensorial, perceptual, afectiva y cognitiva.

Como la frente se pone *más fría*, las manos pueden ponerse *más calientes*.

Como la mandíbula se pone más y más *entumecida e insensible*, note cómo la mano izquierda se vuelve más y más *sensible*.

Puede *experimentar* todos sus sentimientos acerca de algo que ocurrió en una edad x sin ser capaz de *recordar* justo qué causó esos sentimientos.

Cuando, inmediatamente, abra sus ojos, tendrá un *recuerdo* extraordinariamente claro de todo eso, pero sin los *sentimientos* que tuvo entonces. Como está revisándolo, usted puede experimentar ahora un balance apropiado de *pensamiento y sentimiento* acerca del hecho en su integridad.

Como puede verse a partir de los últimos tres ejemplos, puede utilizarse un proceso de disociación primero para ayudar al paciente a experimentar verdaderamente en forma completa las dos caras de un sistema de opuestos, antes de reunirlos en un adecuado nivel de integración.

9 D. LA NEGATIVA

Estrechamente asociado con la aposición de opuestos está el énfasis que el mayor de los autores pone sobre la importancia de descargar la negatividad o la resistencia que se va acumulando siempre que un paciente sigue una serie de sugerencias. En la vida cotidiana podemos reconocer cómo la gente que es negativa o resistente normalmente tiene una historia en la que sienten que se los ha engañado demasiado. A causa de esto, ahora quieren “¡hacer lo que les dé la gana!”. Se resisten, siendo los que más son dirigidos, y verdaderamente con mucha frecuencia hacen lo opuesto de lo que creen que los otros quieren que hagan. Esta tendencia a la oposición, por supuesto, es en realidad una compensación saludable respecto de sus historias tempranas. La naturaleza aparentemente quiere que seamos individuales, y muchos creen que la cultura y el desarrollo psicológico del hombre han sido un esfuerzo para lograr aún - más - abarcantes grados de libertad, concéntricos y destrabados, y una genuina auto-expresión.

En la investigación experimental los psicólogos han desarrollado el concepto de inhibición reactiva para dar cuenta de fenómenos de conducta similares (Woodworth y Schlosberg, 1954). Después de repetir cierta tarea (recorrer un laberinto, resolver ciertos problemas de naturaleza similar) el sujeto - ya sea una rata o un hombre - parece que quiere cada vez menos seguir adelante, y acepta más fácilmente vías alternativas y otros modelos de conducta. Esta inhibición aparentemente tiene la función adaptativa de obstruir la conducta previa en favor de la expresión de nuevas respuestas capaces de llevar hacia nuevas posibilidades.

En su trabajo práctico con los pacientes el mayor de los autores ha explorado varios medios para enfrentar y, en realidad, utilizar esta tendencia inhibitoria u opositora. El cree que la simple expresión de una negativa por parte del terapeuta puede con frecuencia servir como un pararrayo para descargar automáticamente cualquier inhibición y resistencia menor que se haya ido acumulando en el paciente. De este modo, usará frases como las siguientes:

Y usted puede, ¿puede, **no**?

Puede intentarlo, ¿**no puede**?

No puede pararlo, ¿puede?

Usted quiere, ¿**no quiere**?

Usted lo hace, ¿**no lo hace**?

¿Por qué **no** deja que suceda?

La investigación ha demostrado otro valor de esta cerrada yuxtaposición de lo positivo y la negativa. Se ha encontrado que es un 30% más difícil comprender una negativa que algo positivo (Donaldson, 1959). De este modo, el uso de negativas puede producir una confusión que tiende a despotenciar el aparato consciente - limitado - del paciente, de modo que pueda hacerse el trabajo interno.

El uso de la negativa está además relacionado con otra forma indirecta - no saber y no actuar -. Este uso de la negativa puede ser verdaderamente muy útil y casualmente introducido en sugerencias contingentes tales como las siguientes, que utilizan el conectivo “hasta que”.

No tiene que entrar en trance **hasta que** esté realmente listo.

No tomará una respiración realmente profunda **hasta que** esa mano toque su cara.

Realmente **no** sabrá exactamente cuán confortable puede estar en el trance **hasta que** ese brazo baje lentamente, sin parar, hasta descansar en su regazo.

Realmente *no* tiene que hacer (la respuesta terapéutica), *hasta que* (una conducta inevitable en el futuro cercano del paciente).

No lo hará, *hasta que* su inconsciente esté preparado.

Este último uso de la negativa es, en realidad, una forma de doble vínculo consciente - inconsciente, que discutiremos en una sección ulterior.

9 E. SHOCK, SORPRESA Y MOMENTOS CREATIVOS

Una forma bastante interesante de sugestión compuesta queda ejemplificada cuando un shock sorprende los marcos mentales habituales del paciente, de modo tal que sus aparatos conscientes usuales se despotencian y hay un momentáneo vacío en su mera aprehensión de las cosas, que puede, entonces, ser llenado por una apropiada sugestión (Rossi, 1973; Erickson y Rossi, 1976). El shock abre la posibilidad de un momento creativo, durante el cual el inconsciente del paciente se compromete en una búsqueda interna de una respuesta o concepción que pueda reestablecer el equilibrio psíquico. Si los propios procesos inconscientes del paciente no proveen la respuesta, el terapeuta tiene la oportunidad de introducir una sugestión que pueda tener el mismo efecto.

El shock y la sorpresa a veces pueden precipitar reacciones autónomas que normalmente no están bajo control voluntario. En un momento delicado, en una conversación, uno a veces se ruboriza de una manera incontrolada cuando se tocan ciertos procesos emocionales inconscientes. Si una persona no se ruboriza durante tales momentos de descuido, uno, frecuentemente, puede precipitar la respuesta de ruborizarse preguntando simplemente, “¿Por qué se ruboriza?”. Esta *pregunta* - como una forma indirecta de sugestión administrada durante el momento “delicado” (potencialmente creativo), en que los marcos mentales habituales del paciente están en un flujo naciente, evoca fácilmente los procesos autónomos sugeridos.

En la vida cotidiana un ruido fuerte puede asustarnos tanto que nos quedamos “helados”, inhibiendo momentáneamente todo movimiento corporal; fuimos arrojados a un momentáneo trance cuando el inconsciente salió corriendo en busca de medios para comprender lo que estaba sucediendo. La respuesta puede iluminar que se trataba solamente del petardeo de un auto y nosotros nos relajamos, pero si

en ese preciso instante alguien grita la sugestión “¡una bomba!” casi con seguridad nos aterraremos, miraremos para todos lados llenos de pánico, o nos tiraremos al suelo para protegernos. La vida cotidiana está llena de ejemplos menos dramáticos de shocks inesperados que nos asustan y nos sorprenden y, quizá nos llevan a una “doble consideración”, en la que tenemos que dirigir la vista al pasado o “volver sobre eso” para comprender qué es realmente lo que está ocurriendo. Podríamos proponer como teoría que las malas palabras son en realidad una forma de shock que se ha desarrollado en la mayor parte de las culturas para asustar a los oyentes, de modo que queden más abiertos a lo que se les está diciendo y sean influenciados por esto más fácilmente.

Si la gente tiene problemas a causa de las limitaciones aprendidas, puede resultar terapéutico despotenciar momentáneamente esas limitaciones con alguna forma de shock psicológico. Ellos pueden, entonces, reevaluar su situación vía los procesos automáticos de búsqueda inconsciente que se inician en ellos. En este caso, el proceso de shock, sorpresa y momentos creativos tienen límites abiertos; los propios procesos inconscientes del paciente proveen alguna reorganización o solución que emergen. Si no aparece nada satisfactorio, el terapeuta puede entonces agregar sugestiones, como nuevos estímulos, durante el vacío momentáneo, con la esperanza de que puedan catalizar una respuesta terapéutica.

El shock momentáneo puede generarse en el diálogo terapéutico por medio del *esparcir* palabras de shock, conceptos tabú y emociones. Palabras como *sexo*, *secretos* y *rumores* fijan momentáneamente la atención, y el oyente se vuelve más receptivo. Una pausa momentánea después del shock permite que tenga lugar una búsqueda interna. Puede seguirlo una palabra tranquilizadora o una sugestión apropiada.

***Su vida sexual**

(Pausa)

justo lo que necesita saber y comprender sobre ella.

*** Lo que quiere en secreto**

(Pausa)

es más importante para usted.

*** Pueden llegar a divorciarse**

(Pausa)

a menos que ambos aprendan realmente a captar lo que necesitan en la relación.

En cada uno de estos ejemplos, el shock, en letras itálicas, inicia una búsqueda inconsciente que puede llevar a la expresión de una respuesta importante durante la pausa. El terapeuta aprende a reconocer y evaluar las reacciones corporales no-verbales ante este shock psicológico. Si hay indicios de que el paciente llegó a preocuparse frente a esta búsqueda interna, el terapeuta simplemente se queda quieto hasta que el paciente salga adelante con algún material que haya sido estimulado. Si no hay indicios, provenientes del paciente, de este material, el terapeuta pone fin a la pausa con algunas palabras tranquilizadoras o con una sugestión, como se ejemplificó arriba. Los más eficaces en la iniciación de shocks utilizan los propios modelos de referencia, tabúes y necesidades del paciente para que salga del viejo, de modo que pueda tener lugar una reorganización creativa. Se han publicado en otros lugares ejemplos de este proceso (Rossi, 1973b) y se encontrarán detallados ejemplos clínicos en un buen número de los casos que incluye este volumen.

10. IMPLICACION Y DIRECTIVA IMPLICADA

La implicación es una forma lingüístico- psicológica básica que nos provee de un modelo más claro de la dinámica de la sugestión indirecta. La mayoría de los psicoterapeutas están de acuerdo en que lo importante no es lo que el terapeuta dice sino lo que el paciente oye. Esto es, las palabras del terapeuta funcionan únicamente como estímulos que ponen en marcha muchas series personales de asociación que están en el paciente. Son estas series personales de asociación que están en el paciente las que funcionan en realidad como un vehículo de la mayor importancia para el proceso terapéutico. Este proceso puede ser interrumpido cuando algunas observaciones inocentes del terapeuta tienen para el paciente implicaciones poco afortunadas, pero el proceso puede ser en gran medida facilitado cuando las palabras del terapeuta acarrear implicaciones que evocan potenciales latentes dentro del paciente.

Una gran parte de la comunicación, tanto en la vida cotidiana como en la terapia, se lleva a cabo por medio de la implicación, de una manera que, para la mayoría, no es algo planeado conscientemente o que, incluso, no es reconocida por los que

participan en ella. Tenemos testimonio de esto en la vida cotidiana cuando una ama de casa, por ejemplo, golpea las ollas un poco más fuerte que lo habitual cuando está disgustada con su esposo, pero puede canturrear sola suavemente cuando se siente a gusto con él. Ella posiblemente no reconozca lo que está haciendo y a su esposo no siempre le es posible conocer en forma completa cómo es que está captando el mensaje, pero él lo siente en algún nivel. El lenguaje y los gestos del cuerpo (Birdwhistell, 1952, 1971; Scheffen, 1974) son modos no verbales de comunicación que normalmente funcionan vía implicaciones. En tal implicación el mensaje no se afirma directamente sino que se evoca con el progreso de la búsqueda y la inferencia interna. Esta búsqueda interna compromete los propios procesos inconscientes del paciente de modo que la respuesta que emerge es tanto una función del paciente como lo es del terapeuta. Como todas las otras formas indirectas de sugestión, nuestro uso psicológico de la implicación evoca y facilita idealmente los propios procesos de creatividad del paciente.

En el más simple de todos los niveles, toda implicación está formada, verbalmente, por la frase *si ... entonces*.

Si se sienta entonces puede entrar en trance.

Ahora, *si* descruza las piernas y pone las manos confortablemente sobre su regazo, *entonces* estará listo para entrar en trance.

Los pacientes que siguen tales sugerencias *sentándose, descruzando las piernas y poniendo las manos confortablemente sobre su regazo* realmente, están también aceptando, quizá sin darse completa cuenta de esta realidad, la implicación de que van a entrar en trance.

¿Cuál es el valor de tal implicación? Idealmente, tales implicaciones evitan a la conciencia y evocan automáticamente los procesos inconscientes deseados que facilitarán la inducción al trance por un camino que la mente consciente no puede hacer que esto suceda. De este modo, si le ordenamos a un paciente ingenuo directamente: **“Siéntese y entre en trance”**¹, él o ella pueden sí sentarse, pero protestando a la vez en forma civilizada “Pero nunca entré en trance y temo que no voy a saber cómo se hace”. Desde el momento en que la esencia de la sugestión *hipnótica* es que las respuestas son acarreadas hacia afuera en un nivel autónomo o inconsciente, normalmente, es fútil esperar que la mente consciente las saque vía sugestión directa. Cuando las sugerencias directas son útiles, implican

normalmente una preparación para el trabajo hipnótico, en el mismo sentido que cepillarse los dientes y echarse en la cama son actos conscientes preparatorios que establecen un escenario estable para irse a dormir, lo que es después mediatizado por procesos inconscientes. Con la implicación y todas las otras formas indirectas de sugestión, presuponemos que hacemos algo más: un esfuerzo para evocar y facilitar los procesos inconscientes reales y activos que crearán la respuesta deseada.

Cuando reflexionamos sobre el proceso de implicación, vamos viendo gradualmente que todo lo que decimos tiene implicaciones. Aun la conversación más general puede analizarse como si se tratara de un material para estudiar la implicación - cómo las palabras de que habla pueden evocar toda suerte de asociaciones en el oyente -. Tanto en la vida cotidiana como también en la hipnoterapia se da con frecuencia que las *implicaciones son más potentes como sugestiones* que lo que se está diciendo directamente. En una conversación pública, los participantes están frecuentemente inhibidos y responden con asociaciones que no son más que clichés. En una interacción más personal, como lo es la hipnoterapia, los participantes tienen la licencia de responder con asociaciones más íntimas o idiosincráticas. En tales interacciones personales, a veces nos *sorprendemos* de las asociaciones y sentimientos que experimentamos. Cuando nuestra mente consciente se sorprende de esta manera, la terapia ha tenido éxito en facilitar una expresión de nuestra individualidad que previamente no veíamos. Podríamos decir que han sido liberados los potenciales o que se han sintetizado nuevas dimensiones de la intuición psicológica y de la conciencia.

Los siguientes son ejemplos del uso de la implicación para la profundización del hecho de que los pacientes se involucren con sus propias realidades internas durante el trance:

Sus propios recuerdos, imágenes y sentimientos son ahora, en este estado, más importantes para usted.

Mientras que aparentemente se da una sugestión directa acerca de los recuerdos, las imágenes y los sentimientos, esta proposición acarrea además la importante implicación de que el estado de trance es diferente del estado de vigilia ordinario, y en este estado todas las demás cosas no son relevantes (ruidos externos, la hora, el contexto del consultorio, etc.)

Normalmente no vemos cuál es el momento en que nos quedamos dormidos y, a veces, ni siquiera vemos que nos dormimos.

¹ El lector notará que también esta sugestión, aún siendo aparentemente una sugestión directa, en realidad contiene una forma hipnótica indirecta: una sugestión contingente compuesta donde “y entre en trance” es contingente, esto es, depende del “Siéntese”. Para algunos sujetos particularmente aptos o experimentados, consiguientemente, esta frase podría facilitar una inducción eficaz.

Esta afirmación tiene obvias implicaciones que apuntan a una falta de visión mental o a una deficiencia de la mera aprehensión acerca de los aspectos significativos del trance, una deficiencia que puede despotenciar aún más los limitativos aparatos de conciencia. Esta implicación es enfatizada en el siguiente monólogo, que estructura un modelo de referencia en el que se puede facilitar la conducta automática e inconsciente.

Ahora, usted sabe, usted hace muchas cosas a lo largo del día sin verlas. Su corazón palpita todo el tiempo sin ninguna ayuda o dirección consciente por parte de usted. Justamente como respira sin ver que lo hace. E incluso cuando camina, sus piernas parecen moverse por sí mismas llevándolo a donde usted quiere ir. Y sus manos hacen la mayor parte de las cosas que usted quiere que hagan, sin que tenga que decirles, “Ahora, manos hagan esto; ahora, manos, hagan aquello”. Sus manos trabajan automáticamente para usted, y normalmente, no tiene que prestarles atención. Aún cuando habla lo hace automáticamente, no tiene que ver conscientemente cómo pronunciar cada palabra. Aunque no lo sepa puede hablar. Sabe cómo hacerlo automáticamente aún sin pensarlo. Además, cuando ve u oye algo o cuando siente algo, sus sentidos trabajan automáticamente, sin tener que estar consciente respecto de ellos. Trabajan por sí mismos y no tiene que prestarles atención. Se cuidan solos, sin que usted tenga que molestarse por ellos.

10 A. LA DIRECTIVA IMPLICADA

Una forma especial de implicación, estrechamente asociada con las sugerencias

de contingencia, es la que hemos llamado *directiva implicada* (Erickson y Rossi, 1976). La directiva implicada es una forma indirecta de sugestión que se da en el uso común, en la hipnosis clínica (Cheek y Le Cron, 1968) aún cuando no ha recibido un análisis psicológico detallado. Como las otras formas indirectas de sugestión, su uso ha evolucionado a partir del reconocimiento de su valor en la vida cotidiana. La directiva implicada tiene tres partes que pueden reconocerse:

1. una introducción vinculante -en- el tiempo;
2. La sugestión implicada que tiene lugar en el interior del paciente;
3. una respuesta bajo la forma de conducta cuando ha sido cumplida la sugestión implicada

Así :

Tan pronto como

1. la introducción vinculante en-el tiempo

su inconsciente haya llegado a la fuente de ese problema,

2. la sugestión implicada que inicia una búsqueda inconsciente que tiene lugar en el paciente.

su dedo puede levantarse.

3. la respuesta bajo la forma de conducta que señala cuándo ha sido cumplida la sugestión implicada

Como puede verse a partir de esta ilustración, la directiva implicada es una forma indirecta de sugestión que inicia la búsqueda interna y los procesos inconscientes, y, después, nos permite conocer cuándo ha sido cumplida una respuesta terapéutica. Esto tiene un valor particular cuando necesitamos iniciar y facilitar un extenso proceso de exploración interna y cuando estamos tratando de desenmarañar la dinámica de la formación del síntoma.

Otras formas indirectas de sugestión que son particularmente útiles para iniciar

una búsqueda inconsciente en la hipnosis, son las directivas implicadas del tipo de las siguientes:

Cuando haya encontrado sensaciones de relajación y de confort, sus ojos se cerrarán totalmente por sí mismos.

En este ejemplo, el paciente, obviamente, hace en un nivel inconsciente una búsqueda que idealmente, iniciará respuestas parasimpáticas que pueden ser experimentadas con confort y relajación. Cerrar los ojos es una respuesta naturalmente asociada con este confort interno y sirve, entonces, como una señal ideal de que el proceso interno ha tenido lugar.

Como ese confort se profundiza, su mente consciente puede relajarse mientras su inconsciente revisa la naturaleza del problema. Y cuando un pensamiento relacionado con esto e interesante se dirija a su mente consciente, sus ojos se abrirán en la medida en que usted considere esto cuidadosamente.

Este ejemplo, construye sobre el primero e inicia otra búsqueda inconsciente en procura de una aproximación exploradora general al problema.

Como puede verse a partir de estos ejemplos, una búsqueda inconsciente inicia un proceso inconsciente que actúa en realidad resolviendo el problema que la mente consciente no podía manejar. Estos procesos inconscientes son la esencia de la creatividad y de la capacidad de resolver problemas en la vida cotidiana y también en la terapia. La hipnoterapia, en particular, depende de la utilización exitosa de tales procesos inconscientes para facilitar una respuesta terapéutica. Cheeck y Le Cron (1968) han dado extensas ilustraciones de cómo una serie de preguntas, en forma de directivas implicadas, puede ser usada para ambos propósitos: la exploración y la resolución de los síntomas.

11. VINCULOS Y DOBLE VINCULOS

Los vínculos y doble-vínculos psicológicos han sido explorados por un buen número de autores (Haley, 1963; Watzlawick et al., 1967, 1974; Erickson y Rossi, 1975) para su uso en situaciones terapéuticas. El concepto de “vínculos” parece tener un fascinante potencial que extiende nuestra investigación en procura de nuevos

approaches terapéuticos hacia el interior de las áreas de la lingüística, la lógica, la semántica, la epistemología y la filosofía de la ciencia. Desde el momento en que están a la vanguardia de los nuevos modelos de nuestra conciencia terapéutica, nuestra comprensión de ellos es, así, muy incompleta. No siempre estamos seguros de qué vínculos o doble vínculos son, y cómo podemos formularlos y usarlos mejor. La mayor parte de nuestro conocimiento acerca de ellos proviene de los estudios clínicos y de las formulaciones teóricas (Bateson, 1971), acompañados con muy poca investigación experimental controlada.

Por esta causa, usaremos los términos *vínculo y doble vínculo* únicamente en un sentido muy especial y limitado, para describir ciertas formas de sugestión que les ofrecen a los pacientes una oportunidad para dar respuestas terapéuticas. Un *vínculo* le ofrece al paciente una libertad, la de la elección consciente entre dos o más alternativas. Cualquiera sea la elección hecha, sin embargo, aún va a guiar al paciente en una dirección terapéutica. Un *doble vínculo*, que en esto contrasta con el primero, ofrece posibilidades de conducta que están fuera de la gama habitual de elección consciente del paciente y de su control voluntario. El doble vínculo hace que surja y se exteriorice sobre más de un nivel la posibilidad de la comunicación. En la vida cotidiana con mucha frecuencia decimos verbalmente una cosa, a la vez que hacemos comentarios extraverbales sobre esto. Podemos decir “Vamos al cine”. Pero esto podemos decirlo con innumerables variaciones de tono e intención, que pueden tener muchas implicaciones. Estas variaciones son todas ellas comentarios o *metacomunicaciones* sobre nuestro mensaje verbal primario, que era acerca de ir al cine. Como veremos en las siguientes secciones, los vínculos y los doble vínculos en un muy alto grado son función de quien está recibiendo el mensaje. Lo que es un vínculo o un doble vínculo para una persona puede no serlo para otra. Como en el caso de todas las otras formas indirectas de sugestión, los vínculos y los doble vínculos utilizan el repertorio único de asociaciones y de modelos de aprendizajes de largo alcance del paciente. La mayoría de los vínculos y de los doble-vínculos no pueden ser aplicados en una forma mecánica o repitiendo siempre los mismos pasos. Los terapeutas algo deben entender acerca de cómo están por ser recibidos sus mensajes, para hacer que sean eficaces.

11 A. VINCULOS MODELADOS SOBRE EVITAR-EVITAR Y APROXIMARSE-APROXIMARSE A LOS CONFLICTOS

Los vínculos psicológicos son situaciones de la vida en que experimentamos una

constricción en nuestra conducta. Es típico engancharse en situaciones que nos permiten únicamente alternativas de respuesta desagradables. Quedamos enganchados entre “el diablo y el alta mar”. De este modo experimentamos un *evitar-evitar el conflicto*; tenemos que hacer una elección aunque quisiéramos evitar todas las alternativas. En tales circunstancias normalmente elegimos el menor de los dos “males”.

Los vínculos psicológicos, además, pueden ser contruidos sobre el modelo de una *aproximación-aproximación al conflicto*. En este caso, uno está en el vínculo de tener para elegir únicamente uno dentro de un cierto número de cursos de acción deseables y de excluir todas las otras posibilidades deseables. En el habla común, “No podés tener tu torta y también comértela”.

Desde el momento en que todos nosotros hemos tenido innumerables experiencias de tales vínculos, el evitar-evitar los conflictos y el aproximarse-aproximarse a los conflictos, usualmente existen como procesos establecidos que gobiernan nuestra conducta. En la medida en que vamos estudiando a los pacientes, aprendemos a reconocer cómo algunos están más gobernados por el evitar-evitar los conflictos mientras que otros, quizá más afortunados (si bien esto no es necesariamente así), parecen estar haciendo perpetuos malabares con alternativas de aproximación-aproximación. El arte clínico de utilizar estos modelos de conflicto está para reconocer cuál tendencia es dominante en un paciente en particular y para, entonces, estructurar vínculos que ofrecen únicamente alternativas de respuesta terapéuticas. Cuando no sabemos cuál tendencia es más predominante, podemos ofrecer vínculos generales que sean aplicables a cada una de ellas, cualquiera que sea; vínculos, tales como los siguientes:

¿Usted querría entrar en trance ahora o dentro de un rato?

¿Querría entrar en trance sentado o acostado?

¿Querría entrar en un trance ligero, medio o profundo?

El paciente tiene una elección libre, consciente, en cuanto a su respuesta a cada una de las alternativas ofrecidas arriba. Sin embargo, tan pronto como sea hecha la elección, el paciente está vinculado a entrar en trance. Como puede verse a partir de estos ejemplos, el formato de la pregunta está particularmente bien adaptado en procura de ofrecer vínculos. Al usarlo con el señalar ideomotor, podemos

con frecuencia formular una red asociativa de investigación estructurada, que puede desenmarañar rápidamente la dinámica de un problema y resolverlo. Check y Le Cron (1968) han sido los pioneros en estas líneas de investigación estructurada; investigación que va en procura de muchas condiciones psicológicas y psicósomáticas.

Un ejemplo terapéutico de un vínculo evitar - evitar para resolver un síntoma de insomnio fue el caso de un meticuloso caballero, un hombre de edad, que se enorgullecía de hacer toda su parte en los trabajos de la casa -con excepción de uno: odiaba encerar pisos-. Después de una primera evaluación de su personalidad, el mayor de los autores le dijo a este caballero que había una solución obvia para el problema del insomnio, pero que “podía no gustarle”. El caballero insistió educadamente en que haría lo que fuera necesario para poder dormir. El mayor de los autores continuó excusándose permitiendo, a la vez, que el caballero fuera más lejos en sus promesas, dando un buen número de ejemplos de cuán persistente era en el tratamiento de problemas dificultosos una vez que tenía la determinación de hacerlo. Él insistió en que su “palabra era su vínculo” y en que era para él usual tratar con asuntos desagradables. Esto confirmó claramente este hombre, de un carácter admirable por cierto, que estaba bien práctico en trabajar a través del evitar-evitar los conflictos. Su determinación para enfrentar tales conflictos fue utilizada en la estructuración de vínculos terapéuticos de evitar-evitar. Se le dijo que si no estaba dormido a los quince minutos de ir a la cama, tenía que levantarse y encerar los pisos hasta que sintiera que podría dormirse. Si, todavía, no estaba dormido en quince minutos, tendría que levantarse de nuevo y continuar así este procedimiento hasta estar dormido. Unos días después el caballero refirió que había encerado los pisos muy bien y que había dormido especialmente bien.

Podemos llamar a esta situación un *vínculo* terapéutico de evitar-evitar, dado que se le presentaron al caballero alternativas negativas sobre las que tuvo que hacer una elección consciente, voluntaria. Podía elegir entre las alternativas negativas del insomnio y de encerar los pisos. Sin embargo, en la medida que estudiemos este ejemplo un poco más, comienza a revelar algunos aspectos del *doblo vínculo*.

Podríamos conceptualizar la estructura caractereológica de este “caballero”, la que posibilitaba *persistir al enfrentar las dificultades*, como también que su “*palabra era su vínculo*” como metaniveles que lo vincularon automáticamente a su tarea terapéutica. Estos metaniveles de su carácter fueron utilizados de una manera que estaba fuera de su gama normal de elección y de control consciente.

Este ejemplo ilustra las dificultades que encierra una exacta formulación o comprensión de la operación del vínculo y del doble-vínculo en la práctica clínica actual. En general, no obstante, podemos decir que cuanto más implicamos las asociaciones y los modelos de respuesta aprendidos propios del paciente, más se predisponen ellos para experimentar un vínculo, doble-vínculo o triple-vínculo como un agente eficaz en el cambio de conducta, que es experimentado como teniendo lugar en un nivel autónomo (inconsciente, hipnótico).

11 B. EL DOBLE-VINCULO CONSCIENTE-INCONSCIENTE

Algunos de los doble-vínculos más fascinantes y útiles son aquellos que dividen y hacen transacciones en la zona cercana a la interfase entre los procesos conscientes e inconscientes (Erickson, 1964; Erickson y Rossi, 1975). Todos estos doble vínculos descansan sobre el hecho de que, mientras no podemos controlar nuestro inconsciente, sí podemos recibir conscientemente un mensaje que puede iniciar procesos inconscientes. El doble-vínculo consciente-inconsciente está diseñado para pasar por alto las limitaciones de nuestra comprensión y de nuestras habilidades conscientes de modo que la conducta pueda ser mediada por los potenciales escondidos que existen en un nivel más autónomo o inconsciente. Una respuesta para lo que sigue, por ejemplo, requiere que el paciente experimente un foco y una búsqueda interna que inicie procesos inconscientes por caminos que están normalmente muy lejos del control consciente.

Si su inconsciente quiere que usted entre en trance, su mano derecha se elevará totalmente por sí misma. De otro modo, se elevará su mano izquierda.

Si uno capta una respuesta “sí” (mano derecha) o “no” (mano izquierda) para esta sugestión, habrá comenzado a inducir al trance, desde el momento en que una respuesta verdaderamente automática (elevar cualquiera de las dos manos) implica que existe un trance. Si el paciente simplemente sigue sentado y quieto y no se hace evidente ninguna respuesta a través de sus manos después de algunos minutos, el terapeuta puede introducir un doble vínculo más desarrollado, con la siguiente adición.

Desde el momento que usted se quedó sentado y quieto y todavía no hay respuesta alguna a través de sus manos, puede preguntarse si su incons-

ciente preferiría no hacer absolutamente ningún esfuerzo mientras usted entra en trance. Puede ser más cómodo no tener que moverse o que hablar, o ambos, tratando de mantener sus ojos abiertos.

En este punto pueden cerrarse los ojos del paciente y llegar a ser manifiesto el trance. Los ojos pueden permanecer abiertos, con una pasiva mirada fija, y habrá a continuación una inmovilidad del cuerpo, que sugiere el desarrollo del trance. Si el paciente está experimentando alguna dificultad, por otra parte, habrá un incómodo cambio permanente de la postura del cuerpo, movimientos faciales y, finalmente, alguna conversación acerca del problema.

El doble-vínculo consciente-inconsciente, asociado con preguntas, implicaciones, no saber-no actuar y señalar ideomotor es, por consiguiente, un excelente medio de iniciar el trance y explorar los modelos de respuesta del paciente.

En la terapia, el doble-vínculo consciente-inconsciente, tiene innumerables usos, basados todos en su habilidad para movilizar procesos inconscientes. El uso de la *negativa* tal como fue descripta antes, es verdaderamente muy útil aquí.

No tiene que escucharme, porque su inconsciente está acá y puede oír lo que necesite para responder en forma correcta y justa.

Y realmente no importa lo que su mente consciente haga, porque su inconsciente puede encontrar los medios correctos para contender con ese dolor (o lo que sea).

Usted dijo que no sabe cómo resolver ese problema. Está inseguro y confuso. Su mente consciente realmente no sabe qué hacer. Pero al mismo tiempo, nosotros sabemos que el inconsciente sí tiene acceso a muchos recuerdos, imágenes y experiencias que él puede hacer que sean de valor para usted, por caminos que pueden ser bastante sorprendentes, y en procura de la solución de ese problema. Usted no sabe cuáles son todas sus posibilidades, todavía. Su inconsciente puede trabajar en ellas, totalmente por sí mismo. ¿Y cómo sabrá cuándo ha sido resuelto? ¿La solución vendrá en un sueño que usted se acordará o se olvidará del sueño pero se encontrará con que el problema va gradualmente resolviéndose a sí mismo, por un camino que su mente consciente no puede comprender? ¿La solución llegará rápido, cuando esté bien despierto, o en un sereno momento de reflexión o de ensueño

diurno? ¿Estará en el trabajo o en un momento de distracción, comprando o manejando su auto, cuando, por fin, llegue a realizarla? Usted realmente no lo sabe, pero ciertamente puede estar feliz cuando la solución llegue.

En estos ejemplos puede verse cómo el doble-vínculo consciente-inconsciente, asociado con preguntas y con sugerencias de límites abiertos, puede facilitar las respuestas que más sigan y se adecuen a la individualidad del paciente. Los casos más importantes de este volumen, todos ilustran cómo esta forma de doble-vínculo puede ser aplicada a una gran variedad de problemas y de soluciones. En todas estas situaciones nosotros estamos despotenciando el consciente del paciente, los modelos habituales y, presumiblemente más limitados, en favor de los procesos y potenciales inconscientes. Si quisiéramos identificar estos procesos inconscientes con la actividad del hemisferio cerebral no-dominante (normalmente el derecho - Galin, 1974; Hoppe, 1977-) y los procesos racionales y de auto-dirección conscientes con el hemisferio cerebral dominante (normalmente el izquierdo), podríamos decir que el doble vínculo consciente-inconsciente tiende a despotenciar las limitaciones del hemisferio dominante y que, con esto, posiblemente facilita los potenciales del no dominante. Particularmente, éste es el caso del doble-vínculo de doble-disociación, al que ahora dirigiremos nuestra atención.

11 C. EL DOBLE-VINCULO DE DOBLE DISOCIACION

Tradicionalmente, el concepto de disociación ha sido usado como una explicación de la hipnosis. La conducta hipnótica o autónoma tiene lugar fuera de la gama de conciencia inmediata del paciente y está por esto disociada de la mente consciente. El mayor de los autores ha desarrollado muchos medios sutiles e indirectos para facilitar disociaciones que parecen utilizar muchos caminos de conducta completamente normales pero alternados, que conducen al mismo fin. “Todos los caminos conducen a Roma” es un cliché que expresa la intensa obviedad y, por esto, la utilidad de este approach. Precisamente a causa de que los caminos alternados para la misma respuesta son muy obviamente ciertos y respetuosos de la individualidad del paciente, las sugerencias que los utilizan son verdaderamente muy aceptables.

El doble-vínculo de doble-disociación fue descubierto por los autores (Erickson, Rossi y Rossi, 1976) cuando analizamos lo siguiente:

Puede despertarse como persona, pero no es necesario que despierte como cuerpo.

(Pausa)

Puede despertarse cuando su cuerpo se despierte pero sin reconocer su cuerpo.

En la primera mitad de esta sugestión, despertar como persona está disociado de despertar como cuerpo. En la segunda mitad, despertar como persona y como cuerpo están disociados del reconocer. Las sugerencias que incorporan tales disociaciones facilitan la conducta hipnótica a la vez que, además, exploran las habilidades de respuesta, únicas, de cada individuo. El doble-vínculo de doble-disociación tiende a confundir la mente consciente del paciente y, por consiguiente, a despotenciar sus aparatos, propensiones y prejuicios, y limitaciones aprendidas habituales. Esto establece un escenario estable para búsquedas y procesos inconscientes que pueden mediar la conducta creativa. Los siguientes ejemplos sugieren el rango de su aplicación.

*** Usted puede soñar que está despierto aunque esté en trance.**

(Pausa)

O puede actuar como si estuviera en trance aun cuando esté despierto.

***Puede encontrarse con su mano elevándose, sin saber adónde está yendo.**

(Pausa)

O puede tener la sensación de adónde está yendo aunque en realidad no esté dirigiéndola.

***Puede hacer un dibujo abstracto sin saber qué es.**

(Pausa)

Después puede encontrar en él algún significado aunque no *parezca* algo

relacionado a usted, personalmente.

***Puede hablar en trance aunque no siempre reconozca el significado de sus palabras.**

(Pausa)

O puede permanecer en silencio, al mismo tiempo que su cabeza se mueve muy lentamente como diciendo “sí” o se sacude como diciendo «no», totalmente por sí misma, en respuesta a mis preguntas.

Como puede verse a partir de estos ejemplos, el doble-vínculo de doble-disociación es, frecuentemente, un potpourri de toda suerte de formas indirectas de sugestión: implicaciones, contingencias, negativas, sugestiones de límites abiertos, cubrir aparentemente todas las posibilidades de una clase de respuestas, no saber actuar, etc. El denominador común de ellas es la facilitación de disociaciones que tienden a despotenciar los aparatos conscientes habituales de un paciente de modo que puedan ser expresados niveles de respuesta más involuntarios. Los autores (Erickson, Rossi y Rossi, 1976), han discutido cómo esta forma de doble-vínculo puede ser relacionada a los conceptos neuropsicológicos formulados por Luria (1973).

Un estudio y una evaluación detallados de la respuesta del paciente a doble-vínculos de doble-disociación cuidadosamente formulados, pueden ser de gran utilidad en la planificación de trabajos hipnóticos más desarrollados. Considere lo que sigue, que puede proveer tanto una iniciación en el entrenamiento para el somnambulismo, como, al menos, una validación del trance.

*** Ahora, en un momento, sus ojos se abrirán, pero no es necesario que se despierte.**

(Pausa)

O puede despertarse cuando sus ojos se abran, pero sin recordar lo que sucedió cuando estaban cerrados.

Este doble-vínculo de doble-disociación tiene una definida marca que indica que la sugestión ha sido recibida y está siendo puesta en acto: los ojos que se

abren. Cuando los ojos se abren, el terapeuta nota si (1), hay un simultáneo movimiento del cuerpo, que indique que el paciente está despertando o si (2) el paciente permanece inmóvil, indicando que el trance continúa. El terapeuta puede evaluar esta condición preguntando y después requiriendo una respuesta ideomotora de modo que el inconsciente del paciente pueda validar firmemente que el trance aún está presente (por ejemplo, si usted todavía está en trance, su dedo puede elevarse como diciendo “sí”, su cabeza puede moverse suavemente como diciendo “sí”, etc.) Una respuesta ideo-motora afirmativa, que indica que el paciente continúa experimentando el trance aún con sus ojos abiertos, es una fuerte indicación de que ha entrado en los primeros estadios del entrenamiento para el somnambulismo: los pacientes, en este estado, pueden en general actuar como si estuvieran despiertos, aunque a continuación sigan las sugerencias como si estuvieran en un trance profundo. El terapeuta, entonces, continúa este entrenamiento para el somnambulismo ofreciendo más sugerencias para profundizar su involucramiento y extender el rango de capacidad de respuesta hipnótica de ellos (hablar y escribir automáticos, alucinaciones visuales y auditivas, etc.)

Si, por otra parte, tales pacientes se mueven y hablan como si estuvieran perfectamente despiertos cuando sus ojos están abiertos, ellos aparentemente actúan sobre la segunda alternativa y nosotros evaluaríamos la validez del trance determinando la presencia de una amnesia para los eventos del trance. Pero, ¿qué pasa si un paciente se despierta y no hay amnesia?. ¿Significa esto que no se experimentó el trance?. Posiblemente. Más verosíblemente, sin embargo, tales pacientes recordarán únicamente una o dos cosas de una significación particular para ellos durante el trance; una significación tal que atrajeron su atención consciente y así fueron recordados fácilmente después del trance. Tenderá a haber una amnesia para muchos otros eventos del trance; no obstante, otra posibilidad es que la amnesia pueda ser una respuesta particularmente dificultosa para tales pacientes. Ellos pueden haber experimentado un trance genuino, pero por alguna razón no pueden experimentar la respuesta de amnesia. Para evaluar esta posibilidad, el terapeuta reintroduce al trance y luego, después de otro doble vínculo de doble-disociación, usa otra modalidad como indicación del trance. En lo que sigue, por ejemplo, es usado como indicación del trance, en lugar de la amnesia, el movimiento del cuerpo (o una respuesta verbal inhibitoria).

Ahora, en un momento, sus ojos se abrirán, pero no es necesario que se despierte.

O puede despertarse cuando sus ojos se abran, pero no sentirá probablemente que se muevan sus brazos durante algunos minutos (o probablemente no sentirá que habla durante algunos minutos).

Los pacientes que aceptan la segunda alternativa y se despiertan pueden validar el trance no moviendo sus brazos (o no hablando) durante algunos minutos. Es ver bien las cosas ofrecer los indicadores del trance de esta permisiva manera: (“**Probablemente no sentirá** que mueve sus brazos”), antes que un desafío (“**No podrá** mover sus brazos”), a causa de que el desafío, con frecuencia, es tomado como una afrenta por nuestra conciencia moderna que toma tal desmesura en su aparente independencia y poder.

12. NIVELES MÚLTIPLES DE SIGNIFICACION Y DE COMUNICACION: LA EVOLUCION DE LA CONCIENCIA EN CHISTES, JUEGO DE PALABRAS, METAFORAS Y SIMBOLOS.

Nuestro paradigma de cinco-estadios de la dinámica de la inducción al trance y de la utilización del trance (Figura 1) ilustra algunos de los procesos esenciales en cuanto a lo que podemos llamar «niveles múltiples de significación y de comunicación» (Erickson y Rossi, 1976). La mayor parte de las imágenes literarias son, en realidad, medios de iniciar búsquedas y procesos inconscientes para evocar múltiples niveles de significación. Este es uno de los aspectos más interesantes y significativos de la economía dinámica mental y de la evolución de la conciencia. Freud ha discutido el significado antitético de palabras primales (Freud, 1910) y de la relación que va de los chistes y los juegos de palabras al inconsciente (Freud, 1905). Los chistes son de especial valor en nuestra approach porque ellos ayudan a los pacientes a quebrar los obstáculos que surgen a través de sus demasiado limitados aparatos mentales y, por consiguiente, inician búsquedas inconscientes que van en procura de otros -y quizá nuevos- niveles de significación. Jung ha discutido el concepto del *símbolo* no como un simple signo de una cosa por otra, sino, antes que esto, como la mejor representación de una cosa que todavía está en el proceso de llegar a ser consciente (Jung, 1956). El factor significativo en todas estas concepciones es la idea de la *evolución de la conciencia*. Si los pacientes tienen problemas a causa de limitaciones aprendidas, entonces es claro que pueden ser iniciados procesos terapéuticos ayudándolos a desarrollar potenciales de conducta y nuevos modelos de conciencia que sobrepasen esas limitaciones.

Desde este punto de vista podemos entender cómo la metáfora y la analogía pueden ser algo más que imágenes artísticas: pueden evocar nuevos modelos y nuevas dimensiones de conciencia. La verdadera derivación de la palabra *metáfora* (*meta*, “más allá”. *phérein*, “llevar”) sugiere cómo un nuevo significado desarrollado con el inconsciente y en su interior, puede ser llevado más allá de la conciencia por medio de la metáfora. La definición tradicional de la metáfora es que es una palabra o frase que literalmente denota una cosa, pero, por analogía, sugiere otra (por ejemplo, el barco *aró* el mar; *explosión* de juramentos). En nuestro uso psicológico, imágenes tradicionalmente literarias tales como la metáfora, la analogía y el símil, son entendidos como medios de facilitar el desarrollo de una intuición psicológica o de una nueva conciencia en la transacción terapéutica. Ellos son, esencialmente, estímulos que inician búsquedas y procesos inconscientes que conducen a la creación de nuevos significados y dimensiones de conciencia. Recientemente, Jaynes (1976) ha integrado una amplia gama de datos provenientes de los campos de la psicología, la lingüística, la neuropsicología y la antropología, los que afirmaron la hipótesis de que la metáfora y la analogía generan nuevos niveles de conciencia.

El mayor de los autores ha sido pionero en el uso de tales approaches para facilitar procesos terapéuticos en hipnoterapia. Su gradual desarrollo de la approach del esparcir ha sido el factor más significativo en su aprendizaje: tanto en aprender a cultivar múltiples niveles de significación y de comunicación como también en lo que se refiere a intensificar la evolución de la conciencia. Se evidencian aquí procesos determinísticos tanto como procesos no-determinísticos. En muchos de los casos que incluye este libro, el mayor de los autores usa estos approaches para facilitar la aprehensión de cierta dinámica que él siente que está en el corazón de los problemas del paciente. Él usa múltiples niveles de comunicación de una forma altamente determinística para ayudarlo al paciente a reconocer cierta dinámica definida. En la mayoría de estos casos, sin embargo, los pacientes aprenden además, cosas enteramente nuevas que ni ellos ni el mayor de los autores podrían haber predicho. Es el aspecto no-determinístico de estos approaches el más excitante en lo que respecta a facilitar la evolución de la conciencia. Jung ha formulado estas dinámicas en lo que llama la *función trascendente*: la integración de contenidos conscientes e inconscientes de una manera que facilite la evolución de nuevos niveles de aprehensión (Jung, 1960). Suponemos que muchos de los approaches prácticos ilustrados con los casos, en este volumen, son en realidad medios de facilitar la evolución de tales nuevos modelos de conciencia.

EJERCICIOS

1. En una oportunidad anterior hemos presentado un buen número de ejercicios para facilitar la adquisición de cierta destreza técnica con la mayor parte de las formas indirectas de sugestión discutidas en este capítulo (Erickson, Rossi y Rossi, 1976). Tan multifacéticas son las posibilidades de los *approaches* indirectos, no obstante, que uno puede sentirse abrumado hasta tal punto que ni intenta un comienzo sistemático de la puesta en práctica de su uso. Por esta causa, nosotros sugerimos con fuerza que el lector aprenda a usar una sola por vez. El ***approach de la esparción*** junto con todas las formas de ***preguntas y verdades superlativas***, por ejemplo, pueden ser utilizadas en una entrevista terapéutica aún sin la inducción formal del trance. Es altamente instructivo simplemente observar el desarrollo de una ***serie sí***, cuando estos *approaches* son usados con el vocabulario y los modelos de referencia propios del paciente. En este nivel, nuestro *approach* puede aparecer similar al *approach* no-directivo y centrado en el cliente de Rogers (1951).

2. Aun sin la inducción formal al trance, uno puede explorar la efectividad del ***proceso ideo-dinámico***, bajo la forma de ***límites abiertos***, con el paciente, simplemente manteniendo una actitud de ***expectativa*** en torno de lo que pueda ser experimentado. Es instructivo notar cómo después de un período que va de cinco a veinte minutos de tales ejercicios, con los ojos cerrados, la mayoría de los sujetos se estirarán, bostezarán y se re-orientarán hacia sus cuerpos cuando abran los ojos, al finalizar el trabajo interno - como si hubieran estado dormidos o en trance. Acaso lo estuvieran (Erickson, 1964). Realmente no tenemos un criterio independiente para estimar si lo estuvieron o no.

3. El próximo estadio de competencia probablemente implique el uso planificado de las distintas variedades de ***sugestiones compuestas***. El terapeuta necesita tiempo y paciencia para describir cuidadosamente y cronológicamente antes, modelos de ***sugestiones de contingencia*** y de ***redes de asociación***. El uso del ***shock***, de la ***sorpresa*** y de los ***momentos creativos*** puede implicar un cuidadoso estudio y análisis retrospectivo de cómo operan espontáneamente en la vida cotidiana estos fenómenos.

4. El uso de implicaciones puede ser facilitado con un cuidadoso estudio de las grabaciones de las propias sesiones de terapia. ¿Cuáles son las implicaciones conscientes e inconscientes de las cosas que hacen notar ambos: el terapeuta y el paciente? Después de estudiar esto un tiempo uno gradualmente desarrolla más de

una conciencia de las implicaciones de las palabras en la forma y en el momento justo en que se las expresa. Uno está bien ubicado, entonces, como para comenzar a usar planificadamente las implicaciones, como un approach terapéutico. Los *niveles múltiples de significación* vía *chistes, juegos de palabras y metáforas*, se vuelven ahora válidos para ser utilizados con más soltura.

5. Los vínculos y los doble-vínculos discutidos en este capítulo, es plausible aprenderlos sin dificultades por su simpleza, y ellos proveen una gama casi infinita de posibilidades para explorar la psicodinámica y facilitar la capacidad de respuesta hipnótica. El terapeuta que recién comienza a interesarse en esta área, puede dispensar muchas y agradables horas a la formulación de *doble-vínculos conscientes-inconscientes* y *doble-vínculos de doble disociación* plausibles que aparentemente *cubren todas las posibilidades de respuesta*, justamente como otros pueden dispensarles su tiempo a las palabras cruzadas. Hacerse tests a uno mismo exteriormente a la práctica clínica, es un procedimiento que está a salvo de fallas, desde el momento en que, en el peor de los casos, el paciente probablemente lo ignorará y no sucederá absolutamente nada. Otras formas del doble-vínculo discutidas por Watzlawick et al. (1967), Haley (1963, 1973) y los autores (Erickson y Rossi, 1975) llegaron en este momento hasta el más joven de los autores únicamente por una feliz casualidad. Nosotros estamos aquí a la vanguardia de nuestra comprensión de la comprensión. Es verdaderamente muy necesario que se publiquen tanto estudios experimentales controlados como también ejemplos clínicos interesantes.

6. Las formas indirectas de sugestión pueden hacer su contribución al corriente e intrigante debate acerca de la escritura de un programa de computación para hacer psicoterapia (Weizenbaum, 1976; Nichols, 1978). Los lectores que cuenten con la experiencia apropiada, podrían explorar la posibilidad de que una computadora programada con estas formas hipnóticas pudiera generar nuevas combinaciones de sugestiones que únicamente sigan y sean adecuadas para complejos de síntomas, problemas de personalidad y estados alterados de conciencia específicos.

CAPITULO 3

EL APPROACH DE LA UTILIZACION: INDUCCION AL TRANCE Y SUGESTION

El mayor de los autores (Erickson, 1958, 1959) ha hecho una distinción entre los “procedimientos ritualistas formalizados de inducción al trance”, donde el mismo método es aplicado mecánicamente a cada uno de los sujetos y el “*approach naturalístico*”, en donde para facilitar el trance son *utilizados* la personalidad -que es única- y la conducta del paciente. En este *approach* de la utilización *se fija la atención* del paciente sobre algún aspecto importante de su propia personalidad y de su propia conducta, de una manera que le lleve al foco interno que nosotros definimos como trance terapéutico. Los aparatos conscientes habituales del paciente son despotenciados en mayor o menor grado y son iniciados búsquedas y procesos inconscientes para facilitar una respuesta terapéutica. En este capítulo ilustraremos este *approach* de la utilización dirigido a la inducción al trance y a su sugestión, con una amplia variedad de ejemplos que provienen de la práctica clínica. Analizaremos algunos de los *approaches* típicos dirigidos a preparar a los pacientes para la experiencia del trance, paralelamente a la inducción y a la ratificación real del trance. En estos ejemplos haremos foco sobre cómo una interacción del *approach de la utilización* y de las *formas indirectas de sugestión* puede facilitar una salida terapéutica en virtualmente cualquier situación en la que se encuentren el terapeuta y el paciente.

1. ACEPTAR Y UTILIZAR LA CONDUCTA MANIFIESTA DE LOS PACIENTES

El paso inicial en el *approach* de la utilización, así como en la mayoría de las otras formas de psicoterapia, es aceptar la conducta manifiesta de los pacientes y reconocer sus modelos de referencia personales. Esta apertura y aceptación respecto de los mundos de los pacientes, facilitan una apertura y aceptación correspondientes, respecto del terapeuta, por parte de los pacientes. Los siguientes ejemplos, tomados de grabaciones publicadas y no publicadas del mayor de los autores (Erickson, 1958, 1959), ilustran cómo puede desarrollarse el *rapport* y conducir éste a una experiencia de trance terapéutico.

El desarrollo de un estado de trance es un fenómeno intrapsíquico, dependiente

de procesos internos, y la actividad del hipnotista sirve únicamente para crear una situación favorable. Como una analogía: el incubador suple un entorno favorable para la incubación de huevos, pero la incubación real deriva del desarrollo de los procesos vitales contenidos en el huevo.

En la inducción al trance, el hipnotista sin experiencia con frecuencia intenta dirigir o torcer la conducta del sujeto para adaptarla a su concepción de cómo “tendría” que conducirse el sujeto. Debe haber una constante minimización del rol del hipnotista y una constante amplificación del rol del sujeto. Puede citarse el ejemplo de un sujeto voluntario, usado posteriormente para enseñar hipnosis a estudiantes de medicina. Después de una discusión general acerca de la hipnosis, ella expresó su voluntad de entrar inmediatamente en un trance. Fue ofrecida la sugestión de que ella seleccione la silla y la posición que sintiera que sería confortable. Cuando se sentó donde le satisfizo, ella comentó que tenía ganas de fumar un cigarrillo. Se le dio uno de inmediato y ella procedió a fumarlo con pereza, observando meditabundamente el humo en su tendencia ascendente. Fueron ofrecidos comentarios casuales, propios de la conversación, acerca del placer de fumar, del placer de mirar el humo que se ensortija, del sentimiento de comodidad que hay en llevar el cigarrillo a la boca, de la sensación interna de satisfacción que se da al devenir íntegramente absorto pura y exclusivamente en el fumar y sin necesitar prestar atención a ninguna de las cosas externas. En pocas palabras, se hicieron comentarios casuales acerca de la inhalación y de la exhalación, adecuadas estas palabras a tiempo con su respiración real. También hubo otros comentarios acerca de la comodidad con la que podía llevarse el cigarrillo a la boca. en dirección ascendente, y después bajar su mano en dirección al brazo del sillón. Estos comentarios también fueron hechos a tiempo para que coincidan con su conducta real. Pronto, las palabras “inhalar”, “exhalar”, “en dirección ascendente” y “en dirección descendente”, adquirieron un valor condicionante que ella no vio a causa de la naturaleza aparentemente conversacional de las sugestiones. En forma similar se ofrecieron sugestiones en las que las palabras “dormir”, “soñolienta” y “durmiendo” iban a tiempo con la conducta de los párpados de ella.

Antes de finalizar el cigarrillo, ella ya había desarrollado un trance ligero. Después se le hizo la sugestión de que podía continuar disfrutando del fumar en la medida que ella se durmiera más y más profundamente; que del cigarrillo ya se ocuparía el hipnotista mientras ella se absorbía a sí misma en forma más y más completa, en un sueño profundo; que cuando estuviera durmiendo continuaría experimentando los sentimientos que le satisfacían y las sensaciones del fumar. El

resultado de esto fue un satisfactorio trance profundo y se le dio un amplio entrenamiento para enseñarle a responder de acuerdo con su propio modelo de conducta inconsciente.

En este ejemplo, la preparación y la facilitación iniciales de un modelo de referencia óptimo ocurrió cuando el sujeto escuchó atentamente una discusión general acerca de la hipnosis. El mayor de los autores, como profesor, no podía ayudar mucho, pero sí usar el enfocar asociativo indirecto y el enfocar ideodinámico en su discurso general acerca de la hipnosis. Como dijimos en el capítulo anterior, todas las discusiones generales de este tipo inician automáticamente procesos ideodinámicos que pueden después servir como base para fundar la experiencia de trance.

El hecho de que este sujeto fuera un sujeto voluntario es una indicación de que esta preparación inicial fuera particularmente eficaz para ella. Una de las satisfacciones de trabajar con voluntarios de tales grupos es, precisamente, esta forma de autoreconocimiento de la predisposición para entrar en trance que uno tiene.

Su sorprendente deseo de fumar, tan pronto como se sentó para el trabajo de trance, pudo haber sido experimentado como un desconcertante signo de resistencia por un terapeuta menos experimentado. En efecto, cuando este mismo sujeto fue usado más tarde por los estudiantes, quienes no aceptaron sus ganas de fumar, no pudieron inducirla al trance. El mayor de los autores, aceptó inmediatamente su conducta -ésa es la diferencia-; incluso le dio el cigarrillo. Esto intensificó el rapport de ellos en la medida que ahora estaban los dos comprometidos y cooperando en el fumar de ella. Cuando ella procedió a fumar “con pereza, meditabundamente”, podemos apreciar cómo su conducta, aparentemente destructiva, de fumar, pudo haber sido un medio, determinado inconscientemente, de cooperar con el proceso hipnótico. Para este sujeto, el fumar conducía a un estado interno meditativo que se vincula perfectamente con la inducción al trance. El mayor de los autores reconoció y utilizó este estado de ánimo meditativo para facilitar el trance ***fijando aún más su atención*** en su fumar con “comentarios conversacionales casuales”. Esta conversación casual, por supuesto, lo proveyó al mayor de los autores con un contexto general en el que le es posible ***esparcir*** sugerencias acerca del “placer”, de la “comodidad”, de la “sensación interna de satisfacción” y de ***“llegar a estar completamente absorta”*** en el fumar ***“confortablemente sin necesidad de prestar atención ninguna de las cosas externas”***. Estas sugerencias esparcidas tendieron a ***despotenciar*** aún más su orientación de vigilia habitual. El pro-

ceso de *no saber y no actuar* que tiene lugar cuando no tenemos que prestar atención a las cosas externas, la condujeron a ella a una búsqueda inconsciente que fue en procura de alguna forma nueva de dirección y de orientación.

Esta nueva dirección fue provista por el mayor de los autores con su obvio interés en el fumar de ella. Después utilizó su conducta de fumar en procura de un proceso de condicionamiento inconsciente; el inhalar, exhalar, llevar el cigarrillo en dirección ascendente y descendente de la mano de ella quedaron condicionados a seguir la voz y las sugerencias de él. Este condicionamiento inconsciente fue un camino para asegurar y reforzar la capacidad de atención y respuesta de ella. Finalmente, el valor asociativo ideodinámico de palabras como “dormir” fueron, entonces, asociadas con la conducta real de los párpados de ella, que sugerían bastante el dormir (párpados que se cierran, que parpadean, etc.). Aunque ambos, el terapeuta y la paciente, reconozcan que trance terapéutico no es dormir, las palabras que evocan la idea de dormir tienden a evocar conductas asociativas (como el confort y el no - actuar) que tienden a facilitar el trance.

El proceso de rapport se fue intensificando más en la medida que él tomó el cigarrillo de ella y sugirió que ella “podía continuar disfrutando del fumar en la medida que se durmiera más y más profundamente”. El cumplimiento de un deseo alucinado de algo que ella obviamente disfrutaba, fue hecho contingente y dependiente del dormir “más y más profundamente”. Se le dio una expectativa de “sentimientos que la satisficían” continuos, en la medida que ella entrara más y más profundamente en trance. Esta sana utilización de su conducta de fumar, junto con muchas formas indirectas de sugestión que evocaron sus propios procesos asociativos, la llevaron, entonces, a una preparación más extensa en el trance.

Nuestro próximo ejemplo es una ilustración particularmente vívida de cómo un modelo de referencia sumamente intelectualizado, que primariamente presta atención a cosas externas, puede ser cambiado gradualmente en dirección a un foco interno, que es más compatible para el trance terapéutico.

Este paciente entró al consultorio decididamente, en una forma más bien demasiado enérgica y de golpe declaró que no sabía si era hipnotizable. Agregó que sólo tendría buena voluntad para entrar en trance sólo si esto era absolutamente posible y lo precavó al autor respecto de que su approach, en toda esta materia, sería en forma intelectual más que de una manera ritualística o mística. Declaró que él necesitaba la psicoterapia por una gran variedad de razones y que había

probado ya varias escuelas de psicoterapia, y en forma extensa, sin ningún beneficio. Había intentado la hipnosis en varias ocasiones y había fallado en forma lamentable a causa del «misticismo» y de la «falta de aprecio por el approach intelectual».

Las respuestas e informaciones recibidas revelaron que él sentía que un approach “inteligente” no significaba una sugestión de ideas, sino proponerle cuestiones concernientes a su propio pensar y sentir en relación a la realidad. El escritor -declaró- tendría que reconocer que él estaba sentado en un sillón, que el sillón estaba frente a un escritorio y que estos constituían hechos absolutos de la realidad. Como tales, no podrían ser pasados por alto ni olvidados, negados o ignorados. Para ilustrarlo más, puntualizó que estaba obviamente tenso, ansioso y preocupado por los temblores, causados por la tensión de sus manos, que descansaban sobre los brazos del sillón, y que además estaba sumamente propenso a distraerse, notando cada una de las cosas que lo rodeaban.

El autor tomó posesión de este último comentario inmediatamente, como la base para iniciar su cooperación con él. Se le dijo: “Por favor, proceda a relatar sus ideas y lo que entiende, permitiéndome únicamente las suficientes interrupciones como *para asegurarme de que entiendo plenamente y lo voy siguiendo*. Por ejemplo, usted mencionó el sillón, pero, obviamente, ha visto mi escritorio y se distrajo con los objetos que hay sobre él. Por favor, complete su explicación”.

Él respondió, verbalmente, con una larga lista de comentarios más o menos conectados acerca de cada cosa que veía. A la mínima pausa, el autor interponía alguna palabra o alguna frase para dirigir su atención a otra parte. Estas interrupciones, cada vez más frecuentes, eran como sigue: **“Y ese pisapapeles; el archivo; sus pies sobre la alfombra; la luz del techo; las cortinas; su mano derecha sobre el sillón; los cuadros de la pared; el cambiante foco de sus ojos cuando va echando distintas miradas en torno suyo; lo interesante de los títulos de los libros; la tensión en sus hombros; sentir el sillón; los perturbadores ruidos y pensamientos; el peso de las manos y de los pies; el peso de los problemas, el peso del escritorio; la posición de los útiles de escritorio; las grabaciones de muchos pacientes; los fenómenos de la vida, de la enfermedad, de la emoción, de la conducta física y mental; el descanso de la relajación; la necesidad de prestar atención a las necesidades de uno; la necesidad de prestar atención a la tensión de uno, mientras mira atentamente el escritorio, o el pisapapeles o el archivo; lo reconfor-**

tante que es irse de lo que lo rodea, la fatiga y su desarrollo; el no-cambiar, características, del escritorio; la monotonía del archivo; la necesidad de tomarse un descanso; lo reconfortante de cerrar uno los ojos; la relajante sensación de una respiración profunda; el deleite de aprender pasivamente; las interpolaciones breves, pausadas primero, pero después con creciente frecuencia.”

Al inicio, estas interpolaciones eran meramente suplementarias con respecto a la serie de pensamientos y expresiones propias del paciente. Primero, el efecto fue, simplemente, estimularlo para un esfuerzo adicional. En la medida que esta respuesta era hecha, se hizo posible utilizar su aceptación de la estimulación de su conducta con un procedimiento de hacer pausas y vacilar antes de completar cada interpolación. Esto sirvió para que se efectúe en él una expectante dependencia del autor para recibir estimulaciones adicionales y más completas.

En la medida que este proceso era continuado, gradualmente y sin notarlo el paciente, su atención fue progresivamente dirigida hacia temas de experiencia subjetiva interna. Entonces, fue posible usar, casi directamente, una técnica de relajación simple y progresiva -como técnica de inducción al trance- y asegurar un trance medio ligero.

A través de la terapia completa, las nuevas inducciones al trance fueron todas básicamente comparables a éstas, aunque el procedimiento fue abreviándose progresivamente.

La afirmación inicial del paciente de que “él no sabía si era hipnotizable”, es una importante admisión de su válida disposición para el trance. Como dijimos en el capítulo anterior, “no saber y no actuar» son, en realidad, una importante condición para la experiencia del trance. Este individuo altamente intelectualizado está admitiendo que existe ahí un lugar donde él no sabe, un lugar donde sus aparatos y modelos de referencia habituales no están bien establecidos -la hipnosis es un lugar donde estos modelos mentales habituales y, obviamente, en alguna medida inadecuados, pueden ser pasados por alto de modo que la necesaria psicoterapia pueda tener lugar-.

El paciente establece y afirma sus condiciones para la experiencia de trance. El mayor de los autores, debe abstenerse de todo medio místico y ritualístico y usar un approach intelectual. La orientación intelectual del paciente es, obviamente, la

habilidad que un terapeuta sensible evaluaría como aquella por cuya utilización pueden conseguirse más cosas.

El paciente describe, después, su estado “propenso a distraerse”, y el mayor de los autores utiliza esto inmediatamente como una base para el inicio de su cooperación con él. El anima al paciente a continuar dando cuenta de sus ideas “para asegurarme de que entiendo plenamente y lo voy siguiendo”. Esta es una sugestión esparcida que no llega a ser reconocida por el paciente. Sugestión que significa que *entender y seguir* son cosas importantes en la hipnoterapia. Justamente como el terapeuta, desde un inicio, entiende y sigue al paciente, así el paciente pronto llegará a entender y a seguir al terapeuta. Rapport, capacidad de atención y respuesta y una actitud óptima para crear un modelo de referencia terapéutico, quedan todos implicados y, por esto, facilitados por esta sugestión y aceptación iniciales de la conducta del paciente.

El requerimiento del mayor de los autores de que el paciente «complete su explicación» es, en realidad, un medio no reconocido por el paciente de enfocar y fijar la atención del paciente en un aspecto prominente de su propia conducta (distráida con los objetos), que él mismo expresó y puntualizó. Desde el momento en que el paciente expresó y puntualizó este aspecto de su propia conducta, esto debe “poseer” algún interés especial para él y, por consiguiente, puede servir como un medio ideal para poseer su atención. Es esta una situación curiosa que puede implicar un doble-vínculo para este paciente en particular: su distraibilidad es usada para que no se distraiga, para enfocar su atención.

El mayor de los autores, ahora interactúa cautelosamente con el paciente redirigiendo su atención hacia otro lado, en cada pausa, como un medio de cooperar con él y, al mismo tiempo, aumentar su capacidad de atención y respuesta. Con pasos muy graduales, el mayor de los autores construye una red asociativa que lleva al paciente del pisapapeles y el archivo a “el deleite de aprender pasivamente” y “la capacidad para aprender intelectualmente con el inconsciente”. El cambio en el foco va de lo exterior a lo interior, a lo que guarda coherencia con el trabajo del trance. El cambio es facilitado con una continua utilización del approach intelectual del paciente, con el énfasis puesto sobre “aprender pasivamente” y el aprender “inconsciente”. La pasividad y los aspectos inconscientes del trance son, por lo tanto, asociados con el “aprender” que el paciente ya acepta y sabe cómo hacer; es entonces mucho más fácil, para el paciente, aceptar la pasividad y el inconsciente cuando esto está asociado con el aprender. En este cambio que va

de un foco externo a un foco interno, el mayor de los autores tiene la oportunidad de esparcir muchas formas de enfoque asociativo interno (por ejemplo, “los fenómenos de la vida, de la enfermedad, de la emoción, de la conducta física y mental”) y de enfoque ideodinámico indirecto (por ejemplo, “el descanso de la relajación... lo reconfortante que es irse de lo que lo rodea, la fatiga y su desarrollo”). Esto puede facilitar la inducción al trance iniciando búsquedas y procesos inconscientes que puedan evocar tanto aspectos parciales de la experiencia del trance, como también una nueva visión de los problemas del paciente.

Como el terapeuta continuó utilizando “la serie de pensamientos y expresiones propias del paciente”, la respuesta del mismo se intensificó más y fue experimentado por él un grado más alto de “expectante dependencia” en la medida que en este punto comenzó a mirar atentamente al terapeuta, en procura de una dirección adicional hacia “materias de experiencia subjetiva interna”, que es donde estaban sus problemas psicológicos.

Un approach similar fue usado en el caso siguiente, cuyo análisis en términos de la dinámica que hemos presentado, al lector le resultará más cómodo.

En esencia, este mismo procedimiento fue el empleado en el caso de un joven paciente de treinta años de edad, que entró al consultorio y comenzó a pasearse preocupadamente por el mismo. Explicó repetidas veces que no iba a poder durar mucho en esa situación, si relataba sus problemas sentado y quieto, o si lo hacía acostado en un sofá. Varios terapeutas ya se lo habían sacado de encima en repetidas ocasiones “acusándolo” de falta de cooperación. Solicitó que se emplee la hipnoterapia, de ser posible, dado que su ansiedad era algo casi inaguantable y siempre creciente en intensidad en el consultorio del psiquiatra, lo que lo hacía pasearse preocupado por la sala, necesaria y constantemente.

La repetida explicación adicional de su necesidad de pasearse preocupado por la sala fue, por fin, exitosamente interrumpida con la pregunta, “¿Quiere cooperar voluntariamente conmigo *paseando continuamente por la sala, así, como lo está haciendo ahora?*”. Su réplica fue un asombrado “¿Si quiero? ¡Dios mío, hombre! Es lo que no puedo librar de hacer si estoy en el consultorio”.

En eso, se le pidió que permita que el autor participe de su paseo, de modo de dirigirlo en parte. Esto le agradó y consintió, si bien algo perplejo. Se le pidió que se paseara para atrás y para adelante, que girara a la derecha, a la izquierda, que

caminara alejándose del sillón y luego caminara hacia él. Primero, estas instrucciones fueron dadas en un tempo similar al de sus pasos. Gradualmente, el tempo de las instrucciones se hizo más lento y cambió el vocabulario: “Ahora gire a la derecha, alejándose del sillón en el que se pueda sentar”; “gire a la izquierda, en dirección al sillón en el que se pueda sentar”, etc. Con este vocabulario, se estableció la base para fundar una conducta más cooperativa.

El tempo se hizo todavía más lento y las instrucciones variaron nuevamente para incluir la frase, «el sillón al que pronto se acercará como para sentarse confortablemente». Esto, a su vez, fue alterado para decir: «el sillón en el que, en poco tiempo más, se encontrará cómodamente sentado».

Su paseo preocupado se volvió progresivamente más lento y más y más dependiente de las instrucciones verbales del autor, hasta que pudieron darse las sugerencias directas de que se siente en el sillón y entre más y más hondo en un trance profundo, en la medida que relataba su historia.

Se gastaron aproximadamente 45 minutos de esta manera, induciendo un trance medio que disminuyó la tensión y la ansiedad del paciente de modo tal que él pudiera estar preparado para colaborar, a partir de entonces, con la terapia.

El valor de este tipo de Técnica de Utilización descansa en su eficaz demostración al paciente de que él es completamente aceptable y de que el terapeuta puede tratar con él, en forma efectiva, sin preocuparse en considerar su conducta. ***Esto reúne las dos necesidades que presenta el paciente y emplea, como una parte significativa del procedimiento de inducción, la conducta que verdaderamente está dominando al paciente.***

La pregunta del mayor de los autores, “¿Quiere cooperar voluntariamente conmigo ***paseando continuamente por la sala, así, como lo está haciendo ahora?***,” es un ejemplo extraordinariamente fecundo de la utilidad que puede obtenerse de un buen número de formas indirectas de sugestión, en una sola proposición. Por ser una ***pregunta, fija*** en forma inmediata ***la atención del paciente*** y lo envía sobre una ***búsqueda interna***, que va en procura de una respuesta apropiada. Es una excelente ***sugestión compuesta*** que asocia una importante sugestión acerca de la cooperación, con su conducta de pasearse preocupado por la sala -conducta que sigue en marcha-. Pasearse preocupado por la sala constantemente era la ***habilidad*** propia del paciente, habilidad ***que fue rápidamente evaluada, acep-***

tada y utilizada para facilitar una *serie sí*.

La pregunta llegó como una especie de *shock y de sorpresa* que *despotenció su aparato mental dominante* respecto de su propia resistencia, y lo “conmovió” en dirección a una fuerte exclamación de su necesidad de cooperar. El *rapport* quedó, de este modo, fuertemente establecido y la terapia se estructuró como un esfuerzo conjunto. Con este *rapport* fuerte e inmediato, se puso en movimiento una alta *expectativa*, aumentando la *capacidad de atención y de respuesta* del paciente dirigida tanto a los estados internos propios como también a las sugerencias adicionales del terapeuta. Con un proceso gradual de asociación y de condicionamiento inconsciente, esta capacidad de atención y de respuesta aumentó aún más, de modo que el paciente fue, finalmente, capaz de aceptar las sugerencias de que se siente y de que vaya aún más hondo dentro de sí mismo, de modo tal que pudiera relatar su historia en un estado de honda absorción, que es el que se describe como un “trance profundo”.

El terapeuta principiante que esté justo aprendiendo a integrar el approach de utilización con las formas indirectas de sugestión, puede inicialmente sentirse un poco abrumado por estos ejemplos, que parecen requerir tanta agudeza y rapidez mental, lo mismo que un completo gobierno del material con el que se trabaja. En la práctica, sin embargo, la mayor parte de los pacientes están buscando en forma desesperada una ayuda, y verdaderamente quieren cooperar voluntariamente si se les da la oportunidad de hacerlo, como lo indica el siguiente ejemplo.

Otro sujeto, graduada en psicología, experimentaba grandes dificultades para entrar en un trance hondo. Después de varias horas de intenso esfuerzo, ella preguntó tímidamente si podía dar un consejo sobre la técnica, aun sin haber tenido antes ninguna otra experiencia con la hipnosis. Su ofrecimiento fue aceptado con gusto, después de lo cual, dio el consejo: “Usted, sobre ese punto, está hablando demasiado rápido: tendría que decirlo muy lento y con énfasis, repitiéndolo continuamente. Decir eso bien rápido, esperar un momento y repetirlo lentamente;

y, por favor, ahora haga una pausa y déjeme descansar, y, por favor, no separe sus infinitivos”.

Con la ayuda de ella nos aseguramos, en menos de treinta minutos, un trance profundo con gran insensibilidad a los estímulos, y estupor. Después, se la empleó ampliamente en una gran variedad de trabajos experimentales y fue utilizada para enseñarles a otros cómo inducir a trances hondos.

La aceptación de este tipo de ayuda no es una expresión de ignorancia ni de competencia; antes que esto, es el reconocimiento honesto de que la hipnosis honda es un esfuerzo conjunto en el que el sujeto hace el trabajo y el hipnotista trata de estimular al sujeto para que haga el esfuerzo necesario. Es el reconocimiento de que ninguna persona puede entender realmente los modelos individuales de aprendizaje y de respuesta de otro. Este modo de proceder, a la vez que trabaja mejor con sujetos altamente inteligentes e interesados en forma seria, es también eficaz con otros tipos de sujetos. Establece un sentimiento de sinceridad, confianza y activa participación en una tarea conjunta. Más aún, sirve para eliminar concepciones erróneas acerca de los poderes místicos del hipnotista y para definir indirectamente los roles respectivos del sujeto y del hipnotista.

Esta aceptación y utilización de la ayuda del paciente, es el rasgo cardinal de nuestro approach, que contrasta definitivamente con métodos más antiguos y autoritarios que todavía están profundamente arraigados en la imaginación de los legos y en la prensa popular. El antiguo y equivocado approach que hace de la experiencia del trance un sinónimo de obediencia pasiva, desafortunadamente, aún es promulgado por los hipnotistas de teatro. Más de una generación atrás, sin embargo, el mayor de los autores ya ilustraba cómo la cooperación y el auto-control del paciente son la esencia de un buen trabajo hipnótico, como puede verse en la utilización de las situaciones de emergencia, descrita en la sección siguiente.

2. UTILIZAR LAS SITUACIONES DE EMERGENCIA

Toda situación de emergencia invariablemente induce al trance. Cheek (Cheek y Le Cron, 1968; Cheek, 1959, 1966, 1969, 1974) ha ilustrado el modo cómo muchos problemas iatrogénicos y síntomas neuróticos pueden ser aprendidos por menciones oídas muy por encima y de casualidad durante situaciones de emergencia y de stress, en las que el paciente cae en un trance espontáneo (como una primitiva respuesta de protección) y está, consecuentemente, en un estado extraordinariamente exacerbado de sugestibilidad.

El mayor de los autores ha ilustrado el modo cómo tales situaciones de emergencia pueden ser utilizadas para introducir, en forma gradual, sugerencias terapéuticas. De este modo tenemos, a continuación, dos ejemplos con sus propios hijos.

Allan, de siete años, se cortó con una botella rota y se hirió bastante la pierna. Vino corriendo a la cocina, gritando de dolor y de miedo con todas sus fuerzas, “¡Me sale sangre!, ¡me sale sangre!”.

Al entrar a la cocina, tomó una toalla y empezó a refregarse vehementemente para limpiarse la sangre. Cuando hizo la primera pausa en sus alaridos a fin de respirar, se le dijo urgentemente: “Limpiá la sangre; limpiá la sangre; usá una toalla de baño; usá una toalla de baño; usá una toalla de baño; usá una toalla de baño; no una toalla de mano, una toalla de baño”, y le fue alcanzada una. Después de usar la toalla la dejó caer. Inmediatamente, se le dijo con tono de urgencia y repetidamente, «Ahora envolvétela en la pierna; envolvéla apretada, envolvéla apretada».

Hizo esto en forma desprolija, pero suficientemente eficaz. Después, siempre con tono de urgencia, se le dijo, «Ahora tenétela bien apretada, tenétela bien apretada, agarremos el coche y vamos a ver al doctor; tenétela bien apretada».

Todo el trayecto rumbo al consultorio del cirujano, se le dio una cuidadosa explicación con respecto a su herida: que no era tan grande como para que se justificaran tantos puntos de sutura como los que se le aplicaron a su hermana, cuando se hirió la mano, se le daba con tono de urgencia el consejo y la exhortación de que quedaría bajo su exclusiva responsabilidad ver que el cirujano ponga tantos puntos como sea posible. De allí en más fue instruido, durante todo el trayecto, sobre cómo reclamar enfáticamente sus plenos derechos.

Sin esperar ningún tipo de examen, Allan le dijo a la enfermera en forma enfática, una vez en el consultorio del cirujano, que precisaba y quería 100 puntos de sutura. Ella meramente dijo: «Por aquí, señor, derecho está la sala de cirugía». Mientras la seguíamos, se le dijo a Allan, «Es una enfermera. El doctor está en la sala de al lado. Ahora, no te olvides de decirle justo lo que querés y cómo lo querés».

Cuando entró a la sala, Allan le anunció al cirujano: “Quiero 100 puntos. ¡Vea que así sea!”. Quitándose bruscamente la toalla, él apuntó a su pierna y declaró, “Ahí, justo, 100 puntos. Van a ser muchos más que los que le pusieron a Betty Alice. Y no los ponga muy lejos a cada uno. Y no se ponga en mi camino. Quiero verlo. Los tengo que contar. Y los quiero con hilo negro, así pueden verlos ustedes. ¡Eh, no quiero vendas. Quiero puntos!”

Se le explicó al cirujano que Allan entendía bien su situación y que no necesitaba anestesia. A Allan, el autor le explicó que primero había que lavarle la pierna. Después, él vería la ubicación de los puntos de sutura en forma cuidadosa para estar seguro de que no estuvieran demasiado lejos uno del otro; él estaba para contar con todo cuidado uno por uno y no tenía que cometer ningún error en su cuenta.

Allan contó los puntos de sutura y volvió a controlar su cuenta mientras el cirujano hacía su tarea en perplejo silencio. Él pidió que los puntos de sutura fueran colocados más juntos, apretados al máximo, y deploró y se lamentó del hecho de que finalmente no tendría tantos como su hermana. Su frase de despedida fue, a tal efecto, que, con un poco más de esfuerzo, el cirujano podría haberle dado más puntos.

Todo el camino de regreso a casa, se lo reconfortó a Allan respecto de los pocos que habían sido los puntos de sutura y se lo felicitó adecuadamente sobre su competencia para supervisar todo el procedimiento tan bien. Además se le sugirió que comiera una buena cena y se fuera a dormir inmediatamente después. De este modo su pierna sanaría más rápido y él no tendría que ir al hospital como tuvo que hacerlo su hermana. Lleno de entusiasmo, Allan actuó como se le sugirió.

No se hizo ninguna mención del dolor o de la anestesia, ni se le ofreció ninguna “promesa tranquilizadora para conformarlo”. Tampoco se hizo ningún esfuerzo formal para inducirlo al trance. En lugar de esto, se utilizaron varios aspectos de la totalidad de la situación, para distraer la atención de Allan y alejarla completamente de las consideraciones penosas, y para enfocarla sobre las cosas que tienen valor para un chico de siete años, de modo de asegurar su cooperación plena y activa y su intensa participación en cuanto al tratamiento adecuado de la totalidad del problema.

En situaciones tales como ésta, el paciente experimenta una necesidad tremendamente urgente de haber hecho algo. El reconocimiento de esta necesidad y estar preparado para utilizarla haciendo algo en relación directa al origen de la necesidad, constituye uno de los tipos de sugestión más eficaces, en cuanto a asegurar la plena cooperación del paciente para toda medida adecuada que se tome.

La pequeña Roxana entró a la casa llorando, dolorida por un rasguño sin conse-

cuencias (pero no era así para ella) en la rodilla. La terapia adecuada no era darle promesas tranquilizadoras: que la herida era bastante menor como para justificar un tratamiento; ni siquiera la afirmación de que ella era la valiente pequeña de su mamá y que su mamá le iba a dar un beso y el dolor cesaría y el rasguño se curaría. En lugar de esto, una terapia eficaz para un caso como éste, está basada en la utilización de la necesidad de la personalidad que procura que se haga algo en relación directa a la herida. De modo que un beso *a la derecha*, un beso *a la izquierda* y un beso *justo en la superficie* del rasguño, para Roxi tuvieron el efecto de una instantánea curación de la herida, y el incidente íntegro pasó a formar parte de su emocionante pasado histórico.

Este tipo de técnica basada en la utilización de fuertes necesidades de personalidad es eficaz con niños y adultos. Puede adaptarse rápidamente a situaciones que requieren, de alguna forma, respuestas fuertes, activas e intensas y participación por parte del paciente.

Como puede verse a partir de estos ejemplos, el hipnoterapeuta continuamente está utilizando los modelos de referencia internos propios del paciente, incluso en tales situaciones de emergencia “externa”. Se presentarán ilustraciones adicionales de este importantísimo uso de las realidades internas del paciente en la siguiente sección.

3. UTILIZACIÓN DE LAS REALIDADES INTERNAS DEL PACIENTE

La utilización de las conductas externas manifiestas del paciente pueden generalizarse en dirección a una aceptación y utilización de sus realidades internas -sus pensamientos, sentimientos y experiencias de la vida-. El mayor de los autores ilustra esto en lo que sigue.

Otro tipo de técnica de utilización es el empleo de la conducta interna del paciente, como opuesta a su conducta externa; esto es, usar sus pensamientos y comprensiones como la base para el procedimiento de la inducción. Esta técnica ha sido empleada experimentalmente y también en situaciones terapéuticas donde el tipo de resistencias del paciente lo hizo aconsejable. También, es usada eficazmente en sujetos ingenuos. De ordinario, se requiere tanto una buena inteligencia y algún grado de sofisticación, como también seriedad de propósitos.

El procedimiento es relativamente simple. Se le solicita o se aprueba que el sujeto experimental o terapéutico exprese libremente sus pensamientos, comprensiones y opiniones. Después se lo anima a especular en voz alta extendiéndose más y más sobre cuál podría ser el posible curso de sus pensamientos y sentimientos si tuviera que desarrollar un estado de trance. Mientras el paciente hace esto, o, incluso, si él meramente protesta por la imposibilidad de tales especulaciones, sus expresiones son repetidas después de él, en su esencia, como si el operador buscara seriamente comprender o confirmar más las afirmaciones de aquél. De este modo, se sacan más comentarios adicionales por parte del sujeto, que, a su vez, vuelven a ser repetidos por el operador. En los sujetos más sofisticados, tiende a haber una mayor espontaneidad; pero, en ciertas ocasiones, el sujeto ingenuo - e incluso, el que no está muy educado- puede probarse que es notablemente capaz de respuesta.

Con esta técnica, las expresiones del paciente pueden variar en gran medida de un caso a otro, pero se da el siguiente ejemplo, con suficiente detalle, para ilustrar el método.

Esta paciente, en busca de ayuda psiquiátrica, declaró: “No hice ningún progreso después de tres años de psicoanálisis, y el año que gasté en hipnoterapia también fue una pérdida total. Todavía no entré en trance. Traté, hice lo posible... No llegué a ningún lado. Me dieron referencias de usted pero no le veo mucho sentido a esto. Probablemente fracase otra vez. Justamente, no puedo concebirme a mí misma entrando en trance. Todavía no sé lo que es un trance.” Estas observaciones, junto con la información recibida en forma previa a partir del médico que la derivaba, sugerían la posibilidad de emplear la propia verbalización de la mujer como procedimiento de inducción.

Las expresiones del autor están en letras itálicas:

Usted realmente no puede concebir qué es el trance no, no puedo, ¿qué es? -*sí, ¿qué es-* un estado psicológico, supongo. *Un estado psicológico, supone usted ¿qué más?*. No sé -*usted realmente no sabe* -no, no sé- *usted no sabe, se lo pregunta, piensa* -pienso qué- *sí, ¿qué piensa y siente, y qué sensaciones tiene?* -(pausa)- No sé - *pero usted puede preguntárselo* -¿va a dormir? - *no, agotada, relajada, con sueño* -realmente agotada- *así, verdaderamente agotada y relajada, ¿qué más?* -Es un problema- *Es un problema, se lo pregunta, piensa, siente, ¿qué siente?* - mis ojos - *Sí, sus ojos, ¿cómo?* - parecen borrosos

- *borrosos, cerrándose* - (pausa) - están cerrándose - *cerrándose, respirando más hondo* - (pausa) - *agotada y relajada, ¿qué más?* - (pausa) - *¿qué más?*
 - Estoy divertida - *divertida, así, comfortable, realmente aprendiendo* - (pausa)
 - *aprendiendo, si, aprendiendo más y más* - (pausa) - *los ojos cerrados, respirando hondo, relajada, reconfortada, así, verdaderamente reconfortada, ¿qué más?* - (pausa) - No sé - *realmente no sabe, pero realmente aprendiendo a ir más y más hondo* - (pausa) - demasiado agotada para hablar, sólo dormir - *puede ser una palabra o dos* - No sé (habla trabajosamente) - *respirando más hondo y usted realmente no sabe, sólo ir más hondo, durmiendo profundamente, más y más profundamente, sin preocuparse, sólo aprendiendo y continúa siempre más y más hondo y aprendiendo más y más con su mente inconsciente.*

Desde este punto en más fue posible tratar con ella en forma simple y directa, sin ninguna sugestión especialmente elaborada. Los trances subsiguientes se aseguraron a través del uso de sugerencias post – hipnóticas.

Lo de arriba es simplemente una condensación del tipo de expresiones que se utilizan para inducir al trance. En general, hay muchas más repeticiones, y lo usual es que se repitan únicamente ciertas ideas, que varían de paciente a paciente. A veces esta técnica prueba ser decididamente rápida. Frecuentemente, con pacientes ansiosos o temerosos, sirve para reconfortarlos con una convicción de que están seguros, de que no se les está haciendo nada ni se les está imponiendo nada, y ellos sienten que pueden ver (be aware), reconfortantemente, cada paso del procedimiento. Consecuentemente, son capaces de dar una plena colaboración que sería dificultoso asegurarse si fueran a sentir que se les está imponiendo por la fuerza un modelo de conducta.

Como puede verse a partir de lo de arriba, la experiencia de *no saber*, “No sé lo que es un trance” del paciente, puede ser un punto de partida ideal para iniciar el trance y la exploración de realidades internas. Lo que sigue es una ilustración más de cómo pueden usarse las experiencias de vida del paciente para facilitar la inducción al trance.

Un sujeto que se ofreció como voluntario, en una clase ante un grupo universitario, declaró: “Fui hipnotizado hace muchos años. Fue un trance ligero, no muy satisfactorio, y a la vez que querría cooperar con ustedes, estoy completamente seguro de que no puedo ser hipnotizado”. “*¿Recuerda el lugar físico de ese*

trance?”. “Sí, sí, era en el laboratorio de psicología de la universidad, yo estaba asistiendo a una clase”. **“Podría, así, como está sentado acá, recordar y describirme el lugar físico de esa situación de trance?”.**

Le agradó la propuesta y procedió a describir en detalle la sala de laboratorio en la que había sido hipnotizado ligeramente, incluyendo la descripción de la silla en la que se había sentado y una descripción del profesor que lo había inducido al trance. Esto fue seguido por una respuesta comparable con lo anterior al requerimiento del autor de que describa, en forma tan ordenada y comprensiva como le fuera posible, su recuerdo de las sugerencias reales que le fueron dadas en ese momento y las respuestas que él les había dado.

Lentamente, en forma pensada, el sujeto describió una técnica de cierre de ojos, con sugerencias de relajación, fatiga y sueño. En la medida que iba progresando en la verbalización de sus recuerdos, sus ojos iban lentamente cerrándose, su cuerpo se iba relajando, su discurso se volvía más pausado y más vacilante; fue requiriendo que se le apronten crecientemente más ayudas para articular la conversación, hasta que se volvió evidentemente que estaba en un estado de trance. De allí en más, se le solicitó establecer dónde estaba y quién estaba presente. Nombró la primera universidad y al profesor de la oportunidad anterior. Inmediatamente, se le solicitó que oyera cuidadosamente lo que el autor tenía para decirle además de lo ya dicho, y que, después, aceptara ser empleado para demostrar los fenómenos del trance hondo.

El más joven de los autores ha encontrado que las preguntas que hacen foco sobre recuerdos pueden ser un medio confiable para evaluar la disposición válida para el trance del paciente y, frecuentemente, un afinado medio de facilitar el acto de la inducción al trance. Cuando se le preguntó a una mujer acerca de sus recuerdos más tempranos, por ejemplo, ella primero respondió con uno que le era familiar desde hacía tiempo. Cuando se la animó a explorar más, hizo una pausa por unos momentos, manifestando ese foco interno que llamamos trance cotidiano común, y después hizo notar con tranquilidad cómo parecía estar con la vista dirigida arriba, hacia una luz brillante, sin ninguna cosa en foco. Un momento después, su pierna izquierda comenzó a levitar mientras que el resto de su cuerpo permanecía inmóvil pero notablemente relajado. Después, ella nos refirió que sentía un chillido preparándose en su garganta. Dicho esto, repentinamente sacudió su cabeza, acomodó su cuerpo moviéndolo de un lado a otro y se orientó nuevamente hacia el estado de vigilia. En su búsqueda interna en procura de un recuerdo más temprano, ella había

caído espontáneamente en un trance y experimentó momentáneamente una genuina regresión en la edad hacia la infancia, cuando su campo visual y su cuerpo aparentemente ya no estuvieron bajo control voluntario, y se sintió cerca de gritar como podría hacerlo un niño. Eso la asustó, así que, espontáneamente, reorientó su cuerpo hacia el estado de vigilia.

Aunque no es habitual que tengamos respuestas tan dramáticas como ésta, con frecuencia nos encontramos con que las preguntas que enfocan a los pacientes sobre una revisión interna de sus vidas y de sus actividades, facilitan esa búsqueda interna y los procesos inconscientes de una manera que conduce a un trance reconociblemente terapéutico.

4. UTILIZACION DE LAS RESISTENCIAS DEL PACIENTE

La desafortunada visión de la hipnosis como una dominación-sumisión, es, probablemente, la base de muchas de las así llamadas resistencias a la hipnosis. Por esta causa, el mayor de los autores desarrolló muchos *approaches* de utilización y muchas formas indirectas de sugestión para pelear contra esta resistencia. Su *approach* es esencialmente el mismo que fue delineado en las secciones anteriores, donde él primero reconoce y acepta la conducta manifiesta del paciente como una base fundamental para establecer *rapport*, y luego, va enfocando gradualmente al paciente hacia adentro.

Muchas veces, la resistencia aparentemente activa que se encuentra en los sujetos no es más que un modo inconsciente de controlar la voluntad del hipnotista, dirigida al ir al encuentro de ellos en un punto intermedio en lugar de tratar de forzarlos a actuar en una forma íntegramente acorde con las ideas de él. Este fue el caso de un sujeto que había padecido el trabajo sin éxito de varios hipnotistas, sujeto que se ofreció como voluntaria para actuar como sujeto de demostración. Cuando su ofrecimiento fue aceptado, él la sentó en una silla de cara a la audiencia, en una posición rígida, desafiante. A esta conducta aparentemente muy poco propicia, se le fue al encuentro con una observación casual y conversacional, dirigida a la audiencia, de que la hipnosis no depende necesariamente de una completa relajación o de un completo automatismo, sino que la hipnosis podría ser introducida en un sujeto dispuesto voluntariamente a aceptarla, si el hipnotista estuviera dispuesto voluntariamente a aceptar completamente la conducta del sujeto. El sujeto respondió a esto riéndose y preguntando si podría ser hipnotizada estando

parada. Se fue al encuentro de la información que buscaba, con la sugestión: «¿Por qué no demostrar que es posible?» Una serie de sugestiones dieron por resultado el rápido desarrollo de un trance hondo. Las preguntas que hicimos entre la audiencia revelaron que ella había leído en forma extensa sobre hipnosis y que objetaba con ardor el concepto erróneo, que se encuentra frecuentemente, de la persona hipnotizada como un autómatas que responde pasivamente, incapaz de auto expresarse. Ella explicó, además, que tendría que aclararse que la conducta espontánea es una actividad de respuesta no menos que una actividad que puede hacerse o no, y que la utilización de la hipnosis puede hacerse efectiva a partir del reconocimiento de este hecho.

Es de notar que la réplica “¿Por qué no demostrar que es posible?”, constituyó una aceptación absoluta de la conducta de ella, la comprometió completamente a la experiencia de ser hipnotizada y aseguró su plena cooperación tanto en lo que concierne a llevar a cabo sus propios propósitos como también en la realización de los del terapeuta.

A través de la demostración, ella le ofreció al autor frecuentes sugestiones acerca de lo que él podía pedirle que demuestre a continuación, alterando realmente, en algunos casos, la tarea sugerida. En otros momentos, ella fue completamente pasiva en sus respuestas.

Nuevamente podemos ver cómo una pregunta aparentemente simple y con una negativa -“¿Por qué **no** demostrar que es posible?”- acepta y utiliza en forma inmediata la “resistencia» del paciente, haciéndole al mismo tiempo iniciar una búsqueda inconsciente que evoca procesos en parte conscientes y en parte inconscientes, y que conducen a respuestas hipnóticas. Podemos ver que la así llamada resistencia de ella no es en realidad una resistencia tanto como una reacción perfectamente razonable contra la errónea visión de la hipnosis como una dominación sumisión. Creemos que la mayor parte de las así llamadas resistencias tienen una base razonable en el propio modelo de referencia del paciente. **¡Toda resistencia es, usualmente, una expresión de la individualidad del paciente!** La tarea del terapeuta es la de entender, aceptar y utilizar esa individualidad para ayudar a los pacientes a sobrepasar sus limitaciones aprendidas para llevar a cabo sus propias metas. Este ejemplo es una ilustración particularmente clara de cómo es en realidad el paciente el que tiene el control de la situación, mientras que el terapeuta es, simplemente, alguien cuya función es la de proveer estímulos y modelos de referencia útiles que ayuden al paciente a experimentar y a expresar

nuevas potencialidades. Vemos cómo puede ser perfectamente apropiado para el paciente rechazar o modificar las sugerencias del terapeuta para ordenarlas de modo tal que vayan al encuentro de las necesidades del paciente en forma más adecuada.

En el siguiente ejemplo, el mayor de los autores hace un extenso uso de las formas indirectas de sugestión, para utilizar la “resistencia” del paciente para facilitar el trance y la capacidad de respuesta hipnótica. Es ésta una ilustración poco común, por su claridad, de esa curiosa combinación de conducir y seguir al paciente, tan característica del approach del mayor de los autores.

Uno frecuentemente lee en los libros acerca de la resistencia del sujeto y de las técnicas empleadas para eludirla o superarla. En la experiencia del autor, el procedimiento más exitoso es el de aceptar y utilizar la resistencia, lo mismo que cualquier otro tipo de conducta, desde el momento que, usadas apropiadamente, pueden favorecer totalmente el desarrollo de la hipnosis. Puede hacerse esto expresando con palabras sugerencias, de una manera tal que tanto una respuesta positiva, como una respuesta negativa, como también una ausencia de respuesta, queden todas definidas como una conducta de respuesta. Por ejemplo, a un sujeto que se resiste y que no es receptivo a las sugerencias para la levitación de la mano, se le puede decir, “En poco tiempo más, su mano derecha o, puede ser, su mano izquierda, comenzará a elevarse, o a apretar, o quizá no se mueva para nada, pero vamos a esperar para ver justo qué sucede. Puede ser que el primero sea el pulgar, o puede sentir que está pasando algo en su dedo meñique, pero lo realmente importante no es si su mano se eleva o aprieta o si justo se queda quieta; antes que esto, lo es su habilidad para tener sensaciones plenas cualquiera sean las sensaciones que puedan desarrollarse en su mano”.

Con tales palabras, la ausencia de movimiento, la levitación y el apretar quedan, todos, cubiertos, y cualquiera de las posibilidades constituye una conducta de respuesta. De este modo, se crea una situación en la que el sujeto puede expresar su resistencia de una manera constructiva y cooperativa; toda manifestación de resistencia por parte de un sujeto es mejor utilizada desarrollando una situación en la que la resistencia sirva a un propósito. La hipnosis no puede ser resistida si no se está intentando ninguna hipnosis. El hipnotista, al reconocer esto, tiene que desarrollar una situación tal que cualquier oportunidad que haya para manifestar la resistencia se vuelva contingente y dependiente de respuestas hipnóticas, con una localización que ponga a toda resistencia sobre posibilidades que no tengan ningun-

na importancia. Al sujeto cuya resistencia se manifiesta con la falla de la levitación de su mano, se le pueden dar sugerencias de que su mano derecha va a levitar, y su mano izquierda no. Para resistir con éxito, debe manifestarse la conducta contraria. El resultado es que el sujeto se encuentra respondiendo a la sugestión y también a su propia satisfacción. En los muchísimos casos donde se ha empleado esta medida, menos de una docena de sujetos se dieron realmente cuenta de que se había creado una situación en la que se resolvía la ambivalencia de ellos. Una persona que publicó un escrito sobre hipnosis, empleó con ingenuidad un procedimiento similar en el que les pedía a los sujetos que se resistan a entrar en trance, en un esfuerzo por demostrar que ellos no podían resistirse a la sugestión hipnótica. Los sujetos, dispuestos a cooperar y con buena voluntad, probaron que estaban prontos a aceptar las sugerencias, para probar que no podían. El estudio se publicó en la más completa inocencia de su real significado.

Cualquiera sea la conducta ofrecida por el sujeto, tiene que ser aceptada y utilizada para desarrollar más conducta de respuesta. Cualquier intento de “corregir” o alterar la conducta del sujeto, o de forzarlo a hacer cosas que no le interesan, va en contra de la inducción al trance y, ciertamente, en contra de la experiencia de trance hondo. El hecho verdadero es que un sujeto que se presta como voluntario a ser hipnotizado y después ofrece resistencia, indica una ambivalencia que, cuando es reconocida, puede ser utilizada para que sirva al éxito tanto de los propósitos del sujeto, como de los del hipnotista. Tal reconocimiento y concesión hecha a las necesidades del sujeto y la utilización de su conducta, no constituyen, como lo ha declarado uno de los autores, una “técnica fuera de la ortodoxia” que se basa en una “intuición clínica”; en lugar de esto, un approach tal como éste constituye un simple reconocimiento de condiciones existentes, basado en el pleno respeto por el sujeto como personalidad que funciona en forma única.

El lector reconocerá el uso de muchas formas indirectas de sugestión tales como cubrir todas las posibilidades de una clase de respuesta, sugerencias de contingencia y doble-vínculos, en lo de arriba. Estos approaches están integrados por el mayor de los autores en el siguiente ejemplo de un approach más comprensivo que puede adaptarse prácticamente a cualquier situación.

Otra Técnica de Utilización que puede compararse con éstas, ha sido empleada experimental y clínicamente, tanto en sujetos ingenuos como en sujetos experimentados. Ha sido usada como un medio de eludir resistencias, como un método de inducción al trance inicial y como un procedimiento de reinducción al trance. Es

una técnica que se basa en la obtención inmediata y directa de una conducta significativa pero ejecutada inconscientemente, que es separada y puesta aparte de la actividad dirigida conscientemente, con la excepción de la conducta interesada. El procedimiento es como sigue:

Según el trasfondo educativo del sujeto, se le da una explicación adecuada con referencia a los conceptos generales de las mentes consciente e inconsciente. En forma similar, se da una explicación casual, pero cuidadosamente instructiva, acerca de la actividad ideomotora, con la cita de ejemplos familiares, incluida la levitación de la mano.

Después, con total simplicidad se le dice al sujeto que se siente, quieto, que descanse las palmas de sus manos sobre sus muslos y que escuche con cuidado una pregunta que se le va a formular. Esta pregunta -se le explica- puede responderse únicamente con su mente inconsciente, y no es posible hacerlo con la mente consciente. Él puede -se agrega- ofrecer una réplica consciente, pero una réplica tal únicamente será una proposición consciente y no una respuesta real a la pregunta. En cuanto a la pregunta misma, puede ser una cualquiera de las que tengan que ver con la situación y una que no sea particularmente significativa para esta persona. Su único propósito es el de darle a la mente inconsciente la oportunidad de manifestarse en la respuesta dada. Se ofrece, además, la explicación de que la respuesta a la pregunta formulada a la mente inconsciente será la respuesta ideomotora de levitar una u otra mano y que la levitación de la izquierda significa que “no” y la de la derecha significa que “sí”.

Entonces se presenta la pregunta: “¿Su mente inconsciente piensa que usted puede entrar en trance?”. Se ofrece algo más de colaboración: “Conscientemente no puede conocer lo que su mente inconsciente piensa o conoce. Pero su mente inconsciente puede dejarle descubrir, a la mente consciente, lo que piensa o comprende con el simple proceso de causar la levitación de la mano derecha o de la izquierda. De esta manera, su mente inconsciente puede comunicarse en forma visible y reconocible, con su mente consciente. Ahora solamente esté atento a sus manos y vea cuál es la respuesta. Ni usted ni yo conocemos lo que su mente inconsciente piensa, pero cuando vea una u otra mano levitando, lo conocerá”.

Si hay mucha demora, pueden darse sugerencias adicionales: “Una de sus manos está levitando. Trate de notar el más ligero movimiento, trate de sentirlo y de verlo, para disfrutar la sensación de su levitación y tener el placer de aprender lo que

piensa su inconsciente”.

No importa cuál de las manos levite, frecuentemente sobreviene un trance de tipo somnambulístico en forma inmediata. Usualmente, es aconsejable utilizar, más que controlar, el trance en forma inmediata, desde el momento en que el sujeto tiende a despertar pronto. Frecuentemente la mejor manera de hacerlo es remarcar en forma simple y casual: “Es muy placentero descubrir que su inconsciente puede comunicarse con su mente consciente de esta manera. Hay muchas otras cosas que puede aprender a hacer su inconsciente. Por ejemplo, ahora que aprendió que puede desarrollar un estado de trance, y hacerlo extraordinariamente bien, puede aprender varios fenómenos del trance. Por ejemplo, algunos que a usted le interesen”. Puede entonces irse al encuentro de las necesidades de la situación.

Esta técnica está centrada en la utilización del interés del sujeto en su propia actividad inconsciente. Se delinea una situación “sí” o “no” concerniente al pensar, con la acción contingente o dependiente de ese pensar y que constituye una abierta comunicación inconsciente, una manifestación básica y una parte integral del trance hipnótico. En otras palabras, es necesario para el sujeto entrar en trance para descubrir la respuesta a la pregunta.

Los sujetos experimentados que tuvieron un approach con esta técnica reconocieron la situación en forma inmediata: “¡Qué interesante! Cualquier respuesta que usted dé, primero tiene que entrar en trance”.

Los sujetos que encaran con buena voluntad este trabajo, revelan, desde el comienzo y sin afectación, su interés. Los sujetos resistentes manifiestan sus actitudes con una supuesta dificultad en la comprensión de las explicaciones preliminares, pidiendo instrucciones en forma repetida y después con la anticipación de la levitación de la mano, elevando la mano izquierda en forma voluntaria. Los sujetos que objetan la inducción al trance de esta manera, tienden a despertar al primer esfuerzo por controlar o utilizar el trance. La mayor parte de ellos, sin embargo, pronto vuelven a entrar en trance, cuando se les dice, “Y puede entrar en trance así de fácil y rápido, justamente como su inconsciente respondió esa pregunta sólo por continuar observando cuando su mente inconsciente continúa moviendo su mano hacia arriba, en dirección a su cara. Como su mano se mueve hacia arriba, sus ojos se cerrarán y usted entrará en un trance hondo”. En casi todos los casos, el sujeto desarrolla entonces un estado de trance.

Un componente esencial de esta técnica es que haya una actitud de completa expectativa, de casualidad y de simplicidad por parte del operador; actitud que coloca la responsabilidad por cualquiera de los hechos que se desarrollen íntegramente sobre los sujetos.

El mayor de los autores comienza *evaluando* cuidadosamente *el trasfondo del paciente*, y luego usa conceptos que se adecúen a los modelos de referencia del paciente. Usa un proceso de enfoque asociativo indirecto cuando discute los conceptos del consciente y del inconsciente, para establecer un fundamento para su posterior uso del *doble vínculo consciente-inconsciente*. Se realzan, después, las *expectativas* del paciente, en la medida que se le solicita que se prepare para una pregunta; pregunta que inicia una búsqueda interna en procura de *procesos inconscientes*, la que conduce a una respuesta *ideomotora o sensorial*. Hay un énfasis especial sobre el placer de aprender y una continua *utilización de las áreas de interés de cada paciente*.

El doble vínculo consciente-inconsciente está estructurado de modo que cualquier respuesta que se dé sea *contingente* y dependa del desarrollo del trance. Esta primera experiencia satisfactoria con la actividad ideomotora es, después, generalizada en dirección a una inducción al trance reconocible, con una *directiva implícita*, “Cuando mueva la mano hacia arriba, sus ojos se cerrarán y entrará en un trance hondo”.

Un ejemplo que ilustra en forma vívida cómo puede manifestarse la conducta de trance, aún cuando el paciente se resista a la idea de estar en trance, fue grabado durante un workshop de la American Society of Clinical Hypnosis, en 1960. El mayor de los autores estaba dando un discurso sobre la dinámica de la hipnosis. Durante un discurso de este tipo se ofrece una amplia oportunidad para esparcir muchas sugerencias ideodinámicas que no pueden ayudarlos, pero que activan los procesos ideodinámicos descriptos, al menos en forma parcial, en la mayor parte de los miembros del auditorio. Después de dar una demostración de la levitación de la mano, él describe lo que ocurrió a continuación:

“Uno de los sujetos sentía muy, muy fuerte que no era un buen sujeto. Yo, como podía observar esa atención intensamente absorta (*capacidad de atención y de respuesta*) que ella me estaba ofreciendo, sin embargo, pude sentir, verdaderamente con fuerza, que ella era un buen sujeto; así que le pedí esto: “Déle a su mente inconsciente el privilegio de manifestar de alguna forma que es un buen

sujeto hipnótico; aunque usted no lo va a reconocer conscientemente. Al mismo tiempo, puede continuar funcionando bien a nivel consciente. Podría agregar que la manifestación puede ser obvia para la audiencia, aunque para usted no lo sea”. Siempre haciendo un cerrado foco sobre mí y no sobre la audiencia ni sobre ninguna otra cosa, ella dijo, “No soy un buen sujeto, y no creo que me pueda convencer”.

“En ese momento, yo estaba utilizando su resistencia para dejar que ella piense que estaba en estado de vigilia y no en un trance somnambulístico. Pero la gran intensidad de su absorción en observar cada uno de mis movimientos y de seguir cada una de las cosas que yo decía era la clave de su condición somnambulística”.

“Yo le pedí de nuevo si podía ponerse en trance, pero ella movió la cabeza en señal de “no”; no quería cooperar. En ese momento, su mano izquierda comenzó a levitar, pero ella no lo vio, dado que me estaba mirando atentamente a mí, que estaba a su derecha”.

“Ella se rió e hizo unas bromas con los doctores que había entre el auditorio y dijo que no le parecía sentir que no estaba cooperando, sino que sentía que no podía entrar en trance. Recuerdo que le dije que funcionaba muy bien a nivel consciente y muy bien a nivel inconsciente. Y ella me estaba hablando y le estaba hablando a la audiencia de esta forma. Yo le indiqué a uno de los doctores que había entre el auditorio que podría levantarse y pellizcarle la mano izquierda, la que había levitado. Se encontró con que ella tenía una anestesia total en esa mano izquierda y que ella quería jurarle al grupo que estaba claramente en el estado de vigilia y que ella posiblemente era incapaz de estar en un trance. El doctor, entonces, se le acercó y le pellizcó la mano derecha y ella dijo “¡Ay, duele! Naturalmente que sentí ese pellizcón». Se le pellizcó de nuevo la mano izquierda pero no lo sintió”.

“Lo que yo les quería demostrar a los doctores que estaban ahí, y lo que quiero asegurarles a ustedes, es la separación de funcionamiento que ocurre todo el tiempo en el cuerpo humano: separación en un nivel intelectual, en un nivel emocional, en un nivel sensorial, justo como ustedes se han olvidado de los zapatos que tienen sobre la superficie de sus pies en este momento y de los anteojos que tienen en sus caras”.

Este vívido ejemplo ilustra la importancia que tiene el hecho de que el

hipnoterapeuta aprenda a reconocer ese estado de absorta atención y respuesta cuando el paciente ya está, para todo propósito práctico, en un estado de trance, fijo en el terapeuta, no importa lo que se diga en contrario. Cuando el mayor de los autores observa este estado de intensa absorción sobre él mismo, les ofrece a los pacientes una o más formas de sugestión indirecta que los provee de una oportunidad para dar una respuesta hipnótica. En este caso usó una forma del doble-vínculo consciente-inconsciente, que lo habilita al inconsciente de ella para seleccionar una manifestación hipnótica (la levitación de la mano ya había observado primero en las demostraciones con otras personas), dando lugar, al mismo tiempo, a que su mente consciente preservara sus modelos de funcionamiento usuales. Ella fue entonces capaz de preservar en su “resistencia”, manifestando, al mismo tiempo, una buena capacidad de respuesta hipnótica.

La siguiente es otra ilustración en donde se indujo al trance, aún bajo las condiciones más resistentes: el sujeto era un actor profesional que intentaba simular la hipnosis. Desconocido para el mayor de los autores, en una conferencia ante un grupo de médicos, uno de los sujetos era un entrenado actor. Él observó a los otros sujetos en forma cuidadosa y, luego, estando ya de acuerdo con varias otras personas del auditorio con las que había hecho arreglos secretos previos, “simuló” la hipnosis, demostró anestesia, alucinaciones auditivas y visuales positivas y negativas y desarrolló un estornudo incontrolable ante la cercanía de alucinadas varas de oro en flor y a pedido de uno de los conspiradores, pedido que fue retransmitido a través del mayor de los autores. Sin embargo, el mayor de los autores notó que la manifestación de catalepsia del actor era defectuosa y que la relación temporal que establecía entre los hechos era mala. Se notaron también los más mínimos reflejos de alarma y se observó que el sujeto estaba controlando la tendencia involuntaria a girar la cabeza en dirección al autor cuando se dirigía a él de costado. De acuerdo con esto, se le solicitó que demuestre una levitación de mano en respuesta a sugerencias dadas en forma cuidadosa. El actor no exhibió el usual retardo temporal en respuesta a sugerencias de un “súbito espasmo o pequeño temblor muscular”. Esto le sirvió al mayor de los autores para convencerse de que estaba siendo engañado.

De acuerdo con esto, se le proporcionó al sujeto una estilográfica y un papel y se lo instruyó como para que haga la escritura automática y como para que la haga en el estilo correcto que es propio de una verdadera escritura automática. El actor nunca había sido testigo de una escritura automática; de todas maneras, tan pronto como comenzó a escribir se le dieron las sugerencias de “escribir lento y mejor,

mejor, escribir automáticamente la oración “*Éste* es un lindo día de junio”. La palabra “*éste*” fue repetida cuatro veces y con fuertes entonaciones, para fijar la conciencia sobre ella, mientras que el resto de la oración fue dicha más suave y más rápido, de modo tal que tendiera a no dar con la conciencia y caer en el inconsciente. La palabra “*éste*” fue escrita normal, pero el resto de la oración fue escrito en el tipo de escritura característica de la escritura automática. Ahora el sujeto actor estaba experimentando una conducta de trance genuina, aun sin advertir la realidad de este hecho. Cuando terminó de escribir se sacaron de su vista el papel y la estilográfica y se le solicitó que “despierte y vuelva al estado de vigilia con una amnesia con respecto a los eventos del trance”. Se despertó inmediatamente y se le solicitó discutir la hipnosis para la audiencia. Con gran satisfacción procedió a exponer el engaño perpetrado contra el autor, para sorpresa de la audiencia en general y regocijo de los conspiradores. El sujeto habló libremente de lo que había dicho y demostró su habilidad para estornudar a voluntad.

Después que contó cada una de las cosas que recién había hecho, pero con la excepción de la escritura automática, le fue exhibida la misma y se le preguntó qué pensaba de ella. Leyó la oración en voz alta y afirmó que era una frase simple y que no tenía ninguna conexión en particular. Preguntado acerca del tipo de escritura, él hizo la observación de que parecía ser algo trabajosa y juvenil. Pronto se hizo evidente para cada uno de los presentes que tenía una amnesia total con respecto al escrito, y que se sentía genuinamente curioso acerca del escrito y de por qué era que se le preguntaba sobre él. Cuando su amnesia hubo quedado adecuadamente demostrada, se le solicitó que “haga un duplicado exacto de eso”. Le agradó y se dispuso a hacerlo, pero, en el momento que tomó la estilográfica y la puso en el papel, a primera vista fue obvio que nuevamente había desarrollado un estado de trance (repetir la conducta del trance tiende, por asociación, a reinducir al trance). Después que hubo escrito la oración por segunda vez, fue despertado con instrucciones de amnesia con respecto a los eventos del trance. Al despertar, retomó el tema de su parodia del autor, por medio de la cual lo había engañado tan fácilmente. Nuevamente se le exhibió lo escrito. Él reconoció que había visto una de las oraciones hacía unos momentos, pero dijo que había una segunda oración que nunca antes la había visto.

Se dio lugar a que retenga la amnesia una semana. Entretanto, los médicos que habían arreglado el juego lo buscaron al mayor de los autores y le relataron todo el plan que habían elaborado para engañarlo y determinar si los fenómenos hipnóticos podían ser imitados deliberadamente y con buen suceso. Además afirmaron que

habían tratado de convencer al actor de que había hecho la escritura automática pero que sus esfuerzos habían fallado. Agregaron que habían arreglado un nuevo encuentro del actor con el mayor de los autores de modo que le fuera quitada la amnesia hipnótica.

Su requerimiento fue bien recibido, para satisfacción de ellos y para asombro del actor, quién resumió todo este asunto, con una afirmación bastante simple: “Bueno, para mí es obvio, ahora, que el mejor camino para fingir la hipnosis es entrar en trance”.

5. UTILIZAR LOS AFECTOS NEGATIVOS Y LA CONFUSIÓN DEL PACIENTE

La mayor parte de los terapeutas ven con cautela los afectos negativos, las dudas y la confusión del paciente. Los afectos negativos normalmente son vistos como algo que debe ser evitado. La siguiente es una ilustración, con el mayor de los autores, de cómo los afectos negativos pueden ser utilizados para inducir al trance y para facilitar el cambio terapéutico.

Las cosas que entienden mal, las dudas y las inseguridades del paciente también pueden ser utilizadas como técnica de inducción. Ejemplos de este approach son los casos de dos pacientes, ambas graduadas del College, una de treinta y la otra de cuarenta años. Una de ellas expresó una duda e inseguridad extrema acerca de la validez de los fenómenos hipnóticos en su aplicación a ella, pero explicó que su desesperada necesidad de ayuda la compelió a intentar la hipnosis como un medio de terapia, por más que fuera sólo remotamente posible.

La otra paciente declaró su convicción de que la hipnosis y el sueño fisiológico eran idénticos y de que ella posiblemente no sería capaz de entrar en un trance sin primero desarrollar el sueño fisiológico. Éste, explicó ella, excluiría la terapia; sin embargo, ella sentía que la hipnosis le ofrecía el único posible, aunque cuestionable, medio de psicoterapia, con tal que la hipnoterapia fuera dirigida de tal modo que excluyera el sueño fisiológico. Ella descreía completamente que eso fuera posible.

Todos los esfuerzos explicativos fueron fútiles y sirvieron únicamente para incrementar la ansiedad y la tensión de ambas pacientes. De allí en más se usó un

approach que utilizara la injusta y prematura visión que ellas tenían con respecto a este tema. La técnica, excepto por el énfasis empleado fue en esencia la misma para ambas pacientes. La primera instrucción que se le dio a cada una de las pacientes fue la de que se las induciría a un trance hondo. Que ellas estaban para cooperar en entrar al trance hondo, estimando, apreciando, evaluando y examinando la validez y genuinidad de cada ítem de realidad y de cada ítem de experiencia subjetiva que fuera mencionado. Al hacerlo así, las mujeres tenían que sentirse bajo la obligación de desacreditar y de rechazar cualquier cosa que les pareciera totalmente incierta o cuestionable. Para una de ellas, el énfasis se puso primariamente sobre las sensaciones y las reacciones subjetivas, con un comentario, esparcido por ahí, cerca de los objetos de la realidad. Para la otra, fue enfatizada la capacidad de atención de los objetos de la realidad, como una prueba de vigilancia, con algunas sugerencias esparcidas con el propósito de provocar respuestas subjetivas. De esta manera, se obtuvo, para cada una, el efecto de un progresivo angostamiento del campo de la aprehensión y el correspondiente incremento de la dependencia y de la capacidad de respuesta al autor. Se hizo posible inducir a cada una en un trance somnambulístico, empleando una técnica simple de relajación progresiva y cierre de los ojos, suavemente parafraseada para ir al encuentro de las necesidades especiales de cada una de las dos pacientes.

La siguiente colección de expresiones, en las que el énfasis está dividido en forma aproximadamente uniforme entre los aspectos subjetivos y las realidades objetivas, es ofrecido para ilustrar y mostrar cuál es la verbalización que se emplea en la acción real.

“Al sentarse confortablemente en ese sillón, usted puede sentir el peso de sus brazos descansando sobre los brazos del sillón. Y sus ojos están abiertos y puede ver el escritorio y lo único que hay ahí es el parpadeo ordinario, que puede notar o puede no notar, exactamente como uno puede notar que siente los zapatos sobre la superficie de los pies de uno y, después, olvidarlo de nuevo. Y usted sabe realmente que puede ver el libro en que se registran los casos y puede preguntarse si su inconsciente ha notado el título de algún libro en particular. Pero ahora, de nuevo puede notar que siente los zapatos sobre la superficie de sus pies, cuando descansan sobre el suelo, y al mismo tiempo puede ver que sus párpados se van cayendo al dirigir su vista al suelo. Y sus brazos todavía están descansando su peso sobre los brazos del sillón, y todas esas cosas son reales y usted puede prestarles atención y puede percibir las con los sentidos. Y

si mira con atención su muñeca y después mira atentamente hacia el rincón de la sala, tal vez pueda sentir o percibir con los sentidos el cambio que se produjo en su foco visual. Tal vez pueda recordar cuando, como chica, pudo haber jugado con la experiencia de mirar con atención un objeto como si estuviera lejos y después cerca. Y al pasar por su mente, los recuerdos de su niñez asociados pueden variar en un rango que va desde recuerdos simples hasta sentimientos cansados, porque los recuerdos son reales. Son cosas, aunque sean abstractas, tan reales como el sillón y el escritorio, y el sentimiento de cansancio que viene de estar sentada sin moverse y que uno puede compensar relajando los músculos y percibiendo el peso del cuerpo, exactamente como uno puede sentir tan vívidamente cómo se van cerrando los párpados cuando la fatiga y la relajación se desarrollan más y más, y todo lo que se dijo es real y la atención que le presta a esto es real y puede sentir y percibir más y más cuando le dé un poco de atención a su mano o a su pie o al escritorio o a su respiración o al recuerdo del sentimiento de estar reconfortada al cerrar los ojos para descansar su vista. Y usted sabe que los sueños son reales, que uno ve sillones y árboles y gente y oye y siente varias cosas en los sueños, y que las imágenes visuales y auditivas son tan reales como los sillones y los escritorios y los libros donde se registran los casos que se vuelven imágenes visuales”. De este modo, con una frecuencia creciente, las expresiones del autor llegaron a ser sugerencias simples, directas, en procura de respuestas subjetivas.

Esta técnica de utilizar las dudas y las cosas mal entendidas ha sido usada con otros pacientes y con sujetos experimentales. Se adapta muy bien al uso de la levitación de la mano como desarrollo final, desde el momento que la actividad ideomotora dentro del rango visual ofrece la oportunidad de excelentes realidades objetivas y subjetivas.

La de arriba es una excelente ilustración del *approach de esparcir* para introducir a los pacientes en dirección a sus propias respuestas subjetivas en forma gradual y de una manera que *enfoque la atención hacia adentro*, en procura del trance; asociación de sus realidades internas con los objetos internos, a través de la cual ellos pueden validar sus experiencias; les posibilita aceptar lo anterior en un grado cada vez mayor. Después, el mayor de los autores usa una serie de *sugestiones de límites abiertos*, en una discusión muy general acerca de las sensaciones, los sentimientos, los recuerdos y las imágenes visuales, como un medio de *enfoque asociativo e ideodinámico indirecto*, en procura de ahondar la

involucración de ellos con aquellas realidades subjetivas que les resultan más válidas y aprovechables. La utilización de la duda y de aquello que el sujeto entiende mal en este ejemplo, sirve como una introducción, en dirección a una comprensión más general de los afectos negativos como indicadores del cambio de personalidad.

6. UTILIZAR LOS SINTOMAS DEL PACIENTE

Desde el momento en que el síntoma del paciente habitualmente es un importantísimo foco de atención, algunas veces podemos utilizarlo para facilitar la inducción al trance y resolver el problema rápidamente. Con este approach, nuevamente estamos utilizando las realidades internas de cada paciente -los modelos de referencia dominantes y los modelos de creencias fijas- para inducir al trance y hacer más fácil la terapia. Ejemplos extraordinariamente elegantes de este approach son los siguientes, extraídos del trabajo del mayor de los autores al darles clases a dentistas:

Un hombre de unos treinta años estaba muy interesado en la hipnosis y se ofreció como voluntario para actuar como sujeto en unos estudios experimentales que se hacían en la Universidad. En la primera sesión él descubrió que era un excelente sujeto hipnótico, pero perdió su interés por cualquier otro estudio experimental que se quisiera hacer.

Varios años más tarde, decidió que su dentista emplee la hipnosis ya que precisaba hacerse un extenso trabajo dental y temía en gran forma la posibilidad de sufrir algún dolor.

Su dentista hizo que entre pronto en un estado de trance, que desarrolle una excelente anestesia de la mano a través de una sugestión, pero falló con respecto a ser capaz de transferir esta anestesia o, cuando menos, una analgesia, a su boca en grado alguno. En lugar de esto, parecía volverse aún más oralmente sensitivo. Todos los esfuerzos tendientes a desarrollar la anestesia o la analgesia oral en forma directa también fallaron.

Más esfuerzos, pero siempre sin ningún suceso, fueron penosamente hechos por el dentista y por un colega suyo, para enseñarle a este paciente, con varias técnicas, a cómo desarrollar la anestesia o la analgesia. Él podía responder de esta forma

únicamente en cualquier otra parte del cuerpo que no sea la boca. Fue entonces que le vino al autor con un problema especial.

Se lo indujo de pronto a un estado de trance y se le recordó como por casualidad su deseo de confort en el sillón del dentista. De allí en más, se le dieron instrucciones de estar atento a las instrucciones que se le habían dado y de ejecutarlas en forma completa.

Se le dieron entonces sugerencias de que su mano izquierda se volvería extremadamente sensitiva a todos los estímulos: en efecto, también a los dolorosos. Este estado hiperestésico continuaría hasta que él reciba instrucciones en contrario. Pero mientras durara esta instrucción, sin embargo, tenía que ejercitarse un cuidado adecuado para proteger a su mano de contactos dolorosos.

El paciente hizo una respuesta completa y adecuada a estas sugerencias. Además de la hiperestesia de la mano, y *sin absolutamente ninguna sugestión a tal efecto*, desarrolló en forma espontánea una anestesia de la boca, permitiendo la realización del trabajo odontológico completo, sin ningún otro agente anestésico.

Aún con todos los esfuerzos subsiguientes que se hubieran querido hacer, la anestesia o la analgesia no podría ser inducida en forma directa o a propósito, excepto como una parte del modelo hiperestesia-anestesia peculiar de este paciente. De todos modos, éste no es un caso singular de este tipo de conducta. Se han encontrado, de vez en cuando, otros casos comparables a éste.

Aparentemente, psicológicamente, lo que el paciente entendía de una manera fija era que el trabajo odontológico debía estar absolutamente con una hipersensibilidad. Cuando se fue al encuentro de esta rígida comprensión, pudo ser llevada a cabo la anestesia en forma análoga a la relajación de un músculo que permite la contracción de otro.

Se había intentado la hipnosis repetidas veces y siempre sin ningún éxito en la mujer de un dentista y por parte de su marido y de varios colegas de él. Cada vez que se hacía -afirmaba ella- se ponía “absolutamente tiesa de miedo, así que no puedo moverme y entonces empiezo a gritar. No puedo hacer nada de lo que me piden. No puedo relajarme, no puedo hacer la levitación de la mano. No puedo cerrar los ojos; todo lo que puedo hacer es asustarme como una tonta y gritar.”

Se utilizó un approach naturalístico que emplea la “sinergia”. Se le ofreció un resumen general de su situación, con las siguientes palabras:

“Usted quiere que se utilice la hipnosis en conexión con el trabajo odontológico que tenga que hacerse. Su marido y los colegas de su marido quieren lo mismo, pero cada vez que se intentó la hipnosis, falló y no entró en trance. Se puso tiesa de miedo y gritó. Realmente sería suficiente con ponerse tiesa, sin gritar. Ahora usted quiere que yo la trate psiquiátricamente, si fuera necesario; pero no creo que haya necesidad. En vez de eso, la voy a poner en un trance, así puede tener la hipnosis para todos sus trabajos odontológicos.”

Ella replicó, “Pero me voy a poner tiesa de miedo y voy a gritar.”

Se le respondió con esto: “No, primero se va a poner tiesa. Eso es lo primero que va a hacer y hágalo ahora. Exacto, más y más tiesa, sus brazos, sus piernas, su cuello -completamente tiesa- aun más tiesa que cuando está con su marido.”

“Ahora cierre los ojos y los párpados se van a poner tiesos, tan tiesos que no los pueda abrir”.

Sus respuestas fueron bastante adecuadas.

“Ahora, lo próximo que tiene que hacer es asustarse como una tonta y después gritar. Por supuesto, usted no quiere hacer esto, pero tiene que hacerlo porque aprendió a hacerlo, todavía no lo haga.”

“Sería mucho más cómodo respirar hondo y relajarse totalmente y dormirse profundamente.”

“¿Por qué no prueba, en vez de seguir asustándose como una tonta para después ponerse a gritar?”

Su respuesta a esta sugestión alternativa fue inmediata y remarcablemente buena.

La próxima sugestión fue, “Por supuesto, puede continuar durmiendo más y más hondo en el estado de trance y estar relajada y reconfortada. Pero en algún momento, cuando quiera, puede empezar a ponerse tiesa de miedo y como una

tonta y gritar. Pero puede ser que ahora que sabe cómo se hace, exacto, va a continuar estando confortable en el trance, así que se le va a poder hacer, en forma confortable para usted, cualquier trabajo odontológico o médico que precise hacerse.”

Se le dio entonces una sugestión posthipnótica simple para posibilitar la inducción a futuros trances.

En estos dos ejemplos, el terapeuta acepta el modelo de referencia dominante del paciente (hipersensibilidad, en el primer caso, y ponerse “tiesa de miedo”, en el segundo), y después lo utiliza para introducir y hacer más fáciles las respuestas terapéuticas. Él anima a los pacientes a hacer lo que ellos ya saben que pueden hacer y, después, desplaza, transforma o agrega a eso algo que ellos precisan hacer. Usa preguntas, sugerencias contingentes y redes de asociación para llevar a los pacientes de sus conductas bien repetidas pero poco adecuadas, a las respuestas terapéuticas que se desea obtener. Otros instructivos ejemplos que ilustran cómo este approach lleva rápidamente a cabo las metas terapéuticas, son como siguen.

Otro tipo de caso en el que se utilizó el mismo approach general concierne a una novia recién casada. Hacía una semana que deseaba la consumación de su matrimonio, pero desarrollaba un estado de pánico extremo en la posición de tijeras a cada intento y ofrecimiento de un intento.

Ella entró al consultorio con su marido, ofreció con dificultades su historia y explicó que algo había que hacer ya que se la estaba amenazando con la anulación. El marido confirmó su historia y agregó otros detalles descriptivos.

La técnica usada fue, en esencia, la misma que se utilizó en una media docena de casos similares.

Se le preguntó si aceptaba voluntariamente que se emplee un procedimiento razonable para corregir su problema. Su respuesta fue, “Sí, cualquier cosa, pero no me tienen que tocar, porque si soy tocada me vuelvo loca.” Esta afirmación fue corroborada por su marido.

Se le dieron instrucciones de que se emplearía la hipnosis. Consintió, no muy decidida, pero nuevamente reclamó que no se hiciera ningún esfuerzo por tocarla.

Se le dijo que su marido estaría sentado en el sillón del otro lado del consultorio todo el tiempo y que el autor estaría al lado de su marido, también sentado. De todos modos, ella fue y tuvo que mover su silla personalmente hacia el lateral más alejado del consultorio, para sentarse ahí y vigilar a su marido de forma continua. Dejaban sus sillones su marido o el autor en algún momento, ella estaba lista para dejar inmediatamente, ya que estaba sentada cerca de la puerta del consultorio.

Después tenía que tumbarse poco elegantemente en su sillón, echando el cuerpo bien hacia atrás, con las piernas extendidas, los pies cruzados, y todos los músculos completamente tensos. Tenía que mirar fijo a su marido hasta el punto que fuera él todo lo que pudiera ver, viendo al escritor muy de reojo. Sus brazos tenían que estar cruzados y sus puños fuertemente apretados.

Obedientemente, ella comenzó esta tarea. Cuando hizo todo esto, se le dijo que se durma más y más profundo, no viendo nada que no fuera su marido y el autor. Cuando se durmiera más y más profundamente, tendría que asustarse, presa de pánico, incapaz de moverse y de hacer algo como no sea vigilarnos a ambos y dormirse más y más profundo en el trance, en proporción directa a su estado de pánico.

Este estado de pánico -según las instrucciones que se le dieron- ahondaría su trance y, al mismo tiempo, la mantendría rígidamente inmóvil en el sillón.

Entonces comenzaría gradualmente -se le dijo- a sentirlo a su marido tocando sus partes íntimas, acariciándola, aunque ella continuara viéndolo todavía en la otra punta de la sala. Se le preguntó si quería voluntariamente experimentar tales sensaciones y se le informó que la rigidez de su cuerpo existente se relajaría lo suficiente como para permitirle asentir o negar con la cabeza a modo de réplica y que tenía que dar una respuesta honesta, sin apuro y en forma pensada.

Lentamente movió su cabeza afirmativamente.

Se le pidió que note que su marido y el autor estaban girando sus cabezas para no verla, porque ella tendría que comenzar a sentir que su cuerpo era acariciado cada vez en forma más íntima por su marido, hasta que finalmente sintiera un entero placer, feliz y relajada.

Aproximadamente cinco minutos más tarde, ella se dirigió al autor, “Por favor,

no mire. Tengo tanta vergüenza. ¿Podemos irnos a casa ahora que ya estoy bien?”

Se la hizo salir del consultorio y al marido se le dieron instrucciones de llevarla a su casa y esperar pasivamente que las cosas se desarrollen.

Dos horas más tarde se recibió un llamado telefónico conjunto que explicaba, simplemente, “Todo salió bien.”

Un llamado telefónico de control, una semana más tarde, reveló que estaba todo bien. Aproximadamente 15 meses más tarde tuvieron su primer hijo, con gran orgullo.

Otro ejemplo es el de un niño de ocho años enurético, medio llevado, medio arrastrado al consultorio por sus padres. Previamente ellos habían solicitado la ayuda de los vecinos en beneficio de él y se había pedido por él públicamente en la iglesia. Ahora lo estaban arrastrando a lo de un “doctor de locos”, como el último resort, con la promesa de una “cena de hotel”, que se le iba a ofrecer a continuación de la entrevista.

Su resentimiento y hostilidad hacia todo eran completamente evidentes.

Se hizo el approach declarando: “Estás furioso y vas a continuar estándolo, y piensa que no hay nada que puedas hacer en esto, pero hay algo que puedes hacer. No te gusta haber venido a ver un “médico de locos”, pero estás acá y te gustaría hacer algo, pero no sabes qué. Tus padres te arrastraron acá, te hicieron venir. Bueno, puedes hacer que esperen fuera del consultorio. Claro, los dos podemos - vamos, diles que se vayan enseguida.” En este momento, se les dio a los padres discretamente una señal de que salgan, a la que respondieron pronto, para inmediata y casi asustada satisfacción del chico.

El autor, entonces, continuó, “Pero todavía estás furioso y yo también lo estoy, porque ellos me ordenaron curarte, porque te mojas en la cama. Pero a mí no me pueden dar órdenes, como te las dan a tí. Pero antes de arreglar cuentas con ellos, por lo que nos hicieron” ***-con un gesto pausado, elaborado, un gesto que apunta a una cosa y de esos que compelen a prestar atención-*** “fijate en esos perritos, allá. A mí me gusta más el pardo, pero supongo que a tí te gusta más el negro -y- blanco, porque tiene las manos blancas, Si tienes mucho cuidado, los puedes acariciar. Me gustan los cachorritos, ¿a tí no?”.

Acá el chico, tomado completamente por sorpresa, desarrolló con prontitud un trance somnambulístico, se fue sobre los cachorritos y pasó a acariciarlos, uno más que el otro. Cuando, finalmente, levantó la vista hacia el autor la frase que produjo para el chico fue, “Me alegro de que ya no estés furioso conmigo y no creo que tú o yo tengamos que contarles a tus padres. Así es, puede que recién se ganen ese derecho, por la forma en que te trajeron acá, si esperas hasta que esté por terminar el año en la escuela. Pero una cosa es cierta. Bien puedes apostar que después de que tengas tu cama seca un mes, ellos te van a comprar un cachorro, casi igual a Spotty, el perrito que está acá, aunque nunca les digas una palabra de esto. Ellos te lo van a tener comprado. Ahora cierrá los ojos, respira hondo, duerme profundamente y despierta con un hambre terrible.”

El chico actuó según las instrucciones que se le dieron y fue dejado al cuidado de sus padres, a quienes se les dieron algunas instrucciones en privado.

Dos semanas más tarde, fue usado como sujeto de demostración, para un grupo de médicos. No se hizo ninguna terapia.

Durante el último mes del año escolar, el chico hacía una cruz en el calendario, lleno de entusiasmo.

Hacia los últimos días del mes, le remarcó crípticamente a su madre, “Mejor que estés lista.”

El día 31, la madre le contó que había una sorpresa para él. Su réplica fue: “Mejor que sea negro -y- blanco.” En ese momento entró su padre con un cachorrito. En su excitado placer, el chico se olvidó de hacer preguntas.

Dieciocho meses más tarde la cama del chico todavía y sin solución de continuidad estaba seca.

* * *

Un estudio cuidadoso de estos ejemplos revela el mismo modelo en todos ellos. En cada uno de los casos, el mayor de los autores asocia (1) lo que el paciente puede hacer bien con (2) la conducta de trance en la que (3) ellos pueden ahora

experimentar lo que quieren en una realidad interna alucinada. Esto vincula sus capacidades de conducta reales a los deseos alucinados, de modo tal que los deseos puedan llegar a hacerse realmente. El trance terapéutico es el adhesivo que los pega, el estado de concentración o el medio en el que las fantasías y los deseos se asocian y se vinculan a las capacidades de conducta, de manera que lo que se desea pueda ser hecho en la conducta real. En la práctica hipnoterapéutica, continuamente estamos construyendo puentes entre lo que los pacientes pueden hacer y lo que quieren o precisan hacer. Esto se va a hacer más y más evidente en el próximo capítulo, sobre sugestión post-hipnótica, y prácticamente todos los estudios de casos que siguen.

EJERCICIOS

1. Escuche con atención las grabaciones de sus sesiones de terapia y determine hasta qué grado está utilizando las propias conductas, intereses y características de personalidad de los pacientes para hacer más fácil el trabajo terapéutico de ellos.
2. Cuando estudie estas grabaciones, considere dónde podría haber introducido observaciones y sugerencias alternativas, que pudieran utilizar el repositorio de experiencias de vida del paciente y haber desarrollado en mayor medida ciertas funciones para hacer más fácil el progreso terapéutico. Explore aquellas formas de sugerencias indirectas que se adecuen con más comodidad a su propio repertorio verbal, de modo que pueda utilizarlas con más eficacia para hacer más fáciles las búsquedas internas y los procesos inconscientes del paciente, aun sin la inducción al trance formal.
3. Estudie las grabaciones en video-tape de sus sesiones de terapia para descubrir esos momentos de absorta atención y capacidad de respuesta que tienen lugar cuando su paciente está muy enfocado en usted. ¿Cuán bien utilizó esos momentos para introducir observaciones terapéuticas?
4. Haga un plan de cómo podría usar estos momentos de capacidad de atención y de respuesta, para introducir formas indirectas de sugestión que puedan hacer más fácil la asociación libre relacionada a los resultados terapéuticos. Son algunos ejemplos simples los siguientes:

¿A sus ojos los siente como descansando y cerrándose un momento, mientras su mente inconsciente explora eso (*lo que sea*)?

Quiero que se quede quieto un momento, y, cuando lo piense, vamos a ver qué otra cosa trae su mente inconsciente para sumarla en este tema. Y no tiene que hablar hasta que realmente se sienta reconfortado en cuanto a esto.

Los terapeutas deben encontrar la combinación de palabras que les sea más natural a ellos y a sus pacientes para hacer más fácil la búsqueda inconsciente y los procesos inconscientes, de una manera reconfortante y como por casualidad.

5. El approach de arriba se presta fácilmente a las formas indirectas de inducción al trance. Durante esos momentos de trance cotidiano y común, cuando los pacientes pueden aparentemente estar absortos en sí mismos y consigo mismos, mirando para afuera por la ventana, con la vista fija en sus manos, en el piso, en el techo o en cualquier otro lado, los terapeutas pueden introducir opciones en procura del trance, vía formas indirectas tales como las siguientes:

Usted ahora está absorto en una cosa, y si su inconsciente consiente con agrado en que éste es un momento reconfortante y como para que entre en trance, se va a encontrar con que sus ojos van a parecer que se cierran totalmente por sí mismos.

¿Su inconsciente quiere que se cierren esos ojos, para que así usted pueda continuar justo como está, y aún en forma más reconfortante?

Justo eso, dejarse continuar en su estado, y su cuerpo todavía no quiere tener que moverse, hasta que su inconsciente tenga una sorprendente solución para eso aunque su mente inconsciente puede, sin embargo, no saber exactamente cuál es.

Durante un momento de absorta atención y capacidad de respuesta, cuando la atención del paciente está enfocada en el terapeuta, puede introducirse el trance como sigue:

Yo sé que usted no lo ve del todo, pero estoy notando algo sobre usted que me indica que puede estar preparado para entrar en trance. Y si su inconsciente realmente lo quiere, se va a encontrar con esos párpados

cerrándose (con la mano elevándose, o lo que sea).

6. Rechace absolutamente la posibilidad de permitirse usar alguna forma ritual o mecánica de inducción hipnótica, hasta que haya notado una media docena o aun más modelos de conducta manifiesta, intereses, habilidades, experiencias de vida internas, modelos de referencia, “resistencias” o síntomas del paciente, que usted pueda incorporar al procedimiento de inducción. Después practique el proceso de integrar la individualidad de cada paciente a todas las formas standards de inducción al trance: fijación de los ojos, levitación de la mano, etc.

7. Estudie la conducta manifiesta y los síntomas del paciente para determinar cómo pueden ser canalizados en dirección a respuestas terapéuticas. Practique la construcción de puentes asociativos entre lo conocido y posible y lo desconocido y deseado.

8. Estudios adicionales al cuerpo tradicional de conocimientos acerca de la inducción hipnótica provienen de muchos sectores, de los que no se esperarían. Un volumen sobre poética hipnótica (Snyder, 1930), por ejemplo, presenta la tesis de que hay dos tipos básicos de poesía: hipnótica (de escritura tramada) e intelectual. La primera tiende a inducir el trance, mientras que la segunda apela más al intelecto. El autor discute varios de los recursos literarios que pueden inducir un efecto hipnótico, recursos tales como: (1) un modelo perfecto de sonido y de acentos, con el acento fuerte sobre las vocales a intervalos de medio segundo; (2) ausencia de cambios abruptos o desafíos intelectuales; (3) vaguedad de imágenes, que permiten al inconsciente personal de cada individuo completarlas en los detalles; (4) fatiga, para lo que podríamos llamar “despotenciar los modelos de trabajo mental habituales”; (5) el uso de la repetición y del estribillo; y (6) dar una sugestión o una sugestión post-hipnótica extraordinariamente claras y directas únicamente después de calmar al oyente llevándolo a un estado agradable con lo anterior. Continúa puntualizando cómo la inspiración poética y, tal vez, la creación artística en general, implican siempre un estado de auto-hipnosis. Un estudio cuidadoso de los poemas que presenta le da al hipnoterapeuta una concepción más amplia del trabajo creativo que está implicado en cada inducción hipnótica.

9. Estudios clásicos, como el de arriba, dan crédito a muchos de los esfuerzos que aún están en curso por entender el trance como una función de las actividades especializadas y de los modelos de interacción de los hemisferios cerebrales izquierdo y derecho (Ornstein, 1972, 1973; Hilgard e Hilgard, 1975; Bandler y Grinder,

1975; Erickson, Rossi y Rossi, 1976; Rossi, 1977). Analice las inducciones en éste y en los restantes capítulos de este volumen, en cuanto a su relativa apelación a los hemisferios izquierdo y derecho. Hemos introducido un buen número de especulaciones en esta área en nuestros comentarios sobre el Caso 12, en el Capítulo 9 de este volumen.

* * *

CAPITULO 4

SUGESTION POST - HIPNOTICA

Tradicionalmente la sugestión post-hipnótica ha sido usada para evaluar la efectividad del trance y reforzar el proceso terapéutico. Se creía que una persona que recibe una sugestión durante el trance y después la lleva a cabo, prueba verdaderamente con este hecho que se experimentó un efectivo trance. El trance se conceptualizaba como un estado en blanco durante el cual un individuo es fácilmente programado, exactamente de la manera como uno podría escribir sobre una pizarra en blanco. Nosotros, ahora, reconocemos que esta pizarra en blanco y este modelo de programación de la hipnosis no es conducente para el trabajo psicoterapéutico. Los individuos retienen sus dinámicas de personalidad propias mientras dura el trance. El trance terapéutico es un medio de enfocar la atención y de utilizar la dinámica de personalidad de una manera que permita que los procesos inconscientes sean mediadores de respuestas que sean de valor clínico. En su sentido más amplio, podemos hablar de sugestión post-hipnótica, siempre que introducimos una idea durante un momento de receptividad; idea que es más tarde hecha acto real en la conducta. Ese momento de receptividad puede ocurrir durante un trance inducido formalmente o durante el *trance cotidiano común*, en el que la atención está fija y absorta en un tema de gran interés.

1. ASOCIAR LAS SUGESTIONES POST- HIPNOTICAS.

CONDUCTAS INEVITABLES

El approach tradicional para dirigir la sugestión post-hipnótica toma la forma “Después que se despierte del trance hará (*o experimentará*) tal o cual cosa”.

Toda sugestión post-hipnótica indirecta, en contraste con la anterior, implica el uso de las formas indirectas de sugestión junto con un buen número de otros procesos que se encuentran en la vida de todos los días tanto como en la práctica clínica. Los más útiles de ellos son las sugerencias de contingencia y las redes de asociación, en donde conectamos la sugestión post-hipnótica a modelos de conducta inevitables que el paciente experimentará en el futuro. Estos modelos de conducta inevitables funcionan como «pies» o vehículos para la sugestión post-hipnótica. Las propias asociaciones, experiencia de vida, dinámica de personalidad y perspectivas futuras del paciente, son todas utilizadas para construir la sugestión post-hipnótica en el interior de la estructura de vida natural del paciente. Un ejemplo extraído de la propia vida familiar del mayor de los autores puede introducirnos a este concepto de sugestión post-hipnótica indirecta en su sentido más amplio.

La primera vez que un ortodoncista tuvo que hacerle un trabajo a una de mis hijas, yo le dije a ella, “Ya sabes, todo ese fardo de alambres que te van a poner en la boca es incómodo y molesto”. ¿Por qué no le iba a decir la verdad? Ella ya lo sabía, estaba segura de que iba a ser así. Después le dije, “Ese bocado de ferretería que te va a quedar prendido, con todas esas bandas de goma es algo molesto y lamentable, **y va a ser un trabajito terrible tener que usarlo**”. Bueno, ¿Qué le sugerí? **Tendrás que usarlo. Tener que usarlo** fue la sugestión indirecta. Ella escuchó que yo me estaba compadeciendo de su molestia, pero su inconsciente escuchó además el resto de la oración. Siempre que sepa cuánto incluye, cuán comprensiva es su afirmación. **Es un trabajito terrible tener que usarlo**. Cuando usted pone esto de esa manera, ella acepta ambas partes de la oración, aunque no sepa que ha aceptado la segunda parte. Después le dije, “Ahora sólo eres una nena, pero ¿qué clase de sonrisa piensas que vas a tener en la foto de tu casamiento?”. La Sra. Erickson y yo tuvimos esa sugestión post-hipnótica por mucho tiempo, hasta que ella se casó. Nunca traicionamos nuestro secreto, ni hablando de él, ni contándoselo a nadie. Cuando nuestra hija se casó, diez años más tarde, y vio sus fotos de boda, dijo, “Papi, ésta es la que más me gusta. Mira qué sonrisa”. Fue aquella una sugestión post-hipnótica indirecta que trabajó durante un período de diez años, aunque ella no pudiese reconocerla como tal. Cuando fue por primera vez al ortodoncista, su casamiento era la cosa que estaba más alejada de su mente. No pensaba en absoluto en el casamiento, pero sabía que las mujeres se tienen que casar y que estaba allí la remota posibilidad de que estuviera haciendo la bella sonrisa que tendría en su foto de bodas. Eso es lo que entra en la constitución de la sugestión terapéutica post-hipnótica que produce más efecto. Cuando usted le ofrece al paciente una sugestión post-hipnótica en forma de pronóstico que abre

expectativas deseables, se conecta esto a una contingencia futura razonable. El casamiento era para nosotros una expectativa razonable y como para entretener a nuestra hija teniéndolo en vista.

Este ejemplo ilustra varios principios básicos para ofrecer una sugestión post-hipnótica. El proceso se inició, como siempre, reconociendo primero y después admitiendo completamente la experiencia en transcurso y actual del individuo.

La atención de la hija quedó fijada en forma inmediata cuando su padre dio expresión a la realidad que estaba transcurriendo, reconociendo su molestia por el novedoso tratamiento ortodóntico que le iban a hacer. Él utilizó después una afirmación compuesta para conectar su sugestión indirecta “tener que usarlo” a la realidad actual e innegable de ella. Luego reforzó aún más la sugestión con una razonable contingencia futura, cuando “tener que usarlo” se compensaría con una bella sonrisa en el día de su boda. Se puede hacer una lista con los cuatro factores principales que facilitan esta sugestión post-hipnótica, como sigue:

1. **Fijar la atención y abrir una serie sí**, reconociendo y admitiendo la experiencia que está transcurriendo.
2. Asociar con esta experiencia que está transcurriendo una sugestión por medio de una **forma hipnótica indirecta** (sugestión compuesta).
3. **Utilizar** la dinámica de personalidad propia de la persona (necesidad de tener una sonrisa linda el día de su boda) como un vehículo para la sugestión.
4. **Asociar la sugestión con una razonable contingencia futura** (su futura boda).

A continuación presentamos algunas otras ilustraciones de sugestiones post-hipnóticas asociadas con conductas inevitables. La sugestión propiamente dicha está en letras itálicas:

Dentro de poco, después que se despierte, *le iba a decir una cosa...*

Estoy por despertarlo y *ponerlo de nuevo en trance.*

Pese a cualquier pensamiento que tenga, *lo que digo va a ser verdad.*

2. SUGESTIONES POST-HIPNOTICAS SERIALES

Es muy instructivo advertir realmente que es más difícil rechazar dos o más sugerencias dadas juntas, en una red de asociación, que rechazar una sugerencia singular que está sola. Considere los siguientes ejemplos, con el mayor de los autores (Erickson y Erickson, 1941), quien utilizó el interés de una niña de cinco años en su muñeca favorita.

Una chica de cinco años, que nunca había sido testigo de un trance hipnótico, fue vista por el hipnotista a solas. Ella se ubicó en un sillón y se le habló en forma repetida de *“irse a dormir”* y de *“dormir muy profundamente”*, teniendo en sus manos todo el tiempo su muñeca favorita. No se le dio ningún otro tipo de sugerencia hasta después que ella aparentemente se había dormido profundamente por un momento. Fue entonces que se le dijo, como sugerencia post-hipnótica, que alguna vez, otro día, el hipnotista le preguntaría por su muñeca, después de lo cual ella tenía que (a) ubicarla en un sillón, (b) sentarse cerca de ella y (c) esperar que se duerma. Después de varias repeticiones de estas instrucciones, se le dijo que se despierte y que siga jugando. Esta forma triple de sugerencia post-hipnótica fue empleada porque su obediencia conduciría progresivamente a una situación esencialmente estática para el sujeto. Particularmente el último ítem de conducta requería una forma de conducta indefinidamente prolongada y pasiva, que podría ser mejor llevada a cabo con una continuación del trance post-hipnótico espontáneo.

Varios días más tarde se la vio mientras jugaba. Se le hizo una pregunta casual acerca de su muñeca. Tomando la muñeca de su cuna con seguridad la exhibió orgullosamente y explicó, entonces, que la muñeca estaba cansada y que quería irse a dormir, colocándola, mientras hablaba, en su propia silla y sentándose tranquilamente junto a ella para verla de cerca. Muy pronto, ella ofreció la apariencia de estar en un estado de trance, aunque sus ojos todavía estuvieran abiertos. Cuando se le preguntó qué estaba haciendo, replicó, “Esperando”, y asintió con la cabeza, con un gesto de agrado, cuando se le dijo en forma insistente, “Sigue estando así, justo como estás, y mantente esperando”. Una investigación sistemática, que evitó cualquier medida que pudiera causar la manifestación de una pura inclinación a responder a una sugerencia hipnótica específica pero no intencional, condujo al descubrimiento de una amplia variedad de los fenómenos típicos del trance inducido en forma ordinaria.

Podría correr una serie de sutiles sugerencias post-hipnóticas adecuadas para faci-

litar el entrenamiento y la reinducción del trance para adultos, del tipo de las que siguen:

- 1. Cuando despierte, va a abrir los ojos...**
- 2. Muévase y tal vez estírese un poco...**
- 3. Puede hablar un poco de lo que le interese, de su experiencia...**
- 4. Y olvidarse del resto ...**
- 5. Hasta que le pida que vuelva a entrar en trance...**
- 6. Así puede experimentar y recordar algo más.**

Las primeras de las tres líneas de lo de arriba son una serie de verdades de perogrullo, que juntas forman una red asociativa de conductas inevitables. Desde el momento que son inevitables, tienden a iniciar en el paciente una serie-sí; probablemente el paciente no reconocerá, aunque sea algo evidente, la línea 4 como una sutil sugestión para la amnesia hipnótica. La línea 5 es una sugestión post-hipnótica completamente directa para volver a entrar en trance; sugestión que contiene una importante contingencia con las palabras “hasta que”. “Hasta que” significa que al volver a entrar en trance el paciente va a recordar alguna cosa olvidada debido a una amnesia hipnótica ocurrida cuando estaba en el estado de vigilia. La línea 6 continúa la red de asociaciones vinculando un trance futuro con la experiencia que está transcurriendo y contiene, además, una sutil ambigüedad: ¿El paciente meramente experimentará y recordará lo que estaba perdido en la amnesia o habrá una nueva experiencia que luego va a ser recordada? ¿Que sea recordado durante el trance es la única posibilidad o también puede ser después del trance? El terapeuta usualmente no conoce las respuestas de estas preguntas -ellas son un medio de explorar el sistema de respuesta del paciente, que es único-. Si se encuentra que se presentan amnesias significativas y que puedan realizarse con más sugestiones, el terapeuta puede decidir utilizar esta habilidad en forma terapéutica. Si con cada trance van apareciendo nuevas experiencias, puede resultar la modalidad terapéutica ideal para ayudar a los pacientes a explorar sus mundos internos.

3. EL CONDICIONAMIENTO INCONSCIENTE COMO SUGESTION POST - HIPNOTICA

La mayor parte de los terapeutas alteran automáticamente el tono y la cadencia de sus voces durante el trabajo de trance. Los pacientes, por su parte, se vuelven en forma automática y normalmente inconsciente, condicionados a experimentar el trance en respuesta a estas alteraciones en la voz. Si el terapeuta adopta estos cambios en la voz durante una conversación ordinaria, el paciente frecuentemente comenzará a experimentar aspectos parciales del trance sin saber bien por qué. Desde el momento que estos pies mínimos pasan por alto los modelos de referencia conscientes del paciente, ellos son, con frecuencia, sorprendentemente eficaces. Cuando los terapeutas notan estas manifestaciones iniciales del trance (por ejemplo, parpadeo, movimientos mínimos, bloqueo, algo de confusión, etc.), pueden reforzarlas con otros pies no verbales o verbales, que es típico usar durante los estadios iniciales de la inducción del trance. Por ejemplo, cuando el paciente está mirando atentamente al mayor de los autores durante la inducción del trance, él dirigirá con frecuencia la vista hacia el paciente, pero enfocando los ojos más allá del paciente. Cuando, más tarde, hace esto durante una conversación ordinaria, el paciente inicialmente se siente un poco desconcertado, después comienza a experimentar una desorientación que únicamente puede ser resuelta entrando en trance (Erickson, Rossi y Rossi, 1976). En tales momentos, el mayor de los autores puede reforzar el proceso con una mirada de feliz expectativa y con preguntas de doble-vínculo tales como las siguientes:

¿Me pregunto cómo, justo, se va a despertar ahora?

¿Cuánto trance, justo, está empezando a experimentar?

¿Es un trance lo que está empezando a experimentar?

¿Es reconfortante dejar que suceda justo así, no?

No tiene que hablar ¿o sí? Es lindo justo esto: dejarse ser usted mismo.

Cuando comenzamos a considerar el tema, nos damos cuenta realmente de que hay ahí innumerables modelos de condicionamiento inconsciente que están teniendo lugar entre el terapeuta y el paciente todo el tiempo. Muchos pacientes se vuelven condicionados en forma inconsciente y automática, a comenzar el proceso

de la experiencia del trance tan pronto como entran en la sala de espera del terapeuta. El terapeuta observador no tiene necesidad de ser un ingeniero de tales modelos de condicionamiento inconsciente ni que establecerlos intencionalmente. Es, lejos, más eficaz simplemente observarlos cuando ocurren naturalmente y después de utilizarlos como indicadores importantes de los procesos inconscientes. Algunos pacientes, por ejemplo, ponen sus cuerpos en ciertas posiciones características durante el trance. Más tarde, durante una sesión terapéutica común, el terapeuta puede notar que se desarrollan algunos aspectos de esa posición de trance. Tal vez una cabeza, un brazo, una pierna, una mano o un dedo caiga en la posición de trance. Puede ser una señal del cuerpo no verbal e inconsciente de que el paciente está volviendo a experimentar una asociación al trance en algún nivel y que necesita hacer el trabajo del trance ahora. Cuando los terapeutas reconocen estos pies corporales, pueden hacer más fácil el proceso con una mirada expectante y con preguntas del tipo de las siguientes:

¿Usted ve lo que le está pasando ahora?

Haga una pausa, un momento. ¿Puede percibir lo que está pasando dentro suyo?

¿Usted siente que en realidad está completamente despierto?

¿Qué cantidad de trance está empezando a experimentar?

Cuando el lenguaje del cuerpo del paciente sea efectivamente una señal de que necesita que se haga el trabajo de trance, el paciente frecuentemente usará la búsqueda interna iniciada con estas preguntas para entrar más hondo en el trance. Si el lenguaje del cuerpo significa algo más (tal como una asociación importante referida a una experiencia de trance previa de la que es necesario que se hable en ese momento), la pregunta del terapeuta le ofrece una oportunidad para que esto sea expresado en el estado de vigilia o, tal vez, en un estado de trance ligero que no sea fácil distinguir del estado de vigilia.

4. EXPECTATIVAS INICIADAS RESUELTAS POST-HIPNOTICAMENTE

Un approach más que eficaz a la sugestión post-hipnótica es el de iniciar expecta-

tivas, tensiones o modelos de conducta que puedan ser completados o resueltos únicamente después de que el trance haya quedado formalmente terminado. Este approach tiene su validación experimental en numerosos estudios del efecto Zeigárnico (Woodworth y Schlosber, 1954), que demuestran los niños: retornarán a una tarea incompleta después de una interrupción, a causa de la tensión o del desequilibrio, excitados por sus aparatos de cierre. En la sección anterior dijimos cómo el condicionamiento inconsciente podía iniciar aspectos parciales del trance que únicamente podrían ser resueltos por el paciente entrando realmente en trance o que únicamente podrían ser resueltos después del trance por medio de algún cambio de conducta terapéutico. Nuestro paradigma de los cinco estadios de la dinámica de la inducción al trance y de la sugestión, en la Figura 1, se hace evidente en este approach en particular.

El mayor de los autores usa frecuentemente este approach con pacientes que experimentan el trance por primera vez. Durante el primer trance de ellos, él remarcará, como por casualidad, cuán interesante y terapéutico puede ser experimentar una *“sorpresa placentera”*. Obtiene entonces de ellos su buena voluntad con respecto a experimentar una sorpresa placentera después de haberse despertado. Se establece, por lo tanto, en el interior de los pacientes, una expectativa placentera que puede resolverse con un shock o una sorpresa terapéutica después de haberse despertado. Esta expectativa es una tensión no resuelta que aumenta la sensibilidad de ellos a la sorpresa terapéutica que el terapeuta ha planeado. La expectativa de una sorpresa placentera tiende a suspender los aparatos y las actitudes habituales de los pacientes y a iniciar búsquedas y procesos inconscientes que van en procura de la sorpresa placentera prometida.

Una vez que el paciente ya ha estado despierto unos momentos, el mayor de los autores guía la mano y el brazo del paciente hacia arriba, con una mirada de admirada expectativa. El brazo del paciente normalmente permanece suspendido en medio del aire, ya que se le han dado sutiles pero directivos pies táctiles para permanecer así (Erickson, Rossi y Rossi, 1976). Los pacientes normalmente no reconocen estos pies táctiles en un nivel consciente, sin embargo, así que son, en efecto, sorprendidos en esta conducta aparentemente peculiar de sus brazos. El mayor de los autores reforzará esta sorpresa e implicará que significa que los pacientes están entrando en trance en cumplimiento de la sugestión post-hipnótica que les dio previamente con observaciones tales como las siguientes:

¿Es sorprendente, no?

¿Su mano siempre se queda ahí arriba cuando alguien la toca?

Y puede ser una “sorpresa placentera” encontrarse a usted mismo volviendo a entrar en trance sin ningún esfuerzo.

¿Los ojos se le empiezan a cerrar?

Y esa mano no va a bajar hasta que la otra mano suba.

La sorpresa y perplejidad del paciente acerca de lo que está sucediendo es, en esencia, un approach, basado en la confusión, para despotenciar los aparatos y modelos conscientes habituales, de modo que se haga más fácil el estado alterado. En la sección siguiente elaboraremos más nuestra concepción de este uso de la sorpresa y de la expectativa para hacer más fácil la ejecución de las sugerencias post-hipnóticas terapéuticas.

5. LA SORPRESA COMO SUGESTION POST-HIPNOTICA

Toda sorpresa, en una sugestión post-hipnótica, aumenta la expectativa proveyendo, mientras, un canal a salvo de fallas para la expresión de la individualidad del paciente después de despertarse. Considere la siguiente sugestión post-hipnótica, ofrecida en forma más que apropiada al final de un periodo de trabajo de trance exitoso, durante el cual el paciente está con un humor positivo y experimentando una serie sí.

¿Le gustaría experimentar una sorpresa placentera después de despertarse?

Un paciente que responde afirmativamente a esta pregunta (asintiendo con la cabeza, señalando con el dedo, con una respuesta verbal, sonriendo, etc.) está en la siguiente situación:

1. La serie sí positiva se traslada al período post-hipnótico.
2. El despertar está acompañado por una sensación de intensa expectativa y de motivación positiva con respecto a experimentar algo.

3. Los aparatos conscientes usuales del paciente saben cuál será la sorpresa, la nueva. Los aparatos conscientes habituales y que lo limitan, del paciente, son despotenciados, entonces, en favor de algo nuevo que puede provenir únicamente del propio inconsciente del paciente. La sugestión por una “placentera sorpresa” ha sido dada en forma de pregunta que, en sí misma, inicia una búsqueda inconsciente que puede descubrir y permitir un nuevo potencial u otro aspecto de la individualidad del paciente, para que se vuelva manifiesto.

4. La sugestión tiende a estar a salvo de fallas, debido a que sea lo que sea lo que los pacientes experimenten o refieran después de un trabajo de trance exitoso, puede ser aceptado como una “placentera sorpresa”. Si los pacientes están excitados de felicidad, esa puede ser la “sorpresa placentera”. Si los pacientes están más pensativos y parecen recaer en la inmovilidad del cuerpo cuando reflexionan sobre sus experiencias del trance, el terapeuta puede facilitar una sorpresa con una sugestión tal como ésta: “En la medida que note lo quieto que está su cuerpo, puede ser sorprendente qué fácil pueden cerrarse sus ojos cuando vuelva a entrar en trance para alcanzar una completa comprensión de *eso*. “El terapeuta puede no conocer qué sea “eso”, pero, sea lo que fuera puede ser facilitado.

5. Cuando el paciente experimenta en alguna forma una sorpresa después del trance, un comentario final del terapeuta tal como “Y eso fue una sorpresa placentera, ¿no?” tiende a ratificar tanto el trabajo terapéutico que acaba de tener lugar, como también el valor del trance como un approach válido para resolver problemas.

Se encontrarán en los casos de este libro un buen número de ejemplos que ilustran esta forma de sugestión post-hipnótica basada en la sorpresa.

EJERCICIOS

1. Asociar sugestiones terapéuticas con conductas inevitables puede ser práctico tanto en la vida cotidiana como en el consultorio. Es éste un approach especialmente adecuado para niños, con la condición de que el adulto evite sermonear.

2. Las sugestiones post-hipnóticas seriales requieren mucho pensamiento y mucha planificación. Junto con las sugestiones de *contingencia*, las *redes de asociación* y los *doble-vínculos* pueden constituir un matorral casi impenetrable puesto para

obstaculizar prácticamente cualquier potencial de asociación y de conducta fortuita que el paciente pueda tener y para capturar rápidamente este potencial para el esfuerzo terapéutico. Se vuelve un ejercicio fascinante interpenetrar cada una de las **conductas inevitables** del paciente con un modelo serial de sugerencias, de modo que ellos se refuercen mutuamente uno al otro y, es lo esperado, desplacen el síntoma del paciente.

3. El condicionamiento inconsciente como sugestión post-hipnótica requiere una cuidadosa observación de los modelos de conducta y de la capacidad de respuesta del paciente, siempre que ellos lleguen en presencia del terapeuta después de haber tenido una experiencia hipnótica exitosa. El terapeuta debe entonces aprender a hacer que a tales observaciones cuidadosas sigan el tipo de preguntas que puedan facilitar la búsqueda inconsciente y la profundización del envolvente entorno del trance. El principiante en esta área puede encontrarse con que le resulta difícil creerles y aprender a ver esos espontáneos y condicionados modelos de la conducta del trance que se desarrollan, en la mayor parte de los pacientes, cuando se encuentran de nuevo con el terapeuta después de una experiencia de trance exitosa. Esta es la causa exitosa por la que puede ser instructivo preguntarle rutinariamente a cada paciente sobre ese “próximo encuentro”, de la manera que se sugirió en este capítulo. Si ya ha sido desarrollado el señalar ideomotor, es muy fácil solicitar en los primeros minutos de ese próximo encuentro, **“ahora, si ya está empezando a experimentar un trance, su mano derecha se va a elevar”** (o sus ojos se van a cerrar, etc.). Es importante evaluar el estado del paciente en los primeros minutos del próximo encuentro dado que, después de ese lapso, “la respuesta” condicionada de trance inicial puede extinguirse rápidamente, puesto que es desplazada por los convencionalismos resultantes de relacionarse conscientemente con la situación terapéutica.

4. **Las expectativas iniciadas que se resuelven post-hipnóticamente** - sugerencias que se inician con la **sorpresa**-, son una habilidad que se desarrolla con el uso de las **sugerencias de contingencia** y de las **redes de asociación**. Pueden aprenderse con más facilidad expresando la simple expectativa de sentirse descansado y reconfortado al despertar. Esto, generalmente, está a salvo de fallas, desde el momento que tales respuestas son casi inevitables uno puede gradualmente agregar sugerencias que se adapten, en particular, a las necesidades de ese paciente y que se adecuen a las **expectativas del paciente** respecto de lo que tendría que experimentarse.

CAPITULO 5

ALTERAR EL FUNCIONAMIENTO SENSORIO - PERCEPTUAL: EL PROBLEMA DEL DOLOR Y DEL CONFORT

La investigación clínica (Lassner, 1964; Melzack y Perry, 1975) y experimental (Hilgard y Hilgard, 1975) recientes han validado de nuevo siglos de experiencia con la alteración hipnótica del funcionamiento sensorio-perceptual para combatir el dolor y hacer más fácil el confort. Los approaches hipnoterapéuticos han sido exitosos en la reducción del dolor proveniente de fuentes somáticas obvias (tales como los traumas físicos accidentales, la cirugía, odontología, obstetricia, el cáncer, etc.) tanto como en la reducción de problemas psicossomáticos. Se ha establecido sobre la base experimental que el alivio del dolor se debe a algo más que el efecto placebo (Mc.Glashan, Evans y Orne, 1969) o que la reducción de la ansiedad (Hilgard e Hilgard, 1975). Desde el momento que la utilidad de la hipnosis en esta área ha sido tan bien establecida, nosotros enfocaremos nuestra atención sobre los approaches prácticos desarrollados por el mayor de los autores en situaciones clínicas.

1. INTRODUCCION

(El material que sigue fue escrito por el mayor de los autores y apareció originalmente en los *Proceedings of the International Congress for Hypnosis and Psychosomatic Medicine*, J. Lassner, (ed.) 1967.)

La hipnosis es esencialmente una comunicación de ideas y de comprensiones a un paciente, de forma tal que él sea, en el futuro, más receptivo a las ideas presentadas y, por esto, esté más motivado a explorar sus propios potenciales corporales para el control de sus respuestas y de su conducta psicológica y fisiológica. La persona media no ve las capacidades que tiene para cumplir lo que ha sido aprendido a través de los condicionamientos experimentales de su cuerpo a lo largo de sus experiencias de vida. Para la persona media, en su pensamiento, el dolor es una experiencia subjetiva inmediata, que circunscribe totalmente su atención angustiante y, a lo mejor, dentro de su creencia y de cómo lo entiende, una experiencia incontrolable para la persona misma. Sin embargo, como resultado de los eventos de experiencia de su vida pasada, se han construido, uno sobre el otro, aunque sin ser reconocidos para nada, ciertos aprendizajes, asociaciones y

condicionamientos psicológicos, fisiológicos y neurológicos que hacen posible que el dolor sea controlado y aún abolido. Sólo hace falta pensar en situaciones extremadamente cruciales de tensión y ansiedad, para asumir como real que el más severo montón de dolor se desvanece cuando el enfoque de la aprehensión del que sufre se ve compelida por otro estímulo de naturaleza más inmediata, intensa y amenazante para la vida. Desde la experiencia común se puede pensar en una madre que sufre un dolor extremadamente severo y que está totalmente absorta en su experiencia de dolor. Pese a todo, lo olvida sin esfuerzo ni intención alguna, cuando ve a su hijito amenazado por algún peligro o seriamente dañado. Uno puede pensar en los hombres que están en combate y que han sido heridos de gravedad, pero no descubren sus heridas hasta más tarde. Son numerosos los ejemplos comparables con éstos, comunes para la experiencia médica. Tal abolición del dolor ocurre en las situaciones de la vida de todos los días, donde el dolor es sacado de la aprehensión por estímulos de otro carácter, que son más compulsivos. El ejemplo más simple es el de un dolor de muelas olvidado camino al consultorio del dentista, o el de un dolor de cabeza perdido en medio del drama lleno de suspenso retratado en la película. Con experiencias tales como éstas, ya sean de mayor o de menor importancia, en el curso de una vida el cuerpo aprende una gran cantidad de asociaciones y de condicionamientos psicológicos, emocionales, neurológicos y fisiológicos de tipo inconsciente. Estos aprendizajes inconscientes, repetidamente reforzados con experiencias de vida adicionales, constituyen la fuente de los potenciales que pueden ser empleados a través de la hipnosis para controlar el dolor en forma intencional y sin recurrir a drogas.

2. CONSIDERACIONES CONCERNIENTES AL DOLOR

Al mismo tiempo que es una experiencia subjetiva, con ciertas manifestaciones y concomitancias objetivas, el dolor no es necesariamente, o solamente, una experiencia consciente. Ocurre sin una aprehensión consciente en estados de sueño, en narcosis y aún bajo ciertos tipos de quimionestesia, como evidenciando con concomitancias objetivas, tal como se ha demostrado a través de la exploración hipnótica experimental de las experiencias pasadas de los pacientes. Pero dado que el dolor es primariamente un fenómeno subjetivo consciente, acompañado por todo tipo de sucesos, desagradable, amenazante, incluso con significaciones y connotaciones emocionales que ponen en peligro la vida, se puede hacer con frecuencia un approach al problema a través del uso de la hipnosis, unas veces fácilmente, otras con grandes dificultades. Más aún, la extensión del dolor no necesariamente

es un factor de peso.

Para hacer uso de la hipnosis para combatir el dolor, es necesario considerarlo en forma más bien analítica. El dolor no es un estímulo nocivo simple. Tiene ciertas significaciones temporales, emocionales, psicológicas y somáticas. Es una fuerza motivacional competente en la experiencia de la vida. Es la razón básica por la que se busca ayuda médica.

El dolor es un complejo, una construcción, compuesto del dolor pasado recordado, de la experiencia de dolor presente y del dolor que se anticipa tendrá lugar en el futuro. De este modo, el dolor inmediato está aumentado por el dolor pasado, y también lo hacen más alto las posibilidades de dolor futuro. Los estímulos inmediatos sólo son un tercio central de la experiencia entera. Nada intensifica tanto el dolor como el miedo de que se presente al día siguiente. De manera similar, se incrementa en el momento que se advierte la realidad de que el mismo dolor, o uno similar, se experimentó en el pasado y éste, sumado al dolor inmediato, vuelven al dolor futuro aún más amenazante. A la inversa, la realidad de que el dolor presente es un simple evento que, en definitiva, va a llegar a un término agradable, sirve en gran medida para disminuirlo. Puesto que el dolor es una construcción, está más propenso a ser vulnerable a la hipnosis en tanto que modalidad de tratamiento exitosa, que lo que estaría si fuera simplemente una experiencia del presente.

El dolor, como experiencia, se hace más susceptible a la hipnosis puesto que varía en su naturaleza e intensidad y, a partir de esto, adquiere a través de las experiencias de la vida significaciones secundarias que resultan en la variación de las interpretaciones del dolor. De este modo, el paciente puede considerar su dolor en términos temporales; términos tales como: transitorio, recurrente, persistente, agudo o crónico. Estas cualidades especiales, cada una, ofrecen varias posibilidades de approaches hipnóticos.

El dolor tiene además ciertos atributos emocionales. Puede ser irritante, totalmente compulsivo, preocupante, discapacitante, amenazante, que no hay forma de tratarlo o que pone en peligro la vida. Cada uno de estos aspectos conduce a ciertos modelos mentales psicológicos, con varias ideas y asociaciones cada uno y ofreciendo cada uno de ellos especiales oportunidades para la intervención hipnótica.

Uno debe tener en mente además algunas otras consideraciones bastante especiales. Un dolor que se continúa por largo tiempo en un área del cuerpo, puede

resultar en un hábito de interpretar todas las sensaciones que tiene lugar en esa área como automáticamente dolorosas. El dolor original puede haberse ido hace mucho tiempo, pero la recurrencia de esa experiencia de dolor ha conducido a la formación de un hábito que, a su vez, puede conducir a desórdenes somáticos actuales y de carácter doloroso.

En una categoría más o menos similar están los desórdenes y enfermedades iatrogénicos, excitados desde preocupaciones y angustias mal disimuladas del médico, sobre su paciente. La enfermedad iatrogénica tiene una tremenda significación, dado que, al enfatizar que puede haber una enfermedad psicósomática de origen iatrogénico, no puede pasarse por alto su converso: es completamente posible la salud iatrogénica y es mucho más importante para el paciente. Y a partir del hecho de que el dolor iatrogénico puede producirse por miedo, tensiones y ansiedad, así puede producirse la liberación del mismo con la salud iatrogénica que puede sugerirse hipnóticamente.

El dolor es un mecanismo somático de protección, que no debiera ser desestimado como tal. Motiva al paciente a proteger las áreas doloridas, a evitar estímulos nocivos y a buscar ayuda. Pero a causa del carácter subjetivo del dolor, se desarrollan reacciones psicológicas y emocionales con respecto al mismo: reacciones que eventualmente resultan en perturbaciones somáticas, a partir de mecanismos de protección indebidamente prolongados. Estas reacciones psicológicas y emocionales pueden someterse a modificación y tratamiento a través de la hipnosis, cuando se producen tales perturbaciones psicósomáticas.

Para entender más el dolor, hay que pensarlo como un complejo neuro-psicofisiológico, caracterizado por varias comprensiones de una tremenda significación para el que sufre. Únicamente hace falta pedirle al paciente que describa su dolor, para oírlo variadamente descrito como sordo, pesado, que viene de arrastre, agudo, cortante, que retuerce, que quema, molesto y permanente, que pincha, lacerante, que muerde, frío, fuerte, agobiante, estremecedor, corrosivo, y un buen caudal de otros adjetivos semejantes.

Estas variadas interpretaciones descriptivas de la experiencia del dolor son de marcada importancia en el approach hipnótico dirigido al paciente. El paciente que interpreta su experiencia de dolor subjetiva en términos de las varias cualidades de diferentes sensaciones, está ofreciendo con esto toda una multitud de oportunidades para que el hipnoterapeuta combata el dolor. Se puede considerar un approach

total, pero es más factible la utilización de la hipnosis primero en relación a los aspectos menores del complejo de dolor total y recién entonces en relación a sus cualidades crecientemente severas y angustiantes. De este modo, los éxitos menores serán el fundamento para éxitos más importantes en relación a los atributos más angustiantes del complejo neuro-psico-fisiológico del dolor, obteniéndose más pronto y delicadamente que el paciente entienda y colabore con la intervención hipnótica. Se suma a esto que cualquier alteración hipnótica de cualquier cualidad interpretativa singular de la sensación de dolor sirve para efectuar una alteración en el complejo del dolor como un todo.

Otro aspecto importante en la consideración del complejo del dolor es el reconocimiento de las significaciones de experiencia de los varios atributos o cualidades de la sensación subjetiva y sus diferentes relaciones en lo que se refiere a temas tales como el dolor recordado, el dolor pasado, el dolor inmediato, el dolor que dura, el dolor transitorio, el dolor recurrente, el dolor persistente, el dolor insoportable, el dolor intolerable, el dolor amenazante, etc. Al aplicar estas consideraciones para variar los elementos subjetivos del complejo del dolor, la intervención hipnótica se acelera en gran forma. Tal análisis le ofrece a la intervención hipnótica una oportunidad más grande y en un nivel más comprensivo. Se vuelve así más fácil comunicar ideas y comprensiones a través de la hipnosis, lo mismo que enlazar la receptividad y la capacidad de respuesta, tan vitales para asegurar una buena respuesta a la intervención hipnótica. Es importante, además, que ambos, el paciente mismo y los que lo atienden, reconozcan adecuadamente la poca reconocida fuerza que tiene la necesidad emocional humana para reclamar la inmediata abolición del dolor.

3. PROCEDIMIENTOS HIPNOTICOS PARA EL CONTROL DEL DOLOR

Son numerosos los procedimientos hipnóticos para manejar el dolor. El primero de ellos, el practicado más comúnmente, pero que con frecuencia no es genuinamente aplicable, es el uso de la *sugestión hipnótica directa para la abolición total del dolor*. Es un procedimiento más que eficaz pero sólo con un limitado número de pacientes. Pero también falla con frecuencia, sirviendo sólo para desanimar al paciente y frustrar los usos adicionales de la hipnosis que pudieran hacerse durante el tratamiento del paciente. Además, sus efectos, al mismo tiempo que pueden ser buenos, son a veces bastante limitados en su duración, lo que

puede limitar la eficacia de la ***abolición hipnótica indirecta y permisiva del dolor***. Esta es con frecuencia mucho más eficaz y, aun siendo en esencia de características similares a la sugestión directa, es expresada en palabras y ofrecida en una forma que conduce mucho más a la receptividad y a la capacidad de respuesta del paciente.

Un tercer procedimiento para el control hipnótico del dolor es la utilización de la ***amnesia***. En la vida cotidiana solemos ver que el dolor se olvida toda vez que experiencias más amenazantes o absorbentes se aseguran la atención del que sufre. Un ejemplo es el caso ya citado de una madre que, durante un dolor extremo, ve a su hijito seriamente herido, olvidando su dolor en su ansioso miedo por el chico. Después y con características psicológicas totalmente opuestas, está el olvido de penosas artritis, dolores de cabeza y dolores de muela, mientras se ve un drama lleno de suspenso y totalmente absorbente en la pantalla de cine.

Pero la amnesia, en relación al dolor, puede aplicarse hipnóticamente en una gran variedad de formas. De este modo, se puede aplicar amnesias parciales, selectivas o completas en relación a las cualidades subjetivas seleccionadas y a los atributos de la sensación en cuanto al complejo del dolor tal como lo describió el paciente, tanto como en relación a la experiencia de dolor en su totalidad.

Un cuarto procedimiento hipnótico consiste en el empleo de la ***analgesia hipnótica***, que puede ser parcial, completa o selectiva. De este modo, uno puede agregar a la experiencia de dolor del paciente un cierto sentimiento de insensibilidad, sin perder las sensaciones táctiles o de presión. La experiencia de dolor se modifica entonces íntegramente, se hace diferente, y le da al paciente una sensación de alivio y satisfacción, aunque la analgesia no sea completa. Las modificaciones sensoriales introducidas en la experiencia subjetiva del paciente con sensaciones tales como la insensibilidad, un incremento de calor y pesadez, la relajación, etc. sirven para intensificar la analgesia hipnótica en un grado cada vez más completo.

Un quinto método en el tratamiento del dolor es la ***anestesia hipnótica***. Con frecuencia es dificultosa y puede algunas veces completarse directamente, pero frecuentemente se completa mejor indirectamente, con la construcción de situaciones psicológicas y emocionales que son contradictorias con respecto a la experiencia del dolor lo cual sirve para establecer una reacción anestésica, que tiene que ser continuada con una sugestión post-hipnótica.

Un sexto procedimiento de utilidad en el manejo del dolor concierne al tema de la sugestión que tiene por efecto el *reemplazo o sustitución hipnóticas de las sensaciones*. Por ejemplo, un paciente con cáncer, que sufría un dolor intolerable, respondió notablemente a la sugestión de un prurito increíblemente molesto en la palma de sus pies. Su debilidad corporal ocasionada por la carcinomatosis y, a partir de esto, su incapacidad de rascarse hacían que este prurito psicogénico absorbiera toda su atención. Después se indujeron sistemáticamente y en forma hipnótica sentimientos de calor, de frío, de pesadez y de insensibilidad en varias partes de su cuerpo en las que sufría dolores. Finalmente, la última medida fue la sugestión soportable pero sumamente desagradable y molesta sensación menor de comezón, en el lugar de su mastectomía. Este procedimiento de sustitución por reemplazo fue suficiente para los últimos seis meses de vida de la paciente. El prurito en la planta de los pies fue desapareciendo en forma gradual, pero la molesta sensación de comezón en el lugar de su mastectomía persistió.

Un séptimo procedimiento es el del *desplazamiento hipnótico del dolor*. Se trata del empleo de un desplazamiento sugerido del dolor, desde un área del cuerpo a otra. Puede ilustrarse bien con el caso de un hombre muriendo de una carcinomatosis con metástasis y que sufría un dolor intratable tanto en el estado de narcosis por drogas como en el estado de trance hondo, en particular un dolor abdominal. Él tenía formación en medicina y entendía el concepto de dolor referido y de dolor desplazado. En el trance hipnótico, aceptó pronto la idea de que, al mismo tiempo de que el intratable dolor que tenía en su abdomen era el que de hecho lo destruiría, él podría convenir pronto y con agrado que ese dolor igual, localizado en su mano izquierda, sería totalmente insoportable, desde el momento en que, en ese lugar, no tendría connotaciones amenazantes. Aceptó la idea de la referencia de su dolor abdominal a su mano izquierda, y de este modo quedó libre de dolor corporal, llegando a acostumbrarse, en su lugar, a este severo dolor en su mano izquierda que protegía cuidadosamente. Este dolor en la mano no interfirió de ninguna forma en su vida familiar, durante los tres meses de vida que le quedaban. Me fue revelado que el dolor desplazado a la mano izquierda fue disminuyendo gradualmente, pero que el dolor se incrementaba bajo preguntas poco cautas.

Esta posibilidad del desplazamiento del dolor permite, además, un desplazamiento de varios de los atributos del dolor que no pueden ser controlados de otra forma. Con esta medida, estos atributos, de otra forma incontrolables, llegan a modificarse en gran medida y a hacerse más sometibles a la intervención hipnótica.

La **disociación hipnótica** puede emplearse para el control del dolor, y los métodos normalmente más eficaces son los de **desorientación temporal y corporal**. El paciente que está con un dolor intratable tanto para las drogas como para la hipnosis puede ser reorientado hipnóticamente en el tiempo hacia los estadios más tempranos de su enfermedad, cuando el dolor era de menor consideración. Y a la desorientación de esa característica temporal del dolor se le puede dar lugar como para que permanezca como continuación post-hipnótica a través del estado de vigilia. De este modo el paciente tiene todavía su intratable dolor, pero éste se ha vuelto de menor consideración, tal como lo era en sus estadios originales.

Uno puede a veces reorientar exitosamente al paciente que está con un dolor intratable hacia un momento anterior de la enfermedad y, con la sugestión post-hipnótica, efectuar una restauración de la sensación normal que existía antes de la enfermedad. De todos modos, si bien el dolor intratable muchas veces se ocupa de evitar que esto alcance un resultado completo, los sentimientos placenteros anteriores a la enfermedad pueden ser proyectados al presente para anular algunas de las cualidades subjetivas de su complejo dolor. Algunas veces, el efecto de esto es una importante reducción en el dolor.

En cuanto a la **desorientación del cuerpo**, el paciente es disociado hipnóticamente e inducido a experimentarse a sí mismo como algo aparte respecto de su cuerpo. De este modo, una mujer, al atacarla un dolor insoportable, desarrolló en respuesta a las sugestiones post-hipnóticas un estado de trance y se experimentó como estando en otra sala mientras su cuerpo sufriente permanecía en su lecho de enferma. Esta paciente le explicó al autor que cuando él le hizo su visita de médico de cabecera, “Justo antes de que llegara, desarrollé otro ataque de dolor terrible. Así que entré en trance, agarré y me senté en mi silla de ruedas, salí hacia el living para ver un programa de televisión y dejé a mi cuerpo sufriendo en la habitación.” Y ella con placer y felicidad, le contó acerca del programa de televisión fantaseado que estaba mirando. Otra paciente semejante a la anterior, le hizo notar a su cirujano, “usted sabe muy bien, doctor, que yo siempre me desmayo cuando empieza a sacarme los vendajes, porque no puedo soportar el dolor, así que, si no lo toma a mal, voy a entrar en un trance hipnótico y voy a agarrar mi cabeza y mis pies y me voy a ir al solarium; le dejo mi cuerpo acá para que usted trabaje sobre él”. La paciente explicó otra cosa: “En el solarium, me puse en una posición donde podía verlo (al cirujano) inclinándose sobre mi cuerpo, pero no podía ver lo que estaba haciendo. Después miré por la ventana para afuera y cuando miré para atrás él ya se había ido, así que agarré mi cabeza y mis pies y

volví, me junté con mi cuerpo y me sentí verdaderamente muy comfortable.” Esta paciente, en particular, había sido entrenada en hipnosis por el autor muchos años antes, consiguientemente había aprendido la auto-hipnosis, y con todo esto, había inducido su propio trance auto-hipnótico con la frase, “Usted sabe muy bien, doctor.” Esta era una frase que ella podía emplear en forma verbal o mental en cualquier momento e inmediatamente entraba en trance en procura de la experiencia psicológica-emocional de estar en algún otro lugar, lejos de su cuerpo dolorido, para allí estar a gusto y permanecer hasta que ya estuviera sana y salva como para retornar a su cuerpo. En este estado de trance, que ella protegía muy bien de la vista de los otros, al tener la vista de sus familiares los experimentaría como con ella pero en este nuevo escenario sin al mismo tiempo traicionar esa orientación personal.

Un noveno procedimiento hipnótico en el control del dolor corporal, que es muy similar al reemplazo o sustitución de sensaciones, es el de la **reinterpretación hipnótica de la experiencia de dolor**. Con esto se significa la reinterpretación - hecha con el paciente en el estado hipnótico- de un dolor de arrastre, que corroe y pesado, en un sentimiento de debilidad, de profunda inercia, y después como relajación, con el calor y el confort que acompaña la relajación muscular profunda. Los dolores agudos, lacerantes y que pican pueden a veces ser reinterpretados como una súbita reacción que conmueve, de carácter perturbador, pero momentánea en su duración y no dolorosa. El dolor que estremece, que molesta, demoleedor, ha sido exitosamente reinterpretado como la no placentera pero tampoco sufrida experiencia de las sensaciones de las vueltas de un bote durante una tormenta, o incluso, como el estremecimiento que uno experimenta tan frecuentemente a partir de un corte menor en la yema de los dedos, cortes que no son de característica mayormente dolorosa. Se requiere una plena aprehensión de cómo experimenta el paciente el dolor, para una adecuada reinterpretación hipnótica de la sensación del dolor.

La **distorsión hipnótica del tiempo**, descrita primero por Cooper y más tarde desarrollada por Cooper y Erickson (Cooper, L. Erickson, M., *Time Distortion in Hypnosis*, Baltimore: Williams and Wilkins, 1959) es, con frecuencia, una medida hipnótica más que útil en el control del dolor. Un ejemplo excelente es el de un paciente con ataques intratables de un lacerante dolor, ataques que ocurrían aproximadamente según intervalos que iban de veinte a treinta minutos, noche y día, y que duraban de cinco a diez minutos. Entre los ataques, el modelo mental del paciente era, en esencia, uno de temerosa ansiedad respecto del próximo ataque.

Empleando la hipnosis y enseñándole la distorsión del tiempo, fue posible emplear -como es normalmente el caso en cada uno de los pacientes con dolores- una combinación de varias de las medidas aquí descriptas. En el estado de trance se le enseñó al paciente a desarrollar una amnesia para todos los ataques de dolor del pasado. Después se le enseñó la distorsión del tiempo de modo que así él pudiera experimentar los episodios de dolor que duraban de cinco a diez minutos, en una duración que iba de diez a veinte segundos. Se le dieron instrucciones post-hipnóticas para efectuar que cada ataque le llegara para completa sorpresa de él, de que cuando ocurriera el ataque, él desarrollaría un estado de trance que se extendería en su duración de diez a veinte segundos, de que experimente todo el ataque de dolor y después salga del trance sin advertir que hubo estado en trance o que hubo experimentado un dolor. De este modo el paciente, al hablar con su familia, entraría súbita y obviamente en el estado de trance con un fuerte grito de dolor, y, tal vez, diez segundos más tarde saldría del estado de trance, mostrándose confundido por un momento, y después continuaría su frase interrumpida.

Como decimoprimer procedimiento hipnótico está el de ofrecer **sugestiones hipnóticas que tienen por efecto una disminución del dolor** -no una completa eliminación del dolor, desde el momento que se ha vuelto evidente que el paciente no va a estar predispuesto a responder. Esta disminución normalmente es mejor conseguida sugiriéndole de algún modo al paciente hipnotizado que su dolor va a disminuir imperceptiblemente hora tras hora, sin que él vea que está disminuyendo hasta que, varios días después, tal vez ya haya pasado. Entonces, él verá todo el dolor o todas las cualidades especiales del dolor. Sugiriendo que la disminución ocurre imperceptiblemente, el paciente no puede rechazar la sugestión. Su estado, lleno de expectativas emocionales, pese a su desesperanza emocional, lo lleva a anticipar que en unos pocos días puede haber alguna disminución; en particular, que puede haber incluso una marcada disminución de ciertos atributos de su experiencia de dolor. Esto, en sí mismo, sirve como una autosugestión para el paciente. En ciertos casos, sin embargo, se le dice al paciente que la disminución será sólo hasta un grado menor. Uno puede enfatizar esto utilizando el truco de que una disminución del uno por ciento de su dolor no podría notarse, ni lo sería una del 2 por ciento, ni una del 3 por ciento, ni una del 4 por ciento, ni una disminución del 5 por ciento, pero que una cantidad como ésta no obstante es disminución. Uno puede continuar el truco afirmando que una disminución del 5 por ciento el primer día y un dos por ciento adicional al día siguiente, todavía no sería algo perceptible. Y si al tercer día ocurriera una disminución de un 3 por ciento, esto también sería imperceptible. Pero totalizaría una disminución total de un 10 por ciento respecto

del dolor original. Esta misma serie de sugerencias puede continuarse hasta alcanzar una reducción del dolor de un 80 por ciento respecto de su intensidad original, después a un 70 por ciento, 50 por ciento, 40 por ciento y a veces aún más bajo del 10 por ciento. De esta forma, el paciente puede ser llevado progresivamente a un control del dolor todavía mayor.

Sin embargo, en todos los procedimientos hipnóticos para el control del dolor, uno tiene en mente la mayor factibilidad y aceptabilidad para el paciente de las sugerencias hipnóticas indirectas comparadas con las directas, y la necesidad de aproximarse al problema con medidas indirectas y permisivas, tanto como, también, empleando una combinación de varios de los procedimientos metodológicos arriba descriptos.

RESUMEN

El dolor, como experiencia subjetiva, es quizás el factor más significativo en cuanto a causar que la gente busque la ayuda médica. El tratamiento del dolor, así lo ven ambos, el médico y el paciente, es primariamente una cuestión de eliminación o abolición de la sensación. Sin embargo, el dolor en sí mismo puede servir a ciertos propósitos que son útiles para el individuo. Constituye una advertencia, una persistente advertencia de la necesidad de ayuda. Lleva consigo una restricción de la actividad física que frecuentemente beneficia al que sufre. Instiga cambios fisiológicos, de naturaleza saludable, en el cuerpo. A partir de esto, entonces, el dolor no es exactamente una sensación indeseable a ser abolida, sino más bien una experiencia a ser manejada de modo que se beneficie el que sufre. Esto puede hacerse en una gran variedad de formas, pero hay una tendencia a pasar por alto la riqueza de significaciones psico-neuro- fisiológicas que el dolor tiene para el paciente. El dolor es un complejo, una construcción compuesta de una gran diversidad de valores -interpretativos y de experiencia- subjetivos que tiene para el paciente. El dolor, durante la experiencia de vida, sirve para establecer aprendizajes, asociaciones y condicionamientos del cuerpo que constituyen una fuente de potenciales corporales que permiten el uso de la hipnosis para el estudio y el control del dolor. Los procedimientos hipnóticos, en forma singular o en combinación, con efectos más o menos importantes en el control del dolor, descriptos para su aplicación son: Sugestión Hipnótica Directa para la Total Abolición del Dolor; Abolición del Dolor Hipnótica, Indirecta y Permisiva; Amnesia; Analgesia Hipnótica; Anestesia Hipnótica; Reemplazo o Sustitución Hipnótica de Sensaciones; Despla-

zamiento Hipnótico del Dolor; Disociación Hipnótica; Reinterpretación de la Experiencia de Dolor; Sugestiones Hipnóticas que tienen por Efecto una Disminución del Dolor.

CASO 1 UN APPROACH PARA ALTERAR EL FUNCIONAMIENTO SENSORIO-PERCEPTUAL A TRAVÉS DE LA CONVERSACIÓN: EL DOLOR DEL MIEMBRO FANTASMA Y EL TINTINEO.

Nuestro primer caso ilustra la terapia simultánea de un matrimonio que presentaba dos síntomas aparentemente diferentes: el hombre (H), de setenta y dos años, sufría de dolor de miembro fantasma; su mujer (M), de setenta y cinco años, sentía un molesto tintineo, un desagradable ruido metálico en sus oídos que la había molestado constantemente años y años.

El marido había visto a Erickson (E), por primera vez, una semana antes y ha experimentado algún alivio. Erickson y Rossi (R), le solicitaron entonces a él y a su esposa que se junten para hacer una sesión hipnoterapéutica, que sería sin cargo si ellos accedían voluntariamente a ser grabados para una posible publicación. Este ofrecimiento fue agradecidamente recibido por ellos. El *rapport* que Erickson ya había establecido con el hombre fue ahora realzado, desde el momento que ellos dos apreciaban la terapia y la consideración especial que estaban recibiendo.

Entraron en la sala de terapia deslumbrados, con una *expectativa* llena de cosas esperadas, e inmediatamente enfocaron toda su atención en Erickson. Su *disposición de atención y respuesta* estaba ya en un nivel ideal. Como puede verse a partir de la transcripción, los dos eran verdaderamente muy respetuosos, estaban muy predispuestos a cooperar y ávidos de ayuda. No tenían concepciones negativas o resistencias evidentes con respecto a la hipnosis, así que Erickson pudo introducirlos inmediatamente al concepto de aprendizaje para alterar el propio funcionamiento sensorio-perceptual de ellos en procura del alivio de sus síntomas. Hizo esto con una conversación más bien relajada y aparentemente casual en la que les contó interesantes historias de su juventud y de los fascinantes caminos por los que la gente puede aprender a regular y a alterar muchos de sus procesos corporales. Esta regocijante charla es, en los hechos, una cuidadosa preparación durante la cual Erickson está *estructurando modelos de referencia* acerca de las habilidades de ellos para alterar sus propios procesos sensorio-

perceptuales. Los está preparando para el período relativamente breve del trance terapéutico que va a seguir cuando él les va a ofrecer sugerencias para ayudarlos a evocar el repertorio de sus habilidades para hacer discriminaciones sensorio-perceptuales, que pueden ser utilizados para mejorar sus síntomas.

UN APPROACH A TRAVES DE LA CONVERSACION PARA ALTERAR EL FUNCIONAMIENTO SENSORIO-PERCEPTUAL: ESTRUCTURAR UN MODELO DE REFERENCIA TERAPEUTICO

M: Bueno, este miembro fantasma... -si pudiéramos vencerlo de un saque sería maravilloso.

E: Muy bien. Ahora les voy a ofrecer una historia, así pueden entenderlo mejor. Hay cosas que las aprendemos por caminos inusuales, caminos que no conocemos. En mi primer año de college me sucedía que cruzaba, ese verano, por una fábrica que trabajaba con calderas. El personal estaba trabajando sobre veinte calderas al mismo tiempo y esto implicaba tres recambios de obreros. Y esos martillos neumáticos machacaban con todo su peso, empujando los remaches en las calderas. Yo oía ese ruido y quería averiguar qué era. Al aprender que era una fábrica con calderas entré en ella y no podía oír a los que hablaban. Podía ver que varios empleados estaban conversando. Podía ver los labios del capataz moviéndose, pero no podía oír lo que me decía. Tuve que llevarlo afuera y así pude charlar con él. Le pedí permiso para enrollarme en una manta y dormir en el suelo una noche entera. Él pensó que me pasaba algo malo. Le expliqué que era un estudiante de medicina interesado en los procesos de aprendizaje. Y estuvo de acuerdo en que me enrollara en mi manta y durmiera en el suelo. El se lo explicó a los hombres que estaban en la planta y dejó encargado que se lo expliquen a los hombres del siguiente recambio. A la mañana siguiente me desperté. Podía oír a los obreros charlando sobre ese desgraciado loquito. *¿Para qué estaba durmiendo en ese infierno, tirado ahí en el suelo? ¿Qué pensaba que podía aprender? Esa noche, durante mi sueño, borré todo ese ruido horrible de veinte o más martillos neumáticos y pude oír sus voces. Supe entonces que era posible aprender a oír únicamente ciertos ruidos si usted entona apropiadamente sus oídos. Usted tiene un ruido metálico en sus oídos, pero nunca pensó en entonarlos para que así no oiga el ruido metálico.*

Desde el momento que ya se había establecido el *rapport* y la *disposición* de

atención y respuesta con esta pareja, el mayor de los autores pudo *estructurar un modelo terapéutico de referencia* en forma inmediata, con esta historia acerca de cómo el inconsciente aprende automáticamente a ajustar nuestro funcionamiento sensorio-perceptual, por adaptación, aun cuando estamos dormidos. Él no les dijo de una manera directa e intelectual que ellos iban a tener que aprender a alterar su funcionamiento sensorio-perceptual. De hacerlo, ellos podían encontrar alguna argucia al respecto o, como sucede comúnmente con pacientes que ya han experimentado una gran cantidad de fracasos, podrían alegar que no podían alterar su funcionamiento: no sabrían cómo hacerlo, o no serían capaces de creer que esto podría sucederles a ellos. Sus historias acerca de sí mismo y las ilustraciones que presenta a continuación son todos hechos establecidos que, juntos, estructuran el modelo de referencia básico que la pareja necesita para su trabajo terapéutico. Él continúa, ahora, en una vena más bien humorística.

ESPARCIR SUGESTIONES TERAPEUTICAS

E: *Ahora este tema de entonarse a sí misma.* Yo había pasado tres meses en el Río Mississippi y me invitaron a una casa; y me sentía así ... como encerrado, después de haber estado afuera, en el campo abierto. Al meterse en una pieza, donde dirija la vista, sus miradas llegan a un fin. Cuando usted leía las viejas historias de navegación, donde su vista llegaba hasta el fin de la tierra, sin nada que la interfiera. Y las viejas historias de las reacciones claustrofóbicas de los marineros. Miedo de espacios cerrados.

Además, cuando volvía de ese viaje en canoa... ¿usted alguna vez hizo la prueba de dormir en una cama mullida? ¡Pobre de usted! Yo he aprendido a dormir en el suelo, sobre la maleza, dentro de la canoa. Mis costillas luchaban con las costillas de la canoa. Cuando llegué a una casa y tuve un colchón fue una tortura. A los Indios no les gustaba, en los primeros días de nuestra historia, la cama del hombre blanco. Para dormir precisaban el suelo. *Precisaban algo reconfortante. Justo eso, nada que no sea puramente reconfortante.*

En este programa del Ojo Tribal, en la KAET... Esos nómades de Irán... ¿Cómo pueden vestirse con todas esas enaguas? ¿Y ser reconfortante, bajo el sol ardiente de esos desiertos? *Y usted puede estar tan acostumbrada al ruido metálico en sus oídos que no lo oye.*

Yo me crié en una granja. Tuve que estar muchos años lejos de la granja antes de aprender el olor a establo que queda sobre las manos cuando uno vive en una granja. Nunca lo olí, cuando estaba en la granja. Tuve que estar lejos de ella mucho tiempo antes de descubrir el olor a establo.

R: Supongo que el por qué es que sea tan difícil convencer a alguien que no se lava con mucha frecuencia que se lave más seguido. ¡No se huele a sí mismo!

E: Les puedo contar una historia divertida sobre esto. Un año, el chico del cuarto de al lado de la pensión tenía un compañero de habitación que había venido de South Dakota. Y Hebbie venía de Milwaukee. Y Hebbie le dijo a Lester, “Das asco; báñate.” Era a fines de septiembre, y Lester le dijo, “Pero si me bañé en julio. No hace falta que me bañe otra vez hasta el Día de Acción de Gracias.” (Normalmente el último jueves de noviembre (N. del T.)) Pero realmente daba asco, y Hebbie dijo, “Ya te estás yendo a bañar, aunque tenga que ponerte en la ducha yo mismo.” *Lo que la gente no conoce es que pueden perder dolor y no conocen que pueden perder ese ruido metálico en los oídos.*

Cuando descubrí que ese olor a establo había vuelto, pude olerlo realmente. Me preguntaba, ¿cuánto tiempo me tomaría, ese día, perderlo? Después, a media tarde, no podía olerlo. Todos nosotros crecemos *creyendo que cuando usted tenga un dolor, debe prestarle atención. Y creyendo que cuando tenga un ruido metálico en los oídos, debe continuar oyéndolo.*

En la medida que continúa dando una ilustración después de otra, el mayor de los autores comienza en forma gradual a esparcir sugerencias terapéuticas (en letras *itálicas*) acerca de cómo ella puede aprender a *entonarse fuera* del rango de su ruido metálico y él puede *perder* su dolor. Puesto que estas sugerencias son esparcidas dentro de una red de historias que a ellos les interesa oír, los pacientes tienden a aceptar las sugerencias (aun sin entender que en realidad está teniendo lugar una terapia), en particular desde el momento que el mayor de los autores se mueve rápidamente de una anécdota interesante a otras, antes que ellos puedan protestar o rechazar o aún pensar acerca de las sugerencias terapéuticas esparcidas.

Aunque Erickson no ha hecho ningún esfuerzo para inducir un trance de una manera formal, es evidente que sus historias son tan absorbentes de la atención

de la pareja, que ellos de hecho están un poco encantados (entranced). Simplemente están sentados y quietos, con los ojos fijos en él. Es obvio que están relajados y que se olvidaron de cualquier otra cosa que pudiera ocurrir en torno a ellos. Exhiben un estado de *disposición de atención y de respuesta* que es el ideal, porque la receptividad aumentará su experiencia del trance terapéutico.

ACEPTACION DEL MODELO TERAPEUTICO DE REFERENCIA

E: Ahora, el dolor que siente usted, ¿dónde es? ¿Dónde siente el dolor?

H: Ahora, justo, en el pie.

E: Sí.

M: Donde no hay pie.

H: Donde no hay pie.

E: Está bien. Yo tenía un amigo que se llamaba John. Era un psiquiatra y lo estábamos visitando. El se agachó y se rascó el tobillo. Yo le dije, ‘John, pica realmente, ¿no?’ Y él dijo, ‘Sí.’ Los dos sabíamos que era una pierna de madera.

H: Lo que yo entiendo es que cuando estaba en el hospital había un doble amputado. Lo había visto dos veces. Lo había visto en el hospital y haciendo la terapia del Buen Sam (Good Sam). Pero la enfermera que lo cuidaba en el St. Joseph, cuando él dijo que le picaba el pie, se agachó, le rascó la sábana y lo alivió.

M: ¿Dónde estaría su pie?

H: ¿Dónde estaría su pie? Ella rascó lo que habrá debajo de la sábana y le dijo que se iba a aliviar.

Después de oír atentamente al mayor de los autores contar sus anécdotas e historias acerca de la relatividad de las sensaciones y del dolor del miembro fantasma, el hombre muestra, ahora, que evidentemente acepta y se junta a este modelo de referencia terapéutico, contando su propia anécdota acerca de esto. Va aún más allá cuando, ahora, comienza a hacer un enfático es-

fuerzo para convencer a su propia esposa, cuando ella formula una cuestión que le provoca dudas.

CREACION DE EXPECTATIVA INTRODUCIENDO NUEVAS POSIBILIDADES DE RESPUESTA: EL PLACER FANTASMA

E: Como lo que le pregunté a mi amigo John, “Así que te lo rascaste, ¿cómo sientes el pie ahora?” Él dijo, “Bien.” Esa enfermera verdaderamente sabía mucho. *Porque usted puede tener buenas sensaciones en el pie.* No sólo las dolorosas.

H: Oh, eso es lo que espero, doctor.

E: Es lo que se pasa por alto en estos amputados. Se olvidan que también pueden tener sensaciones buenas.

H: Ayer estaba en la pierna del hombre. Mi pierna no estaría suelta. Fui hacia él. Él tenía tres salas diferentes. No, dos, al lado de la mía. En cada una, estaban charlando de lo que nosotros podemos hacer por este dolor del miembro fantasma que tenía él. Él dijo, “Me está volviendo loco”.

Por supuesto que nunca abrí la boca, porque yo estaba en otro cuarto. No dije que estaba ahí afuera, ni nada. Sabía que me había aliviado por lo que usted hizo antes.

E: Muy bien. Ahora quiero tenerlos a ustedes dos grabados, así el Dr. Rossi puede incluir esto en su libro. Ahora, si usted tiene un dolor fantasma en un miembro, *también puede tener buenas sensaciones fantasmas. Y son deliciosas.*

H: Lo que yo no tuve hasta ahora.

E: Está bien.

H: Lo que yo no tuve hasta ahora.

E: ¡Pero puede aprenderlas!

Desde el momento que el hombre obviamente aceptó el modelo de referencia terapéutico, Erickson inmediatamente lo presiona, con una sugestión de

cómo puede combatir el dolor del miembro fantasma convirtiéndolo en placer del miembro fantasma. Erickson introduce el placer sólo tentativamente, como una posibilidad, en este punto. El paciente, ciertamente, aún no está listo para una sugestión directa en torno a experimentar placer. Cuando el hombre admite que no ha experimentado placer, Erickson utiliza el modelo de referencia de aprendizaje que con tanto cuidado ha desarrollado antes con sus historias. Con este trasfondo de ilustraciones, él puede ahora decirle con confianza al hombre, “¡Pero puede aprenderlas!” Desde el momento que el hombre disfrutó y aceptó todas esas anécdotas acerca de aprender a cambiar las experiencias sensorio-perceptuales, él no puede ahora rechazar la sugestión directa de Erickson de que eventualmente aprenda él también. De este modo, antes aún de que haya comenzado formalmente la experiencia de trance en esta sesión, Erickson ha estructurado el modelo de referencia terapéutico básico para el hombre en forma tal que él se encuentre a sí mismo aceptándolo. Ahora la única cuestión es cuándo va a comenzar a utilizar ese modelo terapéutico. Cuando el hombre responde con, “Oh, eso es lo que espero, doctor,” podemos reconocer que *se está creando un alto grado de expectativa por una respuesta terapéutica.*

AUTOHIPNOSIS: TERAPIA POR PROGRESION GEOMETRICA

H: Pero le voy a decir una cosa: a la tarde yo me voy a echar una hora y voy a entrar en un completo trance y no voy a pensar en nada.

M: Después que él (H) venga a verlo a usted (E).

H: Cuando venga de lo de usted, no voy a pensar en nada. Y no es dormir. Yo sé que no estoy dormido. Pero estoy en un trance. No tengo ninguna clase de dolor. Y cuando me levante, me voy a sentir muy diferente.

E: Muy bien. Y su próximo problema es aprender a mantener ese buen sentimiento un segundo más. Y dos segundos más. ¡Y seis! ¡Y ocho!

H: Sabe, doctor, usted me habla, lo mejor que puedo recordar es cuando yo estaba ahí, la otra vez, y empecé una cuenta regresiva desde el veinte. Es lo que hago cuando me echo. Ahora no me acuerdo todo lo que me dijo usted, pero me acuerdo de algo que dijo sobre el nueve, el seis y el tres.

Y trato de pensar en esos números cada vez que me echo y trato de contar desde el veinte para atrás. Enfatizo el nueve, el seis y el tres. Pero como le digo, no estoy dormido. Puedo estar ahí echado. A mí me parece como que podría estar echado ahí para siempre. Dos o tres horas, pero no estoy dormido, estoy en un trance. Tengo los ojos cerrados. No oigo nada. Mi mujer puede venir a la habitación y yo no la oigo. Pero después de un tiempo, me despierto completamente.

E: Y tenemos esto directamente de sus labios.

R: Sí. ¿ No es lindo? Una buena descripción del trance.

H: Es justo así. Así me pasó y estoy acá recién desde el lunes pasado, ¿no?

M: Creo que sí.

El hombre reconoce ahora la creencia del mayor de los autores en la habilidad de aprender a alterar las sensaciones de dolor fantasma, describiendo sus experiencias de autohipnosis, que aprendió hace justo una semana. Ya ha aprendido a eliminar el dolor durante el estado de trance auto-hipnótico. Erickson se apodera de eso y busca extender el confort por más tiempo -segundo a segundo. Este es uno de sus approaches favoritos -la progresión geométrica. Normalmente es muy fácil para los pacientes experimentar un alivio de sus síntomas durante la auto-hipnosis. El problema es cuando salen de ella. El mayor de los autores, entonces, les pregunta si pueden extender su condición de estar libres de sus síntomas por un segundo más, después del trance de hoy. Después lo duplica a dos segundos, en el de mañana. Y lo vuelve a duplicar a cuatro segundos al día siguiente. Si ellos continúan duplicando la cantidad de tiempo que están libres de síntomas en esta progresión geométrica día por día, en dieciocho días lo extenderán a más de veinticuatro horas.

Un aspecto interesante de la descripción del hombre de su experiencia de trance auto-hipnótica es su énfasis sobre el 9, el 6 y el 3 cuando se despierta. Erickson frecuentemente entrena a la gente para entrar en trance contando del 1 al 20 y despertar contando para atrás. Él no tiene, en esta ocasión, la aprehensión consciente de haber dicho o de haber dado algo especial con los números nueve, seis y tres. Esto parece ser una respuesta puramente subjetiva,

idiosincrática por parte del hombre. Esto es no menos aceptado que lo demás, como una parte válida y que vale la pena de su experiencia personal del trance. Precisamente porque es una experiencia puramente subjetiva, es quizás aun más valiosa en cuanto a facilitar su experiencia de trance, porque de algún modo u otro utiliza las asociaciones internas propias de él, de una manera constructiva.

El hombre y su mujer van ahora a discutir la cariñosa relación -en la que se cuidan uno al otro- que mantienen. Erickson utiliza esto para contarles de su hija Roxana, que está estudiando para ser enfermera. La finalidad de introducir a Roxana pronto se revela como otro ejemplo más de alguien que ha hecho bien en la vida, porque ella está queriendo aprender.

HACER MAS FACIL EL MODELO DE REFERENCIA TERAPEUTICO: SUGESTIONES DE LIMITES ABIERTOS

H: Por supuesto que mi mujer se preocupa mucho por mí. Me cuida como cuidaría a un bebé, podría decirse. Yo me preocupo por ella porque ella se preocupa por mí. Así. Pero como ella decía, cuando veníamos caminando para acá, recién, “Lo vamos a hacer, lo vamos a hacer juntos”.

E: Bueno. Yo digo que mi mujer no está para preocuparse por mí. Solamente estoy en una silla de ruedas. ¡Eso es todo! Yo quiero poner su energía en dirección a gozar de las cosas.

H: Ella solía ser muy activa. Solía nadar. No aprendió a nadar hasta los cincuenta años.

M: Cincuenta y cinco.

H: Cincuenta y cinco. Nadó más de ocho mil metros sin parar. Ganó un trofeo para mujeres en la YWCA. Ella trabaja con chicos retardados. Y otras cosas por el estilo. Eso es lo que quiero que vuelva a hacer, en vez de pensar que tiene que estar en la casa para cuidarme.

M: Cuando él pueda arreglárselas, lo voy a hacer.

H: Bueno, pienso que puedo arreglármelas bastante como para que vos ya empieces. Realmente me las arreglo.

M: Cuando trabajaba con un chiquito retardado, me hizo mejor a mí que a él.

E: ¿Dónde, en Sun Valley?

M: Un chiquito, sentado al piano.

H: Mi mujer le habrá tocado una pieza y él se habrá acercado para aprender y habrá mirado atento todo lo que había alrededor de ese piano y todo. Debe haber puesto su cassette. Cuando terminó de pasarlo, debe haber dicho, “Ahora, Kenny, tócalo tú.”

M: El piano debía estar en el auditorium. Y yo debo haber dicho, “Ahora, Kenny, imagina que estás tocando ante una multitud. Cierra los ojos y sonríe.” Él cerró los ojos y sonrió. Después se sentó y tocó.

E: Muy bien.

H: Ella lo disfrutaba y yo disfrutaba que ella hiciera este tipo de trabajo. Le hacía mejor a ella que al chico. Era así, realmente.

E: (Le da detallada cuenta de cómo su hija se propuso pasar por muchos trabajos y experiencias de entrenamiento antes de estar segura de que quería ser enfermera.)

Ahora mi hija quiere aprender.

M: ¡Muy bien!

E: Su marido sabe cómo puede sentir el dolor en ese pie. Él vio a otro paciente que aprendió cómo reconfortarse por una enfermera que le rascó la sábana.

H: Si, eso es lo que pasó.

E: Correcto. Mi hijo John dijo, “Me siento bien cuando me rasco mi pierna de madera.” Él tenía su Ph. D. y su M. D.

R: ¡Rascar una pierna de madera!

M: ¿Suena como una fantasía, no?

R: ¡Sí, realmente! ¡El poder de la mente!

E: Una historia real. John era maravilloso. Y yo discutí con él la importancia de *tener sensaciones delicadas en su pie de madera, en su rodilla de madera.*

H: ¿Ustedes discutieron qué, ahora?

E: Yo discutí con él *la importancia de tener buenas sensaciones en el pie de madera, en la rodilla de madera, en la pierna de madera. Sentir que está caliente. Fría. Descansada.* Pero la mayoría de los pacientes con dolor de miembro fantasma justo piensan únicamente en el dolor. Y si usted puede tener dolor fantasma, *puede tener placer fantasma.*

H: ¡Hijo!

M: Suena “bueno, querido, nunca lo pensé.”

H: Claro, voy a sentir el placer-.

R: ¡Muy bien, señor!

E: Y usted vio a alguien más demostrárselo al rascarle su sábana. Se sintió bien. Y esa enfermera fue muy exitosa.

Con estos comentarios, el mayor de los autores refuerza el modelo de referencia terapéutico con más ejemplos de la alteración del dolor del miembro fantasma en calor, frío, descanso y la posibilidad de placer. Está introduciendo muchas posibilidades terapéuticas en forma de límites abiertos. En este punto, Erickson todavía no sabe cuales de estas posibilidades de respuesta será capaz de utilizar el sistema del hombre. Dará lugar a la propia individualidad del hombre para que elija entre

ellas. Este es un principio básico de la sugestión terapéutica: *El terapeuta ofrece posibilidades y el inconsciente del paciente elige y media la modalidad de la actual respuesta del cambio terapéutico en quedarse con sus propias aptitudes.* La sugestión terapéutica no puede imponer algo extraño a los pacientes; sólo puede ayudar a los pacientes a evocar y a utilizar lo que ya está presente dentro de su propio repertorio de respuesta.

Ahora la conversación pasa a la visita de enfermeras, sus médicos y el marcapasos que tiene el marido. El autor mayor utiliza esto último y para dar una ilustración más amplia de nuestra habilidad de alterar las funciones fisiológicas como el ritmo cardíaco y la presión sanguínea.

MAS ESTRUCTURAMIENTO DEL MODELO TERAPEUTICO DE REFERENCIA: ALTERACION DEL RITMO CARDIACO Y PRESION SANGUINEA

E: Está todo bien. Ahora un doctor de Michigan y uno de Pensilvania estaban visitándome, y mi hija Roxanne estaba entonces tomando la presión sanguínea en toda la ciudad. Ella les preguntó si podría tomar su presión sanguínea. Y ambos dijeron, “¿La quieres normalmente o te gustaría diez puntos más baja o diez puntos alta?”; ella dijo, “De las tres formas”. Entonces obtuvo la lectura normal y ellos le dijeron que averiguara si era más baja o más alta. Ella lo averiguó .

W: ¿Cómo pudieron controlarla?

E: La presión sanguínea cambia de acuerdo con la ubicación de la sangre. Cuando usted se va a dormir a la noche, su sangre drena fuera de su mente y va a un plexo, una colección de vasos en el abdomen. Usted se despierta y la presión sanguínea aumenta y empuja sangre devuelta a la mente.

H: Eso es lo que tengo que hacer cada mañana, la primer cosa que hago mientras ella se sirve una taza de café. Me tomo el pulso y promedia entre setenta y setenta y uno. Ellos me dijeron que si es menor de sesenta y nueve los llame. Mi nieta vive arriba en Flagstaff, y yo no he estado allá arriba desde que compraron un negocio, y ahora están comprando una

casa. Le pregunté a mi médico si podría ir allá arriba. Él me dijo, “Bueno, vaya arriba por una hora y media o dos horas, pero tenga mucho cuidado con el estado de su corazón y sus cosas.” Bueno, fui una hora y media, y era difícil respirar desde allí hacia abajo. Podía sólo respirar desde aquí hacia arriba, usted diría. Entonces dijeron que me lleven al hospital de emergencia, y yo dije que no, no quería ir a un hospital de emergencia. Yo quería ir a casa. Entonces después que alcanzamos los 3.500-4.000 pies, comenzó a volver. Había bajado a cincuenta y nueve. Después subió un poco cuando vinimos a Sunset Point. Eso está a 5.000 pies de altura. Supe que no podía ir a más de esa altura.

W: Yo nunca lo sentí.

E: Ahora mis amigos lo han experimentado y pueden aumentar el latido del corazón por 5.000 o 10.000 pies voluntariamente.

W: ¿Realmente? Imagine eso.

E: Querría que su esposo se de cuenta de que *hay un montón de cosas que puede hacer por él mismo*. Un amigo mío dijo, “Nunca pude sonrojarme en toda mi vida. ¿Me ayudarás a aprender a sonrojarme?” Le dije que lo haría. A veces voy allá en diferentes horas del día, su esposa era mi secretaria. Una tarde fui cuando estaban en la mesa. Intercambiamos noticias y de repente yo dije, “¡Bill! ¿De qué te sonrojas?” Se puso de un colorado intenso. Media hora después dijo, “Por favor, apágala. Mi cara está todavía quemando.”

W: Parece imposible ¿No es cierto?

E: ¡Pero no lo es! ¿Alguna vez vivió en un clima frío?

W: Sí.

E: Bueno, usted se sienta en una habitación caliente y va al frío, ¿qué pasa?. Su nariz se pone dura.

W: Un cambio completo.

E: Los vasos sanguíneos han sido encendidos y apagados. Uno aprende eso en el tiempo de invierno. Sí. Usted tiene ese aprendizaje. Comúnmente la gente no lo usa. Pero el doctor de Michigan y el de Pensilvania habían trabajado conmigo, y entonces comenzaron a usar lo que ya sabían pero nunca habían pensado usar. Usted corre, su presión sanguínea sube. Usted descansa, su presión sanguínea baja. *Usted puede pensar en aumentar el ritmo cardíaco y puede apresurarlo. Y puede hacerlo comfortable y fácilmente. Mientras usted sepa que puede hacerlo. Y es por eso que hoy lo tengo a usted aquí. Tan sólo para darle una información sobre usted mismo.*

En estos detallados ejemplos, el autor mayor da más sugerencias sobre el control del funcionamiento fisiológico. Él trata con el importante problema de que H pueda arreglárselas con menos variaciones en el funcionamiento del marcapasos. Dichas variaciones, cuando no son esperadas ni comprendidas, pueden asustar a los pacientes y empeorar su estado. En cualquier momento que él trate con problemas de síntomas, Erickson casualmente menciona cómo una vuelta momentánea a temporaria de un síntoma puede ser una señal normal sobre el funcionamiento del cuerpo, en vez de la vuelta persistente de un síntoma o enfermedad per se. Esto anticipa muchos errores en la enfermedad. En su ejemplo del sonrojo, Erickson da una explicación graciosa de su aproximación sorpresa para alterar el funcionamiento fisiológico (Erickson, 1964; Rossi, 1973; Erickson, Rossi, y Rossi, 1976).

INDUCCION DEL ESTADO HIPNOTICO: MODELANDO EL COMPORTAMIENTO DEL ESTADO HIPNOTICO

E: (a H) Ahora me gustaría que te introduzcas en el estado hipnótico. (a W) Míralo a él ahora.

Pausa mientras el esposo coloca su cuerpo confortablemente, cierra sus ojos, y se introduce en el estado hipnótico. Justo en ese momento crítico un joven proveniente de la calle golpea fuertemente la puerta de la oficina de Erickson, la abre y atrevidamente nos invita a asistir a su iglesia Bautista. Todos nosotros estamos asustados por la repentina intrusión excepto H, no muestra absolutamente ninguna reacción mientras continúa con su estado hipnótico. Pidiéndole a la esposa, que nunca ha experimentado el estado hipnótico, que observe a su marido mientras entra en estado hipnótico, Erickson está usando una de sus aproximaciones favo-

ritas para el entrenamiento del estado hipnótico. Él simplemente tiene un nuevo sujeto mirando otro sujeto más experimentado en la entrada al estado hipnótico.

FACILITANDO VARIACIONES NORMALES EN EL FUNCIONAMIENTO FISIOLÓGICO

E: Yo ya he visto variaciones en la presión sanguínea. Ahora él quiere mantener el ritmo cardíaco en setenta. Pero está bien que mientras duerma el ritmo cardíaco sea menos de setenta. Estando despierto, sí, setenta está bien, setenta y dos está bien. Si cae a menos de sesenta y nueve en el sueño, también está bien . Si cae a sesenta y ocho, eso también está bien. No hay ninguna razón para alarmarse porque el corazón normalmente es más lento durante el sueño, y no quiero que mantenga su corazón latiendo en el nivel de cuando está despierto. Ahora el corazón puede ser más lento de diferentes maneras. Puede latir el mismo número de veces por minuto, pero latiendo sin que empuje un gran número de fluido. Puede latir el mismo número de veces pero pulsar menos sangre a través de las venas. Él necesita menos sangre circulando en su cuerpo mientras duerme, entonces el corazón no necesita latir tan fuerte como cuando está despierto. *Y él puede hacer eso.* Ahora como usted puede ver, su cuerpo entero está descansando y en el estado hipnótico puede dejar un brazo despierto mientras el resto del cuerpo está en estado hipnótico. Él puede dejar su pierna derecha entrar al estado hipnótico mientras el resto del cuerpo está despierto.

El autor mayor inmediatamente nota una variación en la presión sanguínea de H a medida que entra en el estado hipnótico, dadas las variaciones en su pulso que pueden ser vistas (usualmente en algún lugar de la sien, garganta, brazo, etc.) por terapeutas que se entrenaron para buscarlas. Su mención de esta variación tiende a ratificar al estado hipnótico como un estado alterado y lo lleva a sugerencias terapéuticas sobre las variaciones normales esperadas en el ritmo cardíaco. Note el fácil modo con que el autor mayor no tiene límites fijos en su sugerencia para permitir al corazón que varíe en sus funcionamientos de toda forma que sea necesaria (número de latidos, volumen de fluido). Mencionando cómo una parte del cuerpo puede estar despierta y moverse mientras el resto del cuerpo está inmóvil en estado hipnótico, él está indirectamente sugiriendo cómo los pacientes pueden espontáneamente cambiar por confort en todo momento sin sentir que están por

eso despertándose.

PREPARACION DE LA DISOCIACION

E: (a W) Él dijo que podía estar en estado hipnótico y usted podía entrar y él no lo sabría. Y el Dr. Rossi sabe que en un estado hipnótico yo tengo un sujeto aquí, oh, ella y yo estamos aquí, pero él no está. Ella no puede verlo, ella no puede escucharlo, pero ella puede verme y oírme. En otras palabras, los seres humanos pueden aislar diversas partes del cuerpo.

Con estas observaciones dirigidas a la esposa, Erickson está dando sugerencias indirectas al marido para aprender cómo disociar la atención de alguien o de una parte del cuerpo. Dichas disociaciones son útiles para facilitar la profundidad del estado hipnótico como también para hacer frente a los problemas sintomáticos.

SUGESTIONES INDIRECTAS SIN LIMITES FIJOS

E: Con la suficiente experiencia él puede ir a Flagstaff y llevar consigo sus hábitos respiratorios de Phoenix. *Porque uno puede llevar hábitos consigo mismo.* Ese es uno de los problema que los pilotos de las aerolíneas tienen. Todos ellos crecen con hábitos de horarios. Y sus ciclos de sueño son perturbados. Tienen que aprender cómo adoptar un ciclo de sueño cambiante. Estoy hablando con ustedes mientras él (H) está aprendiendo algo. *Él no sabe que está aprendiendo, pero está aprendiendo.* Y no está bien para mí decirle, “Usted aprende esto o usted aprende aquello”. *Deje que él aprenda lo que desee, en el orden que desee.*

Este es otro ejemplo de aproximación indirecta y sin límites fijos del autor mayor para ofrecer sugerencias terapéuticas que permiten al inconsciente del paciente encontrar su propio modo individual de funcionamiento óptimo.

FACILITANDO LA BUSQUEDA INCONSCIENTE Y LOS PROCESOS INCONSCIENTES: SUGESTION POR SORPRESA Y ASOCIACION

E: Ahora yo mencioné el campanilleo en sus orejas. Mencioné ruborizado.

Mencioné respiración. Elevando la presión sanguínea, bajándola. Usted siempre debe estar despierto y sabemos muchas cosas que no sabemos que sabemos. Mi amigo Bill decía que quería sonrojarse. Él nunca lo hizo. Yo sabía que él podía ponerse pálido. Él podía tener una cara colorada en el calor. La sangre decrecería en su cara cuando fuera a dormir. Él tenía todos esos aprendizajes. Todo lo que hice fue decir algo que lo tomó de sorpresa. Y él reaccionó de esa forma. No sabía cómo apagarla. Pero lo sorprendí tanto que el trabajo automático de su cuerpo no estaba en juego. Todo lo que dije fue “OK” y su cuerpo volvió al mecanismo automático.

En una forma indirecta el autor mayor asocia el problema del campanilleo en el oído de W con los ejemplos anteriores sobre el poder hacer frente exitosamente a los síntomas aprendiendo a alterar el funcionamiento sensorio, perceptual y fisiológico. Si él le hubiera dicho directamente a esta altura que ella debería aprender a controlar el campanilleo en sus oídos, ella hubiera casi seguramente objetado y protestado que no sabía cómo hacerlo. Ella estaría en lo cierto. Desde luego su mente consciente no sabe cómo alterar el campanilleo. El control que va a aprender es todavía un potencial inconsciente a esta altura. Asociando en tono familiar el problema del campanilleo con las otras anécdotas de exitosa alteración perceptual, de todas formas, el autor mayor está creando indirectamente una red de asociación o un sistema de creencia que más tarde impedirá a W aceptar más sugerencias que van a evocar y utilizar cualquier mecanismo inconsciente que ella tenga disponible para llevar a cabo una transformación terapéutica. Antes que ella tenga alguna posibilidad de discutir y posiblemente rechazar inclusive esta asociación pacífica, Erickson inmediatamente cambia sus observaciones hacia el marido. Como ella está interesada en el estado hipnótico mirando a su marido, la atención consciente de la esposa está apartada hacia él, y la asociación terapéutica que Erickson acababa de darle permanece alojada dentro de su inconsciente. Esta asociación terapéutica podría ahora comenzar automáticamente un proceso de *búsqueda inconsciente de los procesos inconscientes* que van a resultar en la transformación terapéutica para ser experimentados más tarde como una *respuesta hipnótica*.

SUGESTIONES DIRECTAS EN EL ESTADO HIPNOTICO

E: (a H) Ahora escúcheme porque puede escucharme. Puede tener agradables sensaciones en ambos pies, en ambas piernas. Puede disfrutar teniendo

su corazón latiendo fuertemente y pausadamente. Puede aprender las sensaciones de respirar, las sensaciones de respirar que tiene en Phoenix. Si su esposa no aprendió a nadar hasta que tuvo cincuenta y cinco años, puedo decirle una cosa que aprendió apenas se metió en el agua. La primera vez que se metió en el agua hasta el cuello, le costó respirar.

W: Tuve que aprender a relajarme.

E: Los niños pequeños caminando en el agua se encuentran con su respiración obstruida. Y eso los asusta. Después de un tiempo, aprenden a respirar con la presión del agua en sus pechos; cuando aprenden a hacer eso, entonces no usan ese aprendizaje fuera de la pileta. Tan pronto como vuelven a entrar a la pileta, usan el aprendizaje sobre la presión del agua, y entonces respiran normalmente. *Ahora él presta atención en el fondo de su mente a sus modelos, hábitos de respiración en Phoenix, y cuando va a Flagstaff, puede seguir usando los mismos músculos modelos, hábitos de músculos.* Ahora en la escuela media cuando usted va a una cámara de aire con presión de aire decreciente y se da cuenta cómo su respiración cambia, usted le presta mucha atención. Cuando sale nota el cambio. Puede volver a la cámara de aire y respirar confortablemente porque comienza a usar sus nuevos modelos de respiración.

Erickson ha estructurado cuidadosamente un modelo terapéutico de referencia sobre nuestra habilidad para alterar las funciones del cuerpo antes y durante las etapas iniciales del estado hipnótico. La respuesta de H ha sido tan positiva que Erickson juzga lo apropiado que es poner unas pocas sugerencias directas en el modelo terapéutico. Inclusive ahora, de todas formas, él elabora las sugerencias directas con una mayor ejemplificación sobre el aprendizaje de la alteración del funcionamiento del cuerpo mientras se nada. Su elección de este ejemplo particular es muy apropiada porque es muy significativo para H y W; ambos han hablado recientemente sobre él. Eligiendo dichos ejemplos cercanos a las experiencias de la vida personal del paciente, el terapeuta puede hacer un lazo de contacto más sólido entre las vidas internas y las potencialidades de los pacientes.

INDUCCION DEL ESTADO HIPNOTICO Y LA FACILITACION DE PROCESOS INCONSCIENTES.

E: (a W) Ahora suponga que se reclina y descruza sus piernas. Mire a ese punto allá. No hable. No se mueva. No hay nada realmente importante para hacer, excepto entrar en estado hipnótico. Usted ha visto a su marido hacerlo. Y es una sensación agradable. Su presión sanguínea ya está cambiando. Debería cerrar sus ojos *ahora* (pausa mientras W cierra sus ojos y visiblemente relaja sus músculos faciales) y va más profundo y más profundo en el estado hipnótico. No tiene que tratar de hacer algo. Sólo deje que pase. Y usted recuerda; *hubo una gran cantidad de veces esta tarde que dejó de escuchar el campanilleo. Es difícil acordarse de cosas que no ocurren. Pero el campanilleo paró. Pero porque no había nada allí, usted no lo recuerda.*

Habiéndola preparado a ella para la inducción al estado hipnótico usando a su marido como modelo, el autor mayor ahora induce el estado hipnótico con unas pocas instrucciones que tienen tres objetivos:

- _ Fijar la atención (“mire ese punto”).
- _ Quitarle potencia a sus habituales modelos de referencia (“No hable. No se mueva. No hay nada realmente importante que hacer”)
- _ Dar libre dominio a su inconsciente (“entre en estado hipnótico”).

El entonces afirma un común aunque poco reconocido hecho sobre la experiencia de los síntomas. Los síntomas pueden verse constantes e incambiables. Todavía invariablemente hay momentos cuando estamos tan distraídos que están fuera del foco central de nuestra conciencia. Este mecanismo mental automático que cambia nuestra atención y de todas formas atenúa y usualmente destruye completamente la experiencia del síntoma, el evocado como el autor mayor lo describe. Este poco reconocible hecho es usualmente recibido con un sentido de sorpresa por los pacientes - una sorpresa que ampliamente quita potencia a su viejo modelo de referencia cargado de síntomas e inicia una *búsqueda en un nivel inconsciente de esos procesos inconscientes* que pueden ahora ser utilizados para el alivio del síntoma.

CONFIANDO EN EL APRENDIZAJE INCONSCIENTE: LAS CONDICIONES PARA LA SUGESTION DIRECTA.

E: *Ahora lo importante es olvidarse del campanilleo y acordarse de los mo-*

mentos cuando no existía ese campanilleo. Y ese es un proceso que uno aprende. Yo aprendí en una noche a no oír los martillos neumáticos en la fábrica de calderas -y a oír una conversación que no había podido oír el día anterior. Fue dicho a los hombres que yo había ido la tarde anterior, y hablé con ellos y no paraban de decirme, “Pero no puedes escucharnos, no solías hacerlo” y no podían entender. Sabían que yo estuve allí mucho tiempo -una noche- y sabían cuánto tiempo les había llevado a ellos aprender a oír conversaciones. Pusieron énfasis en aprender gradualmente. Yo sabía lo que el cuerpo puede hacer automáticamente (pausa). Ahora confíe en su cuerpo. Fíese de él. Crea en él. Y sepa que lo trata bien.

El autor mayor ahora enfatiza fuertemente que los cambios de síntomas van a tener lugar vía un proceso inconsciente. Es importante para la mente consciente “confíe en su cuerpo, fíese de él” y lo que sigue. Puso la sugestión directa “olvidarse del campanilleo” en el modelo de referencia que él estructuró antes de la inducción del estado hipnótico en su historia sobre el aprender a no oír los martillos neumáticos en su sueño en la fábrica de calderas. De este modo cuando las sugerencias son usadas, son siempre puestas como una llave en la cerradura de un modelo de referencia que fue previamente estructurado por el terapeuta y aceptado por el paciente.

Podemos resumir las condiciones requeridas para el exitoso uso de la sugestión directa, como las siguientes:

- Crear modelos de referencia como un ambiente interno o un sistema de creencia que puedan aceptar la sugestión directa.
- Confianza del paciente en los procesos inconscientes para automáticamente mediar la sugestión y el nuevo aprendizaje que es necesario.
- Evocación parcial del terapeuta y de todas formas, facilitación de la utilización de dichos procesos inconscientes ejemplificándolos de manera que sean personalmente significativos en la experiencia actual del paciente.

MAS SUGESTIONES Y EJEMPLIFICACIONES: SUSTITUCION DE SINTOMA; SINESTESIA

E: Otro de mis pacientes con campanilleo en los oídos, una mujer de treinta años, dice haber trabajado en una planta de guerra donde había música

todo el día, y *ella desea poder tener esa música en vez del campanilleo*. Le pregunté cuan bien recordaba esa música. Y nombró un gran número de melodías. Entonces le dije que use ese campanilleo para tocar esas melodías suavemente y despacio. Cinco años después ella dijo, “todavía tengo esa suave música en mis oídos”. Ella trabajaba en una planta de guerra en Michigan. -Usted describió un pequeño muchacho, el sonido del piano y el cassette, y usted demostró con sus manos la manera que él movía sus dedos. Parte del placer de verlo, oírlo, devino en una parte de los movimientos de sus dedos.

(Pausa)

Y usted puede poner esa parte de placer con los movimientos de sus dedos en sus oídos. Y puede hacerlo tan fácilmente, tan despacio, sin tratar, sin ni siquiera notarlo. Y puede realmente disfrutar buenas sensaciones, buenos sonidos, y buena tranquilidad.

(Pausa)

Y ambos pueden respirar por nosotros, y ninguno de ustedes necesita inquietarse por el otro. Necesitan disfrutar conociéndose. Y disfrutando lo que pueden hacer significativo para ustedes.

A esta altura el lector puede fácilmente reconocer cómo el autor mayor está ofreciendo más sugerencias y ejemplificaciones del tipo de transformaciones sensorial-perceptuales que pueden aliviar el síntoma. Como vamos a ver después, al final de esta sesión, W podía realmente utilizar uno de estos ejemplos exitosamente para aliviar el síntoma. Note otra vez cómo cuidadosamente el autor mayor esparce sus sugerencias con las propias experiencias relevantes de la vida de la mujer para pretender enseñar al niño retardado a tocar el piano. Sugestionando, “puede poner esa parte de placer con los movimientos de sus dedos en sus oídos”, él está en realidad tratando de evocar y de utilizar los procesos inconscientes de sinestesia por lo cual el placer de una modalidad de sentido (sensaciones sinestésicas o propioceptivas de los dedos) podría ser cambiado por otra (sus percepciones analíticas).

EL DESPERTAR DEL ESTADO HIPNOTICO: FACILITACION DE LOS PROCESOS INCONSCIENTES. APRENDIENDO Y UTILIZANDO EL CONTROL HIPNOTICO DEL DOLOR SIN CONSCIENCIA.

E: Uno entra al estado hipnótico, yo sugiero, contando hasta 20, y despertándose contando hacia atrás desde veintiuno, pero cada persona debe entrar al estado hipnótico de la manera que aprenda naturalmente por sí misma, y ustedes han aprendido una manera excelente y es su manera y estén agradecidos con ella y agradecidos con extender la utilidad de ese estado hipnótico de diferentes maneras. Ambos pueden aprender del otro sin tratar de aprender. Hay tantas cosas que aprendemos de otros y no sabemos que estamos aprendiendo. Y nuestros más importantes y difíciles aprendizajes *los alcanzamos sin saber que estamos alcanzando esos aprendizajes.*

Y ambos son gente muy sensible. Lo cual en lenguaje menos técnico significa *ambos pueden aprender fácilmente cosas sobre ustedes y aprenderlas sin necesitar saber que las han aprendido. Que pueden usar esos aprendizajes sin necesitar saber que saben esos aprendizajes. Voy a pedirles a ambos que se despierten despacio y confortablemente.*

En este procedimiento de despertar el autor mayor incorpora muchas sugerencias directas para enfatizar el aprendizaje sin consciencia. Idealmente, aprender a alterar y transformar los aspectos sensoriales-perceptuales de los síntomas físicos es un proceso inconsciente que procede en un nivel inconsciente. La consciencia usualmente no sabe cómo hacer frente a estas transformaciones y es mejor eliminarla del proceso. La última sugestión de Erickson, “que pueden usar esos aprendizajes sin necesitar saber que saben esos aprendizajes”, contiene algunas implicaciones sutiles. Los pacientes pueden aprender a usar mecanismos de transformación de dolor en un nivel inconsciente en un grado tan automático que no necesitan ni siquiera saber que están tratando exitosamente con el dolor. Desde que la conciencia no es consciente de la operación automática de estos recientemente aprendidos procesos de control del dolor, la consciencia no necesita saber sobre la presencia del dolor actual y futuro. El autor mayor ha enfatizado que ese dolor tiene tres componentes: (1) memorias del dolor pasado, (2) dolor actual, y (3) anticipación de dolor futuro. Su última sugestión puede ser comprendida como un medio de hacer frente a las últimas dos sin dar a la consciencia una oportunidad de meditar sobre el proceso y posiblemente interferir con él. Esta aproximación es para ser usada con apropiada precaución clínica. Con este par el dolor no le sirve a ninguna función útil como una señal sobre el mal funcionamiento del cuerpo que el médico necesita saber. De todas formas sus dolores podrían ser eliminados completamente por un alivio óptimo. Cuando el dolor es una importante señal so-

bre un proceso del cuerpo que el médico necesita saber, entonces la presencia del dolor debe desde luego no ser eliminada enteramente de la consciencia. En dichos casos el dolor puede ser transformado en calor, frescura, picazón, entumecimiento y otros síntomas. La calidad antipática del dolor es de todas formas eliminada, pero su valor como señal es mantenido.

FACILITANDO LA AMNESIA MEDIANTE LA ESTRUCTURACION DE UN INTERVALO ASOCIATIVO Y DE DISTRACCION

[Pausa mientras ambos se reorientan hacia sus cuerpos parpadeando, estirándose, bostezando, etc.)

E: Mi hija se pasó 3 años en Africa. Está casada con un oficial de la Fuerza Aérea. Y lo enviaron a Etiopía. Apenas llegaron a Etiopía, le remarcó a su marido, “¿Ves esa estatua? Es exactamente lo que le gusta a mi papá.” Sí, ella sabía que a mí me gustaría. Era la estatua de una mujer, ¿cómo la podría uno describir?

[Le muestra la estatua al grupo]

E: Es realmente única.

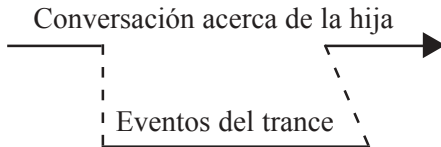
E: Es algo que se parece al destino.

W: ¿Ella sabía que te gustaría?

E: ¡Ella sabía que me gustaría! Estaba contentísimo cuando la vi. Y mi hijo me envió esa pequeña manta que está ahí en el piso. Me la envió por correo diez años atrás. El sabía que me gustaría. Cuando la desenrollé, mis dos hijas de edad escolar comentaron, “¿Eso es de los indios norteamericanos?, ¿o es de los indios sudamericanos?” Mi esposa dijo, “¡No es indio!” Yo dije, “Es hindú ...”

El autor mayor demuestra dos maneras de facilitar la amnesia hipnótica en estos pocos puntos hechos inmediatamente después de salir del trance. Primero retorna al tema de conversación acerca de su hija que vino justo antes de la inducción al trance. Retomando el hilo asociativo de este período, los eventos del trance son

ubicados en un intervalo asociativo. Los eventos y asociaciones ocurridos durante el trance se relacionan, pero no hay puentes asociativos entre el trabajo mental lateral del paciente (la conversación acerca de la hija de Erickson en este caso) que ocurre inmediatamente antes o después del trance. Debido a la relativa ausencia de puentes, los eventos que ocurren durante el trance tienden a permanecer disociados de los trabajos laterales habituales del paciente y por eso pueden convertirse en amnesia. El siguiente diagrama puede clarificar el asunto (Erickson, Haley, y Weakland, 1959), donde la línea superior es una línea de memoria consciente con un pequeño intervalo que tiende a cubrir a la línea inferior de los eventos del trance.



El segundo approach del autor mayor para facilitar la amnesia es distraer al paciente de las asociaciones del trance introduciendo temas de conversación que no tienen nada que ver con el trabajo del trance que se acaba de completar (en este caso regalos, indios, etc.) Estos tópicos de distracción también tienden a prevenir el desarrollo de puentes asociativos entre los contenidos del trance y los eventos del trance. Esta amnesia es en general valiosa terapéuticamente, ya que evita (o elude) los sistemas de creencia limitados y mal adaptados del paciente de los trabajos posteriores y posiblemente deshace las sugerencias aceptadas durante el trance. La amnesia también tiende a ratificar vívidamente al trance como un sistema alterado del paciente.

RECONOCIMIENTO ESPONTANEO DEL CAMBIO TERAPEUTICO

H: Bueno, doctor, diré esto. Esto ha hecho tanto bien como el hecho por aquel otro. Esto será maravilloso.

E: Se sorprenderán de todos los nuevos conocimientos que desarrollarán.

W: Bien, bien.

E: Lo llamaremos un día.

[Esta sesión está terminada, pero justo antes de irse la mujer comenta lo que sigue]:

W: Ahora que pienso en las campanadas en mis oídos, estoy empezando a pensar en una melodía que yo toco. Una de varias que me gustan mucho. Ahora las campanadas están ahí, todavía, pero la melodía también lo está.

Este reconocimiento de una experiencia inmediata de cambios terapéuticos aparecieron espontáneamente en ambos pacientes. Esta es la situación ideal, en la que el terapeuta no tiene que preguntar acerca del cambio haciendo así posible la distorsión del cambio del proceso mismo. Algunos pacientes pueden tomar esa pregunta como implicando una duda en la mente del terapeuta, mientras que otros tenderán a exagerar o a subestimar la magnitud del cambio experimentado.

El marido expresa una importante y valiosa expectativa acerca del presente y futuro provecho terapéutico (“esto será maravilloso”), mientras que la esposa, más analítica, describe cómo una melodía se le agrega a las campanadas. Se espera que el trabajo futuro pueda reemplazar enteramente a las campanadas por la melodía. Ya que los dos experimentaron espontáneamente un cambio terapéutico, el autor mayor no tuvo necesidad de terminar esta sesión con ninguna evaluación o ratificación posterior del cambio terapéutico. (Esta etapa de evaluación y ratificación será bien ilustrada en nuestro próximo caso.) * (existe la grabación completa de esta sesión. Contactar con el IMHEBA -Instituto Milton H. Erickson de Buenos Aires- 4823-1324)

CASO 2: SHOCK Y SORPRESA PARA ALTERAR EL FUNCIONAMIENTO SENSORIAL-PERCEPTUAL: DOLOR DE ESPALDA INTRATABLE

Este es otro caso en el cual Erickson trabajó simultáneamente con marido y mujer. Esta pareja tenía veintitantos años, sin embargo vinieron a terapia con una actitud negativista y dubitativa. Debido a sus dudas extremas usó un approach bastante dramático para establecer una relación simpática, obtener su atención y la inducción al trance.

Archie y Annie se habían enamorado en la secundaria. Eran idealistas que

salieron adelante con sus planes de casarse, incluso cuando Archie se golpeó la espalda, y su columna vertebral se dañó severamente en la guerra de Vietnam. Archie había retornado a la vida civil permanentemente en silla de ruedas con un dolor intratable en la espalda. Sus médicos le habían informado que iba a tener que aprender a vivir con ese dolor. Le advirtieron sobre cualquier tipo de magia negra con hipnosis, ya que no sería buena en ese momento. Archie y Annie igualmente querían probar, aunque al llegar a la primera entrevista tenían un carácter hostil, negativo y dubitativo, con pocas expectativas.

El primer objetivo del autor mayor fue reconocer y aceptar su hostilidad y dudas, y si fuese posible utilizar eso de alguna manera. Tenía que aceptar su punto de referencia negativo e igualmente introducir sus propias creencias en el valor potencial de la hipnoterapia. Erickson observó algunos de los espasmos de dolor de Archie y reconoció inmediatamente que eran de origen psicogénico, similar al dolor de un miembro fantasma. Luego de escuchar su historia, decidió demostrar una forma dramática de inducción al trance con Annie de manera de orientar a Archie al poder terapéutico genuino de la hipnosis.

INDUCCION AL TRANCE: DESPLAZANDO Y DESCARGANDO LA HOSTILIDAD Y DUDA

Erickson primero le pidió a Annie que se parase en el medio de un pequeño paño de aproximadamente una yarda de diámetro que estaba en el medio del piso de su oficina. Luego procedió con una inducción al trance muy inusual.

E: Annie, no te moverás de la alfombra. Y no te gustará lo que estoy haciendo. Te ofenderé. Ofenderé a Archie. Ahora aquí hay un grueso bastón de roble, Archie. Lo puedes sostener y puedes golpearme violentamente en cualquier momento que pienses que estoy haciendo algo mal. No te gustará lo que voy a hacer, Archie, pero obsérvame cuidadosamente y golpéame en cualquier momento que creas necesario.

Ahora tomarás este otro bastón y observarás lo que estoy haciendo. Sentirás lo que le haga a Annie. Archie verá lo que haga. Me detendré apenas cierren los ojos y entren a un trance profundo.

El autor mayor suavemente tocó con la punta del bastón la parte superior del

pecho de Annie y luego empezó a empujar la parte superior de su vestido, como para exponer sus pechos. Ella cerró los ojos, permaneciendo inmóvil y rígida, y aparentemente entró a un trance profundo. Ella debía escapar de la incómoda realidad del bastón. Apenas cerró los ojos y manifestó un estado de trance, Archie se sorprendió tanto que casi arroja su bastón.

¿Cuales son las dinámicas de una inducción como ésta? Con su aparentemente desvergüenza al hurgar en el vestido de Annie, Erickson estaba canalizando su evidente hostilidad y sus vagas dudas acerca de la hipnosis en general hacia una muy específica repulsión del comportamiento inicial de Erickson. Annie estaba tan constituida psicológicamente que no tuvo alternativa en esta situación.

El “bastón hurgador” ciertamente fijó su atención, y el shock de esto ciertamente despotenció cualquiera que haya sido su creencia acerca de los doctores y la hipnosis. Mientras se paró allí, desesperadamente desconcertada acerca de lo que estaba sucediendo, le fue enviada una búsqueda inconsciente acerca del proceso de inducción al trance dentro de su propia mente que la liberaría de esa situación embarazosa. El autor mayor había dicho que sólo se detendría cuando ella entrase al estado de trance. Sólo podía escapar de la situación en que se encontraba entrando al trance. No necesitaba terminar con todo porque, después de todo, su marido estaba a su lado con un fuerte bastón supuestamente para protegerla. Al darle el bastón a Archie, el autor le estaba dando cuidadosamente un canal a través del cual enfocaría su hostilidad. También estaba fijando la atención de Archie tan intensamente que el joven hombre estaba en ese estado de intensa atención característica del trance terapéutico, mientras miraba los no ortodoxos procedimientos con desconfianza. Ahora su hostilidad y desconfianza hacia la hipnosis estaban canalizadas, desplazadas y descargadas con el aparentemente ridículo comportamiento del que estaba siendo testigo. Sin quizás darse cuenta también se convenció de que Erickson podría lograr la inenarrable (inexplicable), no ortodoxa, y, por lo tanto inusual cura.

UNA SUGESTION POSTHIPNOTICA DE DOS NIVELES PARA UTILIZAR Y DESPOTENCIAR UN MARCO DE TRABAJO CONSCIENTE DUBITATIVO

E: Annie, cuando te despiertes, te puedes sentar en tu silla, y *sin importar lo que pienses, todo lo que yo diga es verdad.*

¿Coincides en eso?

[Annie asiente con la cabeza en la suave y lenta forma característica del comportamiento perseverante del trance]

Todo lo que diga es cierto, sin importar lo que pienses.

Esta fue una sugestión de dos niveles cuidadosamente formulada: (1) “No importa lo que pienses” es una frase que reconoce sus dudas conscientes que permite a Erickson enfocar su atención, utilizando su propio marco de trabajo mental de duda y resistencia. Ella podría pensar lo que quisiera dentro de ese marco de duda. Al mismo tiempo (2) en un nivel inconsciente ella estaba por hacer verdadero o real todo lo que Erickson le sugiriese luego. También podríamos decir que dos realidades o sistemas de creencia tenían permitido coexistir lado a lado de una manera más o menos disociada: (1) El sistema consciente de creencia de duda y resistencia hacia la hipnosis que trajo a la situación de la terapia, y (2) la nueva realidad de la hipnosis que Erickson estaba introduciendo de esa manera tan shockeante que ni ella ni su marido podían comprender y evaluar adecuadamente. Le estaba permitido creer en su sistema previo de creencia mientras la realidad de Erickson le estaba siendo introducida de una manera que ella no podía evitar ni resistir. Cualquiera que fuesen las dudas o resistencias de sus creencias previas, ciertamente no estaba preparada para encontrarse con un bastón removiendo su vestido mientras que su esposo estaba a su lado sosteniendo otro pesado bastón listo para golpear al viejo doctor. Como su trabajo lateral mental consciente no podía hacerle frente a la situación, su inconsciente tuvo que intervenir con las respuestas apropiadas y caer en estado de trance y aceptar las sugestiones formuladas por Erickson.

El autor mayor acentuó y profundizó su trance mediante la obtención de una respuesta positiva a su sugestión posthipnótica de dos niveles. Luego le pidió que se despertase y que se sentara. Se sentó expectante, con aspecto de duda y hostilidad. Luego la direccionó como sigue.

VERDADES EVIDENTES, IMPLICACIONES, Y DESCONOCIMIENTO PARA INICIAR UNA BUSQUEDA INCONSCIENTE

E: Ahora estas despierta, Annie. No sabes lo que ha pasado. Podrías pen-

sar que te gustaría saberlo, pero no lo sabes.

Con esto, el autor mayor estaba haciendo lo obvio. Ciertamente, Annie se preguntaba acerca de qué había sucedido, si es que había sucedido algo. De esta manera, la primera parte del enunciado, “Podrías pensar que te gustaría saberlo”, abrió un marco de aceptación para la sugestión crítica que siguió, “pero no lo sabes.” Esta sugestión es crítica porque implica que algo importante había pasado, pero ella no sabía qué era.

La implicancia de *algo sucedió* significa que posiblemente no será más lo que ella siempre había experimentado ser. El “algo ha pasado” puede ser hipnosis; puede significar que ahora será capaz de experimentar cualquier realidad que Erickson le sugiriese. El no saber abre una brecha en su sistema de creencia que inicia una búsqueda inconsciente por sus fuentes internas (procesos inconscientes) que serán necesitados para sobrellevar las siguientes sugestiones de Erickson. El no saber entonces facilita la utilización de procesos internos que nunca había sido capaz de contactar previamente de manera voluntaria.

PREGUNTA SORPRESIVA PARA NO HACER

E: ¿No te sorprende que no te puedas parar?

Con esta sugestión en forma de pregunta, Annie experimentó sorpresa al no poder ponerse de pie. El autor mayor le había dicho que se sorprendería, y en efecto, lo estaba. Su pregunta rápidamente llenó la brecha y la expectativa que estaba abierta en su sistema de creencia preparando para la operación procesos mentales, que, de alguna manera la prevenían de ponerse de pie. En realidad era verdad que se sorprendería de que no podía ponerse de pie. Su pregunta era entonces otra verdad evidente y obvia que cualquiera tendría que aceptar. Incluso sin que la brecha anterior hubiese sido abierta en su sistema de creencia, esta pregunta acerca de la sorpresa podría ser como una sugestión efectiva que cualquiera debería aceptar como verdadera. Y la mayoría también experimentaría su implicancia en el comportamiento involuntario de no poder ponerse de pie.

AUTO TEST PARA ANESTESIA

E: *No importando cuan fuerte te pegue con este bastón, no lo sentirás. Y supón que te golpeas fuertemente en el muslo. Me es difícil acercarme y hacerlo yo mismo, así que hazlo tú. Pégate a tí misma lo más fuerte que puedas en tu muslo. ¡No dolerá!*

Con esto Annie se golpeó su adormecido muslo y se sorprendió ante el efecto. Contestó, “Lo sentí en mi mano pero no sentí nada en mi pierna”. Habiendo experimentado con éxito un simple fenómeno hipnótico al no poder ponerse de pie, Erickson juzgó que estaba ya lista para experimentar el realmente importante fenómeno de la anestesia. Hizo un oculto intento con el pensamiento de golpearla con su amenazante bastón, de manera que ella no pudiese ayudar pero sí sentir cierta tranquilidad al serle permitido testear la anestesia a ella misma. Erickson luego le da más tranquilidad al darle a conocer el hecho de que en realidad no puede acercarse a ella (que estaba ya muy viejo) y la estimula más para un auto test exitoso de la anestesia. Erickson (Erickson, Rossi, y Rossi, 1976) afirmó, “Lo inconsciente siempre protege a lo consciente”. En realidad Annie sintió una necesidad de protección en ese momento. La protección provino de su inconsciente, que efectivamente medió los mecanismos neuropsicológicos que le permitieron decir que realmente había experimentado una anestesia en su pierna. Continuando, el autor mayor extiende aún más la anestesia.

GENERALIZANDO LA ANESTESIA

E: *Ahora, Annie, puedes pegarte nuevamente en el muslo pero no lo sentirás ni en el muslo ni en la mano.*

El autor mayor ahora generaliza la anestesia desde el muslo a la mano asociándolos juntos en una fuerte y directa sugestión. Annie se golpeó su muslo nuevamente y exclamó, «Escuché ese golpe, pero no lo sentí ni en el muslo ni en la mano.» Así Annie espontáneamente confirmó la realidad de la anestesia a su marido. Él podía dudar de las explicaciones de Erickson, pero no podía dudar de las reacciones de su esposa. Así, la actitud negativa inducida por el médico no estaba siendo disputada por el ser testigo de la experiencia de Annie, estaba siendo despotenciada. Esto es, estaba ahora experimentando una suspensión de su marco de referencia de dudas y desconfianza. Antes de que pudiese recuperar sus dudas,

Erickson rápidamente lo introdujo en un trance formalmente etiquetado.

SUGESTION COMPUESTA INTRODUCIENDO EL TRANCE

E: *Has escuchado eso, Archie, puedes entrar al trance ahora.*

La experiencia de Annie fue un uso efectivo de modelar un comportamiento hipnótico para su marido, más resistente. El autor mayor luego lo indujo formalmente a un trance con una orden compuesta. “Has escuchado eso” era una verdad inobjetable que abría un marco de aceptación para la sugestión, “Archie, puedes entrar al trance ahora”. Archie no podía negar la realidad de sus sentidos al observar la experiencia de su esposa, por lo que tenía que aceptar la realidad del trance sugerida por Erickson.

UTILIZANDO PREVIAS MEMORIAS SENSITIVAS PARA REEMPLAZAR AL DOLOR: UN JUEGO DE PALABRAS

E: Ahora, Archie, has tenido muchos largos años de sentimientos de alegría. ¿Por qué no traer esos *sentimientos de alegría de vuelta*? Ya tienes todo el dolor que necesitas.

Con esas sugerencias el autor mayor comenzó a evocar los recuerdos sensitivos de Archie de los felices sentimientos corporales de los años anteriores al accidente. Estos recuerdos de felices sentimientos corporales serán *utilizados* para reemplazar al dolor actual. Noten el juego de palabras terapéutico contenido en la frase “sentimientos felices de vuelta” (aclaración del traductor: en inglés “de vuelta” se dice “back”, que también quiere decir espalda”). Sin darse cuenta, Archie estaba recibiendo asociaciones de sentimientos felices con su dañada espalda.

EXPECTATIVAS REALISTAS DE ALIVIO DE DOLOR Y “DISPAROS DE AUMENTO”

E: No te puedo garantizar contra todo dolor futuro, pero te puedo decir que uses al dolor como un aviso.

Con esta sugestión, Archie era capaz de experimentar un alivio considerable de dolor. Unos meses después se agarró gripe y telefoneó a Erickson por un “Disparo de aumento”, ya que con la gripe se sentía el dolor de espalda.

R: ¿Porque volvía el dolor de espalda con la gripe? ¿Estaban su mente y su cuerpo tan debilitados de manera que no podía mantener la sugestión hipnótica de buenos sentimientos? ¿Es la misma situación que la suya, Dr.Erickson, que cuando se va a dormir pierde el control hipnótico sobre usted mismo y sobre su dolor corporal? (El dolor de Erickson se debe al constante atrofiamiento de sus músculos asociados con su segunda poliomielitis.) ¿Está la hipnosis siendo mediada en los niveles corticales más altos que son sensitivos a las enfermedades corporales tanto como al sueño?

E: Si, justamente como cuando yo induzco un trance en el nivel cortical más alto.

R: La gente en realidad no duerme durante el trance; de hecho hay un alto grado de actividad mental. A lo mejor aquellos que dicen que no cualquiera puede experimentar un trance, en realidad quieren decir que no se puede poner a cualquiera en un estado similar al sueño y transformarlo en un autómatas que responda indiscriminadamente, a todo lo que se le sugiera.

E: Si, no se puede poner a cualquiera en un estado tan pasivo y sumiso.

R: Mediante la hipnosis y el trance usted quiere decir concentración y atención focalizada. En realidad usted puede facilitar eso con cualquier persona cuyas motivaciones y necesidades comprenda.

E: El trance terapéutico es atención enfocada dirigida de la mejor manera posible a cumplir con los objetivos del paciente.

CASO 3 CAMBIANDO LOS MARCOS DE REFERENCIA PARA LA ANESTESIA Y LA ANALGESIA

E: Cuando quiero que un paciente desarrolle una analgesia, no suelo mencionar esta cuestión de la analgesia. Me gusta esperar a que el paciente me cuente todo acerca de su dolor hasta que puedo ver en la expresión de su cara que él piensa que yo lo entiendo. No soy adverso a decir algunas cosas, pequeñas cosas que permiten al paciente pensar que yo realmente entiendo. Y luego me gusta hacerle una pregunta que no tenga nada que ver con el tema del dolor, como por ejemplo, “¿Donde pasó el último verano?”. El paciente se puede sorprender con la pregunta acerca del último verano. El último verano no tenía el dolor que ahora lo aqueja. Podemos entrar a la cuestión de los placeres, alegrías y satisfacciones del último verano. Enfatizar el confort, el alivio físico, la alegría, las satisfacciones y señalar al paciente qué agradable es continuar recordando las alegrías y satisfacciones del último verano, el alivio físico del último verano. Cuando el paciente comienza a ponerse un poco nervioso, le recuerdo el momento en el cual estaba remando con un bote y tenía una ampolla en la mano. Duele un poco, pero afortunadamente se cura.

No tenía miedo de mencionar al dolor o la pena, pero eso está muy lejos del dolor de espalda del cual el paciente me comenzó a contar. Le mencioné el dolor de la ampolla causada por remar un bote el último verano y no me shockeó la expresión de dolor de su cara. *Porque en hipnosis uno ve que su tarea es guiar el pensamiento y la asociación de ideas que el paciente tiene a lo largo de canales terapéuticos.* Todos sabemos muy bien que podemos tener un gran dolor en algún lugar del cuerpo e ir al cine a ver una película de suspenso, perdernos en la acción de la pantalla y olvidarnos por completo del dolor en la pierna, del dolor en el brazo, del dolor de muelas o de lo que sea. Sabemos eso, entonces, ¿por qué no hacer lo mismo con los pacientes? Si están operando sobre un paciente en su oficina y están conscientes del hecho que puede causar el dolor, pueden dirigir el pensamiento del paciente hacia un área bien lejana a la situación de dolor.

Estoy pensando en una paciente mía que dijo, “Tengo miedo de ir al dentista, sufro tanto, me asusta tanto, me siento en la miseria absoluta”. Le pregunté a la paciente inmediatamente, “¿Hacías todo eso cuando eras una niña?”. Estaba escuchando sus quejas acerca del dolor, ansiedad y sufrimiento y le pregunté acerca de qué hacía en su niñez. Hice un buen contacto con ella hablando de la angustia que la aquejaba, pero cambié a un marco de referencia distinto: la niñez. Ahora habló de la angustia de su niñez, pero eso estaba tan distante en el tiempo que era menos molesto y se sentía un poco más cómoda. Mi siguiente paso fue preguntarle

cuál fue su mayor placer de niña. Bueno, ¿cómo te pasabas del dolor, de la angustia o de la ansiedad, al placer en tu niñez? En este caso tomó solamente dos pasos asociativos. Le era muy agradable discutir y charlar conmigo su actividad favorita de su niñez. Luego discutió este placer en conexión inmediata con mi primera pregunta de su experiencia de angustia en la niñez. Mediante esa sucesión inmediata de preguntas uní a las dos juntas - angustia y actividad favorita.

Luego de que me contó todo acerca de sus placeres favoritos de niña, uno en particular, le sugerí que cuando fuese al consultorio del dentista, debería realmente colocarse en la silla. Cuando estuviese realmente sentada en la silla, y sintiese sus nalgas en la silla, su espalda en el respaldo de la silla, sus brazos en los brazos de la silla y la cabeza en la cabecera de la silla, iba a recordar su actividad favorita de la niñez que dominaría absolutamente la situación entera. ¿Qué es lo que yo había hecho? Había extraído las realidades penosas de la silla del dentista, moviéndose para acomodarse para obtener una posición confortable (y me moví en mi asiento para hacer un rol-play de lo que yo quería que ella hiciese en la silla del dentista), y lo asocié con una de sus actividades favoritas de la niñez. El hecho que ella recordaba era jugar en las hojas de la pradera. En otoño se pueden construir grandes casas con las hojas, grandes pasadizos a través de pilas de hojas, y uno se puede enterrar bajo las hojas. Uno se puede mover para obtener posiciones confortables y agradables entre esas hojas y el resto del mundo real parece estar realmente lejos.

Con esto ella simplemente entró a un trance anestésico muy agradable en el consultorio del dentista sin ninguna sugestión directa de anestesia. En cualquier momento el dentista le haría alguna pregunta estúpida cuando ella realmente quisiese pensar acerca de hojas. El dentista pensó que ella era una paciente nada cooperativa. Mentalmente ella pensaría que habría una estúpida persona tratando de hablarle cuando ella en realidad estaba enterrándose bajo las hojas, probablemente con alguna persona madura gritándole, pero ella estaba más interesada en las hojas. Podía hacerse una cirugía dental pero no le molestaría.

Se puede concretar una anestesia cambiando los marcos de referencia de la persona. En este caso el cambio crítico fue, “¿Cuál era tu actividad favorita cuando eras una niña? Y luego puede realmente elaborar en base a eso. *En otras palabras, uno lanza la pregunta muy cuidadosamente. Se lanza de tal manera que uno echa hacia atrás la dificultad y comienza otro tren de actividad mental, de actividad emocional, que previene de la posibilidad de sentir do-*

lor. Algunos de mis sofisticados sujetos con entrenamiento en psicología y psiquiatría clínica, que usé como sujetos, sostendrán la técnica que usé sobre ellos. Pueden reconocer su validez basándose en sus propias experiencias. Emplear con ellos las mismas técnicas nuevamente porque saben que son humanos y que se pueden hacer las mismas cosas con placer, una y otra vez.

Pienso que es un error intentar siempre conseguir una anestesia o una analgesia directamente. Pienso que hay que obtenerlas indirectamente porque cada vez que se le pide a alguien, “¡Olvida que esto es un reloj!”, se le está pidiendo que haga algo específico - olvidar - ¿olvidar qué? Un reloj. Ahora, recuerde, olvide el reloj. Eso es lo que se está diciendo cuando se le dice a alguien, “Olvida el reloj”. Pero se le puede pedir que mire esto, una cosa interesante. Me divierte. Es fascinante como uno puede mirar algo y fascinarse tremendamente con eso, y luego cambiar el tema de conversación, y uno se va lejos a aquel viaje que tuvimos en Europa. Entonces ¿por qué llegué a esto? Se fueron lejos, realmente lejos de su preocupación original porque comenzaron a seguir sus diferentes trenes de pensamiento.

Ahora, la segunda cosa que deberían tener en mente es que cuando quitan el sentido del tacto, la anestesia o la analgesia, le piden al paciente que haga un tipo diferente de orientación de la realidad. En algunos de mis primeros trabajos experimentales le pedí a los estudiantes que descubriesen cuales eran los procesos mentales al levantar del suelo una manzana imaginaria y ponerla en una mesa real y concreta en frente de ellos (Erickson, 1964). ¿Cuáles son los procesos mentales? Un buen número de estudiantes se quejaron de sentirse graciosos todo el tiempo y abandonaron el proceso; se fueron sin completar la situación experimental. Estaban perdiendo contacto con la realidad. Entonces, se sentían graciosos. Luego cuando se induce analgesia, se les está pidiendo a los pacientes que pierdan cierta cantidad de contacto con la realidad. Se les está pidiendo que la alteren. Entonces comienzan a sentirse graciosos - pueden reconocerlo o no. Pero pueden reaccionar a eso saliendo de la situación porque es extraña e incómoda. De esta manera, cada vez que se induce una analgesia o una anestesia, deben observar que sus pacientes no se asusten de un modo u otro por la pérdida de su relación con la realidad usual. Les permití a esos estudiantes sentirse graciosos todo el tiempo para luego dejarlos irse porque era un hallazgo experimental importante que yo quería estudiar.

Al trabajar con pacientes en la oficina, cuando sienten una sensación graciosa,

pueden reconocer que se sienten graciosos o directamente sentirse incómodos, y se pueden ir, también. Pero no pueden alcanzarlo, y tampoco pueden ustedes. Entonces, es su obligación avisarles que una de las cosas sorprendentes es que cuando comienzan a sentirse más cómodos o cuando comienzan a sentirse más interesados en esto o aquello, a lo mejor pueden notar que la luz de la oficina es más tenue. Muy seguido les dije a los pacientes en mi oficina, “Espero que no le moleste si continuamos nuestro trabajo si la luz automáticamente se hace más suave o más fuerte.” Cada vez que se altera su orientación en la realidad, sé que los pacientes me dirán que la oficina se está iluminando u oscureciendo, o hace más calor o más frío, o tienen miedo, o sienten que la oficina se agranda o se achica, o se sienten más altos o más bajos. Tienen todo tipo de cambios en su sentido de la realidad cada vez que exploramos con la anestesia o analgesia. Estas alteraciones sensoriales-perceptuales espontáneas son todas indicaciones que la orientación de la realidad del paciente está siendo alterada; un trance se está desarrollando se haya o no hecho una inducción hipnótica formal. Cuando los pacientes aprenden a estar más cómodos con estas alteraciones espontáneas, se pueden permitir caer en un trance más profundo. Aprenden a abandonar más y más de su orientación de la realidad generalizada (Shor, 1959), y se hacen más capaces de experimentar todos los fenómenos hipnóticos clásicos así como también de lograr sus propios objetivos terapéuticos.

CASO 4 UTILIZANDO LA PROPIA PERSONALIDAD Y HABILIDAD DEL PACIENTE PARA EL ALIVIO DEL DOLOR

E: Yo quería producir una anestesia, un alivio para el dolor causado por un cáncer terminal en Cathy. Ella estaba sufriendo de un dolor insoportable que no podía ser calmado ni con morfina, Demerol o cualquier otra cosa. Estaba en un estado mental muy debilitado, en el cual sólo repetía, “No me haga daño, no me asuste, no me haga daño, no me asuste, no me haga daño, no me haga daño”. Un continuo y monótono llanto de esas dos frases particulares. Mi oportunidad de entrar en ella era casi nula. ¿Qué podía hacer para poder aliviarla del dolor? Debía utilizar los propios conocimientos de Cathy. Debía usar mi propio pensamiento, y mi pensamiento, por supuesto no concordaría con el de esta graduada del High School que sabía que le quedaban unos pocos meses de vida. Tenía 36 años, tres hijos; el mayor tenía once años. Por lo tanto, su pensamiento sería totalmente diferente al mío, y mi tarea era, por supuesto, llevarla a un estado hipnótico en el cual la pudiese estimular a que hiciese algo con sus aprendizajes del pasado. Yo no quería tratar

de forzarla de un modo frívolo cuando la mujer ya se había dado cuenta de que la morfina no le hacía efecto, y que el Demerol, no importando cuan grande fuese la dosis, tampoco le hacía efecto. Yo no quería forzarla y decirle que debía entrar a un trance, porque eso sería algo realmente frívolo. Por lo tanto, le pedí que hiciese algo que ella pudiese comprender en sus propias orientaciones de la realidad. Le pedí que se mantuviese bien despierta del cuello para arriba. Eso era algo que ella podía entender. Le dije que dejara que su cuerpo se durmiese. En sus aprendizajes del pasado cuando era niña, como joven, como una joven mujer, tenía la experiencia de una pierna dormida, o de un brazo dormido. Ella había tenido el sentimiento de su cuerpo estando dormido en ese estado “hipnagógico” de despertarse a la mañana cuando estaba mitad dormida, mitad despierta. Yo estaba muy, muy seguro de que la mujer tenía un conocimiento de su cuerpo estando dormido. Entonces podía usar sus propios conocimientos del pasado. Lo que ellos significaban para ella, yo no lo sabía. *Todo lo que yo quería era empezar un tren de pensamiento y comprensión que le permitirían a la mujer llamar del pasado todos los aprendizajes experimentales de su cuerpo.*

No le pedí que compitiese conmigo acerca de caer o no en trance, porque eso, pensé, era frívolo. No le pedí que tratase de obtener su mejor nivel de cooperación hacia mí para entrar al trance, porque ella no sabía lo que era un trance. Pero sí sabía lo que era estar bien despierta. Sí sabía lo que era un cuerpo dormido, porque había tenido a lo largo de su vida ambos estados. Lo siguiente que le pedí que hiciese luego de que su cuerpo estuvo dormido fue que desarrollara comezón en la planta de sus pies. ¿Cuántas personas han tenido comezón en distintas partes del cuerpo? Comezones miserables, comezones incontrolables, comezones angustiantes. Todos tuvimos esa clase de experiencia, por lo que nuevamente le estaba sugiriendo algo que ella había experimentado varias veces, que estaba dentro de sus experiencias psicológicas, fisiológicas, neurológicas, y dentro de sus conocimientos corporales. Le estaba pidiendo que hiciese algo de lo cual ella tenía recuerdos, conocimientos y experiencia pasada. Fui muy, muy preciso con esta cuestión de desarrollo de comezón. La mujer rápidamente contestó que realmente le daba mucha pena no poder desarrollar comezón. Todo lo que podía hacer era desarrollar un leve sentimiento físico en el dorso de su pie. En otras palabras, la mujer en su estado de dolor era incapaz de agregarse más dolor. Hacía exactamente lo opuesto. Desarrolló un adormecimiento, no en la planta del pie, sino en el dorso.

En realidad, ¿cuál era mi propósito al verla? Esa es la cuestión que todos uste-

des deberían tener en mente cuando traten con pacientes. *Están tratando de alterar sus experiencias corporales, su conciencia corporal, su comprensión del cuerpo, las respuestas del cuerpo.* Cada cambio que se desarrolla debería ser trigo para el molino, porque significa que el paciente está respondiendo. Cuando Cathy me dijo que tenía esa sensación de adormecimiento en el dorso de su pie, acepté eso como la cosa más deseable, y expresé pena, cortésmente, de que ella no pudiese desarrollar comezón. ¿Por qué expresé una pena cortés y amable al no poder ella desarrollar una comezón? ¿Por qué debería yo criticar o encontrar mal las respuestas de mis pacientes? Debería ser benévolo con eso, porque Cathy tenía una experiencia vivida con gente que había sido cortés, que había expresado pena, y que por lo tanto la aliviaban en la niñez en varias situaciones. Cathy estaba rodeada por un tipo de experiencias dentro de las que mi cortés pena podía acomodarse.

Ahora el punto que trato de establecer es el siguiente: cuando ustedes le hablan a sus pacientes, háblenles de una manera que las ideas y las comprensiones se unan de una manera tal que sus comentarios se acomoden en la situación entera con la que están tratando. Traten de provocar una respuesta amplia por parte del paciente de manera que respondan más y más con sus aprendizajes experimentales, con sus recuerdos del pasado. Cathy podía aceptar mis disculpas y sentirse obligada. Como había fallado en el primer intento, se podría sentir obligada a poner más y más esfuerzo en lo que yo aceptase. Al aceptar el adormecimiento en su pie, *también estaba utilizando su propio entorno y su personalidad para intensificar sus esfuerzos en complacerme.* Como había sido tan benévolo al aceptar su fracaso en producir comezón, intensifiqué su motivación de cooperar conmigo en todas las tareas que siguiesen.

Lo siguiente que hice fue sugerirle que el adormecimiento se extendiese no sólo sobre el dorso del pie sino también sobre la planta del pie y sobre el talón. En realidad, al sugerirle la planta del pie donde ella había fallado al tratar de desarrollar una comezón, estaría más ansiosa de producir el adormecimiento. Apenas hiciese eso, produciría el adormecimiento en el talón. Por supuesto que Cathy había tenido sobrada experiencia de estar inconsciente de su planta del pie y de su talón. Cathy sabía lo que era el entorpecimiento, y tenía conocimientos corporales de esos hechos. Por lo tanto, cuando le pedí que hiciese esas cosas, podía elaborar una respuesta. Ahora Cathy no estaba prestando ninguna atención a su cama, a los cuadros de la pared, a la presencia de otro médico que estaba conmigo, al grabador que estaba completamente a la vista. Cathy estaba dirigiendo su atención men-

tal a los aprendizajes de su cuerpo. En el uso de la hipnosis se necesita estar consciente de la poca importancia de la realidad exterior. Ahora, mientras Cathy desarrollaba el adormecimiento en la planta de su pie y el adormecimiento en su talón, se alejaba más y más completamente de la realidad del cuarto. Le estaba dando la orientación de la realidad a su cuerpo, no en términos de dolor del cáncer sino en términos de aprendizaje corporal de adormecimiento. Cathy se interesó cada vez más en dejar que el adormecimiento progresara de su talón a su tobillo, a su rodilla, a la parte inferior de su muslo, el muslo medio, el muslo superior, cruzar al otro lado de la pelvis para alcanzar la otra pierna y obtener un adormecimiento desde al ombligo hasta los pies. Entonces eso le interesó a Cathy. En esos momentos, ¿qué importancia tenía el techo, la cama, el doctor, las paredes o cualquier otra cosa? El interés de Cathy estaba dirigido a ese estado de adormecimiento así como el de los pacientes del dentista deberían estar tan fascinados con el pensamiento del control de la circulación capilar, por el pensamiento de la anestesia dental, por el pensamiento de aprender a masticar su comida con un tipo diferente de mordida para evitar el dolor temporario de mandíbula. El tema que interesa a los pacientes, la razón por la cual están en su oficina, debe ser el punto de orientación.

Con Cathy orientada al adormecimiento de su pierna y pelvis fue una cuestión simple extender el adormecimiento hasta su cuello. Cathy tenía metástasis a lo largo de su torso, tenía metástasis en los pulmones, metástasis en los huesos de su columna, así también como en los huesos de la pelvis. Cuando uno considera este tipo de cuestión, uno hace todo el esfuerzo posible para extender el adormecimiento. Aquí tenemos a una paciente que sabe que va a morir dentro de pocos meses. Se lo han asegurado médicos en los cuales confía y cree, por lo que la muerte es una realidad absoluta, mientras que las paredes del cuarto, la cama misma pueden no ser una parte importante de la realidad. Este asunto de amenazar a la muerte, este asunto de su familiar, era una realidad imposible de olvidar, por lo que al luchar contra su dolor era necesario incluir algo de la realidad ordinaria de su existencia diaria. Cathy había tenido ese cáncer desde hacía un año. Si quería ayudarla, debía organizar cualquier sugestión hipnótica que le hiciese de tal manera que incorporasen algo del propio pensamiento de Cathy, algo de su propio entendimiento. Lo primero que hice por Cathy en el tema del adormecimiento del pecho, fue mencionar que el cáncer nació en su seno derecho, y luego mencionar que todavía había un área de ulceración en la zona de la cirugía que realmente le dolía. Esto es un poco de realidad externa pero también es un poco de realidad corporal, porque Cathy podía mirar hacia esa zona ulcerada, lo que la hacía externa porque era algo que ella estaba observando. El dolor era una experiencia personal dentro

de su cuerpo. Lo visual era externo y desagradable, y esa visión externa podía darle miedo a su vida. El dolor y la angustia eran una experiencia interna para Cathy desde todo punto de vista. De esa manera, hice que Cathy tomase conciencia del medio externo. Estaba consciente del medio interno, por lo que sólo me aseguré de incluir algo del medio exterior, pero era una parte importante. Las paredes en su dormitorio, los almohadones en su cama, no eran una parte importante de la realidad externa, pero su impresión visual del área ulcerada era una parte muy importante de su orientación externa, por lo que dirigí su atención hacia allí.

Cathy había expresado pena porque no había sido capaz de desarrollar una comezón en la planta de su pie. ¿Qué debía hacer yo? Hoy en día, demasiados operadores, demasiadas personas que usan la hipnosis tratan de ser perfeccionistas, tratan de hacer demasiadas cosas. Esa es una de las razones por la que se producen fallas en muchas instancias - el efecto de tratar de hacer demasiadas cosas.- Cualquiera estudiante del High School o del Collegue les diría: seguramente no puedo sacarme un 100, quizás puedo un 95, o un 90, no puedo superar un 85, tendría suerte si saco un 80. Tenemos esa clase de orientación. Incluso el experto marcador dice: espero sacarme 10 sobre 10, pero no estoy para nada seguro de que lo haré. A los expertos jugadores de bowling les gustaría hacer un score perfecto, pero en realidad nunca esperan honestamente hacerlo en cada juego; esperan una cierta cantidad de errores. Aquellos que usan la hipnosis tienen más en mente la posibilidad de que ocurran errores, relacionados con pacientes, ya que lo han vivido a lo largo de sus vidas. Ustedes, como terapeutas, deberían utilizar a los pacientes, y deberían ubicar el área de posibles fallas. Era tremendamente importante que Cathy fuese aliviada del dolor, pero ella había ido al High School y sabía por experiencia de vida que no podía lograr la perfección absoluta en sus performances. Por esa razón, al sugerir el alivio, fui muy cuidadoso de asegurar un cierto porcentaje de error. ¿En qué había fallado Cathy en primer lugar? Su primer error fue en el seno derecho, donde había comenzado el cáncer, donde había experimentado por primera vez la sensación de falla personal. Su seno derecho la había hecho caer. Su seno derecho la había sentenciado. No hay manera de cambiar esa idea en la mente de Cathy. Su seno derecho la había sentenciado. Entonces ahora presento mis disculpas, mi dolor al no poder haber eliminado el dolor de su zona ulcerada del pecho. Le reconocí en voz alta a Cathy que ese era un dolor menor, una angustia menor, y estaba increíblemente triste de haber fallado. Ahora Cathy podía coincidir conmigo, y podría coincidir conmigo cuando yo esperase producir el mismo adormecimiento allí como lo había hecho en el resto del cuerpo. En otras

palabras, hice uso de la doble unión: mientras tuviese dolor en la zona del pecho, debería tener adormecido el resto del cuerpo. Entonces, yo tenía toda la experiencia en general de Cathy sustanciando el adormecimiento de la mayor parte del cuerpo.

Ahora, no hay nada mágico en lo que hice - era un reconocimiento de lo que Cathy haría - el pensamiento derivaría de la vida ordinaria de Cathy. Una mujer que creció en esta cultura, en esta era, tendría ciertos conocimientos por sólo el hecho de haber vivido. Ahora, cuando dejé ese dolor menor, esa angustia menor, probé que no era Dios. Le dio a Cathy otra causa por la cual luchar, incluso cuando tenía la sensación de que fallaría si había un dolor aunque éste fuese mínimo. Cathy vivió desde Febrero, cuando yo la vi, hasta Agosto. Cayó en coma y murió rápidamente. Pero durante ese lapso de tiempo, Cathy estuvo libre de dolor salvo esa área particular, pero como ella misma dijo, no me acusó de mi falla. ¿Por qué? Porque al permitirle mantener ese dolor menor, aseguré el éxito del resto.

Necesitamos comprender el modo en que nos comportamos emocionalmente. Podemos tomar una cantidad, pero siempre queda un resto. En el uso de la hipnosis, hacemos uso de ese conocimiento particular: hacemos uso de todo pero dejamos ese resto como una distracción porque es una cosa menor. Removí la mayor parte del dolor pero dejé ese pequeño resto que Cathy podía ver como de poca importancia. Ahora hago énfasis en esto porque quiero impresionarlos con la tremenda importancia de *ofrecerles sugerencias no como la cosa que el paciente va a hacer sino como el estímulo para provocar el comportamiento del paciente de acuerdo con los aprendizajes corporales individuales y las experiencias psicológicas individuales*. Sugerí una comezón en la planta del pie, que se le agregaría al dolor. Mi propósito no era realmente producirle una comezón en la planta del pie. Mi propósito al sugerir eso era solamente hacer que Cathy empezase a funcionar internamente - que empezase a utilizar sus propios aprendizajes corporales de acuerdo con sus propios sistemas de respuesta.- Luego cuando Cathy desarrolló el adormecimiento en el dorso de su pie y expresó su pena, utilicé esa pena y ese adormecimiento. Lo pude usar inteligentemente para conseguir el alivio de dolor que satisfecería las necesidades de Cathy. Cuando me aproximé a Cathy por primera vez, no supe cómo podría hacer para aliviarla del dolor, porque no la conocía. No sabía absolutamente nada de su unicidad como individuo, ni de sus conocimientos. Mi primera tarea fue decir algo que captase su atención, y luego permitirle que elaborase sus propias respuestas. Luego utilicé esas respuestas. En el uso de la hipnosis en medicina, odontología y psicología hay una necesidad de

explorar el tipo de pensamiento y de respuesta características del paciente como individuo. Necesitamos reconocer la poca importancia que tiene lo que decimos comparándola con el objetivo a lograr. *La importancia de lo que decimos se basa en ser un estímulo para provocar las respuestas peculiares del paciente. Luego ayudamos a los pacientes a utilizar esas respuestas en nuevas maneras para poder lograr sus objetivos terapéuticos.*

CASOS CORTOS SELECCIONADOS: EJERCICIOS PARA EL ANALISIS

En esta sección hay resúmenes de casos del autor mayor y otros, ilustrando los principios básicos que hemos explicado. Algunos son publicados aquí por primera vez; otros ya han sido publicados en otros lugares. El estudiante haría bien en analizar las dinámicas de su efectividad en términos de los conceptos introducidos en este capítulo y anteriores. Algunas guías para este Análisis están escritas en itálicas al final de cada caso.

UN TIGRE BAJO LA CAMA

Una mujer que se estaba muriendo de cáncer terminal le fue llevada a la oficina de Erickson en ambulancia. Estaba con un dolor desesperado, y las drogas no lo disminuían. Era en realidad escéptica en cuanto a la hipnosis e inmediatamente le contó sus dudas a Erickson apenas entró a la oficina. Él procedió impresionantemente, como sigue, “Señora, creo que la puedo convencer. Y usted sabe cuánto dolor está sufriendo, y lo incontrolable que es. Si usted viese un tigre hambriento traspasando la puerta, relamiéndose los bigotes y mirándola a usted, ¿cuánto dolor sufriría? Aparentemente se sorprendió por la pregunta y contestó, “Ni un poquito. No siento más dolor ahora”. Erickson luego respondió, “¿Le es agradable mantener a ese tigre hambriento caminando a su alrededor? Ella dijo, “¡Realmente lo es!” Todas las asociaciones con el tigre hambriento tenían su atención tan concentrada que estaba en un “trance caminante”, del que necesitaba no ser despertada. Tenía la apariencia de estar despierta desde todos los otros aspectos. Incluso podía ver y experimentar la presencia del tigre en cualquier momento, de día o de noche. El hipnoterapeuta simplemente evoca series sorprendidas de respuestas emocionales, cognitivas o de comportamiento para interferir con los síntomas que desea alterar.

El autor mayor luego le dijo a la mujer que sus doctores y enfermeras quizás no lo creerían, pero ella ahora estaba experimentando un verdadero alivio del dolor. Y, encima, sus médicos y enfermeras no lo entendían. Cada vez que le ofrecían una inyección para aliviarla del dolor, la mujer respondía con una cálida sonrisa, “No, gracias, no la necesito. Tengo un tigre hambriento bajo mi cama”. Ellos sospechaban que estaba alucinando, y quizás perdiendo contacto con la realidad, pero en esos últimos meses de su vida vivió en aparente confort sin el uso de narcóticos o tranquilizantes. Su familia pensó que sin embargo ella estaba bien.

Shock; sorpresa; fijación de atención; trance común de todos los días; asociaciones de distracción; marcos de referencia alterados; sugestión posthipnótica para proteger el trabajo terapéutico

LA PERA EN UNA SILLA

El autor mayor tuvo que enfrentarse con problemas de dolor personal toda su vida debido a la poliomielitis. En general pudo controlar el dolor efectivamente durante el día, simplemente cayendo a un auto-trance hipnótico. Cuando se cansa mucho o se va a dormir a la noche, el dolor a veces retorna y lo despierta. Entonces tiene que reacomodar sus músculos y su mente para poder librarse del dolor nuevamente. Pero a veces hacer esto en medio de la noche no es fácil. En esas ocasiones, confiesa que algunas veces corrió una silla al costado de la cama, engancha su pera en el respaldo de la silla, y presiona hacia abajo hasta no poder soportar el dolor que se producía voluntariamente (Erickson y Rossi, 1977).

La sugestión hipnótica como un marco de referencia cognitiva altamente desarrollado puede a veces fallar durante el sueño; distraer al dolor involuntario con control voluntario sobre el dolor.

HISTORIAS DEL PERRO SHAGGY

Luego estaba el paciente con parálisis desde el nivel de la decimosegunda vértebra del tórax que tenía ataques de dolor, asociados con una aguda cistitis y pielitis. Podía aguantar el dolor hasta que no podía controlar el llanto. Como su condición general era crónica, los narcóticos no eran lo recomendado. Como era un hombre sincero, considerado, sociable, pero totalmente incapaz de comprender un juego de

palabras, sin sentido del humor, su dolor era manejado con el simple procedimiento de pedirles a las enfermeras que le contasen cuentos del perro Shaggy, especialmente aquellos que tuviesen juegos de palabras. Escuchaba atentamente, apreciando la “sociabilidad” de la enfermera y esforzándose en absorber la narración. Mientras el tiempo pasaba el paciente llamaba a una enfermera y decía que el dolor estaba volviendo, ella le daría uno o dos minutos para hablarle, y él “trataría entender” su historia.

Fijación de la atención; Distracción; Búsqueda inconsciente y Procesos

En un caso de dolor por una enfermedad terminal en una mujer que tenía una pequeña hija, el autor mayor direccionó a la niña como sigue, “Ahora tu madre quiere convencerse de que puede ser librada del dolor. Eso es lo que harás - convencer a tu madre. Ahora siéntate en esta silla, y mientras estás sentada en esta silla, entra a un trance y ve al otro lado del cuarto. Y quiero que pierdas la sensación de estar en cualquier lado. Estarás sin sentir que estás en un profundo trance. Estás sentada aquí, pero estás allá, en el otro lado del cuarto, y te estás viendo a tí misma allí... Ahora mire, madre. Su hija está en un trance profundo. Piensa que está en el otro lado del cuarto. Ahora mantenga su vista sobre mí, porque voy a hacer una cosa que ninguna madre querría hacer. Enrollé la pollera de la hija hasta ver los muslos desnudos. La madre miró con horror cuando hice eso. Levanté mi mano y le pegué con la palma fuertemente en el muslo. La niña se estaba viendo a sí misma en el otro lado del cuarto. ¿No puedo pegarle a una niña que está del otro lado del cuarto, verdad? La madre se sorprendió porque no escuchó un solo sonido salir de la boca de su hija. Luego la palmeé en el otro muslo. La niña estaba todavía cómoda.

Esta madre era altamente adicta a la televisión así que eventualmente le dije que cada vez que tuviese un dolor que creyese que no podría soportar, debía dejar su cuerpo allí, en la cama, y llevar su cabeza y sus hombros al living y mirar televisión.

Esta aproximación disociativa de alivio de dolor fue una de las favoritas del autor mayor. En la práctica hospitalaria frecuentemente hacía que los pacientes llevasen sus hombros y su cabeza fuera, al solarium, mientras su cirujano hacía el trabajo necesario en sus cuerpos en la sala de operaciones.

Shock; Sorpresa; Modelando comportamiento hipnótico; Disociación.

ADORMECIMIENTO CON CONVERSACION

La aproximación conversable para fijar y sostener la atención del paciente puede ser útil en situaciones traumáticas. Hubo un accidente automovilístico en Portland, Oregon, y un hombre arrastró su cara sobre 30 pies de ruta con piedras. Una ruta de tierra y piedras. Fue traído al hospital en estado de emergencia. Uno de los miembros de la Sociedad Americana de Hipnosis Clínica -lo llamaremos Dan - que se enfrenta muy bien con la cirugía plástica y la cirugía oral estaba en emergencias esa noche. Se acercó al hombre y vio que estaba consciente, pero sufriendo un dolor agudísimo. Aquellos que conocemos a Dan sabemos que es un maravilloso comunicador. Tiene una gran fluidez de palabras, de humor, de interés, de información, una tremenda riqueza de conocimientos y humor. Dan dijo, «Realmente te has llenado la cara con piedras y sabes qué cantidad de trabajo eso me crea. Tengo que usar tenacillas y sacar cada pequeño grano de arena y de tierra y realmente voy a tener un gran trabajo y realmente tendré que fregar esa cara y estas sufriendo un gran dolor y quieres un poco de ayuda y realmente necesitas un poco de alivio de dolor y más *rápidamente dejas de sentir dolor, menos sientes* y no sé qué deberías hacer mientras esperas a la enfermera para que te ponga una inyección en tu brazo, pero en realidad deberías escucharme a mí mientras te hablo y te explico que tengo que hacer ciertas cosas con tu cara. Sabes que hay un corte aquí, que debe haber sido una piedra filosa, y aquí tienes una pequeña, y aquí tienes un feo golpe, y realmente lo tengo que fregar con alcohol. *Al principio te dolerá un poquito, pero cuando el alcohol llegue a las puntas de los nervios que están expuestos, dejarás de sentir el ardor del alcohol*, y ¿alguna vez has tratado de fabricar un violín? Sabes que puedes hacer violines con madera rugosa y puedes hacer violines con madera pulida-. ¿Alguna vez has tratado de hacer uno con madera de roble? “Dan había ganado un premio nacional por haber hecho un violín él mismo. Una y otra vez habló de la tremenda dificultad que significaba limpiar esa cara y poner las vendas y se preguntaba cuándo vendría la enfermera con las hipodérmicas. Mientras tanto, detrás de él, la enfermera le iba pasando a Dan el correcto tipo de instrumento, el correcto hilo de sutura, etc. Dan continuaba hablando y el paciente exclamó, “¿Sabía usted que es asquerosamente charlatán?” Dan dijo, “Todavía no me escuchó en mi modo de habla rápida, solo déme una chance y se lo demostraré”. Entonces Dan comenzó, “¿Sabía que también sé pensar rápido y alguna vez escuchó a alguien cantar el Bumble Bee? Se lo demostraré”. Entonces Dan cantó el Bumble Bee y finalmente dijo, “Sabe que ya está todo”. El paciente preguntó, “¿Qué quiere decir con que ya está todo?” Dan dijo, “Acá tiene un espejo, observe”. El paciente miró y dijo, “¿Cuándo hizo usted esas

suturas?, ¿Cuándo me limpió la cara?, ¿Cuándo me dieron la inyección? Pensé que sólo me estaba hablando, que me estaba preparando”. Dan dijo, “Estuve trabajando duro durante un par de horas, cerca de dos horas y media”. El paciente dijo, “Es mentira. Estuvo hablando cinco o diez minutos”. Dan contestó, “No, dé una mirada, cuente esas vendas si quiere, y ¿cómo siente su cara? “El paciente contestó: “Mi cara está adormecida”.

Aproximación conversada; Fijación de la atención; Distracción; Sugestiones intercaladas; Distorsión del Tiempo.

NERVIOS INSENSIBLES

Recientemente me enviaron una paciente con dolor crónico de cadera. Un dolor de cadera muy serio. Lo que mejor sabía hacer era inducir un trance directo en la paciente. ¿Qué necesitaba hacer? Todo lo que le dije a esa paciente era horriblemente anticientífico, pero la paciente quería ciertos conocimientos que podría aceptar, y que podrían justificar ese dolor crónico e incontrolable de cadera. Acepté lo que la paciente me dijo acerca del incontrolable dolor. Acepté cada uno de los hechos, para que ella creyese que yo creía y pensaba en el modo que ella lo hacía. Luego comencé una explicación de cómo el dolor apareció, para que la paciente pudiese comprenderlo en términos de su propio marco de referencia. Explicué cómo ese disparo hipodérmico de penicilina o lo que fuese, probablemente tenía una aguja con punta muy fina y que cuando la inyectaron en la cadera, probablemente tocó el nervio ciático. Le explicué cómo la punta de la aguja podía tocar a las fibras nerviosas, y di una larga disertación de la estructura de un nervio. No es solamente una única fibra; está hecho de muchas, muchas fibras. Di una disertación de los diferentes tipos de sensaciones que viajan a través de las fibras.

A través de una fibra viaja calor, y a través de otra viaja el frío, y el tacto a través de otra, y la presión a través de otra, hasta que la paciente pensó que yo era un erudito. Finalmente, cuando se aburrió de esta catarata de información, tiré una sugestión aquí y allá acerca del dolor saliendo, del cuerpo siendo acomodado. Un trabajador con manos delicadas trabajando en una mina tendrá ampollas muy rápido al usar el pico y la pala. Pero usando el pico y la pala medio minuto un día, un minuto al día siguiente, un minuto y medio al tercer día, y una progresión gradual en el tiempo, se formarán callos hasta que el pico y la pala pudiesen ser usados el día entero. Arrojé todo tipo de analogías aparentemente sensatas. Aclaré que las for-

maciones callosas pueden ser la piel de la mano y que uno también se puede acostumbrar a la privación emocional. En otras palabras, uno puede formar callosidades emocionales, callosidades intelectuales, callosidades dérmicas, callosidades nerviosas -todo ese tipo de cosas hasta que la paciente que me estaba oyendo comenzó a aceptar todas esas sugerencias y comenzó a buscar un modo de usarlas para ayudarse a ella misma a perder el dolor. Cada una de todas esas cosas que dije acerca de las formaciones callosas tuvieron el efecto de la paciente pensando, “Sí, sé lo que un callo es. Me gustaría tener un callo en el nervio de mi cadera, donde está todo mi dolor. Qué lindo que sería. ¿Cómo se sentiría mi pierna si no tuviese ese dolor? Se sentiría cómoda, como se siente mi otra pierna”. Presenté ideas que la paciente podía encontrar aceptables, pero no le pedía que aceptase esas ideas. Sólo estaba explicando posibilidades, explicándolas de una manera que la paciente podía alcanzar y obtener cualquier idea que necesitase para facilitar su confort. Entonces, ¿cuál es esta sugerencia? Pienso que esta mujer con dolor de cadera estaba en un tipo de trance que a ella le era efectivo. No intenté inducirla a un trance formal que ella pudiese reconocer, porque yo sabía que ella luego pensaría que los “nervios callosos” eran una invención mía que yo estaba tratando de imponerle.

Preparación para el sí, Sugestión espaciosa que quepa en el modelo de referencia del paciente; Aburrimiento despotenciando a los marcos conscientes; Sugestiones entremezcladas iniciando búsquedas y procesos inconscientes; Enfocamiento asociativo indirecto; Enfocamiento ideodinámico indirecto; Sugestiones abiertas-terminadas

CAPITULO 6

RESOLUCION DE SINTOMAS

El punto de vista básico de la medicina psicosomática moderna es que los síntomas son una forma de comunicación. Como eso, los síntomas son frecuentemente signos importantes de problemas desarrollados mentalmente que están en proceso de convertirse en conscientes. Lo que los pacientes no pueden expresar claramente en la forma de un insight cognitivo o emocional encuentra una expresión somática en forma de síntoma corporal. La aproximación psicoanalítica convencional a esos problemas es facilitar el “insight” de manera que el lenguaje de los síntomas corporales se traslade a una comprensión a nivel emocional y de

conocimiento. A veces se encuentra que cuando los pacientes pueden hablar acerca de sus problemas con un insight emocional, no necesitan pasar por los síntomas corporales.

La hipnosis ha sido una herramienta importante en la evolución de este punto de vista básico de la medicina psicosomática (Zilboorg y Henry, 1941; Tinterow, 1970), y continúa hoy en día como una modalidad importante para la resolución del comportamiento psicosomático. La contribución más importante del autor mayor en esta área es el descubrimiento de que mientras que el insight emocional es generalmente una aproximación bastante deseada al resolver problemas psicosomáticos, no es de ninguna manera el único camino. Él desarrolló formas de resolver el comportamiento psicosomático “directamente en el nivel inconsciente”. Esto es, que los síntomas pueden ser resueltos trabajando con las psicodinámicas del paciente de tal manera que la consciencia no sabe por qué desaparecen los síntomas corporales. Es más; el problema acerca del desarrollo que fue expresado en el síntoma es también resuelto de una manera aparentemente espontánea. Los pacientes generalmente se sorprenden placenteramente por esto. Dicen que ni siquiera se habían dado cuenta de que el terapeuta había estado trabajando en sus problemas sexuales, sus problemas educacionales, o lo que fuese.

La comunicación a dos niveles es nuestra aproximación básica para trabajar directamente con el inconsciente. Usamos palabras con muchas connotaciones e implicancias, de manera que mientras que los modelos de referencia conscientes del paciente están recibiendo comunicación en un nivel, su inconsciente está procesando otros significados de las palabras. Al autor mayor le agrada aclarar que usa “lenguaje folklórico” o “lenguaje íntimo” para alcanzar fuentes profundas dentro del paciente. Utiliza procesos mitopoéticos (Rossi, 1972b) como la analogía, metáforas, juegos de palabras, chistes y todo tipo de juegos verbales e imaginativos para comunicarse de manera de poder traspasar o suplementar los modelos usuales de referencia del paciente. (Erickson, Rossi, y Rossi, 1976).

¿Por qué son efectivos esos procesos? Creemos que funcionan porque utilizan las propias experiencias de vida y aprendizajes del paciente de una forma terapéutica. Un juego de palabras o una broma pueden traspasar un trabajo lateral erróneo y limitativo y movilizar en forma efectiva procesos inconscientes de una manera que el paciente no podría hacer intencionalmente estando consciente.

Investigaciones recientes sobre el funcionamiento hemisférico (Gazzaniga, 1967;

Sperry, 1968; Galin, 1974; Rossi, 1977) sugieren que la efectividad de estas aproximaciones pueden, en apariencia, apelar al funcionamiento del hemisferio derecho, o no dominante. Mientras que el hemisferio izquierdo, o dominante, es excelente para procesar comunicaciones verbales de una naturaleza intelectual o abstracta, el hemisferio derecho es mejor para procesar datos de naturaleza visual, kinestésica, imaginativa, o mitopoética. Como el hemisferio derecho está también asociado con los procesos emocionales y la imagen corporal (Luria, 1973; Galin, 1974), la observación ha descubierto que también es responsable de la formación de síntomas psicósomáticos. Estos síntomas son expresiones en el lenguaje del hemisferio derecho. Nuestro uso del lenguaje mitopoético puede ser entonces un medio de comunicarse directamente con el hemisferio derecho en su propio idioma. Esto va en contraste con la aproximación psicoanalítica convencional de trasladar el lenguaje corporal del hemisferio derecho a los patrones de conocimiento del hemisferio izquierdo, que debe entonces operar de alguna manera sobre el hemisferio derecho para cambiar el síntoma. Esa aproximación a veces funciona, pero obviamente es incómoda y consume demasiado tiempo. Muy frecuentemente el paciente desarrolla patrones maravillosos de insight intelectual, mientras que el síntoma corporal permanece. Incluso si el insight intelectual al hemisferio izquierdo es correcto, puede permanecer aislado de las fuentes del hemisferio derecho de la formación y mantenimiento del síntoma. Por lo tanto, mientras que el autor mayor desarrolló la aproximación de comunicación a dos niveles mucho antes de que tengamos conocimiento de los patrones de especialización de los hemisferios derecho e izquierdo, ahora creemos que este «trabajar directamente con el inconsciente» puede ser un medio de comunicarse directamente con el hemisferio derecho, o no dominante, que es probablemente el responsable de los síntomas psicósomáticos.

CASO 5: UNA APROXIMACION GENERAL AL COMPORTAMIENTO SINTOMATICO

La señorita X, que tenía planes de convertirse en una arpista profesional, le pidió al autor mayor que la ayudase en su problema de transpiración en la palma de sus manos y en sus dedos. Sus manos estaban generalmente secas, pero cuando trataba de tocar frente a una audiencia, la transpiración era tan grande que sus dedos se le escapaban de las cuerdas. Los numerosos médicos que había consultado estaban sorprendidos y divertidos de ver que ella podía sostener una mano extendida y rápidamente formar un “charquito” en el piso con la transpiración cayendo pesadamente de su mano. Le recomendaron una simpatectomía pero no

podían estar seguros de que resolvería el problema. Un punto saliente de esta sesión inicial fue la exploración indirecta del autor mayor acerca de la posible relación entre el síntoma de transpirar y la sexualidad. Su experiencia clínica había sido que este síntoma está generalmente asociado con un problema de ajuste sexual. Como la señorita X presentaba la transpiración como problema único, sin embargo, su juicio clínico era explorar la posible relación entre el sudor excesivo y su sexualidad mediante una comunicación a dos niveles. Hizo esto mediante la utilización de juegos de palabras, ciertas palabras, frases con doble sentido, entonaciones, y pausas que podían evocar asociaciones sexuales dentro de la señorita X si es que en realidad estaban asociados a su problema. Mejor que confrontarla directamente con una pregunta clara acerca de sus problemas sexuales de una manera que podía causar resistencias, él simplemente provee contextos, implicancias, y patrones de asociación que la harán hablar de su problema sexual por sí misma. Si él estaba equivocado con esta hipótesis clínica acerca de su relación entre lo sexual y su síntoma, nada se perdería; la señorita X simplemente no utilizaría las asociaciones sexuales.

Hay una cierta dificultad al presentar este material de manera convincente en forma escrita, porque demasiadas de las asociaciones sexuales posibles varían con la entonación o con la voz, con las pausas, una sonrisa o mirada, etc. Para facilitar la comprensión del lector, las palabras y frases que pueden implicar ciertas asociaciones sexuales -si es que las hay en el que las escucha, están escritas en *italicas*.

En la primera parte de la entrevista el autor mayor está envuelto en el proceso de Preparación. Se establecen una relación simpática y una atención hacia las respuestas, y él comienza a ver cual de las habilidades de la paciente pueden ser utilizadas. Facilita sus modelos de referencia y aumenta su expectativa de recibir ayuda. Inicia un proceso de comunicación a dos niveles en donde explora la posible relación entre su problema y lo sexual, utilizando su especial interés en la música para aumentar su primera experiencia en trance terapéutico. Presenciamos muchas de sus aproximaciones para despotenciar limitaciones en sus modelos de referencia conscientes y una aproximación interesante a las dinámicas del síntoma durante lo que parece ser un simple proceso de levitación de la mano.

En la segunda parte de esta entrevista la guía hacia una experiencia de un trance más profundo, donde ella evidentemente está muy enfrascada en su trabajo interior. En la tercera y final parte de esta entrevista él está utilizando un señalamiento ideomotor para evaluar y ratificar el proceso de cambio terapéutico que ya

ha tenido lugar. Durante esta entrevista presenciamos con una claridad inusual la lógica de esta aproximación general al comportamiento sintomático:

1. Él establece una relación y formaliza la atención en un modelo de referencia terapéutico.
2. Él demuestra con la propia experiencia de los pacientes cómo el inconsciente controla sus comportamientos. Este es un medio de quitarle potencia a sus habituales organizaciones y sistemas de creencia, entonces puede después asignar el punto del cambio del terapeuta al inconsciente del paciente.
3. Él utiliza las formas indirectas de sugestión (en este caso particularmente la comunicación a dos niveles) para evocar búsquedas y procesos en un nivel inconsciente que puede iniciar un cambio en las dinámicas de la formación de síntoma.
4. Él entonces demuestra el cambio terapéutico resultante vía señales ideomotoras y/o la obvia liberación del paciente del comportamiento sintomático.
5. Él luego permite al paciente reconocer y apreciar plenamente el significado de las penetraciones psicodinámicas sobre la fuente y significado del síntoma que frecuentemente surge espontáneamente a esta altura. Ideas y actitudes facilitando un aumento general de la experiencia total de su vida sin el síntoma son exploradas e integradas.

Como veremos, los primeros tres pasos pueden aparecer en orden variado. Pueden aparecer casi simultáneamente o en secuencia, con grados variables de repetición dependiendo de las necesidades y respuestas del paciente individual. La exitosa demostración del cambio terapéutico en el paso 4, junto con las sugerencias posthipnóticas para el mantenimiento de este cambio, usualmente coloca la etapa para modelos más amplios de una nueva comprensión y reorganización de vida que frecuentemente tiene lugar en el paso 5.

Estos cinco pasos juntos constituyen un paradigma en nuestro approach general para la resolución del síntoma. Dentro de este paradigma el terapeuta puede explorar una o más hipótesis psicodinámicas sobre la fuente y el mantenimiento del síntoma. La exploración del autor mayor dentro de las dos sesiones de este caso fueron tan indirectas, de todas formas, que no podemos descubrir si sus hipótesis sobre etiología sexual del problema de la señorita X eran correctas. No lo

eran hasta que recibió una carta tres meses después de la terminación de la terapia, en donde la señorita X confirmó que sudar no era más un problema y que ella había simultáneamente resuelto una importante dificultad sexual, que tuvimos la confirmación de que su approach a dos niveles era correcto y terapéutico.

Este caso de este modo estimula preguntas fascinantes sobre las posibilidades de una hipnoterapia basada en la utilización de los potenciales creativos de un paciente en vez de la vieja tradición de hipnosis como una forma de sugestión directa. Observamos que es posible liberar los potenciales creativos de tal manera que un problema puede ser resuelto sin que el paciente o el terapeuta realmente sepan el porqué exacto y las dinámicas de cura. En la segunda sesión, de todas formas, el autor mayor mantiene el trabajo de eliminación del síntoma de la primera sesión facilitando el crecimiento de la penetración de la señorita X mirando la etiología de su sudor excesivo y los problemas relacionados con claustrofobia, miedo a volar, y la orientación de su vida general. Se va a ver en esta segunda sesión que la idea de la simple “eliminación del síntoma” es una gran sobresimplificación de lo que la hipnoterapia puede ser. El hipnoterapeuta está más apropiadamente envuelto en el amplio programa de facilitación de una reorganización creativa de las psicodinámicas internas del paciente de manera que la experiencia de vida está aumentada y no es más necesaria la formación de síntomas.

PRIMERA SESION

PRIMERA PARTE: PREPARACION Y TRABAJO INICIAL DEL ESTADO HIPNOTICO

INDUCCION DEL ESTADO HIPNOTICO CON UNA EXPLORACION INDIRECTA DE LAS ASOCIACIONES SEXUALES POR UNA COMUNICACION A DOS NIVELES

E: Ahora el primer paso, por supuesto, es desenmarañar sus piernas. *Y desenmarañar sus manos. Ahora, ¿qué piensa que debo hacer?*

X: Bueno, para ser perfectamente honesta con usted, pienso que probablemente siento que *debería hipnotizarme. Si no lo hace, podría tener consciencia de lo que está haciendo, y de que se arruinaría.*

E: Está bien, ahora ¿cuál es su educación?

X: Tengo un grado de master en trabajo social.

E: “*Desenmaraña tus piernas*”, por supuesto, tiene asociaciones sexuales, “*Desenmaraña tus manos*” significa no más resistencia.

R: Estos simples cambios de la posición corporal tienden a bajar la resistencia inmediatamente.

E: ¿Que *debería hacer*? ¿Hacerle el amor a una muchacha? ¿Reconocer la connotación sexual en eso? Es placentero para una muchacha dejarla tomar sus decisiones. Pero estas implicaciones no necesitan ser conscientemente reconocidas. Ella siente que yo debería, pero ella no está diciéndome yo “tengo que”. Hipnotizarla sería lo correcto. *Si no lo haces, podría tener consciencia de lo que estás haciendo*, puede ser una comunicación de dos niveles implicando un reconocimiento de las connotaciones sexuales justo de su consciencia.

R: Puede ser una comunicación de dos niveles hasta si ella no lo reconoce en un nivel consciente. Este, entonces, es tu primer uso de la comunicación a dos niveles para explorar la etiología sexual de su problema.

FACILITANDO UN MODELO TERAPEUTICO DE REFERENCIA: SEPARANDO EL CONSCIENTE DEL INCONSCIENTE

E: Entonces usted sabe algo sobre la mente consciente y el inconsciente.

X: Si.

R: Aquí usted comienza el proceso de introducir un modelo terapéutico de referencia muy importante, distinguiendo entre la mente consciente e inconsciente. Una vez que los pacientes se dan cuenta y aceptan la realidad de un sistema inconsciente creativo potencial y autónomo que es diferente a su sistema consciente (el cual está empantanado con un problema), están inmediatamente dentro de un modelo de referencia más terapéutico, porque ahora tienen una razón fundamental para abandonar algunas de las viejas maneras de hacer las cosas y están más abiertos a nuevas experiencias dentro de ellos mismos. Hasta para aquellos lectores que ven al “inconsciente” como una mera metáfora, de todas formas, es útil hacer

esta separación entre consciente e inconsciente gracias a la doble unión terapéutica que puede más tarde establecerse con esta división.

LA PAUSA COMO UNA FORMA INDIRECTA DE SUGESTION HIPNOTICA

E. *Y cuando usted sueña a la noche,* ¿qué parte de su mente está usando? (* Estos espacios en la transcripción aproximan las pausas naturales en el discurso del autor mayor.)*

X: ¿La inconsciente?

E: Sí, y eso no la previene de saber al otro día ¿*Qué soñó?*

X: Eso esta bien, a veces.

E: Sí. La mente consciente está usualmente muy ocupada con ella misma, pero puede tener consciencia de la mente inconsciente.

E: Cuando sueña a la noche, su imaginación está sin trabas.

R: Es por eso que la pausa después de la palabra «noche» permite a la primera fase de la oración estar momentáneamente asociada con connotaciones sexuales. La pausa que aísla una frase con sus propias implicaciones y connotaciones es de esta forma otra forma indirecta de sugestión hipnótica.

E: El tono de mi voz diciendo *¿Qué soñó?* también trae connotaciones sexuales.

ASOCIACIONES SEXUALES INDIRECTAS ENTREMESCLADAS EN LA PREPARACION DEL ESTADO HIPNOTICO

E: *Está bien, entonces eso elimina esta cuestión de prevenirte de saber lo que estoy haciendo. Puede saber lo que estoy haciendo, pero puedo también hacer algunas cosas que no sabe. Está bien, ¿cuál es su pieza de música favorita?*

X: ¿Mi pieza favorita de música? Yo Pienso, uh, concierto de arpa en F menor de Y.

E: ¿Usted sabe qué tono de sordera?

X: Si.

E: Yo soy tono sordo.

X: Yo sé. Noté que usted está usando púrpura.

E: La primer oración en un tono sugestivo de voz refuerza las tempranas connotaciones sexuales. La *música* tiene asociaciones sexuales, como cuando pone música suave para hacer el amor. “Pieza favorita” también tiene connotaciones sexuales para algunos.

R: Entonces esto es una asociación en dos niveles: para la mente consciente es una investigación sobre su interés en la música; para el inconsciente, de todas formas, existen asociaciones sexuales con la música.

E: Todo este material está en dos niveles.

R: En el nivel inconsciente usted está hablando sobre la preparación del estado hipnótico y de sus intereses. Existen muchas implicaciones y connotaciones de las frases particulares que usted usa que pueden estimular asociaciones sexuales en un nivel inconsciente, de todas formas.

RAZÓN FUNDAMENTAL DEL APPROACH INDIRECTO CON LAS ASOCIACIONES SEXUALES

E: Yo también en parte estoy color ciego. Puedo disfrutar el púrpura. ¿Y cuán bien puede disfrutar esa pieza de música?

X: Inmensamente.

E: ¿Está segura de ello? Inclínese en la silla. Puedo soñar despierto sobre cosas *sin realmente mirar algo. Sin realmente escuchar algo. Y pue-*

do escuchar el susurro del viento en las maderas. *Y está en posición para comenzar a escuchar parte de esa pieza de música.*

E: Amor *púrpura* es un término coloquial para intercambio de esposa. Estoy poniendo junto mi placer [púrpura] con el placer [música] y haciéndolos comparables.

R: En el nivel consciente es una conversación sobre cosas que usted disfruta. En el nivel inconsciente, de todas formas, existen importantes asociaciones sexuales las cuales *púrpura y música* tienen en común.

E: *Esa es una buena posición* que tiene obvias asociaciones sexuales. Cuando besas una muchacha, *ella realmente no está mirando nada*. Cuando mira muchas de estas palabras y frases desde un punto de vista sexual, puede ver que son realmente cargadas.

INDUCCION DEL ESTADO HIPNOTICO UTILIZANDO MÚSICA INTERNA

E: Solo escúchelo despacio. Y no necesita realmente, los ojos abiertos. Y realmente disfrutar esa pieza de música de fondo. Y hubo un tiempo que no conocía esa pieza de música. Un tiempo en el cual estaba aprendiéndola y un tiempo en que comenzó a disfrutarla plenamente y más plenamente.

R: Su inducción del estado hipnótico está ahora bien en su camino con una posición corporal confortable, una fijación de su atención en su propia música interna, y la sugestión casual que no necesita mantener los ojos abiertos. La inducción del estado hipnótico es de todas formas un proceso confortable que se desarrolla casi imperceptiblemente fuera de una conversación sobre su interés en la música.

“TEMPRANO” PARA INTRODUCIR SUGESTIONES

E: Y pronto se da cuenta que está en estado hipnótico. Es una forma muy confortable de estar.

E: “Temprano” es el futuro indefinido.

R: Entonces está siempre seguro cuando da una sugestión introducida por “temprano”.

PREPARACION DE LA ALUCINACION

E: Y no sólo quiere estar en estado hipnótico, quiere escuchar esa música continúa *una y otra vez* y después otra pieza de música le viene a la memoria.

E: No hay música en esta habitación.

R: Pero esta sugestión refuerza los aspectos alucinatorios de su música interior. Ella podría preocuparse tanto con ella que podría escucharla como llenando la habitación con un tono de alucinación. Este es realmente el primer paso en su preparación para experimentar una alucinación auditiva.

E: *Una y otra vez* tiene connotaciones sexuales.

SUGESTIONES EVITANDO RESISTENCIA: EL DOBLE VINCULO CONSCIENTE-INCONSCIENTE

E: Y usted no tiene realmente que prestarse atención. Le presta atención a la música, pero su mente inconsciente va a comprender lo que digo y va a comprender cosas que usted no puede comprender. Primero, quiero su mente inconsciente que le de, que le de *una sensación más confortable por todas partes.* (Pausa)

R: Este es su típico approach para evitar las series conscientes y la resistencia a las sugestionen. Mientras su atención consciente esta focalizada en su música interior, otra parte de su mente está registrando lo que usted está diciendo sin comentario ni resistencia.

E: Sí.

R: ¿Es éste también un ejemplo del doble vínculo consciente-inconsciente? Porque ella no sabe lo que su mente inconsciente puede hacer o está haciendo (porque es

inconsciente), ella sólo puede estar de acuerdo con usted. Ella no tiene bases para negar lo que usted está diciendo.

E: Sí.

R: Su “comprensión inconsciente” de lo que su consciente no puede es otro doble vínculo que le quita potencia a la consciencia limitando ampliamente la esfera en la cual puede comprender y juzgar.

DOBLE TAREA Y CONFUSION PARA EVITAR LA ATENCIÓN DEL CONSCIENTE

E: Y la próxima cosa que quiero es para su mente inconsciente, para saber que existe un propósito muy significativo escucharme. Y mientras su mente inconsciente me escucha, su mente consciente va a estar muy ocupada escuchando todo tipo de música.

Particularmente música de Aquí, de Allá, contrastando. Pero su mente inconsciente va a escuchar *nada* que yo le diga. Y es muy *significativo* para su mente inconsciente. [Pausa] Ahora su mente inconsciente sabe que puede conscientemente levantar sus manos y moverlas.

R: Creó una aguda división entre la sensación agradable que su mente consciente puede reconocer y un fuerte requerimiento de atención por parte del inconsciente. Ella está de todas maneras equilibrada entre el confort de un nivel y la tensión de otro.

E: Sí. Es una urgente solicitud para su inconsciente a través de su mente consciente.

R: ¿Todavía esa urgente solicitud debe investigar su inconsciente a través de su mente consciente?

E: Su mente consciente no va a prestar atención; no va ni siquiera a tratar de recordar, porque yo asigné la música a su mente consciente. Puede usar una doble tarea para quitarle potencia a la consciencia. *Confusión* como *asignando una tarea absorbente* son ambas maneras de quitar a la consciencia fuera del camino.

R: Estructura esto todavía más lejos con una oración compuesta que comience con la sugestión «su mente inconsciente está escuchándome». El escuchar del inconsciente está entonces reforzado por la segunda parte de la oración, “su mente consciente va a estar muy ocupada escuchando todo tipo de música” - cuando , en realidad queda enganchada con su música interior. Investigación reciente (Smith, Chu, y Edmonston, 1977) ha establecido que es posible, ocupando un hemisferio cerebral con música, facilitar la actividad del otro.

Usted parece ser tan específico cuando comienza una oración con “particularmente” pero luego termina con lo más general “música de Aquí, música de Allá”, entonces no importa lo que ella escucha, va a estar dentro de su sugestión. Después, mientras la mente consciente puede estar ocupada contrastando diferentes frases de música, usted sugiere que su inconsciente va a estar escuchándolo. Usted establece dentro de su propia investigación científica y experiencia clínica que la mente puede estar tan ocupada con dos tareas en una vez. Está bien ejemplificado en su paper 1941 sobre “La naturaleza y carácter del comportamiento posthipnótico”.

E: Sí.

NEGATIVA DOBLE PARA QUITARLE POTENCIA A LAS SERIES CONSCIENTES

E: Pero tu mente consciente sabe que no sabe que puede levantar sus manos.

R: Este es un tópico en forma negativa doble, el no consciente [inconsciente] “sabe que no sabe”, que tiende a confundir y quitarle potencia ampliamente a sus series conscientes.

ASOCIANDO LOS SINTOMAS CON EL INCONSCIENTE

E: Su mente inconsciente sabe que puede producir sudor, pero pienso que su mente inconsciente debe saber más que eso. [Pausa] Y quiero que su mente inconsciente desee aprender *nada, sólo nada* que yo doy las instrucciones a su mente inconsciente *para aprender*. [Pausa] *Eso es muy*

agradable conscientemente estar ocupado con música y varias memorias del pasado para el futuro de sus sueños.

R: En su primer mención de su problema del sudor usted inmediatamente lo asocia con su inconsciente. Ella, por supuesto, sabe que está relacionado con su inconsciente, ya que no puede controlarlo. De lo que no se da cuenta es de que usted ha estado desarrollando una relación en su inconsciente que ella misma no tiene. Esto implica que usted va a tener control terapéutico sobre su síntoma a través de su relación con su inconsciente.

E: Sí. Yo menciono el síntoma y lo quito [del campo de la responsabilidad de su mente consciente] a su mente inconsciente y no le agregó *nada*.

R: ¿Le asignó el síntoma a su mente inconsciente?

E: Definitivamente, y asigné el síntoma a *nada* que tenga connotaciones sexuales cuando es expresado con algunos sonidos suaves.

R: Esto es muy remarcable: usted ha asociado su síntoma con su etiología inconsciente sin que ella se dé cuenta de lo que usted está haciendo.

E: Y si esa asociación era inapropiada, su mente simplemente no lo registraría. Yo dije “para aprender” con una pequeña connotación sexual en mi voz y luego “eso es muy agradable” con la misma connotación.

LIMITANDO LA COMPRESION CONSCIENTE

E: Y su mente inconsciente es libre de limitarse a las cosas que yo digo. [Pausa] Quiero enseñarle algo. Sus manos están descansando sobre sus muslos, y su mente consciente va a dejarlas allí abajo.

R: En esta declaración compuesta sus pausas son tan espaciadas para expresar primero un tópico: “Su mente inconsciente es libre.” Esto inicia una aceptación o serie que abre la mente para aceptar la importante sugestión que sigue, “limitarla a cosas que yo digo”.

E: La frase “a cosas que yo digo” también la limita a memorias conscientes y

comprensiones conscientes.

R: Su inconsciente está limitado a las cosas que usted dice, pero ¿Por qué las trae en la consciencia?

E: No quiero que ella sepa cuan libremente he estado hablando de sexo.

R: Interrumpiendo la mente consciente usted obvia esa posibilidad.

E: Sí, se puede limitar. Las cosas que digo son conscientemente escuchadas pero son comprendidas sólo en un nivel inconsciente. Pero el inconsciente puede mantener esas connotaciones sexuales. Usted no deja al [consciente] darse cuenta de ello.

R: Entonces utiliza las connotaciones sexuales de los *muslos*.

E: Sí. *Muslo y allí; allí abajo.*

DEMOSTRANDO CONTROL INCONSCIENTE DEL COMPORTAMIENTO

E: Pero su mente inconsciente va a levantar una o la otra o ambas. Yo realmente no sé cómo la mente inconsciente quiere aprender.

R: Aquí usted nombra muchas posibilidades de levantamiento de mano para asegurar su sugestión que van a ser actuadas de alguna manera.

E: Quizás él [el inconsciente] no va a levantar las manos porque quiere aprender algo *allí abajo*.

R: Si hay un error en la levitación de mano, puede tener significancia psicodinámica; en este caso, sexual.

AMENAZA Y ENLISTANDO LA COOPERACION DEL INCONSCIENTE

E: Pero voy a averiguar tan rápido como su mente inconsciente desea aprender. Una o la otra o ambas de sus manos van a levantarse de sus muslos muy despacio.

E: “Pero voy a averiguar” es una amenaza. “Tan rápido como su inconsciente desea” enlista la cooperación de su inconsciente.

R: Primero acrecienta una tensión y luego establece que la condición para la resolución de la tensión es la cooperación de su inconsciente. ¿Es esta una manera de activar su inconsciente?

E: Sí, cuando ofrece una amenaza y luego ofrece un alivio a través de la cooperación, usted ha realmente enlistado el inconsciente.

SEPARANDO EL CONSCIENTE Y EL INCONSCIENTE: NO SABER QUITARLE POTENCIA A LAS SERIES CONSCIENTES

E: El movimiento muscular inconsciente es diferente al de la mente consciente. Y no va a saber cuál mano va a levantar. Va a tener que esperar y ver, pero va a estar insegura. La mera tendencia, primero una mano y luego la otra, quizás ambas, después una, después la otra. Quizás ambas. Pronto o tarde un codo va a doblarse un poco, una muñeca va a levantarse, una mano está subiendo. [Pausa]

E: Estoy de vuelta separando el consciente del inconsciente señalando cómo los movimientos corporales son diferentes entre sí. No saber cuál mano va a levantarse le quita potencia a las series conscientes porque saca la levitación de la mano de su intencionalidad. Esto asegura el involuntario levantamiento de la mano. Coloca la mente consciente sobre la otra silla.

R: Donde puede mirar pero no necesariamente dirigir o controlar.

E: Sí.

COMUNICACION A DOS NIVELES

E: Y va a ser *muy placentero esperar*. Y tiene mucho que aprender sobre sus manos. Es muy útil el tiempo, también. Y su mente Inconsciente esta recién comenzando a *explorar*. Eso está bien. Se está *levantando*. Un poco más. Y tarde o temprano comienza un *espasmo* menor [las manos de X comienzan menores movimientos de espasmo fuera de su muslo. Un mayor fruncimiento facial es evidente].

E: Es muy *placentero esperar* también tiene connotaciones sexuales. Usted sólo mantiene en la mente todos estos trucos de la experiencia diaria.

R: Usa trucos verbales de la vida diaria para facilitar la sugestión hipnótica. Simplemente esparce palabras y frases que tienen ciertas connotaciones. En un nivel está hablando del proceso de la levitación de la mano, y en otro está evocando asociaciones sexuales. Este podía ser un ejemplo de la comunicación a dos niveles (Erickson y Rossi, 1976).

E: Sí. *Levantando* todo por sí sólo como con el *espasmo* también tiene connotaciones sexuales en otro nivel.

CONFUSION Y FLUJO MENTAL PARA MANTENER MODELOS DE REFERENCIA ABIERTOS

E: Eso está bien (la derecha de X comienza momentáneamente a levantarse más alto). No significa necesariamente que es esa mano. Puede ser la otra. Es todavía muy pronto para saberlo. *Viene arriba*. Eso está bien. Ese es un hermoso movimiento inconsciente. (Las manos de X se están levantando con la suave, muy fina, y aparentemente espontánea sacudida y espasmo que impiden a un observador experimentado distinguir la del llano levantamiento que es característico en los movimientos voluntarios conscientes.) Ese es otro y otro. Usted está realmente aprendiendo. Eso está bien. Y la muñeca y el codo. Eso es hermoso. Y ahora la mano derecha, indicando que quiere juntarse con la mano izquierda. Los codos doblándose. Y hay un poco de acomodo entre las manos.

R: Sus sugerencias no permiten a ninguna mano tener dominio en el levantamiento. Esto tiende a mantener a su mente consciente en un estado de confusión y flujo creativo. Ella está siendo mantenida en un estado de exploración y expectativa en

vez de estar prematuramente fijada en una simple convicción de que una mano se está levantando. Está previniéndola de formar un final y cerrado modelo de referencia alrededor del cual la mano se está levantando. Ella no se da cuenta, pero usted le está dando una experiencia en mantener un estado de flujo abierto, creativo. Este estado abierto tiende a facilitar la posibilidad de “momentos creativos” en donde ella puede romper con su viejo modelo de referencia de síntoma de herida para arreglar más adecuados y terapéuticos medios de experimentarse.

E: Una frase común en el lenguaje es “no dejar que tu mano derecha sepa lo que tu mano izquierda está haciendo”.

R: Entonces está utilizando esta forma de disociación para liberarla de modelos de referencia conscientes que pueden ser su fuente de problema.

UTILIZACION DE COMPETICION PARA FACILITAR LA LEVITACIÓN DE MANO

**E: ¿Cuál va a buscar su cara primero? La mano izquierda comienza primero
Se está moviendo más rápido-**

E: Aquí estoy introduciendo competición entre las manos. Uno trabaja con una cosa tanto, después se toma un recreo. Ella ha estado trabajando duro, entonces ahora puede tomarse un recreo para hacer otra cosa.

R: Ella ha estado trabajando duro en la levitación de mano, entonces ahora le da un recreo cambiando la tarea suavemente a una de competición. La misma meta de la levitación está siendo arreglada, pero con una nueva actitud y fuente de motivación.

E: Sí, está transformando una tarea en otra. Alterna la tensión. [El autor mayor da ejemplos clínicos ilustrando cómo utiliza la competitividad de los pacientes para facilitar las experiencias hipnóticas en vez de tener a los pacientes usando su competitividad para oponerse al terapeuta. Es un principio básico de la teoría de utilización para usar las características personales de los pacientes para facilitar la experiencia hipnótica).

LA COMUNICACION A DOS NIVELES

E: Pero ¿va la mano derecha de repente a incrementar su velocidad y levantarse? Eso es. [Pausa] Y puede tener orgullo en eso. Su inconsciente se está realmente haciendo cargo de control. Y está realmente comenzando a aprender que el inconsciente puede controlar. Y debe ser una cosa placentera notar cómo su mano se mueve, y usted es una arpista, y *los movimientos de los dedos* son muy importantes, y su consciencia le está dejando saber eso. Y aunque su mano derecha se queda en mitad del camino de su cara primeramente, eso no significa que su mano derecha no pueda alcanzarla. [Pausa] Puede ser el codo derecho que necesita que se le recuerde de doblar. Por supuesto, la mano derecha puede siempre tener *el cambio inconsciente de su mente sobre el movimiento de la mano derecha*.

R: Aquí está dándole al inconsciente mucha libertad aparente describiendo diferentes posibilidades de respuesta; realmente está buscando a tientas averiguar cualquier tendencia de respuesta que ella tenga dentro de sí, y luego las utiliza para facilitar la experiencia hipnótica de la levitación de la mano.

E: Y utilizando todos los trucos del lenguaje folklórico: “y *levantar*” tiene una connotación sexual. ¿Quién va a hacer el primer movimiento (en el juego del amor)? “¿Quieres hacer sonrojar a una muchacha? Habla sobre *“los movimientos de los dedos”*”

R: Tiene connotaciones de masturbación.

E: Correcto. Todavía nadie leyendo esto va a pensar eso. Lo testeé deliberadamente preguntándole a pacientes, «Dígame de sus movimientos de los dedos.» El color en sus caras indica que tiene connotaciones sexuales.

R: Entonces este es otro claro ejemplo de la comunicación a dos niveles: en la superficie usted está aparentemente utilizando sus movimientos de los dedos como una arpista para facilitar la levitación de su mano; en otro nivel está activando posibles asociaciones sexuales que van a impedirle discutir o hacer algo sobre sus problemas sexuales.

DIRECTIVA SUPUESTA PARA EL ESTADO HIPNOTICO PROFUNDO

E: Ahora su mano izquierda se está acercando a su cara, pero lo agradable es que su mente inconsciente no va a dejar a su mano izquierda tocar su cara hasta que esté realmente preparada a ir muy profundo al estado hipnótico y a hacer todo lo que se necesita hacer. Todo, aunque no sepa lo que es todo.

R: Esta es una directiva supuesta que facilita el estado hipnótico profundo: su inconsciente no va a dejar a su mano tocar la cara hasta que esté preparada a entrar al estado hipnótico profundo. Se está fiando en el inconsciente del paciente para determinar el momento para el estado hipnótico profundo; está utilizando los mecanismos mentales autónomos, internos, para facilitar el estado hipnótico profundo. También ha hecho una sugestión para entrar al estado hipnótico profundo en forma inevitable: su mano va a tocar su cara por la forma en que se está moviendo. La frase «y hacer todo lo que se necesita» es una muy importante sugestión toda incluida que está presentada en la forma de sugestión compuesta. “Aunque no sepa lo que es todo” le quita potencia a la consciencia, entonces el inconsciente puede trabajar a su manera sin la limitación de los preconceptos de las series conscientes.

LA NEGATIVA PARA DESPLAZAR Y DESCARGAR LA RESISTENCIA

E: Y todavía su mano izquierda se está moviendo hacia su cara irresistiblemente pero no va a tocar su cara hasta que su mente inconsciente esté realmente preparada.

Irresistiblemente se acerca y se acerca. [Pausa] Y aunque su mano izquierda está muy cerca de su cara, no significa que la mano derecha no pueda pegarle hacia la cara. [Pausa] Unas meras dos pulgadas para ir, y todavía no sé si su inconsciente va a levantar su mano derecha para tocar la cara primero. Y esa mano izquierda a menos de dos pulgadas. Y ahora su mente inconsciente está mostrando un *deseo* que no sabe que tiene. Eso está bien.

R: El uso del negativo “pero no va a tocar su cara hasta que su mente inconsciente esté realmente preparada” es muy interesante. Si ella tiene alguna resistencia su uso del “no va a” puede recoger las suyas y redirigirla de una forma constructiva. Su uso del negativo tiende a desplazar y descargar la resistencia del paciente.

TRABAJO INTERNO COMO LA ESENCIA DE LA TERAPIA

(Ceño fruncido y marcada mueca en X)

E: Su mente inconsciente dice que hay algunas dudas, pero usted no sabe cuáles son las dudas. [Pausa] Y no es sorprendente saber cuan *desesperadamente urgente* parece ser.

R: ¿Cuál es el significado de tal amenazadora mueca? ¿Es trabajo interior hecho?

E: El trabajo interior está siendo hecho sin su conocimiento como un estudiante que va a la cama a la noche sin haber podido sacar el problema de aritmética. Lo trabaja y lo trabaja en su cabeza. A la mañana siguiente anota el número que estaba mal y corrige el problema.

R: Lo hizo en su sueño sin darse cuenta de ello. Entonces ella está trabajando en problemas sin darse cuenta de ello.

E: Eso es lo que ella está haciendo: *Toda la terapia ocurre dentro del paciente, no entre el terapeuta y el paciente* “Desesperadamente urgente” significa que va a estar trabajando en un importante problema personal.

DIRECTIVA SUPUESTA COMO UNA SEÑAL IDEOMOTORA

E: Y ahora sé que su mano izquierda va a tocar su cara pronto, y eso va a significar que va a estar en un estado hipnótico suficientemente profundo. Que va a escuchar y comprender cada palabra inconscientemente que yo quiera. (Pausa) Es agradable ver esas dudas. (Pausa) Como en la *fuerza irresistible que está moviendo su mano*, y eso es un alivio-. [Su mano izquierda toca su cara.]

R: Este es otro uso de la directiva supuesta que permite su propio sistema de guía interna inconsciente para trabajar sus caminos en el proceso terapéutico. Usted está usando su mano tocando su cara como una señal ideomotora, que ella está en “una suficiente profundidad en el estado hipnótico”. Su frase “va a escuchar y comprender cada palabra que yo quiera inconscientemente”, ¿Le permite interpretar sus palabras en un nivel inconsciente en la forma que usted quiere con sus connotaciones sexuales?

E: Sí.

R: Sus amenazas sugieren que ella está experimentando dudas, entonces usted utiliza esa duda definiéndola como “agradable”, que implica que está de alguna manera bien en el contexto del trabajo psicológico interno que ella está llevando. Entonces usted la refuerza para hacer este trabajo interno mencionando que es un “alivio” cuando su mano toca finalmente su cara.

PREPARACION PARA RESULTADOS TERAPÉUTICOS: COMUNICACION A DOS NIVELES Y HEMISFERIOS CEREBRALES

E: Y ahora puede comenzar a sentir una sensación de competencia y seguridad que no ha tenido por mucho tiempo. [Pausa] Y su mano se siente tan confortable allí. Tan confortable que tiene que tomarse un par de minutos para darse cuenta de lo confortable que es. [Pausa]

E: Diciéndole que puede tener una sensación de competencia y seguridad la prepara para el resultado terapéutico.

R: ¿Hasta antes de tratarlo?

E: ¡Yo lo he tratado! Ella está amenazando sobre él.

R: ¿Cómo ha tratado con el arreglo del resultado terapéutico?

E: A través de mis sugerencias a dos niveles relacionadas con la sexualidad.

R: ¡Ya veo! Con el uso de la sugestión a dos niveles usted ha hecho que ella trabaje

en el problema sexual hasta el punto donde ella estaba amenazando aunque no se diera cuenta. Esa era la esencia del approach terapéutico, y ahora usted le está diciendo que ella va a estar bien aunque no sepa por qué. ¡Esto es realmente increíble! Bajo el disfraz de inducir el estado hipnótico con la levitación de la mano, estaba en realidad dando sugerencias a dos niveles para arreglar la meta terapéutica. Note que usted está haciendo siempre dos cosas a la vez. Sus comunicaciones a dos niveles pueden ser selectivamente radiantes sugerencias para los hemisferios (la consciencia) izquierdo y (el inconsciente) derecho al mismo tiempo.

RECOMPENSA Y SUGESTION POSTHIPNOTICA

E: Y voy a darle una recompensa muy especial después de despertarse del estado hipnótico, y puede preguntarse qué es-. Pero puede entrar en un estado hipnótico cada vez que haya una buena razón para ello.

Puede entrar contando de uno a veinte, o si cuento de uno a veinte, yendo a veintiuno cada vez. Puede salir del estado hipnótico a la cuenta de veintiuno, saliendo con un veinte cada vez. Y puede de todas las forma entrar en un estado hipnótico profundo. Y no necesita saber nada más que eso; puede de todas *formas* entrar en el estado hipnótico cuando está resuelto y significativo-

R: Aquí está facilitando una sugestión posthipnótica aumentando la expectativa y la motivación mencionando una recompensa. “Preguntarse” es también una palabra especial que tiende a iniciar una búsqueda inconsciente y procesos inconscientes que pueden ser útiles. Usted da entonces sus típicas instrucciones para entrar y despertarse del estado hipnótico contando de uno a veinte. Usted da una sugestión posthipnótica trabante de una manera muy casual que tiende a quitarle potencia a la consciencia (“no necesita saber”). Sus sugerencias son hechas aceptablemente para ella ya que son tan protectoras y respetables, permitiéndole entrar al estado hipnótico cuando es resuelto y significativo.

E: “De todas formas entrar al estado hipnótico profundo” es una sugestión a dos niveles: En un nivel ella escucha “puede siempre entrar al estado hipnótico”; en un nivel secundario significa “puede entrar al estado hipnótico de todas formas”, -eso es, en diferentes maneras. Esta es una sugestión posthipnótica que ella va a entrar al estado hipnótico en cualquier aproximación para la inducción que se use.

El nivel secundario de sugestión depende del literalismo del inconsciente.

SUGESTIONES INDIRECTAS PARA LA AMNESIA, HIPERMNESIA, Y SUGESTION POSTHIPNOTICA

E: Y ahora, después de haber despertado, quiero un poco de música que no ha pensado o no recordado por largo tiempo para de repente traerla cuando me ve plenamente. Y puede comenzar contando, mentalmente, silenciosamente hacia atrás desde veintiuno y comienza a contar ahora. (Larga pausa mientras X reorienta su cuerpo y se despierta).

R: Esta es una sugestión posthipnótica que utiliza sus propios programas internos bien desarrollados sobre música. Desde que proponiendo música que no ha pensado o recordado por largo tiempo, está atentando con levantar una amnesia. En esta simple forma está probando su capacidad de hipermnesia como también la sugestión posthipnótica. Usted ata la sugestión posthipnótica con un comportamiento inevitable, “cuando me vea plenamente”, entonces va a tener un claro apunte para ejecutar el comportamiento posthipnótico.

E: Sí, y estoy también atando en la primer parte del estado hipnótico (donde la música también se menciona).

R: Con una oración está haciendo un número de cosas: está investigando la posibilidad de una hipermnesia llamando a un poco de música de la niñez; al mismo tiempo está estructurando una amnesia para la actual experiencia del estado hipnótico atando el final con el comienzo, entonces todo lo del medio tiende a caer en una laguna - un vacío de amnesia. Cuando administra las sugestiones posthipnóticas, usted típicamente usa una aproximación de perdigón, probando para muchas posibilidades para asir los talentos hipnóticos que un paciente puede tener. Pero generalmente administra estas sugestiones en una forma indirecta, segura de no fracasar.

E: Y es todo tan distinguido que hasta el espectador no se da cuenta de lo que está haciendo.

EVALUANDO EL ESTADO HIPNOTICO TERAPEUTICO PARA

**INDICACIONES DE CAMBIO: PREGUNTAS EVOCANDO
RESPUESTAS POSTHIPNÓTICAS; CAMBIANDO TIEMPOS PARA
FACILITAR LA REGRESION DE LA EDAD**

E: ¿ Es lindo? ¿ Puede hablarnos de eso?

X: ¿ La música?

E: Sí. [Pausa]

X: Cambio-

E: Cuéntenos cuál fue el cambio.

**X: De arpa a una orquesta.
[Pausa]**

**E: ¿Cuándo fue eso?
[Pausa]**

X: Cuando tenía siete años.

E: ¿Dónde estaba?

X: En casa.

E: ¿Quién está en la habitación?

X: ¿Quién? (Pausa larga) Toda mi familia, pienso.

E: ¿A su derecha o a su izquierda?

X: ¿ A mi derecha o a mi izquierda? A mi izquierda.

R: Su pregunta pronunciada un momento después que ella focalizara su mirada en usted, inmediatamente refuerza la sugestión posthipnótica sobre la música que ella no ha escuchado por un largo tiempo.

E: La palabra “lindo” es un lenguaje de la niñez para evocar las asociaciones de la niñez. Cuando pregunta, “¿La música?” implica que había otras cosas en su mente.

E: Del arpa, que es una actividad solitaria, a “una orquesta”, que incluye a otros. Entonces ella está diciendo [en otro nivel] que el cambio incluye a otros.

R: La música cambiando a algo que ella sabía a la edad de siete indica el éxito de su sugestión posthipnótica. ¿Usted luego le pregunta cuidadosamente sobre las circunstancias que rodean a la música para extender la hipermnesia?

E: Sí. Pero también para hablar de cosas seguras. No nos vamos a arriesgar hablando de los otros. Existen dos significados para “derecha” y dos para “izquierda”. Hay palabras cargadas. Estoy usando a propósito palabras de doble carril.

R: Su mente consciente lo escucha preguntándole sobre los detalles de ubicación en la derecha o izquierda. Pero en otro nivel ¿está usted en la pista de “hay algo malo o bueno?”

E: Sí, y lo estoy dirigiendo todo hacia ella. Note como en un punto crítico cambio el tiempo del pasado (¿Cuándo fue eso? ¿Dónde estaba usted?) al presente (¿Quién está en la habitación?). Este cambio en el tiempo es una aproximación para facilitar una actual regresión de edad. Note cómo responde después de que ese cambio tiende a implicar que ella está reexperimentando el pasado.

SEGUNDA PARTE: ESTADO HIPNOTICO TERAPEUTICO COMO UN TRABAJO INTERIOR INTENSO

En esta primera sesión el autor mayor ha completado una unidad básica del trabajo psicológico. Ha establecido un acuerdo y una buena relación con la paciente. Él ha hecho una exploración preliminar del problema y la ha introducido a su primera experiencia con el estado hipnótico. Más sorprendentemente ha hecho su primera aproximación terapéutica vía la comunicación a dos niveles, sin que la paciente se diera cuenta de lo que estaba haciendo.

Esta es una ejemplificación de una de las aproximaciones básicas de Erickson para la hipnoterapia. Primero establece un modelo de referencia terapéutico

enfazando y dejando a los pacientes tener una experiencia de la diferencia entre la consciencia y la mente inconsciente. Con el proceso de la levitación de la mano ella podía experimentar la diferencia entre el levantar voluntariamente la mano y los movimientos involuntarios del inconsciente. Mientras está abierta a la experiencia inconsciente, él inicia un proceso de comunicación a dos niveles: en un nivel él habla sobre la levitación de la mano, mientras en otro nivel usa asociaciones con connotaciones sexuales. Si su problema tiene una etiología sexual, estas connotaciones van a tender a activar sus propias asociaciones sexuales y llevarla a la fuente del problema.

En este punto un número de alternativas son posibles.

1. La resolución inconsciente de un problema.

Las asociaciones sexuales activadas pueden quedarse en un nivel inconsciente, donde durante el estado hipnótico se dan vuelta para efectuar una resolución autónoma aparente del problema del paciente. Es posible que la hipnoterapia tome lugar enteramente en un nivel inconsciente sin que el paciente [y a veces hasta el terapeuta] sepa el “por qué” de la cura. El paciente sólo sabe que un problema ha sido resuelto. Ninguna penetración en el sentido convencional psicoanalítico está envuelta. Este es probablemente el medio por el cual los “milagros” de cura de fé tienen lugar. De alguna manera u otra cosa en el modelo de referencia de fé toca las asociaciones inconscientes relevantes para efectuar una resolución interior autónoma del problema. De los muchos que se aplican esas curas de fé, de todas formas, relativamente pocos experimentan estos accidentes felices. Son tan raros que se los llama milagros.

Con la aproximación de la comunicación a dos niveles, de todas formas, el autor mayor está aumentando el sobrante de un “accidente feliz” haciendo una adivinación educada sobre la etiología sexual del problema. Si tiene razón, entonces meramente activando las asociaciones sexuales durante el período relativamente libre y creativo del estado hipnótico va a aumentar la probabilidad de una interacción terapéutica que pueda llevar a una aparentemente espontánea resolución de un problema en un nivel inconsciente. El hecho de que el paciente esté en un ambiente terapéutico donde las curas son de alguna manera efectuadas por un proceso no muy bien comprendido de estado hipnótico tiende a quitarle potencia a su limitado y erróneo modelo de referencia consciente e impide a su inconsciente resolver el problema. Esto asume que un potencial terapéutico ya presente en el

paciente fue bloqueado por los modelos de referencia erróneos del paciente. El estado hipnótico terapéutico es un período relativamente libre en donde los pacientes pueden a veces pasar estas limitaciones, entonces sus propios potenciales terapéuticos pueden operar sin interferencia.

En su más básico nivel, la hipnoterapia puede ser efectiva simplemente utilizándola con pacientes con un período de estado hipnótico terapéutico; entonces, sus propias fuentes inconscientes pueden resolver el problema. Si el terapeuta sabe sobre la etiología y las dinámicas de los problemas, entonces puede ayudar a focalizar las fuentes inconscientes del paciente para la comunicación a dos niveles. Si el terapeuta se equivoca en sus proposiciones, la comunicación a dos niveles es un proceso sutil que simplemente no va a ser “recogido” o actuado por el inconsciente del paciente. Es de todas formas un proceso a salvo de fracasos. El terapeuta no tiende a antagonizar o aburrir al paciente con ideas erróneas e irrelevantes que pueden sonar bien en un libro de texto pero tienen poca aplicación para el paciente.

2. La activación y expresión de asociaciones relevantes para el problema: terapia interior.

Un período de estado hipnótico terapéutico con o sin la ayuda de la comunicación a dos niveles puede estimular asociaciones para un problema sobre el cual el paciente quiere hablar. Esta ruta naturalmente lleva a la terapia interior. Después de una experiencia inicial de estado hipnótico, el terapeuta puede simplemente esperar al paciente que haga asociaciones relevantes. Si nada está disponible, el terapeuta puede otra vez rever la naturaleza y posibles fuentes del problema como inciertas si el paciente ahora tiene más acceso a las asociaciones relevantes. Este fue el curso que el autor mayor comenzó a explorar preguntando a la arpista los detalles de su experiencia interior con la música. No mucho estaba disponible, y él sintió que el material era demasiado amenazante para ella como para discutir con los observadores presentes; por lo tanto, estructura otra vez el modelo de referencia terapéutico consciente- inconsciente y otra experiencia de estado hipnótico.

PRIMERA SESIÓN

SEGUNDA PARTE: ESTADO HIPNOTICO TERAPEUTICO COMO TRABAJO INTERIOR INTENSO

ESTRUCTURANDO EL MODELO DE REFERENCIA CONSCIENTE -INCONSCIENTE TERAPEUTICO

E: Ya que estamos, ¿es usted diestra?

X: ¿Si soy diestra? Sí.

E: ¿Es usted de pulgar derecho o izquierdo?

X: Derecho.

E: Ponga ambas manos sobre su cabeza de esta forma. Hacia arriba y entrecruce los dedos. Baje las manos. Bájelas. ¿Está su dedo pulgar arriba de todo?

X: No, está mi dedo izquierdo.

E: Ahora ha sabido eso desde que era una pequeña.

X: ¿Qué era de dedo pulgar izquierdo?

E: Sí. Vea, ahora eso era su conocimiento inconsciente.

R: Aquí usted hace su rutina del pulgar derecho o izquierdo para otra vez acertar la importancia de su inconsciente.

E: Sí, estoy ejemplificando que hay cosas en su inconsciente que ha sabido por un largo tiempo y no lo supo. ¡Aun más, puedo probarlo con su propio comportamiento!

RESPUESTAS IDEOMOTORAS ESPONTANEAS REVELANDO EL CONOCIMIENTO INCONSCIENTE

E: ¿ Es usted besadora diestra o zurda?

X: [X se ve confundida y después casi imperceptiblemente toca su cabeza hacia la derecha con un suave temblor] ¿Zurda?

E: ¡Oh, no! ¿Alguno de ustedes la vio?

R: No estoy seguro de saber lo que usted está buscando.

E: Ahora de nuevo. ¿Es usted una besadora diestra o zurda?

X: [Ella ahora con más cuidado toca su cabeza hacia la derecha suavemente.] ¡Diestra!

E: ¿Qué hizo la primera vez?

R: Ella se inclinó hacia la derecha muy suavemente y no se dio cuenta.

E: Entonces eso prueba que ella es una besadora diestra. Es asombroso cuánto estamos aprendiendo sobre usted. ¿Qué hora piensa que es? No mire su reloj.

X: La una y veinte.

E: Ahora mire a su reloj.

X: No estuvo mal.

R: Solo diez minutos menos.

E: Para explicar eso: un músico, tiene un tremendo sentido del tiempo.

R: Sí. Entonces no mostraría tanta distorsión en la hora.

E: ¿Cuánto le llevó despertarse?

X: ¿Dos minutos?

R: Usted usa esta aproximación con besar para demostrar el conocimiento superior del inconsciente, pero lo está trayendo más cerca del área sexual.

E: Sí, pero sin herir.

R: Cuando pregunta, usted mira los movimientos de su cabeza y labios muy cuidadosamente para detectar los menores, inconscientemente determinados movimientos motores que van a traicionar su respuesta. Como yo traté de responderme la pregunta sobre ser besador diestro o zurdo, noté que espontáneamente hice un desvío con mi cabeza. Ese desvío fue un movimiento ideomotor que dio una indicación que necesitaba para responder la pregunta. Usted hace preguntas que sólo pueden responderse por el conocimiento kinestético del cuerpo y señala que ese conocimiento pertenece al “inconsciente” antes de traerlo a la atención consciente. Esto inicia un proceso de señalación ideomotora que es frecuentemente irreconocible para el paciente.

E: Ahora ésta es una terrible situación amenazadora.

R: Por eso usted cambia inmediatamente a la pregunta de la hora. Usted ha hecho su punto sobre la potencia del conocimiento inconsciente, y ahora lo refuerza con la pregunta sobre la posible distorsión temporal durante su estado hipnótico previo. Cuando la distorsión temporal está presente, tiende a ratificar la realidad del estado hipnótico como un estado alterado.

TRANCE REINDUCIDO POR CATALEPSIA

[El autor mayor se acerca y suavemente toca la cara interna de su mano izquierda, que se alza lentamente. Se mantiene suspendida en el aire catalépticamente.]

E: ¿Siempre mantiene suspendida su mano en el aire cuando un extraño se la toca?

X: ¿Siempre lo hacen?

E: Sí. ¿Se mantienen suspendidas en el aire cuando un extraño las toca?

X: No, no usualmente.

E: “Todas las formas de caer a un trance”

R: Su sugestión posthipnótica anterior para entrar a un trance, de todas formas ahora es efectivo para reinducir un trance evocando la catalepsia de la mano de

ella.

RATIFICANDO UN TRANCE: DEMOSTRANDO EL CONTROL DEL INCONSCIENTE SOBRE EL COMPORTAMIENTO

E: ¿Estaba en un trance?

X: Creo que sí.

E: ¿Qué le hace pensar eso?

[Pausa]

X: Estaba consciente de que no tenía control sobre mis manos.

E: ¿Quién tenía control sobre ellas?

X: No lo sé. No era yo. Parece como que usted lo tenía.

E: Yo no sé cómo contraer sus músculos.

X: Quizás no parecía que yo tuviese el control.

E: Um, hum. ¿Cómo puede desarrollar otro trance?

X: ¿Recordando la misma música?

E: Está bien. Ahora no estoy perdiendo su tiempo, ni el mío. Estoy tendiendo un ambiente para el desarrollo de su propio entendimiento consciente. Ahora haré una cosa.

R: Haga esas preguntas sólo luego de que ella tenga suficiente evidencia de su comportamiento inusual de manera que ella se dé cuenta de que algo en su experiencia es diferente: ella experimenta un estado alterado que ahora llamamos “trance”. Está logrando un aspecto importante de su paradigma hipnoterapéutico. Está demostrando a su mente consciente que su inconsciente puede controlar su comportamiento. Esto tiende a despotencializar sus modelos de referencia habituales, de todos los días. Sus preguntas están dirigidas a ayudarla a que tome consciencia

que su ego está limitado en su control, pero su inconsciente tiene potencial para controlar y, eventualmente, curar.

E: Su respuesta, “No lo sé. No era yo”, es una prueba clara para ella y los observadores.

R: Preguntándole cómo puede desarrollar “otro trance”, está por implicancia etiquetando su experiencia anterior como un trance. Ella reconoce su ratificación de su trance cuando luego sugiere que puede desarrollar un trance recordando la música nuevamente. De una manera muy indirecta ella acepta su experiencia como un genuino trance de un modo que sobrepasa cualquier duda crítica que podía haber tenido. Con su frase final acerca del desarrollo de su comprensión inconsciente, nuevamente enfatiza la importancia de su inconsciente y aumenta su expectativa acerca de lo que vendrá.

E: Sí.

TRANCE INDUCIDO MEDIANTE UNA PREGUNTA: INICIANDO UNA BUSQUEDA INCONSCIENTE

E: ¿Sabe que estará en un trance profundo cuando toque su cara? [El autor mayor toca su cara con la mano. Ella cierra sus ojos y se mantiene inmóvil.] Ahora descanse silenciosamente. Y disfrutando.

R: Nuevamente está haciendo uso de su sugestión posthipnótica temprana de que ella podría entrar a un trance de todas formas. Esta vez reinduce un trance sugiriendo una indirecta [tocarse la cara] en forma de pregunta. Esas sugerencias en forma de pregunta son particularmente efectivas porque las preguntas son un maravilloso medio de fijar la atención. En este caso la pregunta obviamente inició una búsqueda inconsciente y los procesos inconscientes requeridos para guiarla a la respuesta hipnótica del trance. Una de sus formas de sugestión hipnótica más efectiva es hacer preguntas que no pueden ser contestadas por los modelos de referencia ordinarias del paciente. Las preguntas que piden por una respuesta autónoma [como una señalización ideomotora] en un nivel inconsciente, generalmente despotencian la consciencia y llevan a una experiencia de trance.

ASIGNANDO EL LUGAR DEL CAMBIO TERAPEUTICO TENIENDO LUGAR EN EL INCONSCIENTE

E: Y está comenzando a comprender que su mente inconsciente puede desarrollar control y hacerse cargo de muchas cosas. Ahora quiero que se despierte fácil y confortablemente por sus propios medios.

R: Está nuevamente enfatizando y demostrando un control inconsciente sobre el comportamiento y formulando frases completas acerca de ello, por lo que ella tendrá lo verá como un medio de su aproximación terapéutica.

E: Yo digo “tantas cosas” para enfatizar el plural.

R: Eso implica que el inconsciente puede también tomar control sobre su síntoma, también.

COMUNICACION A DOS NIVELES

E: En un modo que se ajusta a sus *necesidades*. Pero quiero que su mente inconsciente continúe escuchándome y que comprenda lo que estoy diciendo incluso si su mente consciente escucha algo diferente. Ahora tómelo con calma y despierta. (pausa de dos minutos). Ahora. (Larga pausa por al menos 5 minutos durante los cuales X no se despierta. Los dedos de su mano izquierda se mueven como si estuviese tocando el arpa, se sonríe y tiene la apariencia de estar en un estado de alta concentración interior.)

E: El plural nuevamente “encuentre sus necesidades” (nota del traductor: en inglés, encuentra: meets, necesidades: needs). En realidad estoy hablando de una comunicación a 2 niveles sin, en realidad, explicarla.

R: ¿Eso le abre el camino a la comunicación a 2 niveles?

E: Eso le dice a ella que estoy hablando en dos niveles.

R: Le dice que la mente consciente puede comprender una cosa mientras que la

inconsciente puede elaborar muchas otras asociaciones. El inconsciente puede elaborar cualquier asociación que sea necesaria y pertinente a su problema en particular. Nuevamente está usando palabras generales que pueden ser interpretadas como muchos diferentes específicos y personales modos posiblemente relevantes a problemas particulares. El éxito de esta aproximación es sugerido por el hecho de que su absorción interna era tan profunda en este punto que le llevó por lo menos siete minutos despertarse. La actividad de su cara indica que el trabajo interior ciertamente está siendo hecho. ¡No estaba dormida!

TRABAJO INCONSCIENTE DURANTE EL TRANCE: RESOLUCION INCONSCIENTE DE PROBLEMAS

E: ¡Vamos, adelante! [Pausa] y compártalo con su mente consciente. [Otra larga pausa mientras que X se mantiene en una intensa concentración] Compártalo con su mente consciente. (Otra larga pausa) Este esfuerzo le está ayudando. Aunque no sabe conscientemente todo el esfuerzo que está haciendo, eso está bien-

R: Esta fue una instancia relativamente rara en la que un sujeto no se despertó inmediatamente cuando se le hicieron sugerencias para que lo hiciese.

E: Su mente inconsciente entendió algo diferente por la palabra “despertarse”. ¿Qué significa “despertarse”? ¡Despiértate por tus oportunidades! (nota del traductor: Wake up to your opportunities, expresión inglesa).

R: ¿Despiértate por tu oportunidad de hacer trabajo interior?

E: “¿Cuándo diablos te despertarás?” es lenguaje común y folklórico.

R: Eso es lenguaje folklórico para: ¿Cuándo te darás cuenta de lo que te está pasando?

E: Le dije que observase el doble sentido, y su inconsciente está haciendo eso.

R: Ese es el doble vínculo: la está forzando a que trabaje en un nivel inconsciente incluso cuando no lo puede reconocer en un nivel consciente.

E: Sí. La preparo para que comprenda inconscientemente todo lo que yo diga. *Serán sus entendimientos inconscientes.*

R: ¡Eso es hermoso! No importa cuál sea el problema, no importa cuáles sean las hipótesis del terapeuta, le está encomendando al paciente a que haga su propio trabajo, trabajo interior que le es válido para su inconsciente.

E: *No necesito saber cuál es su problema para que lo corrija.*

R: Hipnoterapia válida puede ser hecha sin que el paciente o el terapeuta sepan cuál es el problema.

E: Exacto. Nota la estrategia de la pausa luego de “Vamos, adelante”, y luego las largas pausas. Eso significa que no hay apuro, puede tener lugar hoy, mañana, algún día. Hágalo a su ritmo, en otras palabras. Sólo no ha dicho, “Hágalo a su ritmo”. Pero eso es lo que entiende la paciente.

R: Permite que la paciente se relaje para que se pueda hacer el trabajo interior.

E: Le estoy diciendo a ella que es un “esfuerzo”. Luego le doy más seguridad al decirle “eso está bien” acerca de algo de lo que ella no sabe nada.

TRANCE TERAPEUTICO TAN INTENSO COMO EL TRABAJO INTERIOR

E: (Otra larga pausa mientras que la intensa concentración interna con el ceño fruncido, y la cara ceñuda continúa.)

Ahora puede abandonar este esfuerzo en este punto. Pero puede retornar a este punto. Y puede haber un interludio de consciencia consciente. Puede volver a este punto en cualquier momento.

R: ¿Es más efectiva la terapia cuando el paciente está obviamente ocupado con una intensa concentración interior, como en este caso, o cuando el paciente aparece más relajado, pasivo y dormido? ¿Qué estado prefiere para hacer un trabajo terapéutico?

E: Me gusta ver esto que vimos con la señorita X.

R: Este es el tipo de trance más efectivo para hacer trabajo interior. Como estaba frunciendo el ceño, ¿estaba consciente de lo que estaba pasando en su interior?

E: Ella sabía que estaba pensando, pero no sabía qué es lo que era. [El autor mayor da instancias análogas donde ciertos rompecabezas pueden frecuentemente ser resueltos apartándolos detrás nuestro o con los ojos cerrados porque la interferencia visual con indirectas kinestésicas es eliminada. De una manera similar muchos problemas emocionales pueden ser resueltos más fácilmente sin el pensamiento consciente.] Le dije que ella “podía abandonar el esfuerzo” porque no debía pelear esa batalla todos los días, todas las noches. Siempre puede retornar y pelear otro día.

R: Aquí cuidadosamente entra al trabajo interior que se estaba haciendo, cualquiera que éste fuese y le hace saber que puede retornar luego de un interludio de consciencia consciente. Esta es otra forma de sugestión posthipnótica que asegura que ella retornará al trance y continuará su importante trabajo interior cuando le dé la señal.

COMUNICACION A DOS NIVELES Y PROFUNDIDAD DEL TRANCE

E: ¿Con mi señal? Y te preguntaré *ahora*, y quiero decir que te despiertes. ¡Ahora *mismo!* [X finalmente abre los ojos] ¿Quieres decirme algo? [Pausa mientras ella continúa despertándose, reorientando su cuerpo]

X: ¿Ha dicho usted algo que yo no haya escuchado?

E: Esa es una pregunta interesante. ¿Por qué preguntas eso? [Pausa]

X: No lo sé. Sólo tengo la sensación de que me estaba hablando, o al menos alguien lo estaba haciendo, y yo no podía escuchar

E: ¿Quién te estaba hablando? Trata de adivinar. [Pausa]

X: No lo sé

E: Era alguien que conoces, y todos los que están aquí son extraños.

X: ¿Era alguien que conozco? ¿Eras tú, o era un extraño?

E: Todos los que están aquí son extraños ¿Alguien que conozcas? ¿Puedes decírnoslo? [Pausa]

X: Debía ser yo. No se me ocurre quien puede ser si no.

E: Alguien que conoces muy bien. Hay un lazo contigo. ¿Tienes ganas de revelar eso?

X: Estoy sacudiendo mi cabeza diciendo “no”, pero no puedo saber si puedo revelarlo.

E: ¿Sabes quién es la persona? [Pausa] Tu inconsciente no quiere que tu mente consciente lo sepa.

X: ¿Es por eso que no puede decirlo?

E: Um hum.

E: ¿Quién es ese “alguien”? Ella tiene un problema sexual. Otra persona está envuelta.

R: Su seguimiento de tres años prueba que estabas en lo cierto en tu creencia de que había “alguien más” envuelto. ¿Cómo lo sabías, si no te dio ninguna pista en tu entrevista anterior?

E: “Alguien más” en ese contexto podría ser otra persona u otra parte de su personalidad. X entró. Tengo la mínima cantidad de información, conocimientos, como para entender algo. Luego improvisé de ahí en adelante. Pero sabía lo que estaba haciendo. Di cada paso con cuidado. Planeé decir la palabra “música” y planeé que retornara.

R: Sí, para producir una amnesia estructurada.

E: Implicué al sexo, y luego retorné con el “hay alguien más”.

R: Continuaste con el tema sexual.

E: ¡Pero te dije “hay alguien más” a ti, no a ella!

R: Eso hizo que fuese una sugestión indirecta más potente. Así es como se usa a una audiencia, para hacerle sugerencias indirectas a un paciente. Bajo el pretexto de dar una conferencia didáctica sobre la hipnosis, en realidad estás administrando sugerencias indirectas.

E: Eso es correcto. Si no tuviese una audiencia presente, podría deducir algunos de los recuerdos de ella y hacer unos pocos comentarios acerca de su inofensiva memoria. Y esa es mi audiencia. Puedo comentar algo acerca de su viaje a Chicago, pero eso no tiene nada que ver con el problema que estamos tratando, pero al comentar ese viaje puedo agregarle dobles significados.

R: La “audiencia” es en realidad otro patrón de asociaciones en su mente. Esta es otra manera de hablar en dos niveles.

SEÑALANDO CON LA CABEZA CONSCIENTE E INCONSCIENTEMENTE: LA PERSONALIDAD INCONSCIENTE

(X sacude su cabeza diciendo “no” como si estuviera ausente.)

E: Y aquí hubo un movimiento de la cabeza diciendo “no lo sé”. Ahora le estoy hablando a otra persona, y ella no sabe a quien, solo yo lo sé. [A la audiencia] ¿No fue eso hermoso?

E: Ahora cuando ella sacude su cabeza, eso fue aproximación a un estado de trance ausente. Se acordarán que movía la cabeza diciendo “no” muy lentamente.

R: Un movimiento de cabeza muy lento proviene del inconsciente, mientras que un movimiento rápido de cabeza proviene de la mente consciente.

E: Sí, y la respuesta inconsciente viene luego de una pausa, mientras que la respuesta consciente viene inmediatamente. Le estoy hablando a su personalidad inconsciente.

R: Al “hablarle a alguien más”, su personalidad inconsciente está despotenciando sus modelos de referencia acerca de ella misma de manera que una búsqueda inconsciente es iniciada por este otro aspecto de su personalidad. Esta es, por supuesto, una aproximación excelente para evocar posibilidades múltiples o aspectos reprimidos de su personalidad.

FACILITANDO LA AMNESIA: TRABAJANDO CON ASOCIACIONES

E: ¿Y dónde has nacido?

X: Arizona.

E: ¿Cuánto tiempo has permanecido en Memphis?

X: Nueve años.

E: ¿Y como trabajadora social, dónde?

X: St. Josephs Home for Children.

E: Hay una clínica - guía para niños en algún lugar de Memphis.

X: Sí.

E: ¿Han mencionado mi nombre ahí?

X: ¿Sería tu nombre mencionado allí?

E: ¿Lo fue?

E: “En mi señal?” responde a las preguntas interiores del paciente, “¿debería él señalarme sola, o me puedo señalar por mí misma?”

R: Sus preguntas acerca de no escuchar o de quién estaba hablando son muy interesantes. ¿Dirías que sus comentarios son una indicación de un trance profundo en lugar de todas las otras indicaciones de tensión, y fruncir el ceño, etc.?

E: Sí.

R: ¿Su comentario acerca de no escuchar prueba que su consciencia fue despotenciada ya que no tenía plena consciencia de lo que habías dicho?

E: Correcto. Efectivamente hablé en dos niveles.

AMNESIA HIPNOTICA

E: ¿Qué supones que fue dicho? (Pausa)

X: No lo sé.

E: Está bien. Sin mirar, ¿qué hora piensas que es?

X: Alrededor de la 1:00.

R: Alrededor de la una menos cuarto [Pausa]

R: ¿Era la experiencia de la amnesia, o estaba ella en un trance tan profundo que simplemente no estaba recibiendo, o sea que no escuchó lo que has dicho ni siquiera a nivel inconsciente?

E: Ella está diciendo, “Yo, mi Yo consciente, no lo sabe.”

R: ¿Cómo probarías eso? Podrías pedir por señales ideomotoras del inconsciente para determinar si estaba recibiendo cosas que su mente consciente no podía recordar.

E: Sí.

VARIACION EN LA PROFUNDIDAD DEL TRANCE: SUGESTIONES TERAPEUTICAS UNIENDO A LA MENTE CONSCIENTE CON EL INCONSCIENTE

E: ¿Cuán profundo era tu trance?

X: ¿Cuánto te parece?

E: Lo que a ti te parezca que yo quiero saber. [Pausa]

X: ¿Como cuán cocido está el bife - medio o cocido?

E: [a R] Ella ilustra muy agradablemente cómo un segundo trance es altamente profundizado. Y luego ilustra la riqueza de actividad que es realmente arrancada de sus conocimientos conscientes.

R: Tuve la dificultad de inducir trances pasivos tan profundos en ciertas personas que no estoy seguro si están recibiendo lo que les digo incluso a nivel inconsciente porque no responden a las sugerencias posthipnóticas. ¿Cómo puedo estar seguro de que los pacientes están realmente recibiendo lo que les digo?

E: Puedes poner a las personas muy profundo, pero hablas, por lo que hay islas que ellos pueden usar como autopista. Están en lo más profundo de un gran océano. Necesitan salir y saltar de una isla a la otra.

R: Hay variaciones en la profundidad de los trances desde el profundo océano a la isla que utilizas para hacer las sugerencias.

E: Dices algo que ellos pueden escuchar en un trance profundo que ellos pueden relacionar con lo consciente. Por ejemplo, hace un rato dije, “Y allí puede haber una pausa de la plena consciencia.”

R: ¿Esa sugerencia trajo una isla de plena consciencia?

E: Sí, algo que puede ser asido hacia arriba.

R: ¿Cómo puede eso ayudarlos a seguir una sugerencia posthipnótica? ¿Los vuelve a la consciencia momentáneamente de manera que puedan recibir la sugerencia?

E: Los guía hacia la consciencia.

R: ¿Estás construyendo un puente asociativo desde el inconsciente a la mente consciente?

E: Sí, se construye un puente entre el esfuerzo que se está llevando a cabo en el inconsciente y en la mente consciente.

R: En el trance profundo es posible ubicar sugerencias tan profundamente que no hay un puente hacia la consciencia donde puedan ser expresados. Esas sugerencias no pueden ser terapéuti-camente efectivas.

E: Es por eso que construyo puentes.

COMUNICACION A DOS NIVELES UTILIZANDO UNA AUDIENCIA O LAS MEMORIAS

E: [a R] Y había pensamientos de alguien más, y pensamientos bastante inteligentes. Ahora continuaremos describiendo lo que vi: [a X]

X: No lo sé. Solamente me es familiar por su nombre. Nunca estuve allí. Estuve dentro, pero en realidad no estoy muy familiarizada con ello.

E: Di una conferencia allí hace unos años. Ahora estoy enfrascado en cuestiones sociales para pasar el tiempo.

X: Justamente estaba pensando en ello.

E: Con esa primera pregunta está nuevamente en el nivel de la infancia. [El autor mayor da ejemplos personales ilustrando cómo esas preguntas invariablemente evocan recuerdos tempranos importantes y asociaciones.] Cuando preguntas, “¿Dónde has nacido?”, en realidad estás cambiando masivamente el tren de conversación. Estás aumentando masivamente cualquier amnesia. La estoy llevando allá lejos, a Memphis, lejos de este cuarto, por lo que estoy aumentando las amnesias acerca de lo que está sucediendo en este cuarto. Luego, al hacerla buscar en sus recuerdos de Memphis acerca de si mi nombre fue nombrado allí o no, la estoy manteniendo allí.

R: Esto ilustra claramente cómo estás siempre trabajando con los procesos asociativos del paciente -poniéndolos aquí y allá. Parece como si estuvieses teniendo una conversación casual, pero en realidad estás haciendo algo con el paciente todo el tiempo.

E: Luego identifico qué es lo que estoy haciendo al hablarles socialmente. En realidad yo sólo estaba pensando que ella era una chica inteligente.

R: Entonces tú tomas conocimiento de su inteligencia al decirle qué es lo que estás haciendo.

ENTRENAMIENTO PARA TRANCES MAS PROFUNDOS

E: [a R] Ahora estás siendo testigo de ese entrenamiento para un trance más y más profundo.

R: ¿Qué quieres decir con tu comentario acerca de un entrenamiento para un trance profundo?

E: Recién me has visto llevarla desde Phoenix a Memphis. ¡Ahora la transporto de nuevo con este comentario que te hago a ti! Cuando ella dice, “Estaba justamente pensando en ello,” en realidad está hablando en dos niveles. Ella es el observador. La llevé de estar en el subjetivo (inmersa en sus subjetivos recuerdos de Memphis) a ser el observador.

R: ¿Por qué es eso un entrenamiento para un trance más profundo?

E: Cuando puedes llevar a una persona como esa desde Phoenix hasta Memphis, de subjetiva a objetiva, has cambiando su forma de ver las cosas y su status de una manera muy simple.

R: ¿Eso es entrenarla para un trance más profundo en el sentido de que la estás entrenando a que te siga? ¿Todo lo que haga que el paciente siga al terapeuta, o toda aproximación que permita al terapeuta cambiar el status mental del paciente, es entrenamiento para un trance más profundo?

E: Sí.

R: Eso no tiene nada que ver con el estado de trance per se; es la habilidad con la que el terapeuta cambia los procesos asociativos del paciente. Esta es una habilidad básica que cualquier terapeuta debería tener bastante alejada de cualquier uso de hipnosis.

E: Correcto.

RATIFICANDO EL TRANCE Y LA COMUNICACION A DOS NIVELES

E: Y está siendo testigo del entrenamiento para una comunicación a dos niveles. [Pausa]

E: Mientras te digo esto a ti, ella está también siendo la observadora, ya que le están hablando. Esto refuerza lo que pasó antes.

R: Al hablar acerca del “entrenamiento para un trance más y más profundo”, estás ratificando el hecho de que ella experimentó algún trance. Con este comentario acerca de la comunicación a dos niveles estás ratificando que la comunicación a dos niveles ha tenido lugar. ¿Pero por qué?

E: Porque no quiero que a su mente inconsciente se le ocurra pensar, “él no pretendía hacer esas alusiones sexuales.”

R: Estás ratificando la comunicación a dos niveles.

E: Y puede ser relacionado a esta transportación desde Phoenix hasta Memphis y de vuelta a Phoenix. Y de paciente a observador.

R: Su seguimiento durante tres años indica que los cambios de Phoenix hasta Memphis están relacionados con el “alguien más” y el problema sexual aludido en tu comunicación a dos niveles. Es difícil de creer que no estabas utilizando algún tipo de ESP.

E: No tenía modo de saber eso, pero puedo sospecharlo con mis conocimientos de los seres humanos.

PREGUNTANDO POR SEÑALES DE IDEOMOTORAS INCONSCIENTES

E: Ahora, ¿te importaría pensar, solo pensar en algo altamente emocio-

nal?

X: ¿Pensar en algo?

E: Um hum. Ahora, mi pregunta era, ¿te importaría pensar en un tema altamente emocional?

X: ¿Un altamente emocional qué?

E: Tema.

(La cabeza de X se mueva desconcertada y aparentemente ausente)

E: Y los movimientos de tu cabeza no eran muy entendibles. En respuesta a mi pregunta, “¿Te importaría pensar en un tema altamente emocional?, tu cabeza se mueve diciendo sí, no, no lo sé, puede ser.

X: Exacto-

E: ¿Te puedo pedir que pienses en un tema altamente emocional?

X: ¿Alguno en particular?

E: [a R] Discutiremos eso. Hago una pregunta específica, y ella dijo, “¿alguno en particular?”, ahora, ¿qué significa eso?. Hay algunas cosas de las que ella prefiere no hablar, ni siquiera pensar y algunas de las que sí puede. [a X] Ves, no necesito saberlo. Pero tú necesitas saberlo.

X: Creí que los conocías.

E: ¿Creías que los conocía?

[a R] Bueno, no le pedí que confiase en mí, pero ¿cuál es el efecto?

R: Ella creería que lo sabías.

E: Ella me dijo que esperaba confiar en mí. Eso es mucho mejor que presionar a un paciente para que te dé información. Estoy explicando una técnica de tratar a los pacientes. Y déjalos tener cualquier derecho que ellos deban tener. El propósito principal es ayudar al paciente.

No satisfacer la propia *curiosidad*. En realidad yo sólo estaba mostrando, ilustrando, el modo en que uno hace preguntas que le dan al paciente la opción de confiar o no confiar.

[a X] ¿Cómo te sientes al respecto de que yo te esté usando para una demostración? [Larga pausa]

E: Estas son preguntas soldadoras. En el trance anterior hubo alusiones sexuales. Ahora estoy pronunciando las palabras “altamente emocional.”

R: Ahora estás vinculando alusiones sexuales con “altamente emocional.”

E: Luego le reaseguro que no lo sé.

R: Eso es característico de tu aproximación. Creas una gran tensión con algunos comentarios provocativos que envían al paciente a una búsqueda frenética inconsciente, y luego reaseguras y bajas la tensión para que el proceso inconsciente iniciado pueda proceder en paz por sí mismo.

E: Cuando “hago una *pregunta* específica” y ella responde con “¿algo en particular?”, está en realidad indicando que existe una cosa *particular*.

R: Pero evidentemente no desea revelarlo.

E: Luego la reaseguro nuevamente con, “No necesito conocerlos.”

R: Y la responsabilizas a ella al decir, “Pero necesitas conocerlos.”

DISOCIACION Y RELACION AGRADABLE

X: Supongo que me siento bien, como separada, incluso cuando no me molesta estar consciente de ello.

E: No, tú y yo estamos juntos, y esas personas están afuera. Es una muy linda forma de ilustrar que estamos aquí y (a R) ustedes, muchachos, están allí.

R: Sí.

E: Y lo hiciste tan bien, y [a R] no le dije que hiciera eso.

R: ¿Su sentido de separación es una forma de disociación que indica que tiene una relación apartada y diferente contigo y los observadores? Tiene una especial y agradable relación contigo que tiende a excluir a los demás.

E: Sí.

FACILITANDO EL FENOMENO HIPNOTICO: EL DOBLE VINCULO Y PREGUNTAS PARA EVOCAR INMOVILIDAD Y ANESTESIA CAUDAL

E: Ahora te diré algo. No lo comprenderás conscientemente. ¿No te sorprende que no te puedas poner de pie? [Pausa mientras X parece sorprendida]

X: ¿Puedo intentar?

E: Oh, Podrías *intentar*.

[Pausa mientras X hace un suave movimiento hacia adelante en su silla con la parte superior de su cuerpo solamente y luego se detiene] Te sorprende, ¿no?. Algún día cuando te *cases y tengas un bebé*, puedes usar el mismo método.

X: ¿En serio?

E: Um hum. Acabo de darte una anestesia caudal o una anestesia espinal.

X: [Risa nerviosa]

E: *No me baso en mis manos, me baso en ideas*. Eso es una especie de sorpresa para saber que no te puedes poner de pie

X: Hazme saber cuando pueda.

E: Siempre te haré saber cuando no puedes. Siempre te haré saber cuando puedes. “[A la audiencia] Ahora, cuando una anestesia caudal como esa

puede ser inducida, saben que tienen un sujeto perfectamente inducido.

R: Es un hermoso doble vínculo cuando dices que le dirás algo que no comprenderá conscientemente: ella está lista para escuchar, pero como no puede entender conscientemente, debe responder a nivel inconsciente.

E: Sí.

R: Tú inicias un fenómeno hipnótico con una pregunta. ¿Es generalmente mejor evocar un fenómeno hipnótico con una pregunta que con una sugestión directa? Es una aproximación a prueba de fallas.

E: Sí.

R: ¿Qué pistas utilizas para saber cuándo formular una pregunta de ese tipo como para iniciar el fenómeno hipnótico?

E: Siempre le das gloria al inconsciente.

R: Justo antes de esta pregunta le has dado alabanza inconsciente cuando comentaste, “y lo hiciste tan bien, y no le dije que lo hiciese.” El modo en que dices la palabra “intentar” con un tono de duda en tu voz indica que ella puede intentar pero fallará.

E: Sí.

R: ¿Había alguna otra pista que haya usado para saber cuando evocar la **inmovilidad**? ¿Has notado que ella ya estaba manifestando señales de estar en trance, movimientos suaves con los párpados, etc.?

E: Alabé su inconsciente, y si ella captó ciertas alusiones sexuales, puedo estar bien seguro de que las alusiones sexuales [casarse, tener un bebe] estarían envueltas.

R: Entonces sugieres un fenómeno hipnótico en el que ella pudiese estar envuelta. ¿Es por eso que has usado este fenómeno hipnótico en lugar de cualquier otra cosa?

E: Sí, fue una aplicación específica para ella.

R: Porque estabas creando asociaciones sexuales.

E: Lo necesitaba para ver si lo podía confirmar.

R: Como ella tuvo éxito al experimentar este fenómeno hipnótico, ¿lo tomarías como una confirmación de que las asociaciones sexuales fueron captadas?

E: Sí, con el mínimo de palabras induje una anestesia espinal. Si estuve en lo correcto en toda mi doble-charla, ella desarrollará una anestesia caudal. Como ella estudió [una especialidad médica], sabe lo que es una anestesia caudal. Literalmente le estoy preguntando, “¿Tiene sentido mi conversación en dos niveles?” Ella dice, “Lo tuvo.” No se dijeron palabras directas. Nadie que esté escuchando puede saberlo. Pero su inconsciente y yo mismo lo podemos saber.

R: Entonces has estado preparándola durante un tiempo para que experimente este fenómeno hipnótico de la anestesia caudal. No es solamente una intrusión casual. Eso me recuerda a tu preparación para hacer que un paciente experimente alucinaciones visuales: Tú generalmente activas muchos trenes de asociación observándole al sujeto de su alucinación antes de tratar de evocarla.

E: *Sí. La técnica hipnótica es dar el estímulo que puede ser resuelto por el sujeto dentro de la experiencia hipnótica que tú quieres que ella tenga.*

DESPOTENCIANDO EL PROBLEMA CLINICO

E: Y la siguiente pregunta es que ella tiene un problema definido y limitado. Y eso ha interferido bastante en ella como personalidad. Ahora, ¿ese problema personal es un serio problema emocional, o es un problema emocional superficial? Yo puedo pensar en un serio caso de claustrofobia. La solución era alguien caminando rápidamente cruzando el cuarto y bajando los escalones, haciendo ruido con sus zapatos en cada paso. Cuando ella era una niña pequeña, su madre la castigaba encerrándola en el armario y luego caminando ruidosamente afuera de la casa y bajando los escalones.

R: Um. Realmente una cosa superficial.

E: Muy superficial.

R: No un disturbio profundamente emocional.-

E: No una experiencia profundamente emocional. Ahora tu transpiración puede ser causada por una cosa superficial, o puede ser una cosa bastante dramática. De paso, ¿cuántos doctores has visto por tu transpiración? [Pausa]

X: Alrededor de diez. Desde que era pequeña, le pregunté a cada doctor al que asistí.

E: Y tu sudor ha sido suficiente como para que puedas sostener tus manos y formar un pequeño charco en el suelo. ¿Alguna vez has sido capaz de dejar que un charquito gotee en el suelo? ¿Has visto otros doctores y has creado charquitos? ¿Cómo lo has hecho aquí?

X: ¿Qué?

E: ¿Cuánto sudor has tenido aquí?

X: Oh, no; un pequeño charco.

E: Tus manos estaban húmedas cuando llegaste. Pero no has creado el pequeño charco.

R: En esta sección tú limitas y despotencias el síntoma de la transpiración con comentarios directos, así también como casos clínicos de tu experiencia.

E: Este fue un caso real de claustrofobia.

R: Comentas casos tan actuales para desarrollar una expectativa positiva en el paciente.

E: Cuando le dije que el sudor podía tener un origen emocional, le estoy diciendo que su sudor no es la terrorífica cosa que ella piensa que es.

R: Este es un modo mediante el cual despotencias sus rígidas creencias y miedos previos acerca de su problema.

E: ¿Qué hace un bebé?

R: Un charco en el suelo. ¿Ella tiene asociaciones sexuales cuando hablas acerca de crear un charco en el suelo?

E: Sí, todavía estoy manteniendo las asociaciones sexuales en el mismo lugar.

R: Tu continúas despotenciando su modelo de referencia acerca del síntoma bajando y degradándolo con tus comentarios casuales pero concretos acerca de qué poco sudó aquí.

JUEGOS DE PALABRAS PARA INICIAR UNA BUSQUEDA INCONSCIENTE Y MOMENTOS CREATIVOS

E: Al último trabajador (nota del traductor: juego de palabras imposible de traducir. En inglés, pequeño charco se dice “puddle”, que también es una mezcla de arena y tierra, lodo; y “puddler” es una persona que trabaja con lodo, que fue traducido como “trabajador”) que vi, le dije “usted es realmente ambicioso, porque no le gusta el lodo en el que está metido. Pero te paga bien. Odias abandonar toda esa paga. Mientras lideres una banda en Las Vegas, tendrás pequeños charcos. Puedes abandonar Las Vegas. Ve a Nueva York. Vive por ti misma en un apartamento. Escribe música y arreglos musicales. Serás libre.” Un año después había escrito muchísima música y arreglos, y era libre de su charco (nota del traductor: es imposible saber qué significado Erickson le da a la palabra “pudding”, puede ser cualquiera de los anteriores). ¿No te sentías incómoda con mi charla acerca de ti, no?

R: “No te gusta el lodo en el que estás metido” es un juego de palabras que relaciona al síntoma (sudar) con el problema de la personalidad (ambición). Esos juegos de palabras pueden parecer graciosos e incluso superficiales a algunos lectores, pero de un golpe pueden fijar la atención del paciente, despotenciar los trabajos laterales erróneos, iniciar una búsqueda inconsciente, y facilitar un mo-

mento creativo (Rossi, 1972b) donde se puede lograr un efectivo insight.

ASIGNANDO EL INCONSCIENTE COMO LUGAR DE CAMBIO TERAPEUTICO

X: No sabía que estabas hablando acerca de mí.

E: ¿Qué, acaso yo te he hablado? [Pausa]

X: Creo que sí.

E: No necesitas saberlo.

[Erickson ahora entretiene a la señorita X con una charla de cinco minutos acerca de su familia y sus intereses generales. Aparentemente se está “tomando un recreo,” permitiéndole que se relaje del intenso período de trabajo durante el trance. Esas alternaciones en el ritmo e intensidad de trabajo consciente e inconsciente son importantes. Hay un biorritmo natural de noventa minutos de descanso y actividad, fantasía, intensidad, y apetito que todos experimentamos continuamente (Kripke, 1974). A veces pareciera que Erickson reconoce la variación natural del “reloj biológico” del paciente y ajusta su ritmo de alternar el trance y el trabajo consciente para que coincida con él.]

E: Ella debería pensar que yo estaba hablando de ella. Realmente tiene muchas amnesias cuando hace comentarios como, “No sabía que me estabas hablando acerca de mí.”

R: En otras palabras, su mente consciente está confundida aquí, y como resultado ella está abierta al trabajo terapéutico en un nivel inconsciente ya que sus limitaciones conscientes no están preparadas.

E: Ella no necesita “estar en el tema” ya que su inconsciente es el que oye todo.

R: Eso está bien, le estás dando potencia a su inconsciente porque allí es donde va a ser hecho el trabajo importante.

SESION NUMERO UNO

TERCERA PARTE: EVALUACION Y RATIFICACION DEL CAMBIO TERAPEUTICO

En la sección previa el autor mayor continuó estructurando el doble vínculo consciente-inconsciente y su aproximación de comunicación a dos niveles. Le asignó el lugar del cambio terapéutico al inconsciente y dejó que la paciente tuviese la experiencia de un trance muy intenso durante el cual pudiese tener lugar el cambio terapéutico. Despotenció su síntoma y notó que en realidad, ella no había manifestado su síntoma durante la sesión. El procedimiento entero había sido tan casual que ella todavía no se había dado cuenta conscientemente cómo tanta terapia había estado teniendo lugar. El escenario está preparado para una evaluación y ratificación del cambio terapéutico.

DEMOSTRANDO EL CAMBIO TERAPEUTICO: EL DOBLE VINCULO DE “INTENTAR” RELACIONADO CON LA ESPECIALIZACION HEMISFERICA

E: ¿Crees que podrías crear el pequeño charco con tus manos ahora? Inténtalo.

X: ¿Intentarlo? He hecho un charco para unos doctores en una oportunidad. El doctor me dijo que fue lo peor que había visto y fue a buscar un envase. Cuatro doctores más vinieron a ver hacer el charco.

[X levanta la mano y la pone en la posición de crear un charco, pero no aparece sudor significativo.]

E: Dije, “¡Inténtalo!”. ¿Empiezas a tener ciertas dudas?

X: Acerca del charco, sí. Podría darte un pequeño río.

E: Inténtalo. Solo un pequeño charquito.

(Pausa)

Parece como la performance más pobre que haya tenido.

X: No puedo entenderlo.

R: Luego de un corto período de charla, tú haces una pregunta bastante desafiante para demostrar el cambio terapéutico: su sudor ha disminuido.

E: Yo dije, “inténtalo”, implicando que ella debía hacer un esfuerzo y que al mismo tiempo debía negarlo.

R: La tenías en un doble vínculo, ¿no es cierto?

E: Sí.

R: La palabra “intentar” evoca una situación de doble vínculo cuando se dice con un tono dudoso, adecuado de voz. La palabra “intentar” significa hacer un esfuerzo. El tono dudoso de voz dice, “No tengas éxito en ese esfuerzo.” Entonces ella está ubicada en un vínculo donde nada sucede. Incluso el síntoma desaparece. Yo, a veces, me pregunto si esos doble vínculos que funcionan en dos modalidades están relacionados con las diferencias del funcionamiento hemisférico cerebral (Diamond y Beaumont, 1974; Rossi, 1977). El significado cognitivo de “intentar” sería procesado por el hemisferio izquierdo, mientras que el tono emocional ciertamente sería procesado por el hemisferio derecho. Como los síntomas psicósomáticos ahora están pensados para ser analizados primariamente por el hemisferio derecho (Galín, 1974), tu tono negativo de voz sería capaz de bloquear el síntoma en su fuente en el hemisferio derecho. Ciertamente se debería investigar muchísimo en esta área. (Por ejemplo, Smith, Chu, y Edmonston, 1977).

Cuando tú dices “inténtalo” con énfasis, inmediatamente, lo vinculas doblemente con la negación, “Comienzas a tener ciertas dudas.” Cuando dices “inténtalo” por tercera vez, inmediatamente lo vinculas doblemente con el tono de broma con el cual dices “sólo un pequeño charquito” y “la peor performance que haya tenido”. Su respuesta final acerca de que no entiende la razón por la cual no tiene el síntoma indica que su mente consciente está confundida y un poco despotenciada. Fue atrapada en el doble vínculo que hizo que su comportamiento sintomático fuese imposible, pero ella no sabe la razón. Es importante que la consciencia sea despotenciada cuando se compite con el síntoma, ya que eso le permite saltar al inconsciente, que ha sido preparado como el lugar para el cambio terapéutico.

UN JUEGO DE PALABRAS ASOCIANDO LA CURA DEL SINTOMA

CON PSICODINÁMICAS APROPIADAS

**E: ¿Supones que tus manos se están extendiendo para que te transformes en una *vieja y seca empleada doméstica*?
(Pausa mientras X continúa intentándolo, sin éxito.)**

E: ¿Quién es una *vieja y seca empleada doméstica*? Alguien sin vida sexual.

R: Es otro juego de palabras para facilitar el momento creativo: “seca” significa cura del síntoma, y en otro nivel se relaciona con la actividad sexual. Nuevamente estás atando la cura del síntoma con una asociación sexual. No estás tratando la simple remoción del síntoma con una sugestión directa. Estás asociando la cura del síntoma con las psicodinámicas apropiadas con las que está relacionado.

E: “*Vieja empleada doméstica*” es la pregunta.

R: Tu pregunta con el juego de palabras atrapa su atención en muchos niveles; asocia el cambio de síntoma con las psicodinámicas sexuales apropiadas subrayando el síntoma, y dirige a su inconsciente a que trabaje en esa asociación. El seguimiento de su carta, en realidad, indica que ella estaba en camino a convertirse en una *seca vieja empleada* si no es enfrentaba decisivamente con su vida romántica en este momento. Como el seguimiento de su carta indica, sin embargo, luego fue capaz de enfrentarse efectivamente con su vida amorosa.

DESPOTENCIANDO LAS DUDAS CONSCIENTES ACERCA DEL CAMBIO DEL SÍNTOMA: DESPOTENCIANDO EL SÍNTOMA

**E: Es desalentador, ¿no es cierto?
(Pausa)**

X: Sí, lo es.

(Pausa con un nuevo intento en vano)

Qué mal que no tenemos un arpa aquí, así podría tocar.

E: ¿Tipeas?

X: Un poco.

E: ¿Tus manos “gotean” en la máquina de escribir? (a R) ¿Tienes una máquina de escribir contigo?

R: No, no la tengo, lamentablemente.

E: ¿Supones que si tuviese una máquina de escribir para ti, podrías sentir que tus dedos se humedecen? ¿Realmente supones que podrías?

X: No, no creo que se humedezcan más de lo que están ahora.

(Pausa con un nuevo intento en vano)

No lo sé.

E: Al decir, “Desalentador, ¿no es cierto?”, estoy haciendo luz de ello, y estoy despotenciando el síntoma. Cuando ella dice que está muy mal que no tengamos un arpa, indica que ella está de mi lado y que quiero demostrar la cura del síntoma tocando el arpa.

R: Entonces por implicancia, tú generalizas la cura del síntoma desde el arpa hasta la máquina de escribir. Es importante demostrar la cura del síntoma concretamente aquí y ahora.

E: Sí, y sin reaseguramiento. Reaseguramiento sólo implica “Puedes fallar.” Si dices “*Puedes* pasar sobre esto,” eso implica que lo tienes.

SEÑALIZACION IDEOMOTORA RATIFICAR LA CURA DEL SINTOMA: LA PRIMERA VUELTA

E: Elevar tu mano derecha significa, “sí”, elevar tu mano izquierda significa “no”. ¿Tu mente inconsciente cree que puedes hacer un pequeño charco con tus manos? ¿Cuál se elevará? Esperar para ver.

(Pausa)

Incluso puedes mirar para ver cual de las dos se elevará.

X: ¿Puedo mirar?

E: Sí.

(Pausa mientras su mano derecha se eleva un poco, luego su mano izquierda se eleva, también. Ella había estado mirando a su mano derecha.)

E: (a R) La fijación de su mirada indica su acción consciente. Ella sólo le dio una rápida mirada a la otra mano. Sabemos cual es su respuesta consciente. Ella no sabe cuál es su respuesta inconsciente. (a X) Pero tu inconsciente repentinamente te dará una respuesta correcta. (Su mano derecha se eleva más firmemente.)

R: ¿Ahora estás usando la señalización ideomotora como una demostración más acerca de la cura de su síntoma?

E: Sí, y creo un estado de inseguridad al preguntar, “¿Cuál se elevará?”

R: Esa inseguridad tiende a despotenciar sus conscientes (y problemáticos) modelos de referencia, así su inconsciente tiene una oportunidad de responder.

E: Cuando una persona mira la señalización de sus dedos o manos indica su expectativa consciente.

R: Si no tienes un modo concreto de demostrar la cura del síntoma en la situación de terapia misma, entonces este tipo de señalización ideomotora es un buen sustituto (Cheek y LeCron, 1968.) Finalmente eleva su mano derecha más firmemente, indicando que su inconsciente piensa que puede humedecer sus manos. Pero en realidad no puede hacerlo. ¿Cómo explicas esta discrepancia?

E: Sabe por su larga experiencia, que puede hacerlo. Yo no le he quitado nada.

R: Al elevar ambas manos ella está diciendo que no le has quitado nada (su síntoma); la capacidad de lograr el síntoma está todavía allí.

E: Sí, su capacidad está todavía allí, pero no hay más miedo.

DESPOTENCIANDO LAS DUDAS CONSCIENTES ACERCA DE LA CURA DEL SÍNTOMA: EL DOBLE VINCULO

E: Y ahora tú estás viendo una demostración de lo que significa cuando la

gente dice que algo es difícil de creer. Todas las experiencias pasadas hicieron que una sola respuesta fuese posible.

Pero el inconsciente va a dar una respuesta forzada.

(Pausa)

Es difícil de cambiar el modelo de referencia ya fijado.

(Pausa)

Y tienes miedo de conocer la respuesta.

(Pausa)

Está perfectamente bien pensar una cosa conscientemente y saber exactamente lo contrario inconscientemente.

(Pausa) ¿Y eso hace que te esfuerces más? E igualmente no hay sudor con esfuerzo y todo. Entonces ahora tendrás más coraje.

(Pausa) Eso realmente lleva una gran cantidad de coraje.

E: Estoy usando lenguaje folklórico para expresar lo que la gente siente.

R: Es duro para un paciente creer realmente que un síntoma de larga data puede desaparecer tan rápidamente. Al darle voz a esa duda interna, tú la estás despotenciando.

E: Sí. Es difícil de creer que estos cambios hayan tenido lugar.

R: Ella tiene miedo de conocer el cambio que ha tenido lugar, por miedo a decepcionarse.

E: Correcto.

R: Aquí estás permitiendo que haya lugar para dudas conscientes, pero reforzando el hecho de que el inconsciente reconoce que ha habido cambio de síntomas. Este es otro uso del doble vínculo consciente-inconsciente.

Entonces, incluso cuando la señal ideomotora de la mano derecha elevándose significa que todavía tiene la capacidad de sudar, tú señalas que en este momento “no hay sudor con esfuerzo y todo.” Entonces das un gran soporte del ego para que tenga el coraje de creer, pero en realidad no dices la palabra “creer”, ya que eso podría implicar dudas.

SUGESTIÓN POSTHIPNOTICA

E: Ahora te pediré que te despiertes, contaré una historia aparentemente sin sentido. Pero tu mente inconsciente comprenderá. Ahora despierta, ahora. Uno, dos, etc, hasta veinte, diecinueve, dieciocho, diecisiete, dieciséis, quince, trece, nueve, ocho, siete, seis, cinco, cuatro, tres, dos, uno. Despierta-

R: Esta es una forma interesante de sugestión posthipnótica en la que eres capaz de darle más tarde a su inconsciente un mensaje que no tendrá sentido para su mente consciente. De esta manera puedes ser capaz de atravesar sus limitaciones o dudas que la mente consciente puede tener.

“HASTA”: SUGESTION POSTHIPNOTICA PARA LA CONTINUACION DEL TRABAJO PSICOTERAPEUTICO EN LA CURA DEL SÍNTOMA

E: ¿Conoces la historia cómica de Mutt y Jeff? ¿Los conoces?

X: Sí.

E: Un día Jeff estaba buscando en sus bolsillos desesperadamente, y Mutt estaba observándolo. Una y otra vez, Jeff revisaba sus bolsillos. Y Mutt le preguntó por qué. Y él dijo, “He perdido mi billetera y he buscado en todos mis bolsillos excepto uno. No la puedo encontrar.” Y Mutt le preguntó, “¿Por qué no buscas en aquel?” Jeff respondió, “Por que si no está allí, me muero.” [Pausa]

¿Cuándo decidiste que yo sería la última esperanza?

X: Sé que mi inconsciente sabe qué es lo que esa historia significa.

R: Esa es una de tus anécdotas favoritas para lidiar con las dudas conscientes de los pacientes acerca de la cura del síntoma. Despotencias sus dudas conscientes con un poco de humor y simple conocimiento de las dudas.

E: Sí, ese es un ejemplo perfecto. También le dije a los pacientes, “Y lo dudarás hasta que llegues a tu casa.”

R: ¿Por qué terminas la frase con “hasta”? (nota del traductor: en inglés “hasta” (until) se ubica al final de la frase)

E: ¿Ahora quieres saber el final de la oración, no es cierto? Los pacientes que dudan de la remoción del síntoma dudarán todo el camino a sus casas, y luego empezarán a buscar el “hasta”. “Hasta” que algo suceda, lo ves. Empiezan a buscar “lo que me dirá que el síntoma ya se ha ido.” Están expectantes.

R: Los tienes pendientes y expectantes por una confirmación de la cura del síntoma.

E: Sí, los estoy preparando para ello.

R: Entonces cuando el paciente se va de la oficina todavía está haciendo trabajo terapéutico. Es una forma de sugestión posthipnótica para buscar una prueba convincente de la remoción del síntoma.

E: Todo el camino hasta la casa “hasta” que saben.

RATIFICANDO EL CAMBIO DE SÍNTOMA

E: ¿Y cuándo decidiste que yo era tu última esperanza?

(Pausa)X: Mientras leía este libro (Terapias No Comunes, de Haley.)

E: Antes termino contigo, mejor.

X: ¿Antes, qué?

E: Antes termino contigo, me deshago de ti, mejor, lo que no es complementario, ¿no? ¿0 sí lo es?

[Pausa]

X: ¿Quieres decir complementario a ti?

E: A ti.-

X: A mí. ¡Oh! Sí, creo que realmente siento eso, sí.-

E: Cuanto más rápido termino contigo, más contento estaré yo y más contenta estarás tú. Lo que me hace acordar, ¿Cuándo te vas?

X: El sábado a la tarde.

E: ¿Cómo viajas a California?

X: Volando-

E : ¿Has hecho algún charco en el avión?

X: No creo que charcos, sino arroyos.

E: Y has venido aquí con sólo una leve humedad.

X: Sí.

E: Esta pregunta refuerza su esperanza y la hace real de otra manera. Fue su última esperanza. Fue su esperanza de la *realidad*; yo era una esperanza convertida en realidad. Estoy ratificando su esperanza y haciéndola real.

R: Tu pregunta entonces era otra manera de ratificar que habíamos logrado nuestra esperanza terapéutica. Esos comentarios hechos con humor tienden a darle más velocidad al proceso terapéutico y luego ratificar que la terapia se está logrando.

E: Estoy derogando el síntoma como una manera de despotenciarlo con mi comentario de “sólo una leve humedad”.

SUGESTION POSTHIPNOTICA INDIRECTA VIA UN

MOMENTANEO TRANCE COMÚN DE CADA DÍA

E: Se está sosteniendo en mí, ¿no es cierto? ¿Cuán pronto se olvidará?

X: Para ser realmente honesta, no creo que lo haga.

E: Que se sostenga en mí significa que me retenga de alguna manera; significa que retenga lo que hice por ella, no literalmente reteniéndome a mí. “¿Sosteniéndote en mí, no es cierto?” y “¿Cuán pronto me olvidarás?” son ambas sugerencias posthipnóticas. “Olvidándome” y “sostente en mí” son dos cosas opuestas. “Sosteniéndote en mí” es sostenerse en la terapia. “Olvidándome” es olvidarse de mi persona.

R: La cuidadosa aposición de oposiciones es una de tus maneras de enfocar su comportamiento, pero ¿qué es lo que las hace sugerencias posthipnóticas?

E: Son preguntas; fijan la atención y llaman a los pensamientos y a las asociaciones que son inevitables en su futuro.

R: Fijar la atención e iniciar una búsqueda inconsciente dentro de ella definen a esas preguntas como hipnóticas. Incluso sin inducir el trance de manera duradera y formal, también puedes fijar la atención con una pregunta en la que tú inicias una forma momentánea de “trance común de todos los días.” Como ella inevitablemente tendrá pensamientos acerca de su terapia contigo en el futuro, estas preguntas tenderán a vincular sus futuras asociaciones con este momento en la terapia, cuando tú estás activamente despotenciando su síntoma.

DISTRACCION PARA PROTEGER SUGESTIONES

E: [a R] ¿Y cómo te gusta eso para una sugerencia posthipnótica?

[Pausa]

[a X] ¿Cuánto te agrada este tipo de terapia?

X: No me gusta ningún tipo de terapia. ¿Quieres decir hacerlo o estar en el otro final?

E: ¿Cuánto te gusta mi modo de hacer terapia?

X: Me gusta tu forma de hacerlo.

E: Y me prometes que no lo olvidarás.

X: Um hum.

**E: [a R] Reforzando lo posthipnótico pero en realidad no lo parece ni sue-
na como ello.**

[a X] ¿Por qué insistes en referirte a los “arroyos” pasados?

X: ¿Al pasado?

E: A hacer arroyos en el pasado.

X: ¿Quieres decir arroyos en vez de charcos?

E: Um hum.

**X: Dos razones, pienso. Pienso que objeto la palabra. La otra razón es que
humedad, arroyos o charcos, todos son igualmente malos para mí.**

E: Aquí estoy definiéndolo como posthipnótico para lograr un mayor efecto sobre ella a nivel consciente. Con un tono alterado de voz esta pregunta “acerca de este tipo de terapia” ahora convierte a la situación en algo personal y en una relación amistosa.

R: También estás inmediatamente distrayéndola de las sugerencias posthipnóticas que le acabas de dar, para que su mente consciente no comience a discutir o interferir con ellas. Esta es una importante característica de tu aproximación - haces una sugestión y luego inmediatamente una distracción antes de que la consciencia pueda interferir.

E: Mi comentario, “y prometes que no lo olvidarás” se refiere nuevamente a mi pregunta anterior, “¿Cuán pronto me olvidarás?”

R: Eso tiende a reforzar la pregunta anterior mientras se estructuraba una amnesia para todo lo que había tenido lugar entre las dos órdenes.

DESPOTENCIANDO LAS DUDAS CONSCIENTES ACERCA DE LA CURA DEL SÍNTOMA CON UNA DRAMÁTICA EXPERIENCIA HIPNÓTICA

X: Estoy consciente de querer desembarazarme de ello, pero desde otro punto de vista, me siento temerosa, acerca de la capacidad de cambiar.

E: Eso lo sé. También esperas que siempre serás capaz de ponerte de pie, ¿no es cierto?

X: Sí.

E: Y antes de que me conocieras, creías que siempre te podrías poner de pie, y te has encontrado con que hay momentos en que no puedes hacerlo. Sólo inténtalo.

(Pausa mientras intenta ponerse de pie sin éxito.)

Puedes hacer todo lo que yo te diga que hagas, ¿no es cierto?

X: Pareciese que sí.

E: Entonces puedes ponerte de pie.

X: ¿Puedo?

E: Sí.

(Ella se pone de pie)

X: Ep.

E: Ponte de pie nuevamente.

[Mientras lo hace, el autor mayor continúa como sigue]

Trata de sentarte.

[Ella se pone de pie con las rodillas un poco flexionadas pero inmovilizada, y no puede sentarse]

[Pausa]

X: Pienso que mis rodillas están hechas de acero.

E: Ahora puedes sentarte.

[Ella se sienta]

¿Sabes que puedes hacer todo lo que yo te diga que hagas?

¿Supones que incluye al hecho de poder tener las manos secas?

X: ¿Podrías hacer que yo tuviese manos secas?

E: Um hum.

X: Quizás puedes.

E: ¿Quizás? ¿Cuál es tu relación con esta persona que entró contigo?

X: No estoy segura.

E: No le permito expresar sus miedos, entonces procedo a demolerlos con esta demostración.

R: Usas una dramática experiencia hipnótica (no ser capaz de ponerse pie) para despotenciar sus cimientos conscientes negativos, dubitativos, de miedo a no poder abandonar su duradero síntoma. Ese es un propósito mayor al evocar experiencia hipnótica: para efectivamente demostrar que algo puede cambiar, para despotenciar las rigideces erróneas de los cimientos conscientes de un paciente.

E: Yo demuestro que allí hay algo más aparte de sus pensamientos negativos. Es una demolición cuando ella no se puede sentar porque ella ha sabido durante un largo tiempo que puede sentarse y pararse por sus propios medios. No la estoy previniendo, es una experiencia hipnótica: ella está usando algo que ella misma no sabía que tenía. Cuando ella pregunta si puedo hacer que sus manos estén secas, mi “um hum” no es violento sino casual.

R: Es mucho más convincente al ser suave.

E: Pero no la dejo escapar con el “Quizás.” Lo despotencio al repetir “¿Quizás?” con un tono de duda y luego inmediatamente la distraigo de todas las dudas sobrantes haciendo una referencia de su novio.

DESARROLLANDO AL OBSERVADOR OBJETIVO

E: ¿Un viejo amigo?

X: Somos colegas, en realidad. Supongo que dirán que es mi novio.

E: ¿Te molesta si le hago algunas preguntas ahora? [Erickson le hace una serie de preguntas de información general por unos breves instantes, y luego retorna a la señorita X como sigue) Dime, ¿hay alguna cosa en especial que te haga sentir miedo o vergüenza?

X: Mis manos

E: ¿Ahora?

X: ¿Ahora? No, porque estamos hablando de ellas.

E: También estoy explorando el tema sexual. Primero la dejé definirlo. Luego lo dejé a él definirse a sí mismo. Eso le permite a ella sentarse nuevamente y escucharlo objetivamente.

R: Eso desarrolla al observador objetivo en el paciente. Tu respuesta incrédula “¿Ahora?” nuevamente despotencia sus cimientos mentales que hacen posible su síntoma.

DESPOTENCIANDO LOS CIMIENTOS HABITUALES DEL SÍNTOMA: BROMAS Y VALORES INCONSCIENTES

E: Mantengámonos en silencio. ¿Entonces les causará vergüenza?

X: No. Todos los que están en el cuarto saben cuál es mi problema, así que no.

E: ¿Es o era?

X: Es.

E: Veamos esos arroyos entonces.

X: Solo están húmedas.

E: No puedes irrigar nada con una humedad. El único propósito útil de la humedad es con las plantas de casa.

X: Pero no puedes tocar el arpa con plantas de casa tampoco.

E: Entonces reserva la humedad para las plantas de tu casa.

[Pausa]

Esforzarse para creer es muy difícil, ¿no es cierto?

R: Sí.

X: Siempre tuve la sensación de que si realmente pudiesen secarse, nunca más sucedería.

E: Bueno, entonces corrijamos eso.

E: Ahora estamos transformando el síntoma en la situación de hablar acerca de las manos. Estoy cambiando la causa del síntoma: antes, el tocar el arpa causaba el síntoma; ahora, el hablar lo causa.

R: Este es otro modo de ganar el control sobre el síntoma y despotenciarlo: tomas el síntoma de su contexto usual y lo llevas a nuevos cimientos en donde puedas tratarlo con más facilidad - en este caso simplemente utilizando el silencio-. Entonces compites con éxito con el síntoma, y ella descubre que apenas puede producir una humedad.

E: No estoy aboliendo la humedad, le estoy dando a esa humedad un valor removido del arpa.

R: Estás desplazando el síntoma de un lugar molesto a uno útil. La mente consciente puede tomar tu comentario acerca de la utilidad de la humedad para las plantas como una especie de broma absurda en este contexto, pero tu estás logrando algo muy importante en el nivel inconsciente. Para el inconsciente, los síntomas tienen un valor importante. Estás permitiéndole al inconsciente retener el valor del síntoma.

ma (ahora disminuido a una humedad) al desplazar ese valor a otra función concreta: la humedad es buena para las plantas de la casa. Este tipo de desplazamiento trabaja en el inconsciente literal y concreto, incluso cuando es absurdo para un modelo de referencia consciente racional.

REVOCACIONES, IMPLICACIONES, Y VALORES POSITIVOS INHERENTES AL SÍNTOMA

E: Tus manos se pueden secar, pero ¿quieres tener la libertad de que tus manos puedan mojarse nuevamente? ¿No ea eso correcto?

X: Um hum.

E: Mojadas no sólo por ponerlas en agua sino por la transpiración. Así que no intentes robarle a tus manos el derecho a transpirar.

[Pausa]

Tus manos han estado sobre transpirando por un largo tiempo.

Démosle por lo menos dos horas para que aprendan la cantidad correcta. Y puedes ver que ya han aprendido bastante.

(Larga pausa)

R: ¿Es un doble vínculo cuando tú preguntas si ella quiere tener la libertad para que sus manos puedan volver a mojarse? Es una revocación peculiar cuando le dices que puede mojarse las manos.

E: Le estoy dando toda la libertad - ¡incluso para que pueda mojarse las manos!

R: Pero si ella es libre como para mojarse las manos, eso debe implicar que tiene las manos secas. Entonces has usado una implicación para darle una sugestión para manos secas.

E: Como no hay ninguna restricción para las manos, también significa que no hay restricciones para las manos secas. Ella no está puesta dentro de una situación

rígida -hay situaciones en las que las manos mojadas son aceptables. Hasta que me encontré, todo tipo de manos mojadas era horroroso.

R: Le estás dando un valor positivo a algo que era totalmente negativo hasta ahora. La estás ayudando a que reconozca el valor positivo de la función psicológica, que era antes solamente un síntoma negativo.

DESPOTENCIANDO LA FUTURA RESISTENCIA: ENTRANDO A UN TRANCE SIN SABERLO

E: De paso, ¿Cuántas veces has estado en trance en el día de hoy?

X: En realidad estaba tratando de averiguar eso.

[Pausa]

No lo sé, no estoy segura.

E: ¿Más de una vez?

X: Sí.

E: ¿Más de dos veces?

X: Sí, eso creo-

E: ¿Más de tres veces?

X: No estoy segura.

E: ¿Más de cuatro veces?

X: No, no lo creo.

E: ¿Más de cinco?

X: No.

E: ¿Puedes ponerte de pie?

(Ella se pone de pie)

R: ¿Por qué le preguntas cuántas veces ha estado en trance en el día de hoy?

E: Ella no puede saber con seguridad si esta idea apareció cuando ella estaba despierta o cuando estaba en estado de trance. Si vas a cazar un ciervo, es mejor que sepas en qué campo está, porque no lo puedes matar en un campo en el que no está. Ella no puede dirigir cualquier resistencia a cualquier idea hasta no saber si sucedió en estado de trance o mientras estaba despierta.

R: Entonces nuevamente estás despotenciando cualquier expresión posible de resistencia aquí.

E: ¡Futura resistencia! Para resistir cualquier idea primero debe definirla como trance o inconsciente.

R: Entonces estás haciéndolo difícil para determinar si las sugerencias importantes estaban ubicadas en el estado consciente o en el estado de trance. Esencialmente tú estás usando una técnica de confusión para proteger tus sugerencias de su resistencia consciente. Al hacerle esta pregunta acerca del número de veces que ha estado en trance la puede poner en una situación dudosa acerca de su inconsciente. Entonces es muy valioso terapéuticamente si los pacientes no saben si han o no estado en trance. Esa confusión los detiene de sostenerse en sugerencias terapéuticas de un modo que les permite repudiarlas.

E: Sí, es muy valioso.

INMOVILIDAD HIPNOTICA CONDICIONADA AL “INTENTAR”

E: *Trata de sentarte.*

X: No puedo.

E: ¿Estás en un trance?

X: No lo sé.

E: No lo sabes.

Eso es correcto. No lo sabes.

Es por eso que no sabes cuántas veces has estado en trance-.

Ahora puedes sentarte.

[Ella se sienta]

X: Oh, ya veo.

R: ¿Estando en un trance sin darse cuenta?

E: Sí. Si hubiese sido un novio el que te dijese que no te sentaras, te preguntaría si estaría en sus caderas, ¿no es cierto?

X: Sí.

R: ¿Esta inhabilidad para sentarse está causada por el trance momentáneo?

E: Si puedo ubicar un trance en sus caderas, ella debe reconocer que puedo ubicar un trance en sus manos.

R: ¿Pero cómo has sido capaz de ubicarlo en sus caderas? Ella estaba en el estado normal, despierta, cuando le hiciste la pregunta.

E: *Trata* de sentarte.

R: La palabra “trata” formulada de esa manera suave y dubitativa que tú tienes, es un adelanto de que ella no podrá. La has condicionado para que se inmovilice cuando usaste la palabra “*tratar*” de esa manera.

E: Sí, la respuesta hipnótica hace blanco en sus caderas o en sus piernas, y eso ella lo sabe. También se me ha cruzado la idea de que ella en realidad no sabe cuándo está en trance y cuándo sí lo está.

R: ¿Qué es lo que tú piensas acerca de estar en trance sin saberlo? Si tuviésemos una máquina que pudiese detectar el trance, ¿crees que ella podría entrar y salir del trance a lo largo de esta sesión?

E: Sí.

DINAMICAS DE SUGESTION INDIRECTA: DEMOSTRANDO EL CONTROL INCONSCIENTE DEL COMPORTAMIENTO

E: Y estás tomando consciencia de cómo tu mente consciente puede controlarte de manera efectiva.

R: ¿Todas estas demostraciones de la efectividad del inconsciente para controlar el comportamiento son para convencer a su mente consciente de que su inconsciente también puede controlar su síntoma? Esta es tu aproximación básica para enfrentar a los síntomas con la hipnoterapia. No sacas directamente a los síntomas de su existencia. Tú arreglas una serie de experiencias que demuestran la potencia del inconsciente de los pacientes. Les das la oportunidad de presenciar el control terapéutico que sus mentes inconscientes tienen sobre su síntoma y luego permites que su inconsciente continúe con su regulación terapéutica. Entonces la terapia viene de un ajustado inter-juego de psicodinámicas dentro de los pacientes, en vez de ellos mismos tratando de acomodarse a sí mismos a la sugestión directa del terapeuta desde el exterior. Estas son las dinámicas actuales de la sugestión indirecta.

E: Sí.

SUGESTIONES ABIERTAS-CERRADAS PARA ENFRENTARSE A LOS PROBLEMAS

E: Ahora piensa en algunas otras cosas de las que quisieras que se haga cargo tu inconsciente.

X: ¿En el tema de mis manos?

E: Algo más que tus manos. [Ahora tiene lugar una charla agradable acerca de asuntos de familia y aparentemente temas poco relacionados con el tratamiento por alrededor de diez minutos. Le está dando otro descanso.]

E: Aquí estoy llegando a cualquier otro problema que ella pueda tener.

R: Esta es una sugestión abierta-cerrada para permitirle a su inconsciente resolver los problemas que el terapeuta puede ni siquiera conocer.

SEÑALIZACION IDEOMOTORA PARA EVALUAR Y RATIFICAR LA CURA DEL SÍNTOMA: LA SEGUNDA VUELTA

E: Ahora, antes de preguntarte cuál era tu respuesta inconsciente acerca de la transpiración, te hablé de tus manos.

La derecha significa “sí”, la izquierda significa “no”.

“Sí” que transpirarás, “no” que no lo harás.

Observa tus manos y ve si señalan sí o no.

Déjalas descansar en tus muslos.

¿Cuál se elevará?

(Luego de uno o dos minutos de espera, la mano izquierda de X comienza a elevarse muy pero muy suave y lentamente, con muy leves movimientos.)

Tu confianza está creciendo.-

Creciendo más poderosamente.-

[La mano derecha también comienza a elevarse, pero la mano izquierda permanece más alta.]

Puedes cerrar los ojos ahora.

Tu inconsciente puede conocer la respuesta, pero tú no necesitas saberla.

Está bien. Ahora baja tus manos. La pregunta ha sido respondida. Ahora puedes sentirte muy descansada y muy confortable. Ahora, ¿a qué se debe esa sonrisa?

(Pausa)

R: Esta es la segunda vez que has usado la señalización ideomotora para ratificar la cura del síntoma. La primera vez ella elevó su mano izquierda, indicando que ella creía que el síntoma todavía estaba presente. Entonces tú retrocediste y seguiste con el trabajo, (1) despotenciando sus dudas conscientes acerca de la cura del síntoma, y (2) despotenciando los cimientos mentales habituales en los cuales ocurría su síntoma. (3) Ratificaste tu trabajo terapéutico con varias formas de sugestiones indirectas y protegiste esas sugestiones con la distracción, etc. (4) Le permitiste experimentar otro fenómeno hipnótico dramático, como el no poder ponerse de pie o sentarse, para abrir otros canales para el cambio terapéutico que podrían traspasar las erróneas estructuras de su ego productoras del síntoma.. (5) Le

diste un hechizo de respiración, y ahora te sientes preparado como para otro test ideomotor del grado de ganas que ella tiene de abandonar su síntoma. Un cambio hacia la cura es evidente, aunque la situación está todavía poco clara: ella ha elevado su mano izquierda levemente, indicando que el síntoma se está yendo, pero luego se eleva su mano derecha, indicando que todavía está presente hasta cierto grado.

E: La mano izquierda elevándose fue una respuesta testimonial de cualquier duda consciente que ella pudiese tener.

R: Esta vez la mano izquierda se eleva más alto, indicando que la respuesta se ha acercado más hacia el conocimiento de un cambio significativo del síntoma. Luego le dices que cierre sus ojos y su mente consciente necesita no conocer la respuesta. ¿Por qué?

E: [El autor mayor ilustra con una historia indicando que la mente consciente interfiere con el trabajo terapéutico.]

RATIFICACION DEL CAMBIO DE SINTOMA

E: Esas dudas vinieron a tu mente, ¿no es cierto?

X: Sí, lo hicieron.

E: Es agradable observar el crecimiento.

R: Sí, absolutamente.

E: Ahora te contaré otra historia.

(El autor mayor ahora narra una historia clínica de un caso en el que ayudó a una niña de once años a que dejara de mojarse en la cama. Un punto importante de este caso fue que el control del síntoma apareció gradualmente. Luego continúa.)

R: Ahora tomas conocimiento de sus dudas conscientes y las traes hacia lo abierto. Tú, abiertamente tomas conocimiento de la verdad acerca de su situación interior. Ella responde con un afirmativo “sí”. Entonces has abierto un marco de acepta-

ción. Ella está con un carácter afirmativo. Luego inmediatamente sigues con, “es agradable observar el crecimiento,” lo que es un directo refuerzo del hecho de que su mano izquierda sí se elevó, que ella está cambiando y en el proceso está abandonando el síntoma.

E: ¿Con qué parte del cuerpo se moja ella?

R: Tu historia de la niña que se orinaba en la cama era particularmente apropiada porque el síntoma de la humedad y un número de detalles eran similares. Nuevamente estás trayendo connotaciones sexuales.

E: Sí, genitales mojados y manos mojadas.

UTILIZANDO EL TIEMPO Y LAS FALLAS PARA CURAR

E: Date a ti misma el tiempo suficiente. Ahora tus manos están bien por hoy. Pueden tener un poco de humedad mañana, o el día siguiente. Y estarás sorprendida con el aumento de la duración de los períodos de sequedad.

[Pausa]

Luego de un tiempo tendrás una sequía en tus manos. Ahora y entonces llueve incluso en el desierto.

R: Estás utilizando el tiempo para la cura del síntoma.

E: Sí, y le estoy dando permiso para que cometa errores. *Todas las fallas probarán una mejora.*

R: Las fallas probarán una mejora porque vendrán luego de aumentar la duración de los períodos de sequía.

INTERROGATORIO IDEOMOTOR PARA RATIFICAR LA CURA DEL SINTOMA: LA TERCERA RONDA

E: Baja tus manos. Ahora veamos, cuál de las dos manos se moverá. [La mano izquierda se eleva lentamente. Ella frunce el ceño cuando la

levanta.) La muñeca también. Y el codo se flexionará. Acércala a tu cara. Más alto, más alto, arriba, bien, eso es realmente difícil de creer, ¿no es cierto? Ese es tu inconsciente diciendo: sudar no es para tu futuro. Y tu inconsciente sabe eso. Tu inconsciente sabe que tu mente consciente tendrá un conocimiento gradual de eso, solo a la velocidad que tu mente consciente pueda tolerar. Cierra tus ojos.

R: Lo testeaste por tercera vez, y finalmente sólo la mano izquierda se eleva, indicando que la transpiración ha sido efectivamente enfrentada. Este es un claro caso que ilustra cómo retornas una y otra vez para luchar con sus dudas y resistencias internas hasta que recibas una clara respuesta ideomotora de la cura del síntoma.

E: Sí.

R: Ahora nuevamente extiendes la respuesta ideomotora y, por implicancia, la cura, al hacer que su mano levitara más y más alto.

E: “Un conocimiento consciente gradualmente en crecimiento” significa que ella puede aprender tan rápida o lentamente como ella quiera.

DESCANSO DEL TRANCE PARA REFORZAR EL CAMBIO TERAPÉUTICO

E: Entra lentamente al trance. Y ahora despiértate a tu conveniencia. (X cierra sus ojos, se relaja visiblemente por unos minutos, y luego se despierta.)

R: Luego de la exitosa indicación ideomotora del cambio de síntoma le has dado un período de descanso del trance. Ella ha estado bajo un gran esfuerzo (frunciendo el ceño) durante la señalización ideomotora, por lo que ahora le permites tener unos momentos de descanso del trance terapéutico como una forma de recompensarla por su trabajo interior con la relajación y libertad interior.

HUMOR PARA FACILITAR LAS PSICODINAMICAS INCONSCIENTES

E: Ahora un poco de petulancia.

X: Sí.

E: Molesté a la Dra. Bertha Rodger en Nueva York. Yo estaba allí dando una conferencia en un banquete hecho en mí honor. Alguien me preguntó dónde iba a dormir yo esa noche. Yo dije que lo haría con Bertha. Y yo creo que te causará mucha sorpresa encontrar cuan seguido duermes conmigo. Constantemente te vas a dormir conmigo, ¿no es cierto? ¿Te causa vergüenza?

X: No, no creo estar avergonzada.

E: Sólo parece como si yo estuviese relatando una narración personal

R: Pero en realidad tu estás indirectamente trayendo al sexo nuevamente. ¿Pero cuál es el propósito de esta directa confrontación sexual aquí?

E: Le digo que ella dormirá conmigo. Conscientemente ella sabe que no.

R: Ella sabe lo absurdo de ello.

E. Pero lo dije tan convincentemente. Estuve muy convincente para su inconsciente, por lo que su inconsciente dice, “El no está hablando en realidad de dormir con él, ¡está hablando de dormir con alguien más! “Estoy martillando desnudamente en los aspectos sexuales.

R: Estás usando la petulancia y el humor para facilitar la resolución de las psicodinámicas sexuales de su problema. El humor depende de su efecto en causar los procesos inconscientes. Utilizas el humor aquí para iniciar una búsqueda inconsciente y para facilitar los procesos inconscientes íntimamente relacionados con la fuente psicodinámica de la reacción de su síntoma.

RATIFICANDO EL TRABAJO TERAPÉUTICO

E: Hemos hecho mucho juntos, ¿no es cierto?

X: Sí.

E: Hemos hecho mucho juntos. Has estado aquí dos horas y cuarto. ¿Me crees?

X: Sí.

E: ¿Por qué?, ¿Sólo por que lo dije?

X: No. Sé eso también.

E: ¿Puedes volver mañana? Tienes que descansar mucho.

X: ¿Aquí, o en mi casa?

E: Preferiblemente en Phoenix.

X: ¿Quieres que descanse durante la noche así puedo dormir contigo nuevamente mañana?

E: Mañana porque quiero que tengas un buen descanso fisiológico. Has tenido un montón de trabajo. Mucho más de lo que crees. Has alterado muchos de tus caminos cerebrales. Has creado nuevos. Necesitas dormir. Comenzarás a pensar en tus manos de un modo diferente

R: Ahora directamente la ayudas a que tome conocimiento de que se ha hecho muchísimo trabajo terapéutico. Terminas esta sesión con estas maravillosas sugerencias cuando está despierta, que facilitarán el descanso consciente y el próximo trabajo terapéutico en un nivel inconsciente durante su sueño. Su intento al extender tu broma al preguntar, “¿Quieres que descanse durante la noche así puedo dormir contigo mañana? en realidad ubica al sexo en el lugar al que pertenece en el contexto de hacer trabajo terapéutico contigo; ella está comenzando a asociar la sexualidad con la terapia sin siquiera darse cuenta.

SESIÓN DOS

INSIGHT Y TRABAJAR A TRAVÉS DE PROBLEMAS

RELACIONADOS

Al día siguiente X regresó para otra sesión de dos horas con Erickson. Su amigo L está presente como observador. La sesión comienza con la admisión espontánea con sus endurecidos sentimientos de confusión acerca de la terapia del día anterior. Esa confusión es característica del estado mental de la paciente durante los períodos inicial y medio de la terapia con Erickson. La confusión es una indicación de los modelos de referencia habituales de la paciente y de que la orientación hacia la realidad generalizada ha sido disminuida, de manera que sus psicodinámicas están ahora en un equilibrio inestable. Un proceso de desautomatización está teniendo lugar mientras que muchas de las bases erróneas del paciente que fueron responsables de los síntomas y del comportamiento mal adaptado han disminuido hasta el punto en el que nuevas asociaciones y cimientos mentales puedan ser formulados para lograr objetivos terapéuticos.

Reconociendo que es necesario hacer una gran cantidad de terapia insight en esta sesión, Erickson comienza dándole un poco de “ejercicios mentales de calentamiento”: él le pide a ella que recuerde con detalles exactos todo el mobiliario del lugar en el que durmió la noche anterior, y luego todas las cosas que vio en un tour por un Shopping el día anterior. Todo esto le puede parecer irrelevante al paciente, pero Erickson está “entrando en calor” a las operaciones de búsqueda en su mente con material benigno. Estas operaciones de búsqueda serán usadas más tarde en esta sesión, en la que ella necesitará ver y expresar insights.

El autor mayor luego induce el trance con una aproximación ideosensorial (“¿Cuán pronto calentarás tus manos?”) que está perfectamente preparada para X porque la idea de “calor” está atada al tema de la sexualidad que toca uno de sus complejos inconscientes básicos. Luego Erickson se embarca en el trabajo de deshacer las represiones en una variedad de maneras. Su objetivo, como siempre, es ayudar al paciente a que disminuya sus cimientos mentales rígidos que son responsables de la formación del síntoma, de manera que el inconsciente pueda reestructurar una mejor realidad. Utiliza la señalización ideomotora, analogías, historias, y otras unidades para movilizar sus asociaciones mentales continuamente hacia una introspección en áreas críticas. Aquí somos testigos de Erickson en su mejor momento como terapeuta, facilitando el proceso de insight. Continuamente ofrece una aproximación tras otra, como un cerrajero probando con todas las llaves hasta que el paciente finalmente desbloquea sus propias represiones. Luego de una gran resistencia inicial, X experimenta una inundación de insights acerca de

las dinámicas de su familia y las razones de sus síntomas.

El autor mayor luego cierra la entrevista y exitosamente termina la terapia trabajando con muchas de sus dudas conscientes acerca de la remoción del síntoma (su claustrofobia y temor a los aviones así también como a transpirar). De una manera respetuosa finalmente le despliega a X muchas de las aproximaciones terapéuticas que ha utilizado con ella. Los “misterios de la hipnosis” son “deshechizados” con una simple regla de la Teoría de la Utilización de la Sugestión Hipnótica: solamente la ayudó a que utilizase sus propias asociaciones y procesos mentales para lograr sus propios objetivos terapéuticos.

CONFUSIÓN COMO PRELUDIO PARA LA REORGANIZACIÓN MENTAL

E: ¿Qué has hecho desde ayer?

X: No mucho. Me fui a la cama relativamente temprano. Mi mente parecía confundida. Estaba recordando cosas que se habían dicho, palabras mas que nada. Algunas de tus historias. No quería ir al baño en el medio de la noche. No sé si eso tenía algo que ver con la historia que me habías contado ayer, pero tampoco quise ir a nadar anoche. No quería ir al agua. Solamente me sentía confundida en general. No fui capaz de dejar de pensar acerca de lo de ayer.

E: ¿Qué pensamientos particulares has tenido?

X: Bueno, estoy maravillada con la sensación de que hay una especie de entidad interior dentro de mí, que puede escuchar y entender cosas que yo no puedo, y debe tener más esperanzas de las que yo tengo conscientemente.

E: ¿Dónde te estás quedando?

X: Con un trabajador social amigo en Tempee.

R: Cuando ella dice, “Mi mente parecía confundida,” tú lo reconoces como un típico efecto de la etapa inicial de tu terapia. Es un buen signo, ya que significa que

sus modelos de referencia conscientes han tenido una oportunidad de reorganizarse a lo largo de caminos terapéuticos.

E: Sí.

R: Su mente consciente está confundida, pero como ella no fue capaz de dejar de pensar en lo de ayer, debe significar que su inconsciente ha estado trabajando activamente.

E: Ella siente «que hay una especie de entidad dentro suyo,» y luego da su prognosis.

R: Claramente indicando que has estado en la vía correcta al guiarla a que haga contacto con su fuente interna para que pudiese entender mejor y ser más optimista que su mente consciente.

ENTRENANDO EN UN EXAMEN MENTAL COMPLETO

E: Nombra los ítems del mobiliario de la casa.

X: Bueno, en el living hay almohadones gigantes en vez de muebles, pero también hay una, silla rocosa. Hay un almohadón en la cocina. Hay altos taburetes de bar en la cocina también. Hay tres dormitorios, por lo que hay tres camas. Dos camas regulares y una cama de agua. Hay tres vestidores. Creo que eso es todo.

E: ¿No hay otros objetos? No has nombrado una mesa todavía.

X: OK, hay una mesa en la cocina, con cuatro sillas, etc.

E: Ahora, ¿hay alguna cosa en especial que hayas hecho ayer?

X: Me fui de compras yo sola por una hora aproximadamente y fue maravilloso dar vueltas, tomándome mi tiempo. Otra cosa aparte de esa, no.

E: ¿Dónde hiciste compras?

X: En un pequeño lugar, bueno, no pequeño. Es un conglomerado de tien-

das departamentales gigante.

E: ¿Qué objetos observaste?

X: Comida, queso, carnes, tortas de harina, vino, tomates, porotos, *pantalones*.

E: ¿Alguna otra cosa?

X: No.

X: Los pantalones que compré eran pantalones de hombre, pero busqué por un pantalón de traje que fuese para mujer.

R: ¿Cuál es el propósito de esta en teoría irrelevante pregunta acerca del mobiliario de la casa?

E: Cuando piensas en una cosa piensas incluyendo todo, sin excluir nada.

R: ¡Oh, esa es la implicación! Al hacerla pensar en extremo detalle acerca del mobiliario de la casa de su amigo, la estás entrenando inconscientemente a que entre a algo muy completamente sin decirle a su mente consciente qué es lo que estás haciendo. No dices directamente, “Quiero que explores tus problema en su totalidad.” En lugar de eso le cambias el objetivo totalmente.

Luego esperas a que ese proceso del examen completo generalice automáticamente a su propio auto-examen de sus problemas personales.

E: Ella vino a mí con un problema, y yo le digo que va a tener que pensar un poco. Y luego le demuestro con exactitud qué tipo de pensamiento debe llevar a cabo.

R: Luego haces lo mismo al pedirle que haga un examen detallado de sus compras.

E: Ella hace un listado notable: termina con “pantalones.”

R: ¡¿Oh, la implicación sexual de pantalones?!

E: ¡Sí! Está puesto tan hermosamente. ¿Por qué compraría ella pantalones de

hombre? Es como elegir a un hombre.

DESARROLLANDO EL INSIGHT

X: En una ocasión tú me preguntaste acerca de cuán pronto te olvidaría. En realidad no entendí muy bien que es lo que querías decir con eso, pero creo que mi respuesta fue que no creía que lo haría, y L estaba dando su explicación de qué creía él que eso significaba.

E: ¿Y cuál era su explicación?

X: Dos partes de ella, creo. Una que yo no debía dejarte a ti seguir por el camino hacia mí usándome a mí, o algo parecido. Tú estás usándote a ti mismo como una especie de metáfora para asistirme de alguna manera en que yo haga lo que necesito hacer por mí misma. ¿Es eso correcto?

E: Él es más filoso que una navaja (nota del traductor: “sharper than a razor”, expresión inglesa, significa observador).

X: Sí, lo es.

E: ¿Alguna otra cosa? (Pausa) Sólo aquellas cosas que le puedes decir al grupo.

X: Bueno, nuevamente parecía sorprendida ya que parecía como si mi propiamente consciente era una cosa separada, y continué preguntándole a L si él creía que mi mente inconsciente podría entender lo que mi mente consciente no podría. Luego él se rió y me explicó que, por supuesto, eso podía ser verdad. Tu uso de la palabra “coraje” me cabía perfectamente a mí, en parte porque creo que me hallé a mí misma recientemente en una situación muy difícil en mi trabajo por una especie de ejercicio supremo de mi deseo y coraje, también. Eso creo. Oh, sé algo más también. Acerca de la niña pequeña de cabello rubio [X tiene cabello rubio y aquí se está refiriendo a memorias de su niñez] que estaba recostada bajo las escaleras, y creo que L dijo algo acerca de tener claustrofobia, y mi respuesta fue, “¿Cómo sabe él que yo tengo claustrofobia?”

E: ¿Realmente tienes claustrofobia?

X: Um hum.

E: ¿Cuan segura estás de ello?

X: Bueno creo que es un asunto del grado. Una vez cuando estaba arriba, en el brazo de la Estatua de la Libertad, que es un pasadizo muy angosto, me asusté porque era un área muy pequeña, y por la misma razón no me agradan los aviones. Siempre pienso que si alguien realmente quisiera torturarme, todo lo que debería hacer es encerrarme en el armario.

E: ¿En qué momentos del viaje en avión tienes los sentimientos más fuertes?

X: Cuando estoy sentada del lado de la ventana y miro hacia fuera. Creo que eso es lo peor.

E: ¿Cuántos viajes en avión sueles hacer?

X: Viajo a la costa oeste dos veces al año.

E: Ahora, ¿por qué tipo de tiendas has pasado ayer?

X: Una tienda departamental, Broadway, un supermercado, carnicerías, licorerías, artículos deportivos, tienda de bizcochos, farmacias, la tienda de camas de agua, un pescado tropical.

E: ¿Has pasado por algún lugar de trabajo que no te guste?

X: Lo único que me viene a la mente, y no estoy segura de que no me guste, lo que viene a mi mente era un lugar púrpura, de danza nudista en una esquina por la que pasamos.

E: ¿Qué viste en particular en ese lugar?

X: ¿Qué vi? Parecía como un edificio hecho de ladrillo de cemento que habían sido teñidos de púrpura. Y había mujeres desnudas pintadas en

todo el frente del edificio, y, creo, que decía topless.

E: Ella está, comenzando a “pescar” mis dobles significados cuando empieza a preguntarse acerca de mi pregunta de cuan pronto me olvidará. Está en lo cierto acerca del hecho de que ella no me permitirá hacerme camino dentro de ella usándola a ella misma.

R: Ella está ganando insight dentro de su claustrofobia, su miedo a las alturas, y la operación de su propio sistema consciente-inconsciente. Su comentario final acerca de notar el «lugar púrpura de danza nudista» no es elaborado, pero es duro de creer que ella no se dé cuenta de su posible conexión con el hecho de que siempre utilizas ropa púrpura [el autor mayor ve los colores parcialmente, pero puede distinguir tonos de púrpura] y las connotaciones sexuales en tus comentarios. En cualquier caso sugiere fuertemente que su inconsciente está “pescando” las asociaciones sexuales, presentes en tu comunicación a dos niveles. Evidentemente tú sigues preocupado acerca de si ella está preparada para lidiar con los aspectos sexuales, por lo que no utilizas esta apertura posible para hablar de asuntos sexuales.

INDUCCIÓN IDEOSENSORIAL UTILIZANDO UN COMPLEJO PSICODINÁMICO

E: ¿Cómo están tus manos?

X: Húmedas.

E: Debe ser que tienes un corazón cálido. ¿Cuán pronto calentarás tus manos?

X: Se están calentando. Pausa)

E: Cierra los ojos. [Pausa] Reclínate en la silla. (Pausa) Y manténte dormida más y más profundamente.

R: Aquí, tú deliberadamente asocias su transpiración con el corazón cálido y, por implicancia, con el sexo. Entonces, antes de que ella pueda responder o interferir de alguna manera con esta asociación, inmediatamente comienzas una inducción

ideosensorial al trance preguntándole cuándo calentará sus manos. Esa pregunta es inductora al trance porque para sentir una respuesta adecuada de calidez, antes debe caer en trance. Como ya habías asociado la calidez con el corazón, con el sexo, y con la transpiración, esta opción de la inducción refuerza y extiende estas asociaciones. Tu asociación inicial de corazón húmedo y cálido la ubicó en una búsqueda interna para tu objetivo. Esa búsqueda interna es característica del trance de todos los días cuando la gente hace una pausa para una reflexión momentánea acerca de una pregunta o una tarea. Tú inmediatamente haces uso de este enfoque momentáneo para iniciar una inducción al trance que también utiliza las asociaciones internas (calidez) que la están ocupando a ella en ese preciso segundo. Podríamos resumir todo el proceso de la siguiente manera: primero le has dado dos tareas inductoras al trance simultáneamente. (1) La asociación entre el síntoma (humedad) y calidez (sexo) la hace iniciar una búsqueda interna, y (2) la pregunta acerca de calentar las manos requiere el trance para una respuesta adecuada. Estas dos aproximaciones se están interbloqueando y reforzando mutuamente porque tienen el tema en común de la calidez. Este tema común es por sí mismo inductor del trance porque tú lo ataste a un complejo psicodinámico central (calidez, sexo, transpirar) que está presente en su inconsciente. Siempre que tocamos los complejos de una persona, hay, por supuesto, un *abaissement du niveau mentale* (una baja de la consciencia) que también facilita el trance. No hay dudas, entonces, de que ella inmediatamente responde con la respuesta ideosensorial adecuada de calidez y entra al trance.

ENTRENAMIENTO AUTÓNOMO AL TRANCE

E: Mientras estás durmiendo, más y más profundo, yo voy a hacer algunas llamadas. (E marca y hace algunas llamadas telefónicas de naturaleza profesional, discute hacer algunas citas futuras con R, etc. Luego de alrededor de 5 minutos retorna a X.)

R: En las etapas iniciales del entrenamiento para el trance, tú le das al paciente a veces un período libre para aprender a entrar al trance de manera autónoma, por todos los medios que tengan a su disposición (Erickson, Rossi, y Rossi, 1976).

CUESTIONARIO IDEOMOTOR EXPLORATORIO

E: Respira muy lentamente, X. Y asiente con la cabeza o sacúdela suavemente en respuesta a mi pregunta. ¿Te molesta estar conmigo? [Ella asiente con la cabeza] Sí, te molesta. -¿Hay alguien que te gustaría que esté con nosotros? [Pausa, no hay respuesta] Bien, repetiré la pregunta. ¿Te gustaría estar sola conmigo? [Sacude la cabeza diciendo “no”] ¿Sabes por qué? [Pausa, sin respuesta] Bien, otra pregunta. ¿Sabes por qué tienes lo que llamas claustrofobia? [Sacude la cabeza diciendo “no”] ¿Sabes cuándo comenzó tu transpiración por primera vez? [Sacude la cabeza diciendo “no”] ¿Sabes cuándo te aproximarás al arpa para tocar? (Asiente, diciendo “sí”).

R: Luego de cinco minutos de profundizar el trance autónomamente tú la juzgas lista como para responder a algunas señalizaciones ideomotoras exploratorias. Tú generalmente gustas de usar el asentir y negar con la cabeza porque eso utiliza movimientos automáticos y bien aprendidos que la gente frecuentemente usa sin siquiera darse cuenta en la vida diaria. Los pacientes, entonces, tienden a ser más amnésicos para la señalización de la cabeza, a la que no pueden ver cuando sus ojos están abiertos, a diferencia de la señalización con los dedos o manos.

E: Cuando comienzo, preguntándole acerca de estar sola conmigo, estoy tratando de afirmar las asociaciones sexuales de la primera sesión. La estoy dejando ir dentro de sus dinámicas sexuales.

SUGESTIONES POSTHIPNÓTICAS; LA CONSCIENCIA NO NECESITA CONTROL; DESHACIENDO REPRESIONES EN PSICODINÁMICAS CENTRALES

E: Más tarde, luego de que estés despierta, repentinamente pero no inmediatamente, me darás la fecha y el lugar, haciéndolo fuera del contexto de la conversación. ¿Me entiendes? (Asiente, diciendo “sí”) Eso es, estaremos hablando acerca de comidas de gourmet, Minesota como un estado de topos, y de repente, introducirás dentro de la conversación la fecha y el lugar, y luego de hacerlo, te darás cuenta de que será el momento y el lugar en que te aproximarás a un arpa. ¿Ahora comprendes? (Asiente, diciendo “sí”)

R: ¿Por qué utilizas esa aproximación para atravesar su amnesia del momento en

el que comenzó su transpiración? ¿Le estás dando a su inconsciente la oportunidad de entrometerse con sí mismo con la ayuda de cualquier asociación que puede estar relacionada con el material significativo?

E: Al entrenar a un equipo de tiro al blanco para el torneo internacional, les dije que dejen que la vista vaya de atrás a adelante, arriba y abajo, todo a lo largo del blanco. No sabes entonces cuándo apretarás el gatillo.

R: La mente consciente no sabrá cuándo, entonces el inconsciente tendrá la oportunidad de entrometerse y apretar el gatillo en el momento justo. Le estás quitando presión a la mente consciente y se la das al inconsciente. ¿Les has explicado eso a los tiradores?

E: No se lo expliqué a ellos. Les dije que ellos quizás no sabrían cuándo sus dedos apretarían el gatillo. Les quita toda la presión, porque a ellos no les es necesario saberlo. La única cosa necesaria es que la bala dé en el blanco.

R: La mente consciente necesita no saber el momento preciso. Le estás permitiendo al inconsciente que juegue una parte más importante en la respuesta.

E: Y la mente consciente puede estar más cómoda porque no está presionada a hacerlo en un momento exacto. Un niño pequeño siempre pregunta, “¿Puedo hacerlo cuando quiera? El sentimiento de comodidad y libertad es muy importante. No necesitas saber el momento exacto.

R: Le permites esta libertad al inconsciente para que pueda elaborar su propia respuesta de su propia manera y a su propio ritmo. Tú despotencias los marcos erróneos de la mente consciente del paciente que presume controlar todo y entonces permites la libertad para el inconsciente creativo del individuo.

AMNESIA ESTRUCTURADA

E: Otra pregunta: ¿Estás con ganas de estar sola conmigo brevemente? (Asiente, diciendo “sí”] Eso es lindo. Ahora querrías dentro de tu propia mente pensar en el más hermoso evento de tu vida. Sólo piensa en eso. No necesitas decírmelo. También piensa en el peor momento de tu vida. Y no necesitas decírmelo (Larga pausa)

R: Luego de darle una importante sugestión posthipnótica, retornas nuevamente a la pregunta de sus ganas de estar contigo. Continúa la connotación sexual, pero ubicada aquí tiende a estructurar una amnesia para la sugestión posthipnótica que vino entre las dos formas de la misma pregunta.

E: Sí, todo hasta aquí tiene connotaciones sexuales [los momentos más felices y más desdichados].

R: Una absorción inmediata de las preocupaciones sexuales servirían como una distracción que podrían facilitar una amnesia para la sugestión posthipnótica precedente.

SUGESTIÓN POSTHIPNÓTICA EN SERIE PARA UN ENTRENAMIENTO EN ALUCINACIÓN NEGATIVA

E: En poco tiempo estarás despierta, preguntándote dónde se han ido los demás.

(Pausa) Te sorprenderá un poco. ¿Por qué se han ido? ¿Había en eso algún propósito? Ahora despierta lentamente.

(Pausa mientras ella abre sus ojos y reorienta su cuerpo un poco.)

R: Tú sientes que es, en general, más efectivo dar una sugestión posthipnótica en serie en la que el comportamiento posthipnótico está integrado con un comportamiento estando despierto, o típicos patrones de ese comportamiento (Erickson y Erickson, 1941). En este caso no sugieres directamente que ella verá a los otros cuando se despierte. Sólo los realmente mejores sujetos hipnóticos serían capaces de lograr una alucinación negativa tan fuerte tan tempranamente en su entrenamiento. Tú das una forma de sugestión más suave que puede utilizar muchos patrones mentales ya existentes como la sorpresa, y preguntas acerca de por qué se fueron, etc.

DESPERTANDO DEL TRANCE CON AMNESIA POR DISTRACCIÓN

E: ¿Cuál crees que es mi comida gourmet preferida?

X: ¿Pollo?

E: Toma una rodaja de pan, úntalo generosamente con manteca de maní, luego cúbrelo con una fina feta de queso. Ponlo en la tostadora hasta que el queso está derretido. Úntalo con manteca de maní, cúbrelo con una fina feta de queso, ponlo en la tostadora hasta que el queso está derretido.

X: Estoy tratando de recordar si alguna vez tuve queso y manteca de maní.

E: Aquí comienzo con un hechizo respiratorio acerca de mi comida favorita.

R: Esto también sirve como otra distracción que tiende a restituir el trance amnésico precedente.

CONFUSIÓN Y BÚSQUEDA INCONSCIENTE: DESPOTENCIANDO EL CONTROL CONSCIENTE

X: ¿No sé qué es lo que estás por hacer?

**E: ¿Qué es lo que crees que haré?
(Larga pausa)**

X: No lo sé en este momento

E: ¿Qué es lo que no sabes?

X: Bueno, como ayer, yo creía que estabas por hacer, oh, de alguna manera.

E: ¿Cómo te sientes al saber que contienes a otra entidad?

X: Confundida. Me siento desde algunos puntos de vista aliviada y desde otros asustada.

E: ¿De qué deberías estar asustada?

X: Creo que es por una pérdida del control. Si existe otra entidad, enton-

ces hay también otras cosas sobre las cuales no tengo control.

E: ¿Por qué deberías tener control? [Pausa]

X: Bueno, a mí me da mucho miedo estar fuera de control.

E: ¿Cuánto sería estar menos asustada?

X: ¿De estar fuera de control? Bastante, creo.

E: Ahora permíteme clarificártelo. En este cuarto me has cedido el control a mí. Fuera de este cuarto tendrás todo tu propio control, y lo habrás cedido en este cuarto para permitirme que te ayude, eso es todo

Mi primera nuera era una persona maravillosamente hipnó-tica. La llevé a un grupo de estudio en Phoenix para demostrar y discutir la hipnosis. Intenté utilizarla y no le pude sacar ni una sola respuesta. Luego de que volvimos a casa, ella dijo, “¿Me perdonarás, pa?, tenía que saber si tenía o no control.” Me ha pasado aquello en varias ocasiones. Tenían que saber si tenían o no un completo control.

R: Ella trata pero no puede entender la relevancia de esta conversación para su terapia cuando dice que no “sabe qué harás.” Tu esfuerzo de darle un hechizo de respiración en realidad la confunde y la envía a una búsqueda inconsciente. Este tipo de exploración interna es en realidad el tipo de marco mental que tú tratas de ampliar para el trabajo del trance. Entonces inmediatamente retornas así al trabajo de la terapia con tu pregunta acerca de “contener otra entidad.” Ella luego confirma el problema básico de muchos pacientes: están usualmente temerosos de abandonar el control consciente, no confían en su propio inconsciente para que les dé soluciones y nuevos modos de desenvolverse.

E: Con el ejemplo de mi nuera le di otro hechizo de respiración. También le estoy asegurando que tiene el control, eso está bien. Pero realmente lo tienes. Quiero que ella tenga una absoluta confianza en sí misma.

SUGESTIÓN PARADÓJICA Y DISTRACCIÓN

E: Y ahora lo que tú quieres es un mayor control de ti misma. Si le cedes el control de tus relaciones a tus manos, le habrás cedido el control de tus relaciones a lo que tú llamas claustrofobia. Pero ahora puedes tener un control absoluto. Ni siquiera me has dicho que me fuera al infierno.

E: Tú estás dando algo así como un marco paradójico de sugerencias cuando le dices que ella puede tener el control, e incluso cuando cede el control de sus manos, ella cede el control de su claustrofobia. Quieres decir que si ella le permite a su inconsciente que luche con su problema de la mano, también luchará con su claustrofobia. Pero no lo afirmas de un modo claro, racional, para el entendimiento del hemisferio izquierdo, como hice aquí. Lo presentas como una especie de paradoja de tener el control habiéndolo cedido. Una presentación paradójica así momentáneamente frenará sus facultades críticas por lo que su inconsciente nuevamente tendrá la oportunidad de interferir. Entonces, antes de que ella recupere sus facultades críticas, sales con otra orden provocativa acerca de irse al infierno. Esto la distrae aun más, entonces tu sugestión acerca de la conexión entre la transpiración y la claustrofobia no puede ser lidiada conscientemente y debe mantenerse dentro, en donde sólo su inconsciente puede recibirla y trabajar con ella.

INDUCCION AL TRANCE DESPOTENCIANDO LOS MARCOS CONSCIENTES: EVALUANDO LA CAPACIDAD POSTHIPNÓTICA

[X está inmóvil en un estado similar al trance.]

E: ¿Hay alguien más aquí?

**X: ¿En este cuarto? [Larga pausa]
No te puedo dar una respuesta simple.-**

E: Entonces dame una compleja.

X: Bueno, hay tres o cuatro personas en este cuarto, pero no lo son.

E: ¿No son qué?

X: No son chocantes, o algo así.

E: No chocantes. [a R] ¿Te gustaría hacer alguna pregunta acerca de eso?

R: ¿Cómo se sienten tus manos en este mismo momento?

X: Húmedas y cálidas.

E: Están más calientes. Dejémoslas que se calienten más y más.

R: El efecto de tu doble despotenciación de sus marcos inconscientes con una paradoja y una distracción inmediata es que ella es enviada a una búsqueda interior tan intensa que ella está, para todos los propósitos prácticos, en trance. Tú reconoces esto y haces una pregunta acerca de la presencia de otros para evaluar su capacidad de seguir tu suave sugestión posthipnótica acerca de preguntarse a dónde se habrán ido los demás.

E: Ella está diciendo, “Estoy en trance, pero no lo sé.” La realidad no es realidad. Ella está definiendo: No conozco mi estado consciente, sí conozco mi estado de trance, mi estado inconsciente.

R: Su respuesta acerca de personas “no chocantes, o algo así” es un poco como la lógica del trance cuando un sujeto ve a una persona alucinada sentada en una silla pero también ve la silla, como si la alucinación fuese transparente (Orne, 1962). Ella está consciente aunque no está consciente; ella está siguiendo tu sugestión a una alucinación negativa hasta cierto grado. Entonces tú profundizas su trance al pedirle por un comportamiento ideosensorial que sólo puede ser llevado a cabo por su inconsciente; ella está por permitir que sus manos se calienten más.

AUMENTO HIPNÓTICO DE LOS COMPLEJOS PSICODINÁMICOS

E: ¿Dónde pondrás tus pequeñas y calientes manos? Contesta. [Pausa]

X: ¿En mi cara?

E: Ese no fue tu primer pensamiento. ¿Ahora lo sabes? No necesitas enterrar tus pensamientos, ¿no es cierto? Incluso si algunos te son poco familiares. ¿Cuán pronto tendrás esas pequeñas y calientes manos?

X: ¿Cuán pronto las tendré?

E: Um hum.

X: ¿Dónde estaba pensando ponerlas?

E: No, cuan pronto tendrás pequeñas y calientes manos para poner en cualquier lugar.

X: Ellas están calientes ahora.-

E: Es perfectamente aceptable socialmente decirle que deje que sus manos se calienten y hablar de “pequeñas y calientes manos,” ¡pero ahora todos sabemos!

R: En realidad tú estás atrapando sus psicodinámicas sexuales que están envueltas en este aparentemente inocente ejercicio ideosensorial. Esto es nuevamente comunicación a dos niveles para lidiar con temas con los que no estás seguro que su mente consciente esté lista para enfrentar.

E: Cuando le pregunto cuan pronto tendrá esas pequeñas y calientes manos, le estoy preguntando, “¿Cuán pronto ella llegará al sexo?”

R: Cuando ella responde con, “¡Dónde estaba pensando ponerlas!” parece estar acercándose a la desnuda pregunta sexual.

DESHACIENDO REPRESIONES: FACILITANDO EL DIALOGO INTERIOR CON PREGUNTAS DE DOBLE VÍNCULO

E: Rápido, sin pensar, rápido, sin pensar, dame una fecha.-

X: Marzo, 17.

E: ¿Año?

X: 1958.

E: ¿Qué sucedió entonces?

X: Ese sería el día de San Patricio. (Larga pausa) Mi novio se tiñó el pelo de verde.

E: Muy bien. Ahora hay un montón de cosas que te gustaría que yo sepa.

E: ¿Cuántas cosas hay acerca de ti que no quieres que yo sepa? (Pausa)

X: Muy pocas.

E: ¿Sabes el por qué? [Pausa]

X: Sería una situación embarazosa.

E: Ahora la cuestión importante. ¿Qué sabes de ti que no te gustaría saber? No lo digas. No quieres saberlo. ¿Qué sabes de ti que no te gustaría saber? (Larga pausa)

X: ¿Cuántas cosas? (Larga pausa) Dos.

E: Muy bien. ¿Esas dos cosas incluyen algo acerca del arpa? ¿Esas dos cosas incluyen algo acerca de tus manos? Y no quieres saberlo, ¿no es cierto?

X: No quiero saberlo.

E: ¿Por qué?

X: Me forzaría a observar algo que no quiero observar.

E: ¿Crees que es asquerosamente malo?

X: Bastante malo.

E: ¿Y no deseas saber todo lo bueno y todo lo malo acerca de ti? Es sólo tu conocimiento de aquello.

X: Es demasiado.

E: ¿Qué es de lo que estás más asustada? No me lo digas. Cuéntate a ti misma qué es lo que te asusta. ¿Lo has hecho?

¿Puedes compartirlo conmigo?

(Larga Pausa)

No respondas esa pregunta.¿Puedes compartirlo con otros aquí?

X: Um hum.

E: ¿Quieres? (Pausa)

¿Es tan malo como lo pareció ser la primera vez?

X: No.

E: [a R] Vea lo que hice. La protegí a lo largo de toda la línea, y se redujo la seriedad.

R: Sí.

E: ¿Has recordado algo malo?

R: Esta pregunta, por supuesto, está diseñada para atraer a su mente todas las asociaciones más íntimas de las que ella todavía no está preparada para hablar. Pero al simplemente atraerlas en su propio proceso asociativo, es un incremento hacia una expresión eventual. Esta es otra manera de aproximación paradójica o de doble vínculo (Erickson y Rossi, 1975). Al preguntarle a una persona de qué cosas no quiere hablar, la acercas a que hable de ello. Luego de que ella tuvo la oportunidad de darlo vuelta en su propia mente, tú le preguntaste nuevamente si era posible hablar de ello. Sus asociaciones internas son ahora primarias por la expresión, ya que han sido traídas a la parte superior de su consciencia. Como hay una larga pausa, sin embargo, tú te das cuenta de que ella no está todavía preparada como para hablar, por lo que finalmente le dices que no responda la pregunta. Estás siempre cuidadosamente observando a los pacientes y aceptando el lugar en el que están. Tú intentas una aproximación tras otra para facilitar su trabajo interno, pero siempre aceptas cualquier respuesta que den.

DESENSIBILIZACIÓN POR SUGESTIÓN INDIRECTA

**E: (Girando hacia L, que ha tenido cierto entrenamiento en psicología)
¿Qué piensas de la desensibilización? (Pausa)**

L: ¿Es esa una pregunta? Sólo escuché la palabra.

E: ¿La has visto?

L: Sí, es una buena manera de hacerlo.

R: Le has dado un descanso cuando le preguntaste a su novio, L, acerca del proceso de desensibilización con el que recién te habías envuelto. Has estado desensibilizando a X de sus miedos acerca de revelarse a ella misma. Esta también es una sugestión indirecta para X que le permite saber que está desensibilizada y que puede estar preparada para más manifestación propia.

CONTROL Y MIEDO DE LA MANIFESTACIÓN PROPIA

E: [a X] ¿Hay algo no hablado, que puedas hacer sin peligro? (Pausa)

X: Tengo miedo de que mis manos puedan quedar así por el resto de mi vida.

E: ¿Y de qué modo es ese?

X: Húmedas

.

E: ¿Qué es lo malo de eso?

[Larga pausa]

X: Bueno, es una manifestación mía. Muy incómoda. Es una manifestación porque en otras cosas parezco tener tanto control, está esto, en lo que parezco no tener ningún control. Es como si en cualquier momento esta especie de cosa emerge, que no soy lo que parezco ser, o algo así.

E: Que no eres lo que pareces ser. ¿Y qué es exactamente esa gran mentira? ¿Lo sabes?

¿Te la has admitido completamente a ti misma?

X: Supongo que no.

E: ¿Lo quieres?

X: No.

R: En esta sección, X claramente manifiesta su necesidad de control y su miedo de manifestarse ella misma. Hay a veces una tendencia en el hipnoterapeuta de errar en la dirección de descubrir material inconsciente demasiado rápido. Tú cuidadosamente evitas este peligro enfatizando que los pacientes necesitan no hablar hasta que están preparados para hacerlo con una sensación de comodidad y seguridad.

ABANDONANDO EL CONTROL CONSCIENTE

E: Entonces deseas tener una falta de control. Y más temprano hoy dijiste que deseas un control absoluto. ¿Qué es lo que harás con ello? [Pausa]

X: Quiero decir abandonarlo, pero no tiene mucho sentido.

R: Tú siempre tienes esta aparentemente peculiar tendencia de señalar cómo los pacientes no desean tener el control, incluso cuando creyeron que lo tenían. Nuevamente estás tratando de liberar el rígido control de su mente consciente sobre su inconsciente.

E: Yo señalé esa contradicción. Ahora, ¿cuándo desea una muchacha perder el control?

R: Durante el orgasmo.

ESCRITURA AUTOMÁTICA

E: Sólo puedo recordar el segundo nombre de la muchacha cuando estaba enseñando en la Universidad del Estado de Michigan en una clase de psicólogos trabajando para sus F.O. En una clase una muchacha llamada Erickson, sin ninguna relación conmigo, dijo, “Tengo un secreto bien guar-

dado y no quiero saberlo pero debería saberlo. ¿Puede usted hacer algo al respecto?”

Yo dije que sí, fácilmente. Dije, saca un lápiz y mientras me estás mirando, deja que tu mano escriba automáticamente ese tan problemático secreto.

Su mano lo escribió y la vi tomar el papel y doblarlo, y doblarlo y doblarlo nuevamente y lo guardó en su cartera. Algunos meses después dijo, “Por qué te estoy contando este secreto? Rompí mi compromiso.” Yo dije, “Bueno, has roto tu compromiso. ¿Por qué me lo estás diciendo? Apuesto cualquier cosa a que hay algo en tu cartera que te lo dirá.” Ella dijo, “Eres ridículo.” Yo dije, “Es gracioso ser ridículo.” Ella cuidadosamente vació su billetera. Dijo, “¿De dónde salió este pequeño papel?” Lo desenrolló y lo leyó, “No te casarás con Mel, te casarás con Joe.” Y lo hizo. Pero estaba comprometida con Mel. Creo que fue muy importante para ella conocer el secreto. Todo tipo de secretos

E: Conté esta aparentemente irrelevante historia acerca de la escritura automática, pero ilustra una situación física idéntica de tener un “secreto guardado” que no quiero saber.

R: El increíble aspecto de contar esta historia como una ilustración es que en su carta escrita tres meses después de esta sesión, ella reporta una situación idéntica: abandonó a un novio para casarse con otro. Casi sentí como si ESP estuviese operando sobre ti, pero lo niegas.

E: Yo pensé que ella estaba con un conflicto sexual, y no puedes tener un conflicto sin dos objetos opuestos. Cuando yo dije, “Todo tipo de secretos,” lo hice para X también.

TRABAJANDO A TRAVÉS DE LA RESISTENCIA CONSCIENTE

E: Una paciente reciente me dijo que tenía miedo de viajar en avión. ¿Y realmente conoces tu miedo? Esta gran mentira que te estás diciendo a ti misma. ¿No crees que deberías saber todo acerca de él? ¿Cuándo crees que tendrás el coraje suficiente para conocerlo? (Pausa)

X: Más tarde.

E: ¿Cuánto más tarde? [Pausa]

X: Mañana.

E: Bien, ahora dime. Jeff buscando en todos sus bolsillos excepto en uno. No se animaba mirar en el último por miedo a caerse muerto. ¿Comprendes cómo se sentía Jeff? ¿Realmente crees que te caerás muerta si lo conoces? [Pausa] Sólo parece el camino.

¿Cuánto tiempo necesitas para alcanzar ese otro bolsillo?

X: Supongo que puedo hacerlo.

E: Sólo lo supones.

X: Puedo hacerlo.

E: ¿Supones que disfrutarías al encontrar qué es realmente ese terriblemente grande medido?

X: Quizás podría. Quizás.

R: Ahora cuentas otra historia que es relevante para ella porque X también le tiene miedo a los aviones. El principal propósito de esta historia es alcanzar el coraje para conocer todos los propios miedos. Luego retornas a X y a sus miedos. No aceptas ningún “mañana,” pero no le dices eso. En lugar de eso repites una historia con un mensaje, “No te caerás muerta realmente.” Esto es, la remotivas a que trabaje a través de sus resistencias conscientes al contarle la graciosa historia de Mutt y Jeff acerca de nuestros exagerados miedos de nuestra propia manifestación.

REUBICANDO EL DOLOR DENTAL

E: Un hombre de cuarenta años de edad vino a mí y me dijo que, “Yo era un sujeto hipnótico en el colegio. Tenía una fobia dental.” Sé que sufres de

un dolor permanente, un terrible dolor cuando vas al dentista. “Y yo he descuidado mis dientes, están en mala forma, y van a tener que realizarme algunos trabajos dentales, e ir a un consultorio dental significa dolor. ¿Puedes hipnotizarme?” Yo dije, “¿Por qué no dejar que el dentista que tiene que trabajar sobre ti, lo haga? Él había visto a dos dentistas que yo había entrenado, y ellos habían trabajado sobre él separada y conjuntamente. No pudieron inducir un trance. Entonces hice que lo trajesen a un grupo de estudio. Le dije que por el momento mantuviese sus miedos, mantuviese su dolor, pero que entrase a un trance. En el trance le dije que mantuviese el dolor, toda su creencia en el dolor, y que fuese al doctor sabiendo que todo su dolor estaba en su mano izquierda, y que la mantuviese alejada de él. Y dile al dentista que por ninguna razón te toque la mano izquierda. Una mínima respiración sobre su mano izquierda sería extremadamente dolorosa. Durante todo el tratamiento dental el dolor se mantuvo allí. Si alguna vez va a un nuevo dentista, éste se preguntará el por qué. ¿Esta cosa que no quieres saber, tiene algo que ver con tus manos, con el arpa? (Pausa)

R: Ella continúa descansando, por lo que le cuentas otra historia.

E: Le estoy dando un hechizo de respiro pero al mismo tiempo le está dando instrucción. Yo le dije al paciente dental que ubique su dolor en la mano izquierda. Ella puede tener todo el dolor de la realización personal, pero podría saber qué quería realmente en lugar del dolor.

UTILIZANDO LA EXPLOSIVIDAD PARA ALCANZAR AL INCONSCIENTE

E: Muy bien, ahora responde esta pregunta explosivamente. [a R] ¿Podrías decir una palabra explosivamente?

R: ¡Maldición!

E: ¿Podrías [X] decir una palabra explosivamente?

X: No.

E: ¿Cómo conoces el significado de esa palabra? Tú sabes que no quieres decir el significado de esa palabra, ¿no es así? Responde esta pregunta explosivamente. ¿Deberías decir el significado de eso?

X: ¡ No!

E: Contesta esto, ¿deberías?

X: Sí.

E: ¿Lo harías?

X: Sí.

E: ¿Cuándo?

X: ¡ Más tarde!

E: ¿Cuánto más tarde? (Pausa)

X: Dentro de quince minutos.

E: Está bien, pero lo puedes decir explosivamente.

X: ¡ Quince minutos!

[El autor mayor ahora la ocupa con una rápida charla acerca de su casa y su familia por quince minutos. Sin que ella se dé cuenta, él está en realidad utilizando muchos símbolos femeninos y sexuales, -pescado, caja, cosas deseables, etc.-, conversación que tendrá a su mente consciente cerca de la tarea que se esta realizando.

E: La explosividad es un súbito despertarse de su inconsciente y todos hemos tenido esa experiencia. Ahora, yo le estoy pidiendo a ella que logre que su mente inconsciente tenga nuevos aprendizajes explosivos.

AUTO-MANIFESTACIÓN CONFORTABLE: ALTERANDO UNA

IDENTIDAD DE TODA UNA VIDA

E: Ahora, ¿El resultado estará conectado con el arpa, con tus manos, o con algo más?

X: Con el arpa y con mis manos.

E: Los quince minutos ya han pasado. ¿Te sientes realmente preparada?

X: Estoy lista.

E: ¿Quieres, ahora?

X: No parecerá tan malo.

E: Eso está muy mal, ¿no es cierto?

X: ¿Debería decirlo?

E: Seguro.

X: En realidad nunca quise ser arpista.

[Pausa]

E: ¿Qué quieres hacer en relación al arpa?

X: Tocar sólo para mí.

E: ¿Y de quién fue la idea de que fueses una arpista de concierto?

X: Siempre culpé a mi papá, pero debe haber sido mía. Creo que originalmente fue de mi padre.

E: Ahora, ¿por qué has tenido manos húmedas?

X: Sé por qué. Así no podría tocar.

E: Como una excusa.

R: Cuando su auto-manifestación aparece, está sorprendentemente libre de traumas emocionales. El no querer ser una arpista de concierto parece ser un hecho simple, pragmático, aunque ella está abandonando una identidad construida sobre sí misma durante toda una vida. Una de sus mayores bases mentales acerca de ella misma ha sido alterada.

TERAPIA INSIGHT PARA ADMITIR UNA REORGANIZACIÓN DEL COMPLEJO DEL SÍNTOMA

E: Ahora, ¿Por qué crees que tienes claustrofobia en el avión? Deja que tu mente inconsciente responda a esta pregunta, y sólo espera, sin conocer la respuesta. Tu mente inconsciente responderá con un movimiento de cabeza luego de haber digerido mi pregunta ¿Puedes de alguna manera decir algo para indicar por qué tienes claustrofobia en los aviones?

(Larga pausa mientras X cierra los ojos) Ya sea asentir o sacudir la cabeza involuntariamente. ¿Sabes lo que fue? ¿Tu mente inconsciente lo sabe? [Pausa mientras su cabeza asiente muy lentamente] ¿Lo sabes de manera consciente?

X: Sí.

E: ¿Qué fue?

X: Cuando mi hermano y yo éramos pequeños, peleábamos como gatos y perros, y un día cuando volví del colegio estaba enojada con él y le arranqué una hoja de su colección de estampillas. Él me encerró en un armario y lo cerró con clavos, con un gato dentro conmigo. No me gustan los gatos, Fue en el día de San Patricio.

E: No hay nada malo en saberlo, ¿o sí?

X: No, mandaré al infierno a mi hermano apenas vuelva a casa (risas)

E: Creo que es maravilloso conocer todo lo bueno y todo lo malo. Busca en tu memoria, piensa si hay algo más que deberías saber.

Estaba volviendo de algún lugar del estado de Nueva York en avión en medio de una tormenta. (E ahora cuenta una entretenida historia acerca de un incómodo viaje en avión que una vez realizó. Él está evidentemente arrimándose a sus asociaciones acerca de los aviones para darle una oportunidad a que hable de su miedo a volar. Ella no lo hace, por lo que él hace que ella narre todos sus insights psicodinámicos y el trauma crítico del 17 de Marzo de 1958, cuando su hermano la dejó encerrada dentro de un armario, hecho que Erickson cree que está relacionado con el miedo a volar en avión.)

R: Tú no descansas bien con esa gran inundación de insight acerca de la transpiración. Ahora que ella está abierta para trabajar creativamente, tú tomas ventaja de su estado y la presionas con su claustrofobia con una aproximación ideomotora para facilitar el fluir desde el inconsciente a la consciencia.

RESUMEN DE INSIGHTS PSICODINÁMICOS: RESOLVIENDO LA FOBIA A LOS AVIONES

E: Realmente estás concentrada en no saber. Has practicado muchas veces la transpiración. Ahora has tenido delante tuyo una pequeña práctica de estar con las manos secas, y sin manos. Ahora, ¿hay algo más en lo que te ayudar?

X: No, en realidad siento una gran necesidad de correr al aeropuerto y tomar el primer avión que salga.

E: Es una gran sensación, ¿no es cierto? ¿Estarás completamente abierta y verdadera hacia ti a partir de ahora?

X: Probablemente no.

E: Bueno, no somos perfectos, sabes, pero dejemos que las automentiras sean lo más pequeñas posibles. ¿Cómo te sientes acerca de ello luego de dos días de aprender todo acerca de ti?

X: Supongo que me siento algo así como si estuviese en el momento de la decisión, acerca de conocerlo por unos momentos. Estoy de alguna mane-

ra satisfecha de que está fuera ahora.

E: ¿Te sientes enojada conmigo por la incomodidad?

R: Aquí tienes un resumen de todos sus recién adquiridos insights de manera que puedan ser integrados en un nivel consciente. También tú estás explorando la posibilidad de que su miedo a volar pueda estar también relacionado de alguna manera. Como toque final, tú das una gran permisividad observando la sexualidad en la forma de una comunicación a dos niveles acerca de manos calientes. -Luego, ella revela una aparentemente espontánea resolución de su fobia a los aviones cuando dice que “en realidad siento una gran necesidad de correr al aeropuerto y tomar el primer avión que salga.”

GRADUACIÓN DE LA DISMINUCIÓN DEL SÍNTOMA: REORGANIZACIÓN CREATIVA DE LAS PSICODINÁMICAS

E: Eres consciente de que pasará un tiempo antes de que tengas las manos secas.

X: Um hum.

E: ¿Eso no es tan embarazoso para ti, no es cierto?

X: No.

R: Nuevamente te aseguras de que ella sepa que el síntoma desaparecerá gradualmente a lo largo del tiempo. Entonces le das a su sistema una chance justa de reorganizarse a sí mismo y de acabar con su miedo al fracaso. Entonces no estás envuelto en esta noción simplista de “remover el síntoma”, estás haciendo mucho más: Tú estás facilitando una reorganización creativa de sus psicodinámicas de manera que un síntoma no es más necesario. Se necesita tiempo para continuar ese proceso de ajuste interno.

LA TEORÍA DE LA UTILIZACIÓN DE LA SUGESTIÓN HIPNÓTICA

E: Espero que hayas disfrutado esto y que estés consciente de que eres

una persona muy hipnótica.

X: No quiero creerme demasiado que soy una buena persona.

E: Puedes creerlo todo lo que quieras. Todo lo que yo hice fue decir palabras y al hacerlo he estimulado recuerdos, ideas que ya tenías, y luego tú actuaste sobre esas memorias. Tienes recuerdos del tiempo en el que ni siquiera sabías que tus manos te pertenecían. Y ni siquiera sabes cuándo supiste por primera vez que tus oídos están donde están. Y no sabes cómo localizaste finalmente a tus oídos. A los padres les gusta que los niños se señalen el pelo, la frente, los ojos, la nariz, la boca, el mentón, y los oídos.

¿Pero cuándo supiste realmente dónde estaban ubicados tus oídos?

X: No lo sé.

(Erickson demuestra el conocimiento de la ubicación del oído al tocarse su oído derecho pasando su mano izquierda por detrás de su cabeza.)

E: En una oportunidad no sabías que esas eran tus manos, entonces tratabas de levantar tu mano derecha con tu mano derecha. Te llevó mucho tiempo aprender a levantar tu mano derecha con tu mano izquierda y tu mano izquierda con tu mano derecha. Entonces tienes un enorme banco lleno de recuerdos y conocimientos, y todo lo que yo digo es decir algo que toque a esos recuerdos. Ayer, cuando dije, “*Trata de ponerte de pie,*” busqué en tu banco de recuerdos un momento en el cual no pudiste ponerte de pie. Y hubo una época en la que no podías sentarte porque no sabías lo que eso significaba.

Incluso había una época en la que ni siquiera sabías que eras una persona. Todo lo que yo tenía que hacer era buscar en tu banco de recuerdos y no podrías hablar.

R: Esa es nuestra teoría acerca de los fenómenos hipnóticos.

E: Um hum. (Pausa)

R: En estos comentarios finales le estás dando en realidad una idea clara de nuestra utilización de la sugestión hipnótica. La sugestión no es introducir algo en el

sujeto; la sugestión es el proceso de estimular “recuerdos e ideas que uno ya tiene” que pueden ser actuadas por el sujeto. La sugestión es simplemente el proceso de evocar las propias asociaciones internas de los sujetos, y ayudarlos a utilizar estas asociaciones para nuevas causas. Los llamados fenómenos hipnóticos, en realidad, son partes disociadas del comportamiento que alguna vez fueron normales en etapas anteriores del desarrollo y etapas iniciales del aprendizaje.

E: Saber cosas y no saberlas al mismo tiempo. [Erickson cuenta otra de sus historias favoritas acerca de su hija Christie, que lloró y gritó por siete días consecutivos hasta que finalmente se puso de pie y dio 142 pasos consecutivos la primera vez que caminó. Sólo se dio cuenta de que era una persona y tuvo que demostrarlo.]

COMPLETOS RESULTADOS ACERCA DEL FENÓMENO HIPNÓTICO: CONTROL, LIBERTAD, Y FLEXIBILIDAD DEL COMPORTAMIENTO

E: Ahora no necesitas nunca más que alguien te hipnotice a menos que sea para tus propósitos. Y nadie te puede controlar, y puedes desafiarme en el momento que deseas, a mí o a cualquier otro. Eres una ciudadana libre, y sé libre contigo misma. Es el infierno estar atado a la transpiración y tener sensaciones extrañas en el avión ¿no es cierto?

(Erickson ahora cuenta una entretenida historia de cómo cambió una aversión de toda la vida a la alcaravea simplemente masticando lo suficiente hasta que comenzó a gustarle. Entonces se demostró a sí mismo de que podía cambiar sus gustos si se lo proponía.)

Necesitaba saber que podía alterar mi comportamiento, y tú puedes hacer lo mismo con tu transpiración. ¿Hay algo más? He hablado contigo tanto tiempo. ¿Debería cobrarte?

X: ¡¡¡No!!!

E: ¡Eso es maravilloso! ¡Eso es realmente maravilloso!

E: ¿Me enviarás una tarjeta de Navidad?

X: OK.

E: Ha sido muy, pero muy agradable conocerte.

X: Ha sido muy agradable conocerte a ti también.

E: Que la pases bien en ... y espero verte en tu viaje de vuelta.

R: Frecuentemente presencié cómo al final de un proceso de terapia les das a los pacientes una completa explicación de la naturaleza de la hipnosis. En particular, enfatizas que en realidad tienen absoluto control sobre el proceso y que lo pueden usar con cualquier propósito constructivo. Rechazas cualquier concepto erróneo acerca del proceso de control al darle el control y libertad al paciente. Es ridículo para el terapeuta que hay que guardarle secretos al paciente. Sólo una comprensión completa del fenómeno hipnótico y de los métodos de la hipnoterapia pueden ayudar al público y a los individuos en busca de ayuda. Con esta historia final de cómo superaste tu aversión a la alcaravea, la despediste con un buen modelo de auto-cambio y flexibilidad de comportamiento.

E: Su “¡No!” en respuesta a mi pregunta acerca de los honorarios fue muy explosiva... si ella puede ser explosiva conmigo, puede serlo con cualquier otro.

R: Aquí, le has dado una oportunidad social de usar sus recién adquiridas auto-afirmaciones y, al mismo tiempo, al no cobrarle por las sesiones, la has compensado por habernos permitido grabar sus sesiones y publicarlas. El pedido de una tarjeta de Navidad sirve como una manera de continuar la relación.

UNA NOTA SOBRE LA NATURALEZA CREATIVA DE LA PSICOTERAPIA

(Lo que sigue es una versión editada de uno de los esfuerzos del autor mayor de formular un estudio general de medio siglo de exploraciones hipnoterapéuticas.)

Aunque hemos hecho un esfuerzo para generalizar los principios que envuelven a este caso, debemos admitir que cada encuentro hipnoterapéutico es único. Erickson continuamente habla sobre el tema de que cada relación hipnoterapéutica es una exploración creativa. Esto es así porque el comportamiento, ya sea en

estado alerta o en un trance hipnoterapéutico, no es necesariamente lógico, bien ordenado, apropiadamente pertinente, e incluso razonablemente apropiado para la situación o condición que lo evoca. Puede ser lógico, ilógico, sin sentido, irrelevante, al azar, mal dirigido, metafórico, humorístico o lo que sea. Es en general imposible predecir con precisión cual será la respuesta de un individuo en cualquier encuentro terapéutico porque las simplezas y complejidades del comportamiento y su no razonabilidad e idiosincrasia derivan de muchas permutaciones de factores experimentales desconocidos en toda una vida de aprendizajes del paciente. Sólo se pueden hacer amplias generalizaciones. Muy frecuentemente, sin embargo, estas generalizaciones se quiebran o se pierden en un campo de complejidades cuando un terapeuta determinado enfrenta a un paciente determinado en un momento y lugar determinados.

Por estas razones, cuando se encuentran problemas de disturbios o comportamientos anormales, todo tratamiento con aproximaciones debe integrar la individualidad del terapeuta y del paciente. No existe un método rígidamente “controlado” o “científico” de obtener el mismo comportamiento de uno o más pacientes bajo las mismas condiciones en momentos diferentes. Incluso cuando el rango de respuestas parece ser muy limitado, pueden ocurrir comportamientos totalmente imprevisibles. Entonces, mientras principios científicos generales de la psicoterapia ciertamente existen (este principio de su carácter esencialmente creativo siendo uno), la utilización de estos principios requiere una continua apreciación de la naturaleza única y exploratoria de todos los trabajos psicoterapéuticos. Los psicoterapeutas no pueden depender de rutinas generales o procedimientos estandarizados para ser aplicados indiscriminadamente sobre todos sus pacientes. La psicoterapia no es la mera aplicación de verdades y principios supuestamente descubiertos por académicos en controlados experimentos de laboratorio. Cada psicoterapeuta encuentra su faceta única, y requiere un esfuerzo fresco, creativo de parte de ambos, el terapeuta y el paciente, para descubrir los principios y objetivos de lograr un objetivo terapéutico.

Esta aproximación individualizada y creativa es particularmente importante en la hipnosis. En siete años de estudio de la aproximación del autor mayor, por ejemplo, el autor junior ha frecuentemente requerido la demostración de un fenómeno hipnótico particular con un paciente en particular durante una sesión de terapia. Durante mucho tiempo el autor mayor rechazó esos pedidos humorísticamente porque sentía que el autor junior debería haberse dado cuenta de que el pedido era inapropiado o imposible para ese paciente determinado, en ese momento determi-

nado. Sin embargo, en casi todas las oportunidades en las que el autor mayor accedió a hacer la demostración requerida, tuvo éxito al evocar la mayoría de los fenómenos hipnóticos asociados con el trabajo clínico, como acciones ideomotoras, catalepsia, disociaciones, amnesia, hipermnesia, distorsión del tiempo, alteración del conocimiento, de las emociones, y, por supuesto, la modificación y transformación del comportamiento sintomático que hemos visto en este caso.

La causa más común que al autor mayor le pareció la causante de sus éxitos y de sus fallas fue el grado del que él era capaz de evocar y utilizar la motivación particular del paciente y el repertorio de aprendizaje experimental. Los efectos hipnóticos más importantes podían ser evocados debido a la naturaleza de la relación de transferencia y la importancia de estas respuestas hipnóticas para el éxito terapéutico tan deseado por el paciente. Las fallas, en particular aquellas que envuelven los efectos hipnóticos en los que el autor mayor tenía más experiencia en evocar en marcos experimentales, eran tomadas generalmente como irrelevantes para las verdaderas necesidades del paciente. Aunque el autor mayor usó algunas rutinas estándares al preparar experiencias hipnóticas, él estaba perpetuamente utilizando las bases mentales propias de cada paciente y sus patrones de asociación idiosincráticos.

UN SEGUIMIENTO DE TRES AÑOS

En las tres Navidades siguientes, X le envió al autor mayor una tarjeta de Navidad con algunas noticias familiares y algunas fotografías de sus hijos recién nacidos. Cada mensaje confirmó su libertad de los síntomas, la nueva orientación de su vida con su familia en aumento, y el placentero hecho de tocar música para ella misma.

CASO 6: DEMOSTRANDO EL ASMA PSICOSOMÁTICO CON SHOCK PARA FACILITAR LA RESOLUCIÓN DEL SÍNTOMA Y EL INSIGHT

Una aproximación básica a los síntomas psicossomáticos demostrará claramente e inequívocamente cómo son controlados y mantenidos por procesos psicológicos. Esa demostración rompe con preconcepciones limitantes acerca de la naturaleza orgánica del problema y usualmente pone al paciente en contacto con

las psicodinámicas del problema. Si es correcto que los síntomas psicósomáticos están asociados más cercanamente con el funcionamiento del hemisferio cerebral derecho (Galín, 1974), una demostración hipnótica del control psicogénico del problema puede estar haciendo contacto con las fuentes hemisféricas del síntoma, ya que el trance mismo está considerado como una actividad del hemisferio derecho (Bakan, 1969; Hilgard y Hilgard, 1975). Esto nos ayuda a comprender por qué sucede que el insight «espontáneo» hacia las raíces y psicodinámicas del problema frecuentemente siguen con una demostración del control psicológico de su síntoma. La experiencia de trance abre caminos comunes entre las psicodinámicas y las raíces del control del síntoma. El siguiente caso, escrito por el autor mayor, es un típico ejemplo de cómo puede ser utilizada esta aproximación.

ASMA PSICOSOMÁTICO

La señorita G., de treinta y cinco años de edad, casada durante diez años, con un hijo de nueve, hizo una consulta psiquiátrica. Esto fue en protesta a los repetidos diagnósticos que había recibido de media docena de diferentes médicos especializados en alergias, al efecto de que su asma crónica, que le duraba desde Noviembre hasta Abril, con diez años de duración, era psicológica. La historia pertinente obtenida fue que la excitación de su boda había seguido dos días más tarde con la largamente esperada muerte de su madre, inválida en cama desde hacía dos años. Su madre no había dejado testamento, pero, como regalo de bodas para su hija, había extraído de su marido una solemne y jurada promesa de que, cuando ella muriera, él dispondría de la granja, le daría a su hija la mitad, y luego, si quería, se podía retirar con su mitad.

Luego del funeral, el padre le dijo que su promesa a su madre no tenía sentido y que ella recibiría la mitad de las ganancias anuales hasta que él muriera, momento en el cual heredaría todo. Ella y su marido se enojaron y se mudaron a otro sector del país. Luego de dos meses la pareja se reconcilió un poco con el padre e iniciaron una amistosa correspondencia a fines de Octubre. El padre contestó, y su primera carta la encontró a ella con un fuerte resfrío en cama. Su recuperación fue lenta, y esto fue atribuido a una reacción pulmonar a las impurezas atmosféricas resultantes de la industria minera de ese pueblo. Se desarrolló como complicación un asma, pero se desvaneció con el advenimiento del clima cálido. En Junio se mudaron al valle de San Fernando, pero en Noviembre, presumiblemente debido al smog, nuevamente desarrolló asma, que persistió hasta Mayo. En Junio se mu-

daron a San Francisco, pero en Noviembre el asma reapareció y persistió hasta Mayo. Las mudanzas que siguieron fueron en vano. Al lugar que fuesen, el asma se volvía a desarrollar en Noviembre y seguía hasta Mayo.

El interrogatorio acerca de su padre dio como resultado que él había continuado con la granja pero como actividad part-time. Él plantaba, hacía los cultivos, los cosechaba. Cuando esto estaba hecho, le cedía la administración a un empleado y pasaba el invierno en una ciudad distante con gran confort. Con el advenimiento de la primavera, retornaba a la granja y trabajaba duro hasta que se completaba la última cosecha. Un inmediato interrogatorio acerca de la frecuencia con que el padre enviaba cartas dio como resultado que en el verano él estaba demasiado ocupado como para escribir y que reservaba esa actividad para su tranquila vida invernal. La paciente no pudo hallar ninguna conexión posible entre su asma y las cartas semanales de su padre.

Se le preguntó si ella esperaba que el autor probase que su asma definitivamente era psicogénica u orgánica. Ella respondió enfáticamente que, en cualquier caso, estaría tremendamente aliviada, pero agregó que era incuestionablemente orgánica ya que había comenzado con un resfrío, y había sido agravada por las impurezas atmosféricas de la ciudad minera, y sólo ocurría bajo climas fríos. Como si esto fuera poco, desaparecía con el clima cálido. También, debía ser orgánico, ya que en diez años no había tenido un sólo ataque de asma en verano, y era la misma persona psicológicamente en climas cálidos y en climas fríos. Se le dijo que la hipnosis serviría de ayuda para el diagnóstico, y aceptó rápidamente ser hipnotizada.

Ella demostró ser una excelente sujeto, desarrollando un profundo trance fácilmente. Se le dio un rápido entrenamiento en sugerencias posthipnóticas. Luego fue instruida durante el trance que en el momento de una señal específica (cuando el autor mayor golpease su lápiz tres veces) se le daría una tarea de memoria, una tarea de memoria muy importante, que sería definida en el momento apropiado. Ella aceptó seguir con cualquier instrucción, y, también, dormirse cuando se hiciera cualquier otra señal (cuando su encendedor fuese depositado en el cenicero). Fue despertada con una amnesia comprensible de su experiencia en el trance. Luego de unos pocos comentarios casuales, se la interrogó acerca de la posibilidad de ataques de asma veraniegos. Ella era más positiva en sus negativas.

Se mencionó que el reloj indicaba que la hora era 2:17 P.M., y se le advirtió que

era un 8 de Julio muy caluroso en Phoenix, Arizona. Luego se le preguntó si le parecía que podía desarrollar un severo ataque de asma exactamente a las 2:37 P.M. Ella dijo que la idea era ridícula. Se le aseguró que si su asma era psicogénica, era posible y probable que sucediese. Sin embargo, si era orgánico, no debía tener miedo. Un poco confundida, esperó por más elaboraciones, pero el autor sólo la dejaba dirigir su atención al reloj.

A las 2:25 P.M. se le preguntó si se sentía cómoda. Ella contestó que se sentía un poco confundida, porque observar un reloj no le podía hacer nada. A las 2:34 se le hizo el comentario de que faltaban solamente tres minutos para que ella pudiese o no desarrollar un ataque asmático. Ella sólo sonrió en respuesta. A las 2:37 se volvió expectante hacia el autor. Inmediatamente el autor golpeó su lápiz en la mesa tres veces (ésta era la señal para que recordase la sugestión posthipnótica) y dijo, “Recuerda completamente, como si lo estuvieses leyendo, el contenido de cualquier carta que tu padre te haya escrito.” Un violento ataque de asma tuvo lugar.

Durante él, se le dijo, “El día es cálido. Es el 8 de Julio. Es verano. No hay humo, ni polvo, ni frío. No tienes ninguna infección pulmonar reciente. Estás experimentando un severo ataque de asma. Comenzó a las 2:37, veinte minutos después del momento en que yo dije que lo haría, *si era psicogénico*. Se detendrá cuando yo lo diga. ¡Es psicogénico! Lo puedo remover a las 2:45 o a las 2:47, porque puedo hacerlo. ¿Ves este encendedor? Eso es todo lo que es. No es ni medicina ni magia. Pero cuando haga algo con él, tu asma desaparecerá. Obsérvalo cuidadosamente. Asegúrate que sabes, que realmente sabes, que tu asma es psicogénico. Ahora observa.» Inmediatamente el encendedor fue arrojado dentro del cenicero. Ella entró en un profundo estado de trance, y se le ordenó que durmiese profundamente, confortablemente, y que se despertase libre de su asma y con un recuerdo de todo lo sucedido. Se lo debería relatar al autor.

Ella respondió perfectamente, y luego de despertarse comenzó a verbalizar libre y comprensivamente. Sus recuerdos pueden ser resumidos como siguen: Su madre había estado atada a la cama durante mucho tiempo debido a una parálisis, problemas cardíacos, y una enfermedad respiratoria. Su padre nunca había tratado a su madre o a ella misma con una gran amabilidad, y se sentía culpable. Un poco antes de su primer ataque de asma, ella recibió una carta de una amiga contándole que su padre se mostraba interesado en una mujer que se sabía que era promiscua. Su ataque asmático sucedió a la primer carta de su padre. A partir de ese momento

comenzó a recibir semana tras semana las cartas de su padre, y se sentía obligada a responderle cada una. Su retorno a la granja cada verano le daba una sensación de alivio porque ella sabía que él estaría demasiado ocupado como para meterse en actividades indeseadas o escribirle a ella.

Cuando completó su historia, se le preguntó qué esperaba hacer. Su respuesta fue que pensaría más los asuntos y que decidiría tal curso de acción. Subsecuentes reportes indican que visitó a su padre, discutió la situación con él, contrató un abogado, e intimidó a su padre a que ejecutase instrumentos legales asegurándole el control y eventual dominio de su porción de la granja, y dándole a él la libertad de hacer lo que quisiese con su porción. A partir de ese momento el padre manejó su propiedad bien, pero fue disminuyendo su porcentaje lentamente.

Todavía escribe regularmente cada invierno, pero la paciente no ha tenido ataques de asma desde aquél inducido en el consultorio el 8 de Julio de 1949. Fue vista por última vez de casualidad a fines de Junio de 1954.

Será informativo examinar las etapas de cómo progresó este caso. Las cinco etapas de nuestra aproximación general señalada anteriormente serán señaladas y enfatizadas en *itálicas*, junto con el uso del autor mayor del shock y la sorpresa para facilitar una reorganización de su entendimiento.

Hay un período inicial durante el cual la paciente consulta a un número de médicos por el tratamiento orgánico de su problema. Como esto falla repetidamente o resulta, da buenos resultados por cortos períodos, a la paciente se le informa que el problema debe ser psicológico.

La paciente llega al consultorio del psicoterapeuta con una gran confusión y tensión interna, todavía protestando que no podía ser psicológico. En lugar de estas protestas, *confusión* es una indicación de que *los modelos de referencia originales del paciente acerca de la naturaleza orgánica del problema han sido "sacudidos" y despotenciados al menos en parte*. La confusión es una señal de que está perdida entre tener que abandonar las bases orgánicas sin todavía comprender las nuevas bases psicológicas. La confusión es entonces un pre-requisito psicológico importante para el cambio terapéutico; señala el deseo del paciente de cambiar aunque no siempre eso sea reconocido.

El terapeuta, en su inspección inicial del problema, se determina a sí mismo los

hechos relevantes y las posibles psicodinámicas del síntoma. En este caso el autor mayor rápidamente halló las posibles raíces psicogénicas por el obvio motivo por un problema: (a) la paciente perdió la herencia bajo las particulares circunstancias de su boda y la simultánea muerte de su madre; (b) la asociación regular entre los síntomas de la paciente y las cartas de su padre. Cuando la paciente no pudo hallar ninguna conexión posible entre su asma y las cartas de su padre, el autor mayor reconoció un posible bloqueo o disociación que podrían ser un factor en la formación del síntoma psicósomático. En este punto, cuando todos los hechos son aclarados, algunos pacientes reconocen la conexión. Ganan insights y trabajan a través de ellos con la ayuda del terapeuta para hallar una solución final para el problema. No es necesaria una intervención hipnoterapéutica.

Aunque esta paciente no pudo captar las asociaciones psicológicas señaladas por los hechos y circunstancias de su vida, este interrogatorio inicial estableció (1) *una relación agradable y un modelo de referencia terapéutico* en un nivel consciente. Luego se mantuvo para dinámicas inconscientes y raíces experimentales del reconocimiento, sabiendo que está activado.

El autor mayor aproxima estas raíces no reconocidas del síntoma con una demostración hipnótica del control psicológico del asma. Primero hace que ella experimente los efectos del trance y que siga las sugerencias posthipnóticas. Como es típico en su aproximación general a los síntomas, él (2) *demuestra con la propia experiencia de la paciente cómo su inconsciente puede controlar su comportamiento y de esa manera indica que el lugar del cambio terapéutico estará dentro de su inconsciente*.

Durante el trance se le dan cuidadosas sugerencias para que responda con importantes recuerdos cuando se le da una señal específica. No se le indica acerca de qué serán sus recuerdos, ya que eso podría acarrear posibles resistencias conscientes. Su inconsciente, sin embargo, probablemente responderá a la obvia implicancia de que tendrá algo que ver con su asma, activando sus relevantes programas de búsqueda inconsciente en esa área. La implicancia es un medio muy efectivo de (3) *evocar búsquedas y procesos* en un nivel inconsciente que pueden ser precipitados a la consciencia cuando se da una señal específica.

Antes de proceder, el autor mayor agregó una medida de seguridad. Luego de darle un entrenamiento en el seguimiento de sugerencias posthipnóticas, la instruye a que se duerma -eso es, a que entre a un trance- cuando se le dé una señal

específica. Gracias a esto cualquier comportamiento o proceso sintomático que amenazase con complicarse podría ser inmediatamente atenuado al hacerla entrar a un trance.

Luego él le da a su inconsciente tiempo, desde las 2:17 P.M. hasta las 2:37 P.M., para permitirse a sí mismo producir un ataque asmático si el asma era realmente psicogénico. El inconsciente no funciona por magia. Se requiere tiempo para que haga su trabajo. El autor mayor juzgó que llevaría como mínimo veinte minutos poder trabajar a través de las limitaciones inhibitorias de los marcos conscientes de la paciente, que “declaraban que la idea era ridícula.” Se dio una expectación para el ataque asmático a las 2:37.

El autor mayor luego permite que la expectativa y la tensión se produzcan por veinte minutos. A la hora señalada, 2:37, ella se vuelve (1) *expectante* hacia él; aparentemente lista. Luego él da la señal posthipnótica esperada (golpeando su lápiz tres veces) y le da la tarea de memoria esperada de recordar “el contenido de cualquier carta que tu padre te haya escrito.” Un violento ataque psicogénico de asma tiene lugar. Ella entonces se precipita a un (2) *estado de shock durante el cual sus bases mentales y de defensa habituales son despotenciados momentáneamente*.

Durante este período crítico, el autor mayor simplemente comenta todos los hechos obvios que hacen a la naturaleza psicogénica del asma. Cuando las bases mentales habituales de una persona (la generalizada orientación hacia la realidad) son tan sacudidas por el (3) *shock y la sorpresa*, uno tiende a atarse a cualquier sugestión o sistema de creencia que restablecerá seguridad y confort. Los hechos acerca de la naturaleza psicogénica del asma son luego reforzados a través de la seguridad y el confort que siguen con la señal posthipnótica (encendedor-cenicero) para entrar a un profundo y cómodo estado de trance del cual ella se puede despertar *libre de su asma* con un conocimiento total de todo lo sucedido. El autor mayor entonces (4) *demuestra que ella se ha librado de su comportamiento sintomático* al abrir la posibilidad de (5) *lograr el insight hacia las fuentes y psicodinámicas de su problema*.

Ella logra esos insights y hace sus propios planes acerca de cómo manejar sus problemas.

CASO 7 RESOLUCIÓN DEL SÍNTOMA CON CATARSIS FACILITANDO LA MADURACIÓN DE LA PERSONALIDAD: UNA APROXIMACIÓN AUTORITARIA

Este caso ilustra cómo la hipnosis puede ser utilizada efectivamente incluso cuando el paciente es un sujeto hipnótico difícil y no responsivo con el cual sólo es posible un suave estado de trance. Tres sesiones de dos horas eran necesarias para lograr a lo sumo el trance liviano, pero eran suficientes como para presentar la sugestión básica: “Tu inconsciente sabrá qué hacer y cuándo hacerlo. Te atenderás absolutamente a esa necesidad y me darás una expresión completa. Cuando finalmente eso esté completado, te podrás recuperar de tu problema actual.” Aunque el autor mayor no podía evocar ninguno de los fenómenos hipnóticos clásicos con este paciente, la sugestión anterior fue suficiente como para asignar *el lugar del cambio terapéutico en su inconsciente*. Al inconsciente de este paciente se le dio tiempo para incubar hasta la sesión siguiente, cuando sus *usuales bases mentales conscientes fueran despotenciadas con el shockeante y autoritario pedido* de, “¡Calla a tu mente consciente y sus estúpidos pedidos de medicina, y deja que tu mente inconsciente cumpla con sus tareas!”

Eso fue suficiente para precipitar una inusualmente violenta y prolongada catarsis que probó ser el vehículo para la resolución del síntoma psicossomático del paciente y un total cambio y maduración de toda su personalidad. Los períodos de la intensa catarsis del paciente podían ser tomados como estados alterados en los cuales la reorganización de la personalidad pudiese tener lugar. Pero las concepciones científicas no pueden hacer justicia con estos hechos; es esencialmente una historia de amor. Fue presentada de manera escrita por el autor mayor hace más de una generación.

¡NINGUNO DE TUS LABIOS!

Pietro, de veintitantos años, ha sido forzado a abandonar su posición en una orquesta sinfónica debido a un inexplicablemente hinchado labio inferior. Esto se desarrolló repentinamente luego de un altercado con el conductor de la orquesta. La hinchazón era tan severa que su labio tenía dos pulgadas de ancho. Durante los tres años que persistió la hinchazón, fue tratado por más de cien doctores, y las medidas empleadas iban desde la fisioterapia, compresas calientes, medicación, y descanso hasta rayos infrarrojos y terapia de rayos X. No se obtuvo ningún bene-

ficio.

Finalmente fue enviado a un psiquiatra general, que rápidamente lo envió al autor para que se le practicase hipnoterapia. Los puntos salientes en esta historia son los que siguen: nació en Italia, pero su familia emigró a los Estados Unidos cuando tenía cuatro años de edad. Su padre, un duro trabajador, comerciante de pan, tenía una gran ambición para su hijo. Como el niño había demostrado desde muy pequeño un gran interés en la música, su padre había decidido hacer de él un famoso músico. Debido a esto, el entrenamiento del niño comenzó a los tres años en piano, mientras el padre exploraba el campo de instrumentos musicales para lograr una elección correcta del instrumento. Finalmente seleccionó la flauta.

Para comprender el entrenamiento que el niño recibió, es necesario un breve comentario concerniente al padre. Era un patriarca dominante, que dominaba a la familia de una manera increíblemente rígida. Comía primero las porciones que él elegía, y su esposa e hijos se mantenían de pie a su lado, listos para satisfacer cualquier deseo que él tuviera. Como él era el dueño de su propia panadería, trabajaba doce horas promedio cada día, los siete días de la semana. La conversación de la casa era esencialmente un reporte de las actividades diarias de cada miembro de la familia. Su esposa reportaba su trabajo en la casa, las compras, y las actividades de los niños que todavía no habían entrado al colegio. Luego que los chicos entraron al colegio, reportaban su trabajo diario, y durante las vacaciones, las actividades del día. Él escuchaba atentamente, discutía sus reportes autoritariamente, era generoso en sus elogios y al empujarlos a que hiciesen cosas “buenas”, y era igualmente generoso al condenar las “estupideces”. Como su educación era limitada, cuando el hijo más grande entró al colegio, debían sentarse a juzgarse el uno al otro sobre los temas en los cuales el padre sentía que le faltaban conocimientos. Él también daba un reporte diario en el cual explicaba sus logros y sus errores. El padre nunca se equivocaba en nada salvo que, sin ayuda, él mismo alcanzase esa conclusión independientemente. De chico había aprendido la expresión “Ninguno de tus labios” (Nota del traductor: “None of your lip,” expresión inglesa, intraducible) y sus variaciones, y se convirtió en un cliché diario. Nadie nunca le dio ningún “labio”, un alarde constante que caracterizaba cualquier reporte que se diese de las actividades y relaciones diarias de la familia. Él trataba a sus empleados de manera comparable, pero estaba completamente seguro de que tenía su lealtad.

Todas sus actividades del hogar estaban dirigidas por reglas y se debían hacer

a cierto tiempo, pero esas cosas podían ser alteradas magnánimamente por él. Entonces los zapatos debían ser lustrados en cierta cantidad de minutos por zapato, y el césped debía ser podado en un tiempo exacto a una hora determinada. Una lluvia que alterase esta agenda era recibida por él con una disertación acerca de la necesidad de enfrentar a la realidad y ajustarse a cualquier situación que surgiese mediante la alteración de los horarios, sin sacrificar las obligaciones. Entonces, el tiempo ganado por una lluvia que regase innecesariamente las flores debía ser utilizado para tareas especiales reservadas para esas contingencias. Los juegos eran vistos como una parte esencial de la vida, pero su carácter y duración estaban predeterminados. Entonces, los niños jugaban con la pelota y las niñas con muñecas por períodos regulares. Todo era ordenado, constructivo, sistemático.

Como Pietro iba a ser un músico famoso, había ciertas reglas establecidas para él. Calisténicas antes que jugar, biografías de músicos en lugar de cuentos, etc. El trabajo para el colegio debía ser leve, ya que había que conservar energía para la práctica de la música luego del colegio. A los otros niños se les requería tener notas excelentes. Luego de su padre, Pietro recibía las mejores porciones de la mesa. Al comienzo el padre supervisaba el entrenamiento musical del hijo, y era un hombre altamente inteligente, con un excelente oído para la música. Se pasaba varias horas por día tocando el piano, no para tocar música sino para lograr “agilidad” en los dedos, destreza, y absoluta precisión en los movimientos. Luego, una profesora se dedicaba a enseñarle a tocar composiciones de manera que pudiese aprender música. Como el padre era profundamente apreciativo de la música y hablaba de ella entusiásticamente y con gran felicidad, tuvo éxito al inspirar a su hijo con igual entusiasmo y amor. Las primeras lecciones con la flauta eran supervisadas por el padre, y su carácter está mejor resumido con la explicación de su padre, “Debes sentir a la flauta antes de tocar la flauta.” (Nota del traductor: expresado en una rara mezcla de inglés e italiano.)

Tomar la flauta, un instrumento de gran valor, de su estuche y ponerla de nuevo, elevándola hasta la boca, bajándola y levantándola nuevamente, midiendo su largo y ancho mediante movimientos de los dedos, aprendiendo a balancearla con precisión, y sabiendo el exacto lugar de su labio en donde apoyarla, constituyeron las lecciones iniciales, practicadas una y otra vez hasta que el padre estaba satisfecho. Siempre los elogios del padre eran generosos y su paciencia ilimitada, de manera de poder lograr sus otras demandas. Luego el aprendizaje de una nota por vez, una tecla por vez, y el aumento y disminución del volumen seguidos de la misma rigurosa manera. Paralelamente la práctica del piano continuaba: tantas

horas frente al piano, tantas horas con la flauta, tanto tiempo para calistenias, tanto tiempo para el descanso, tanto tiempo para la discusión “para conocer el alma de la música.” Luego fue contratado un excelente profesor, que estipulaba la duración, la frecuencia y los tipos de lecciones, mientras que el padre estipulaba él mismo el número de intervenciones en la práctica y otras actividades “esenciales.”

Luego de graduarse de la escuela secundaria, Pietro dedicó doce horas diarias durante dos años a la práctica de la flauta, con el fin de convertirse en flautista. Luego su padre le permitió, a la edad de veinte años, concurrir a una audición. Su primera demostración resultó en su contratación como primer flautista en una orquesta sinfónica muy reconocida. La ambición de su padre estaba satisfecha excepto por ciertos refinamientos. La posición de su hijo en el mundo musical había sido alcanzada, pero quedaban ciertos logros adicionales de naturaleza personal. Su hijo ahora debía enamorarse, casarse, tener hijos, de manera de “conocer la sensación, la dulzura, el amor de una mujer, la belleza, las risas de los hijos” (Nota del traductor: expresado en la misma mezcla de inglés e italiano que antes.)

El hijo, como siempre, accedió, y una procesión de muchachas desfilaron por la casa, pero infortunadamente, en un concierto conoció a la chica de sus sueños. Su padre estaba profundamente resentido. La muchacha era yugoslava y no italiana. El hijo se sometió de alguna manera, ya que accedió a posponer el casamiento. Sirvió de cierta forma de consuelo para el padre que la chica perteneciese a una familia de artistas, era una estudiante de la universidad, era cantante, pintaba excelente-mente, y tenía un hermano que era un escultor famoso en Yugoslavia.

Durante dos años él tocó en la orquesta sinfónica. Luego contrataron a un nuevo conductor, que en poco tiempo tuvo disputas con los miembros de la orquesta debido a sus maneras de tratarlos en forma dictatorial, criticándolos continuamente. En una sesión acusó al paciente de haber cometido un error, y cuando el paciente se disponía a responder, que no se quería ningún “labio” de su parte. En la práctica siguiente el labio inferior del paciente se hinchó levemente y comenzó a tocar mal. Cuando intentó explicarlo, el conductor le dijo nuevamente, “No quiero ningún labio de ti o puedes renunciar.” Su resentimiento hacia esto fue tremendo, y no se animó a expresarlo de ninguna manera. Ni siquiera se animó a decírselo a su padre. Luego de un mes, su labio estaba tan hinchado que fue forzado a renunciar, y le explicó la situación a su padre, basándose solamente en la condición de su labio.

Luego comenzó la frenética búsqueda de ayuda médica, mientras que al mismo tiempo practicaba piano y tocaba la flauta nunca menos de nueve horas diarias. Durante estos tres años el padre observó la hinchazón del labio con una ansiedad que iba en aumento y una gran impaciencia y finalmente expresó sus sentimientos con largas denuncias a la profesión médica y le pidió a su hijo que fuese a un médico más competente. Finalmente se sumergió en un frustrado silencio acerca de este asunto. El romance con la muchacha yugoslava terminó. Ella abandonó el Estado para completar sus estudios y para continuar perfeccionando el canto y la pintura.

CURSO CLÍNICO

Las primeras entrevistas tenían como objetivo asegurar la entrevista recién contada. A él no le gustó esto y repentinamente solicitó que se le efectuase una hipnosis sin demoras.

En la quinta entrevista se hizo un esfuerzo para hipnotizarlo, pero él probó ser un sujeto difícil, no responsivo. Sin embargo, luego de tres sesiones de dos o más horas de duración, se indujo un suave trance. Este fue utilizado para sugerir, lo más enfática y autoritaria-mente posible, que su labio inflamado tenía origen psicológico, que podía ser curado, que era una manifestación externa de una necesidad profunda de su mente inconsciente de manifestar y expresar un comportamiento que había estado reprimido, ignorado, y conscientemente prohibido durante años. Se le dijo que su inconsciente debía expresarse a sí mismo completamente, por más que esa expresión pareciese terrible e irracional. Incluso su inconsciente sabía qué hacer y cuándo hacerlo, y él debería acomodarse a esa necesidad y le daría un *completo control al autor*. Cuando eso fuese completado, podría recobrase de su problema. Estas sugerencias posthipnóticas fueron dadas con mucho énfasis y repetidamente y de la manera más autoritaria y dictatorial posible. Al final de la sesión se le dijo que no hiciera preguntas, que volviese a su casa, que le permitiese a su mente inconsciente prepararse para su tarea, y luego, en la próxima reunión, aparecería a la hora exacta y permitiría que su inconsciente comenzara con su tarea sin demoras ni interferencias conscientes. Esta aproximación extremadamente autoritaria era apropiada porque utilizaba la experiencia de vida previa del paciente de que la guía efectiva siempre se da de manera autoritaria.

En la entrevista siguiente, entró al consultorio como se le instruyó pero inmedia-

tamente preguntó por alguna medicina para su labio. Se le dijo enfáticamente, “¡Calla a tu mente consciente y a sus estúpidos pedidos de medicina, y permite que tu mente inconsciente cumpla con su tarea!” Su reacción fue de un intenso, violento enojo. Se levantó de su silla y acusó al autor de ser el ejemplo de una profesión incompetente, baja, sin ahorrar obscenidades al expresar su opinión. Toda la hora se basó en este ataque. Exactamente al final de la hora se le dijo, “Tu inconsciente puede ahora callarse, y en la próxima hora continuará, en el momento exacto, y hará un trabajo mejor. Abandona el consultorio ahora mismo.”

Apareció a la hora exacta para la siguiente sesión y comenzó nuevamente a agredir, incluso mientras cerraba la puerta. La entrevista fue terminada de la misma manera que la anterior, y este patrón fue seguido a lo largo de todo el curso de la terapia. Durante nueve meses, dos horas a la semana, se siguió este procedimiento, excepto que una vez al mes se le decía arbitrariamente que la sesión inmediata siguiente sería diferente, pero no se le daba más información. Sin embargo, cuando entraba al consultorio en esas ocasiones, se lo recibía con el pedido de que se discutieran temas tan diferentes como la poca utilidad de la música, cómo se sentían los miembros de una orquesta durante y después de un concierto, cómo el individuo expresa sus emociones y experiencias de vida, sus miedos y esperanzas, en su propia actuación. El paciente entraba a estas sesiones con la misma intensidad y entusiasmo manifestados en el comportamiento hostil, y era realmente inspirado en sus discusiones.

Al principio las denuncias eran primariamente hacia el autor como miembro de la profesión médica y luego como un hombre médico en un campo específico. Esto llevó hasta la denuncia del autor como miembro de la raza humana, particularmente como descendiente de los hombres nórdicos, que pillaban y destruían cada lugar al que llegaban en sus barcos. Hacía estos comentarios agresivos con muchas frases italianas, que traducía para el autor. Esto se desarrolló hasta convertirse en una descripción, colectiva e individualmente, de todos los progenitores del autor desde los comienzos del tiempo, con la excepción de sus padres y abuelos. Esta discusión debía ser terminada en el medio de una oración al final de la hora, y la hora siguiente estaba marcada por la complitud de esa oración y la continuación del tema. También, sus viajes de vuelta a su casa en el micro eran destinados al estudio de cuáles insultos podría ofrecer en la entrevista siguiente. De los progenitores del autor cambió al tema del autor como hombre, primero como criatura fisiológica. Cuando acabó con esto, cambió de tema hacia el autor como miembro de la sociedad en general pero con el único fin de pillaje y rapiña. Habiendo tratado

este tema exhaustivamente, progresó hasta el autor como hombre de familia. Mientras desarrollaba este tema, ocurrió un marcado cambio en su comportamiento motor. Previamente había caminado agitadamente, gesticulando en forma violenta. Mientras desarrollaba este tema, le agregó a su comportamiento motor el agitar su puño frente a la nariz del autor, explicando cuanto le gustaría golpear y lastimarlo e infligirle todo tipo de torturas sobre su cuerpo. En cada demostración demandaba la atención mientras explicaba cómo le gustaría arrancar el ojo derecho del autor, el ojo izquierdo, etc. Adicionalmente, ponía énfasis en sus amenazas expe- liendo flatos, escupiendo, y eructando.

Mientras desarrollaba el tema del autor como hombre de familia, nombró, ítem por ítem, todos los elementos que había utilizado para describir la casa de su padre. Luego habló del comportamiento del autor en la mesa, su actitud hacia cada uno de sus hijos, sus pedidos acerca de las actividades de la casa y del trabajo, y otros hábitos y características fueron nombrados extensivamente, desfavorablemente, y con intensa agresividad y odio. Horas y horas transcurrieron hablándose de este tema general con declaraciones cada vez más extravagantes y con más odio y resentimiento. Finalmente un día, cerca del final de la hora, hizo la primera mención de su padre al declarar, “Si tú fueras mi padre...” Inmediatamente hizo una pausa, temeroso, se sentó flojamente, y dijo, “Pero no eres mi padre, no eres mi padre, no eres mi padre.” En un tono de voz amistoso se le dijo, “No, no soy tu padre. Tu inconsciente me ha estado hablando, diciendo cosas que te ayudarían a comprender tus sentimientos hacia tu padre. Ahora que has expresado todas las cosas que han estado dentro de ti durante años y años, tu labio puede ponerse bien. Me has dado a mí todo el labio que nunca antes le habías dado a nadie, y que te guardabas para ti. Eres libre, tu labio ahora sanará. Lo único que debes hacer es ver a tu padre y verlo como una persona que mira a otra. Ahora has crecido. Dile a tu padre simplemente qué es lo que quieres, sientes y deseas, limitándote a esas cosas que él pueda entender. Las cosas que él no puede entender no necesitan ser dichas.” Su respuesta fue, “Tendré que pensarlo. Hablaré con él esta noche.”

Su comentario en la siguiente entrevista fue que esa tarde, en el encuentro de siempre para el reporte diario, le había dicho a su padre que en realidad era un hombre, que sabía qué estaba mal y qué estaba bien, que a partir de ese momento se respondería a sí mismo y que cesaba de recibir órdenes paternas. A esto le agregó que su labio sanaría pronto. La respuesta de su padre fue típica. Luego de una larga, larga pausa, el padre se puso de pie, caminó hacia el paciente, le estrechó la mano, y simplemente dijo en italiano, “Mi hijo, soy un hombre viejo, había

olvidado que has crecido. Por favor discúlpame.”

Luego de un mes el labio del paciente era normal. Aunque practicaba diariamente, no lo hacía por nueve horas como antes. Anunció su intención de irse hacia el este a una ciudad más grande, y se fue a la ciudad en la que estaba estudiando su prometida. Se aseguró un empleo como mozo hasta que surgió una oportunidad unos meses después para una audición. Fue contratado como flautista en una gran orquesta sinfónica. Renovó su contrato y envió a su prometida a una visita a sus padres y al autor. Era una chica encantadora pero infeliz por el creciente problema europeo. Habló de sus planes de viajar a Yugoslavia para visitar a su familia. No regresó hasta 1947. La Segunda Guerra Mundial la atrapó en su tierra natal. Se había unido a una fuerza guerrillera y peleó contra los nazis bajo las condiciones más difíciles durante casi toda la guerra. Luego fue capturada y ubicada en un campo de concentración, donde fue tratada brutalmente. Finalmente se escapó y regresó a los Estados Unidos. No era más una chica encantadora. Era una mujer de edad, de pelo gris, con marcas en la cara, brazos y piernas. Preguntó por Pietro, pero se le dijo que, aunque él había estado escribiendo repetidas y entusiastas cartas al autor, la entrada de los Estados Unidos en guerra había terminado con la correspondencia. También, el padre había abandonado el negocio de la panadería para meterse en la industria de la guerra, por lo que también se había perdido todo contacto. Ella aceptó esta información con resignación y se despidió del autor.

CASO 8

DISFUNCIÓN SEXUAL: ENFRENTAMIENTO SOMNAMBULÍSTICO EN UNA APROXIMACIÓN HIPNOTERAPÉUTICA RÁPIDA

Un profesional retirado que respetaba enormemente la reputación del autor mayor, telefoneó para tener una entrevista para tratar un problema personal. En la primera parte de esta única entrevista, de una hora de duración, el autor mayor utiliza su típica aproximación para facilitar el comportamiento somnambulístico. Establece un modelo de referencia terapéutico y luego utiliza muchas de las formas indirectas de sugestión y una serie de sugestiones posthipnóticas para iniciar la relación amistosa y el comportamiento característico del somnambulismo. Expone cómo la comunicación a dos niveles y una continua descarga y desplazamiento de las resistencias son de importancia primaria.

En la segunda parte de esta sesión expone cómo una clásica aproximación de una levitación de mano para una inducción de trance puede ser usada como un rico contexto para introducir muchas sugerencias terapéuticas de manera tanto simbólica como directa. Las sugerencias terapéuticas son introducidas durante esos primeros momentos al iniciar la experiencia de trance cuando la atención y expectativa del paciente está en su nivel más alto. En esta inusualmente rápida aproximación los pacientes reciben sugerencias terapéuticas antes de darse cuenta de lo que está sucediendo. Su consciencia puede estar tan fijada en la nueva experiencia de la levitación de sus manos que no notan las sugerencias terapéuticas. Las sugerencias terapéuticas son, entonces, recibidas por el inconsciente en un modo que atraviesa algunas de las actitudes y limitaciones conscientes, habituales y aprendidas.

Si convertimos los términos “consciente” e “inconsciente” en hemisferios “dominante” y “no dominante”, tendremos la base neuropsicológica como para describir una nueva aproximación terapéutica. Ocupando al hemisferio dominante con una inducción a un trance del tipo de la levitación de la mano, que puede ser fácilmente lateralizada y que puede liberar al hemisferio no dominante para que pueda recibir sugerencias terapéuticas dichas en el lenguaje simbólico del hemisferio no dominante. La parte dos de esta sesión es una demostración de esta aproximación que utiliza la interacción hemisférica en una inducción y sugestión de un trance de una manera inusualmente clara.

PARTE UNO: FACILITANDO EL COMPORTAMIENTO SOMNAMBULÍSTICO

E: Dime cuál es tu problema.

P: Perdí a mi esposa hace unos años. Había estado enferma durante un par de años. Siempre habíamos tenido una vida sexual normal. Pero desde que ella murió, soy absolutamente impotente, me es imposible lograr una erección. Eso no me molestó porque no planeaba volver a casarme. Ahora, he conocido a una mujer que me gusta mucho. Quiero casarme con ella. Hice todo lo posible. Ella creyó que quizás debíamos esperar un poco más. Podría haber vivido con ella, pero no quise. Quiero casarme con ella. Pero encontré que en el proceso amoroso con ella, no tenía las mismas sensaciones sexuales que sé acostumbraba a tener. Me doy cuenta de que

soy mayor ahora y de que esas cosas no suceden frecuentemente. Tengo sesenta y ocho años. Desde que te llamé hace unos días, esto ha cambiado. No hubo coito, pero he tenido erecciones durante el proceso amoroso. Sólo me quiero sentir seguro acerca de esto. Estamos planeando casarnos dentro de cinco semanas. Quiero sentir seguridad tanto por mí como por ella.

E: ¿Tienes algún interés en la arqueología?

P: No, no mucho.

E: Sabes que semillas halladas con momias egipcias han germinado luego de 5.000 años.

P: Sí, sé eso.

E: Ahora, ¿hay alguna razón para que creas que tu pene ubicado en una vagina no se endurezca?

P: No, ahora no la hay. Ha cambiado en los últimos días, pero ese era mi temor cuando te llamé.

E: ¿Por qué deberías alguna vez preocuparte por el funcionamiento de tu corazón, o del páncreas, o de tus glándulas salivales?

P: Bueno, nunca me preocupo por esas cosas, pero ésta era una relación personal. Eso era lo que me preocupaba. Quería estar seguro. Y creo que ella deseaba estar segura, también.

E: Bien, desde el punto de vista fisiológico no deberías preocuparte.

P: No lo creo.

E: ¿No lo crees?

P: No, debería decir que estoy seguro.

E: Desde el punto de vista psicológico o emocional puedes preocu-parte.

P: Sí.

E: ¿Piensas que desde el punto de vista emocional o psicológico puedes tener alguna duda cuando ella está desnuda?

P: No, ahora no creo eso, pero sí lo creía hace tres o cuatro días.

E: Nunca olvidas el problema que tienes entre manos, pero transportas a muchos otros caminos de la experiencia del paciente. Utilizas sus otros aprendizajes experimentales para enfrentar a su problema actual.

R: Eso es lo que tú haces al comienzo de esta entrevista. Él plantea su problema y tú inmediatamente le preguntas acerca de su interés en la arqueología. Esto te permite plantear la idea de las semillas germinando luego de 5.000 años, que es, por supuesto, una graciosa pero apropiada analogía con su problema. Estás usando inmediatamente otra modalidad de sus conocimientos para establecer que es posible volver a ganar una función, de la vida que ha estado inutilizada, por algún tiempo. Esta es tu primera aproximación para facilitar un modelo de referencia terapéutico. Luego haces una *pregunta* acerca del funcionamiento del corazón, páncreas y glándulas salivales, que llevan a la *implicancia* de que él no debe preocuparse por la erección del pene porque ésta también es una función, automática. Allí estás introduciendo otro modelo de referencia terapéutico: procesos inconscientes dentro del cuerpo regularán las erecciones del pene del mismo modo que lo hacen con otras funciones una vez que él abandone los limitantes e inhibitorios efectos de su preocupación consciente con esta función. El paciente hace una objeción al decir que “relaciones personales” se hallan en juego. Luego utilizas esto para confirmar que «desde el punto de vista fisiológico no deberías preocuparte.” Esto resuelve el aspecto fisiológico del problema y te permite a ti definir los problemas como “psicológicos o emocionales” en una manera que él puede aceptar con facilidad. Luego con tu pregunta hipotética acerca de “cualquier duda cuando ella está desnuda” lo ayudas a que tome conocimiento de que incluso el aspecto psicológico del problema tiene solución. Entonces en los primeros pocos minutos de la entrevista has facilitado una serie de conocimientos del paciente que estructuran un *modelo de referencia terapéutico* muy fuerte para el trabajo hipnótico que le seguirá. En su último comentario el paciente está nuevamente ubicando el problema en el pasado. Se aproxima al trance con una gran *expectativa* de que su ahora muy limitado problema puede ser resuelto con facilidad.

INDUCCIÓN DE UN TRANCE: EL MARCO DE TEMPRANO APRENDIZAJE

E: Ahora siéntate con tus manos sobre tus caderas así. Y sólo observa a un punto allí. Y sólo míralo continuamente.

No necesitas hablar.

No necesitas moverte.

En realidad no necesitas moverte.

Sólo mira a ese punto.

**Y hace muchos años
ibas al jardín de infantes,
a primer grado.**

**Y te enfrentaste
con lo que en ese momento parecía
una barrera infranqueable
de aprender las letras del alfabeto
en todas sus variadas formas.**

Y parecía una barrera infranqueable.

**Pero te formaste imágenes mentales
para cada letra del alfabeto.**

Y te formaste imágenes mentales de los números.

Y formaste aquellas imágenes mentales

que se mantendrán dentro de ti por el resto de tu vida.

R: Aquí induces un trance sin ningún comentario introductorio inicial porque este hombre profesional ya conoce sus posibilidades terapéuticas y tiene una expectativa positiva. Esta inducción para un marco de temprano aprendizaje (Erickson,

Rossi, y Rossi, 1976) tiende a facilitar la regresión mediante un *enfocamiento ideodinámico indirecto* que evoca experiencias de aprendizajes anteriores. Esta activación de experiencias de aprendizaje tempranas es la base del fenómeno hipnótico que evocarás más tarde.

RATIFICANDO EL TRANCE: EL LENGUAJE DEL CUERPO DURANTE EL TRANCE

E: Mientras yo te hablaba tu respiración cambió, tu pulso cambió.

Cierra tus ojos- A—H—0—R—A

(Pausa mientras el paciente cierra sus ojos y su cabeza se inclina muy lentamente, poco a poco, hasta casi tocar su pecho)

**Entras profundamente a un trance
y disfrutas de una sensación de confort
y satisfacción total.**

(Pausa mientras el cuerpo del paciente se mueve hacia adelante)

Puedes inclinarte hacia atrás en la silla.

[Pausa mientras el cuerpo del paciente se reorienta hacia atrás confortablemente en la silla]

R: Comienzas tu proceso de condicionamiento vocal con tu suave A... H... 0... R... A y luego enfatizas que en un trance profundo uno puede experimentar una sensación de confort y satisfacción total. Esta es una forma de sugestión indirecta porque sabemos que ese confort es característico del trance.

E: Mi énfasis en “satisfacción total” incluye su cara, su nariz, sus nalgas, su pene.

R: El paciente no reconoce que ésta es una *sugestión indirecta por generalización*: como su pene es el “problema” su inconsciente tenderá a enfocar automáticamente parte de esa satisfacción allí.

E: El hecho de que su cuerpo se mueva hacia adelante puede ser una indicación de que se está moviendo hacia la luz del amor; ha estado huyendo de ella desde que su esposa murió.

R: El moverse hacia adelante puede ser una indicación de una relación agradable positiva. ¿Significa eso que el inclinarse hacia atrás o alejarse del terapeuta es una indicación de una reacción de transferencia negativa o de un problema entre el terapeuta y el paciente?

E: Puede indicar una dificultad con las ideas presentadas.

SUGESTIONES POSTHIPNÓTICAS INICIANDO UN ENTRENAMIENTO SOMNAMBULÍSTICO: ESTANDO EN TRANCE SIN SABERLO

E: Y ahora quiero que tú te des cuenta de una cosa.

Apenas te despiertes te diré una cosa.

R: Esta sugestión posthipnótica es una forma de iniciar el entrenamiento somnambulístico. Es una sugestión muy fácil de aceptar porque luego de que un paciente se despierta espera naturalmente que tú digas algo. No se da cuenta, sin embargo, que cuando *dices* algo, en realidad estás dando una señal que iniciará otro trance. Tus investigaciones anteriores (Erickson y Erickson, 1941) indican que los sujetos reentran al trance cuando reciben señales posthipnóticas y cuando surgen sugestiones posthipnóticas. Cuando comienzas a decir algo después del trance, ellos tenderán a reentrar al trance incluso si sus ojos están abiertos y actúan como si estuviesen despiertos. Esta es tu definición del estado somnambulístico: Una persona actuando como si estuviese despierta pero capaz de seguir las sugestiones hipnóticas del terapeuta.

E: Sí, con entrenamiento hipnótico quieres que estén contentos con la idea de que están despiertos.

R: Incluso si no lo están. ¿Defines eso como el estado somnambulístico? El pa-

ciente piensa que está despierto, pero te está siguiendo muy de cerca y es capaz entonces de emitir tantas respuestas hipnóticas que decimos que está en realidad en un estado alterado llamado trance. No es crítico e inicia sus propias direcciones de comportamiento; está esperando por tus sugerencias. Está en trance sin estar consciente de ello.

E: En una oportunidad le dije a un sujeto que actuase como si estuviera despierto con todos los que estábamos en el cuarto. Pero cuando entró al cuarto una persona totalmente inesperada, el sujeto no pudo responder a su presencia. Nunca oyó al recién llegado cuando éste le habló.

R: Indicando que había una relación amistosa especial con esas personas presentes en el cuarto que excluía a los extraños. Un estado de relación amistosa tan intenso es característico del trance somnambulístico. Estoy comenzando a creer que los pacientes están frecuentemente en trances somnambulísticos sin que el terapeuta lo reconozca o sepa cómo utilizarlo.

E: ¡Concuerdo totalmente! La mayoría tiene ideas muy fijadas y rígidas acerca de lo que es el comportamiento somnambulístico. [El autor mayor sigue señalando cómo los cambios leves en el comportamiento que indican la presencia de un trance terapéutico son frecuentemente perdidos por muchos terapeutas. Ver Erickson, Rossi & Rossi, 1976.]

UTILIZANDO LA MOTIVACIÓN DE LOS PACIENTES PARA REFORZAR LAS SUGERENCIAS

**E: Y puedes estar sorprendido de que realmente alguna vez dudaste de ti mismo
(Pausa)**

R: ¿Ya habías lanzado una sugerencia terapéutica aquí?

E: Para reforzar la sugerencia posthipnótica precedente.

R: Tú utilizas la propia motivación de los pacientes hacia la terapia para reforzar tus sugerencias.

E: Todas tus sugerencias en la terapia deben estar enteramente conectadas.

AMNESIA HIPNÓTICA FACILITANDO EL ESTADO SOMNAMBULÍSTICO

E: Ahora no te es necesario recordar lo que yo te dije durante el estado de trance.

Pero tu mente inconsciente lo recordará.

Pero todos nosotros sabemos muy poco acerca de qué es lo que sabe la mente inconsciente.

R: Esta es una sugestión permisiva para una amnesia. No ordenas una amnesia - eso sólo puede causar resistencias conscientes. Aparentemente estás permitiéndole al paciente que haga algo con facilidad: "No te es necesario recordar." Esto implica que es muy difícil recordar (como todos bien sabemos de las muchas experiencias de la vida cotidiana.)

E: Si le dices a cualquiera que *debe* hacer algo, invariablemente te responderán que *no lo hará*.

R: Entonces admites «Tu mente inconsciente lo recordará. Pero todos nosotros sabemos muy poco acerca de qué es lo que sabe la mente inconsciente.» Esto tiende a reforzar la amnesia y el rol del inconsciente mientras que *despotencia la importancia de sus más limitadas bases mentales conscientes*. Este énfasis en la amnesia consciente y el significado del funcionamiento inconsciente es otra manera de facilitar el estado somnambulístico.

PROFUNDIZANDO EL TRANCE MEDIANTE UN ENSAYO

E: Voy a ponerte nuevamente en un estado de trance.

E: Despertando y poniendo a un paciente nuevamente en un trance repetidamente

es una manera de profundizar un trance (Erickson, 1952).

R: ¿Es también una manera de despotenciar aún más su orientación consciente, una especie de aproximación a una confusión para un entrenamiento somnambulístico?

E: Sí, estás entrenando al paciente a que responda de forma terapéutica.

R: Lo estás entrenando a que te responda a ti.

E: Y basas tus sugerencias terapéuticas en sus propios patrones de comportamiento.

R: Por trance profundo quieres decir que el paciente te está siguiendo muy de cerca, de acuerdo a sus necesidades.

PREGUNTAS COMO SUGESTIONES DIRECTAS DE UN MODO PERMISIVO

E: Harás todo lo que yo te pida que hagas.

**¿Puedes sorprenderte
de tu habilidad
de convertir en real todo lo que yo diga?
(Pausa)**

R: Tu primera oración parece ser un pedido de obediencia autoritario y shockeante.

E: “Todo lo que yo te *pida* que hagas.” Yo no he dicho, “Haz lo que te *diga* que hagas.”

R: Cuando “pides” en realidad estás formulando un pedido permisivo que el paciente puede denegar. Luego lo sigues con una *pregunta* que suena inocua pero que es fuertemente reforzadora acerca de estar “¿*Sorprendido* de tu habilidad de convertir en real todo lo que yo diga?”

E: Hasta a los niños les gustan las sorpresas.

R: Una sorpresa también implica que el inconsciente estará activo y que sorprenderá a la mente consciente.

E: Muchos terapeutas les dicen a sus pacientes que hagan esto o aquello en lugar de pedirles. Eso es una mano de hierro cubierta por un guante de seda.

DESCARGANDO Y DESPLAZANDO LAS RESISTENCIAS: EL USO DE LO NEGATIVO

E: Y convertirás en real todo lo que te diga, ¿o acaso no?

E: Lo harás, ¿o acaso no? Si alguien va a usar el negativo, es mejor que sea yo.

R: Si el paciente tiene una resistencia en la forma de un “no” dentro suyo, entonces tu uso del “¿acaso *no*?” tiende a desplazar y descargar el “no.” Los estudiantes principiantes de hipnosis son en general entrenados para expresar sugerencias de un modo positivo. Esa es una aproximación válida. Tú asumes, sin embargo, que la resistencia en la forma de contrariaciones está siempre presente. Entonces utilizas negativas en esta curiosa y concreta manera para atrapar las negativas del paciente y llevarlas en dirección constructiva. Esto no tiene sentido desde un punto de vista racional, del hemisferio izquierdo, pero puede ser efectivo porque el trance es un fenómeno del hemisferio derecho, donde esas transformaciones tan concretas son fácilmente posibles.

POESÍA HIPNÓTICA ATRAVESANDO LAS RESISTENCIAS CONSCIENTES

E: A pesar de cualquier idea que tengas, lo que yo diga será verdad. (nota del traductor: juego de palabras intraducible, en inglés, “thinking you do” (idea que tengas) rima con “true” (verdad)).

R: Esta copla poética es otra manera de luchar contra las resistencias. Muchos pacientes temen que si tienen pensamientos negativos durante el trance, las sugerencias hipnóticas no serán efectivas. Tu copla le da más seguridad a esto. El suave patrón de sonido y acentuación en esta copla sugiere que puede ser un ejemplo de

la Poesía Hipnótica de Snyder (1930), que atraviesa al hemisferio izquierdo, crítico, intelectual, para que pueda ser aceptada por el hemisferio derecho.

E: Estoy vinculando mi sugestión terapéutica con cualquier resistencia que él pueda tener dentro suyo.

R: En este caso no necesariamente eliminas las resistencias sino que le agregas tus sugerencias terapéuticas. Es un modo de utilizar las resistencias de los pacientes de manera que cuando se las expresan a sí mismos, se encuentran expresándose las sugerencias terapéuticas. Esto es especialmente importante para este tipo de paciente, que parece ser tan cooperativo con la manifestación de su comportamiento. Ya que es tan cooperativo con el exterior, sus resistencias deben hallarse escondidas dentro de él. Entonces utilizas sus resistencias internas agregándoles una sugestión constructiva sin siquiera tener que extraerlas del paciente.

APARENTE DESPERTARSE DEL TRANCE Y REINDUCCIÓN ESPONTÁNEA: CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES DEL SOMNAMBULISMO

**E: Tómate tu tiempo
y mentalmente, silenciosamente,
cuenta regresivamente desde el veinte hasta el uno.**

Despertándote una veintava parte con cada número que dices.

**Y comienza a contar ahora.-
(Pausa mientras P parece despertarse en aproximadamente un minuto.)**

¿Un poco difícil despertarse, quizás?

**P: Um hum.
[R contesta el teléfono, y mientras lo hace P cierra los ojos y evidentemente entra nuevamente en trance.]**

**E: Y es difícil despertarse,
pero puedes despertarte nuevamente.
(Pausa mientras P abre sus ojos lentamente. Sin embargo, no reorienta**

demasiado su cuerpo, por lo que podemos presumir que aún se encuentra en trance.)

Y despierta sintiéndote bien.

P: Me siento bien.

E: ¿Por qué entraste de nuevo al trance la segunda vez?

[Pausa mientras P mira perplejo.]

Tu mente inconsciente entiende mucho más de lo que tú entiendes.

R: Es una indicación de su intensa y agradable relación somnambulística contigo que cierre los ojos y entre nuevamente en trance cuando desvías tu atención de él al atender el teléfono.

Ahora está siguiendo tus sugerencias posthipnóticas anteriores de que entraría nuevamente en trance luego de despertar. Si estuviese realmente despierto, se hubiera movido un poco o me hubiese mirado, se habría percatado de que yo estaba parado a su derecha. Pero me ignora totalmente a mí y al equipo de grabación. El trance profundo no significa que el paciente esté inconsciente; significa que la atención del paciente está intensamente enfocada en lo que es relevante, de manera que todo lo demás es ignorado. Le pides nuevamente que despierte, pero sólo abre sus ojos. Cuando le dices “despierta sintiéndote bien,” él responde con una *casi exacta* paráfrasis, “Me siento bien.” Este seguimiento exacto de tus palabras es otra indicación del estado somnambulístico. ¿Por qué se queda perplejo cuando le preguntas la razón por la que entró en trance la segunda vez?

E: Hay un *retardo de los procesos intelectuales* que fácilmente llevan a la perplejidad en el estado somnambulístico.

R: Entonces aquí tenemos tres características del somnambulismo: (1) la relación agradable intensa; (2) el seguimiento con exactitud de los comentarios del terapeuta que están de acuerdo con las propias necesidades del paciente; y (3) la falta de iniciativa mental. El estado somnambulístico no significa que el paciente sea un autómatasino que está realmente muy bien relacionado con el terapeuta.

E: Su mente consciente es la que está perpleja. Verifiqué eso al agregar que su inconsciente entiende mucho más de lo que él entiende. Lo mantuve fuera de la

situación; no dije, “Sabes lo que está sucediendo.” Dije, “*Tu* inconsciente sabe.”

R: ¿Hay alguna característica en general del somnambulismo, o debemos extraerlas como manifestaciones altamente individualizadas en cada persona?

E: Las debes extraer para cada individuo; variarán de acuerdo a los propósitos del paciente.

R: Este paciente mostró poca iniciativa en su estado somnambulístico, pero otras personas pueden mostrar mucho más -expresando sus fantasías, etc. ¿Hay alguna diferencia general entre un somnambulismo activo y uno pasivo?

E: A este paciente no le gustaba lo que recibía de sí mismo, por lo que se mantenía pasivo para poder obtener lo que pudiese de mí. Es por ello que trabajé para obtener una amnesia y una perplejidad para despotenciar sus bases conscientes.

R: Esas eran formas de despotenciar sus actitudes conscientes habituales de manera que una búsqueda inconsciente y un proceso pudiera iniciarse para facilitar una respuesta terapéutica. Entonces, incluso cuando el paciente está en un estado muy pasivo y receptivo, no lo «reordenas» para programarlo directamente con lo que él hará. En lugar de ello haces un esfuerzo para ayudarlo a que pueda esquivar sus propias limitaciones conscientes para que puedan manifestarse sus potenciales inconscientes.

E: El paciente debe creer en su propio inconsciente.

**FENÓMENO HIPNÓTICO COMO PATRONES ANTERIORES DE
COMPORTAMIENTO: ¿IMPLICACIÓN EVOCANDO PATRONES
PSICOMOTORES ANTERIORES?
COMUNICACIÓN A DOS NIVELES PARA UNA SUGESTIÓN TERA-
PÉUTICA VÍA UNA METÁFORA**

**E: Y durante toda tu vida
desde que tenías un año
has sabido que te puedes poner de pie.**

¿No es cierto?

P: Um hum.

E: Y ahora sabes que no puedes.-

Inténtalo. *No puedes.* (Dicho muy rápida y suavemente)

[Pausa mientras hace unos leves movimientos con la parte superior de su cuerpo y mira alrededor, un poco desorientado]

E: “Desde que tenías un año has sabido que te puedes poner de pie” implica que antes del primer año de edad no podías hacerlo. Al mismo tiempo esta es una comunicación a dos niveles lidiando con su problema de manera metafórica: no ser capaz de ponerse de pie es como no ser capaz de lograr una erección

R: Eliges un fenómeno hipnótico que tiene una conexión inconsciente con su problema psicológico, de manera que cuando más tarde resuelvas el fenómeno hipnótico (al permitirle que se ponga de pie) puedes estar resolviendo su impotencia sexual en cierto grado. Este es un ejemplo inusualmente claro de terapia indirecta en un nivel inconsciente. Esto también parece ser un ejemplo inusualmente claro de tu utilización de una aproximación al fenómeno hipnótico. ¿Crees que en realidad estás evocando un nivel psicomotor anterior de “no ser capaz de caminar”, utilizándolo como la base de este fenómeno hipnótico? La hipnosis no es sólo imaginación; está basada en la activación de los circuitos neurológicos relevantes, aquellos de la infancia y temprana niñez.

E: Sí. Esos patrones infantiles y de la niñez temprana tienen una larga historia.

R: Debido a su larga historia tienen una cierta prepotencia dentro nuestro; nunca han sido realmente extinguidos, y cuando son activados correctamente pueden ser expresados en el comportamiento. Es en general más efectivo activar esos patrones psicomotores tempranos mediante medios indirectos como la implicación, porque una orden directa podría evocar las actitudes dubitativas de la consciencia que bloquearían la respuesta hipnótica.

E: Tratas al paciente como un ser totalmente histórico. Puedes basarte en aquellos recuerdos neurológicos de larga duración mucho mejor de lo que lo puedes hacer con los más recientes.

R: Sería bueno para el hipnoterapeuta estudiar el desarrollo de la niñez temprana para ganar un conocimiento más adecuado del tipo de fenómeno que puede evocar, así también como claves de cómo evocarlos. Más aún si no todos los fenómenos hipnóticos son realmente patrones tempranos de funcionamiento. Este es un aspecto distintivo de tu trabajo: tú crees que estás evocando verdaderos mecanismos mentales y procesos inconscientes en un fenómeno hipnótico. Es la utilización de un aprendizaje anterior experimental individual más que hipersugestionabilidad o imaginación por se la base de los fenómenos hipnóticos.

E: Los pacientes sólo pueden responder acerca de sus experiencias en la vida.

EL PROCESO CREATIVO DE LA ANALOGÍA TERAPÉUTICA

E: Y ahora *realmente* sabes cómo una idea puede tomar posesión *de* ti.

(P cierra los ojos y parece entrar más profundamente en trance)

R: Al mencionar que ahora “realmente” sabe cómo una idea puede tomar posesión de uno, por analogía te refieres, por supuesto, a su problema: sólo una idea puede prevenirlo de ponerse de pie, luego una idea previene a su pene de que «se ponga de pie.”

¿Probablemente cerró sus ojos nuevamente porque tomó consciencia de repente de que “ponerse de pie” tenía esos dos significados?

E: El cerrar los ojos probablemente correspondió a las *búsquedas internas y procesos inconscientes* que en realidad crean ese significado. El utilizar esa analogía requiere un esfuerzo creativo de su parte. Debido a que es su propio esfuerzo creativo, es menos probable que lo rechace que si fuese simplemente una orden directa.

COMUNICACIÓN A DOS NIVELES: ENTRENAMIENTO SOMNAMBULÍSTICO POSTERIOR

E: Y surge nuevamente

y siéntate muy bien.

[Pausa mientras P abre nuevamente sus ojos]

¿Qué te pareció no poder ponerte de pie?

P: Bueno, no me molestó. No deseaba ponerme de pie.-

E: Y ahora no puedes mantenerte sentado.

[P mira a su alrededor y se pone de pie, sintiéndose incómodo por uno o dos minutos)

Ahora puedes sentarte.

[P se sienta]

E: Cuando él dijo que no quería ponerse de pie, eso implicó que tenía la opción. En un nivel inconsciente también significa que también tiene la opción de que su pene se “ponga de pie” o no.

R: Entiendo - quizás él quiere tener esa oportunidad de elegir a veces. Puede estar usando una comunicación a dos niveles aquí sin darse cuenta siquiera. La sugestión posterior “no puedes mantenerte sentado”, en este contexto, ahora tiene el significado simbólico de no ser capaz de mantener su pene bajo y puede formar parte de su aparente vergüenza en este punto. También es un medio de entrenamiento en comportamiento somnambulístico con el cual él sigue tus sugestiones hipnóticas incluso mientras actúa como si estuviese despierto.

E: Decirle “no puedes mantenerte sentado” es terapéutico en un nivel inconsciente. Nota que me cuidé de decir “Debes ponerte de pie.” Yo quería evitar el “ponerse de pie” porque como él tenía tanta dificultad en poner a su pene de pie, podría haber anulado a la sugestión hipnótica en un nivel inconsciente.

SEGUNDA PARTE:

UNA RÁPIDA APROXIMACIÓN HIPNOTERAPÉUTICA UTILIZANDO SIMBOLISMO TERAPÉUTICO CON LA LEVITACIÓN DE LA MANO: INTERACCIÓN HEMISFÉRICA EN LA INDUCCIÓN Y SUGESTIÓN DEL TRANCE

E: Quiero que disfrutes esta experiencia.-

Una u otra o tus dos manos se elevarán hasta tu cara. Y no importa cuan fuerte presiones; se elevarán hasta tu cara.

(Los dedos de la mano derecha del paciente se elevan tentativamente, y luego la mano entera se eleva con un suave movimiento)

Y no puedes detenerla.

(Pausa mientras la mano derecha de P se aproxima lentamente a su cara.)

Y no hay nada que puedas hacer para detenerla.

[Pausa mientras la mano se mueve hacia la línea del cabello]

Un poco más alto.

No hay nada que puedas hacer para impedir que tu mano sienta al cabello.-

[La mano se aproxima y finalmente toca al cabello]

La sensación del cabello,

y no puedes impedir que tu mano siga haciéndolo.

Y ahora sabes

que cuando lo desees

tu pene puede ponerse de pie y sentir cabello.

(Pausa)

R: Ahora llevas a cabo una clásica levitación de mano, pero tus palabras tienen otro nivel de significado en el cual la levitación de la mano es equivalente a la levitación del pene. Varias veces mencionas “No puedes impedir.” ¿Con ello estás simbólicamente despotencian-do la habilidad de su mente consciente para detener una erección?

E: Sí.

R: Es fascinante pensar que su hemisferio izquierdo puede estar tan preocupado en levitar su mano derecha que permite que su hemisferio derecho pueda aceptar y actuar bajo tus sugerencias terapéuticas que fueron dadas en el lenguaje simbólico del hemisferio derecho. Investigaciones recientes (Smith, Chu, y Edmoston, 1977; Diamond y Beaumont, 1974; Kinsbourne y Smith, 1974) indican que preocupar al hemisferio cerebral dominante con una actividad tiende a liberar al otro

hemisferio para poder manejar otra información. Esta debe ser la base neuropsicológica de tu práctica común de sugerencias terapéuticas en el lenguaje simbólico del inconsciente (o hemisferio no dominante) al mismo tiempo que la levitación de la mano o cualquier otra aproximación a una inducción que ocupa la atención del hemisferio cerebral dominante. Ahora se requiere una gran cantidad de investigación sistemática para testear esta 'hipótesis de la interacción hemisférica en la inducción y sugestión del trance con el fin de comprender los parámetros bajo los cuales esta aproximación terapéutica es maximizada.

SUGESTIÓN POSTHIPNÓTICA CONTINGENTE EN INEVITABILIDADES

E: Y puedes disfrutarlo.

No será tu cabello.

No será tu cabello.

Será la sensación del de ella.

**Y no puedes bajar tu mano
hasta que hayas disfrutado
de la sensación del cabello
sintiendo un cuerpo cálido.
(Pausa)**

**Y nada ni nadie puede decirte
que tu pene no se pondrá de pie.**

**Nada ni nadie puede decirte eso.
(Pausa)**

**Y nada puede privarlo de sentir cabello y una vagina durante el tiempo que
tú quieras.
[Pausa]**

**Y quiero que notes
que tu mano no siente que está tocando tu cabello,
siente como si estuviera tocando el cabello de la dama.
(Pausa)**

E: He iniciado el proceso de levantamiento hasta su cara y cabello. Una vez que estuvo siguiendo el camino y no podía ser detenido, luego pude llevarlo al tema de la vagina y el vello púbico.

R: Habiendo aceptado la condición inicial, él es llevado por su momentum para aceptar la sugestión terapéutica.

E: Ahora él no puede evitar sentir un cuerpo caliente cuando está con ella; eso es inevitable y he atado simbólicamente un pene erecto con el cálido cuerpo de ella al decir «No puedes bajar tu mano hasta que hayas disfrutado de un... cuerpo cálido.»

R: Este es un principio básico de la sugestión posthipnótica a que siempre has logrado un comportamiento sugerido contingente en una inevitabilidad.

SUGESTIÓN POSTHIPNÓTICA POSTERIOR

E: Y quiero que te lleves la sorpresa de tu vida

**porque en algún momento, hoy
o mañana**

**tu mano tocará su cabello,
y te verás**

con lo que tu pene insistirá en hacer.

**Y dejarás que eso sea una sorpresa
¿no es cierto?**

(P asiente con la cabeza, diciendo sí)

(Pausa)

**Y estarás tan sorprendido
con la potencia de tu deseo.**

Pero no ofenderás a la dama.

Pero te sentirás bien

Por la gran potencia del deseo.

(Pausa)

Y los filósofos de la antigüedad han dicho,

“Como un hombre piensa, es.”

Y nunca olvidarás eso, ¿no es cierto?

**Y ahora piensa bien esta pregunta,
¿Tienes ganas de decirnos algo acerca de la dama?**

[P asiente con la cabeza, diciendo sí]

E: “En algún momento hoy o mañana” en realidad quiere decir en cualquier momento. Podría ser el mes que viene e igualmente caería dentro del lapso de tiempo generalizado de esta sugestión.

R: Aquí nuevamente haces una sugestión posthipnótica de la erección de su pene contingente en otra inevitabilidad (tocando su cabello).

E: ¿Cómo podrías “ofender” a la dama? Siendo muy potente o nada potente. He cubierto las dos posibilidades al enfatizar “potencia de tu deseo.” Cuando luego le pregunto si quiere contarnos algo acerca de la dama, implica que tiene la opción, y si nos cuenta algo también tiene el derecho de guardarse otras cosas. El derecho de guardarse cosas le da potencia y poder.

PREPARACIÓN PARA DESPERTAR

E: Muy bien, tómate tu tiempo y despierta

y cuéntanos espontáneamente algo acerca de ella.

[Pausa mientras P abre sus ojos y los enfoca como si estuviese despierto. Su mano sigue sobre su cabeza y, sin embargo, no reorienta ninguna otra parte de su cuerpo]

P: Bueno, ella es hermosa.

Tiene mi misma edad.

Y nunca amé a nadie tanto en mi vida.

E: Acabo de darle la implícita sugestión posthipnótica para que se guarde cosas y él responde con la generalización “Bueno, ella es hermosa.” En realidad está reteniendo cosas. Está siguiendo una sugestión posthipnótica sin siquiera darse cuenta de ello.

R: Al hacerlo retener cosas lo estás haciendo retornar a su control consciente del ego y así lo preparas para un despertar total.

E: Sí, cuando él admite que la ama más que a nadie, está siendo más voluntario en un nivel más consciente.

DESPLAZAMIENTO Y DESCARGA SIMBÓLICOS DE UNA FALTA DE CONFIANZA

E: ¿Qué acabas de aprender acerca de ti mismo?

P: Más confianza, para una cosa.

E: ¿Hay algo que falte en tu confianza?

P: Sí, hay duda.

E: Hay ahora algo que falta en tu confianza. Te diré lo que es.

No puedes bajar tu mano.

P: ¿ ¡Hum! ?

E: Cuando aquí, él habla de confianza, está implicando una falta de confianza, por lo que la desplazo hacia la mano. Pon la falta de confianza en un lugar inofensivo.

R: Esta es una manera de desplazar y descargar una falta de confianza de manera simbólica.

COMUNICACIÓN A DOS NIVELES CON UN REAL DESPERTAR DEL TRANCE

E: Y no puedes empujarla hacia abajo hasta que tienes una sensación de intensa satisfacción.

(Larga pausa mientras P cierra sus ojos. Finalmente los abre de nuevo, baja su mano, ajusta la posición de su cuerpo levemente, como es característico en los pacientes al despertar de un trance.)

P: ¡Siii, me siento muy bien ahora!

E: ¿Y qué es lo que necesitarás?

P: ¿Uh?

E: No necesitas decírnoslo.

P: No.

E: Pero lo piensas.

**Ella tiene dos hermosas gemelas,
y ambas merecen un nombre.**

[Pausa]

P: Sí.

E: ¿Qué sucede después de mantener una placentera relación sexual?

R: Te relajas y tu pene baja. Entonces tu sugestión de que no puede bajar su mano hasta que tenga una sensación de intensa satisfacción es otra comunicación a dos niveles que recibe mientras se está despertando. Esto tiende a construir un puente entre esta sugestión terapéutica en los niveles consciente e inconsciente.

E: Luego él responde con, “¡Me siento muy bien ahora! “Una respuesta a dos niveles sin que él se dé cuenta. Luego continúo con comentarios acerca de las «dos hermosas gemelas” de ella, que él reconoce como sus senos. Si él va a hacer el amor con ella, deberá apreciar sus senos.

ENFOCAMIENTO IDEODINÁMICO INDIRECTO

E: A alguien al que le gustaba escalar montañas, en una ocasión social se le preguntó, “¿Piensas escalar alguna montaña este fin de semana?” Y él respondió, “Oh, sí” pero no nombró la montaña. Ese era un secreto entre él y su esposa.

**Y cada pareja debería tener un lenguaje de amor.
(Pausa)**

P: Me siento mejor ahora.

**E: Y a otro amigo mío
se le preguntó en la cena,
“¿Le gustaría tener una taza de sopa?”
Él contestó, “Siempre me agrada una taza llena”**

Lo que realmente quería decir fue, “Sí, siempre me agrada una taza llena de vida.”

P: Sí.

R: Aquí estás enfatizando la comunicación a dos niveles relacionada con el juego del amor en la vida cotidiana.

E: Sí, estas comunicaciones a dos niveles son como el lenguaje secreto de la niñez.

R: Como vienen de la niñez, son ricas en la clase de respuestas ideodinámicas que necesitará en su nueva vida amorosa.

Estás entonces activando estos procesos al hablarle de ellos. Este es otro ejemplo del enfocamiento ideodinámico indirecto para una respuesta terapéutica.

REESTRUCTURACIÓN TERAPÉUTICA DE UN SÍNTOMA ANTERIOR

E: Ahora, siempre le digo a los hombres jóvenes, “En algún momento de su vida perderá la erección. Y lo que no sabe es que su mente inconsciente le está diciendo que la belleza de su mujer es impresionante.”

**Y hay que disfrutar de ese hecho.
Porque eso es lo mejor que ustedes dos pueden hacer.**

Si en alguna ocasión pierde la erección inesperadamente,

**sería un muy profundo cumplido,
porque en el momento en el que recuerde**

cómo la satisfizo en la última oportunidad,

su erección volverá.

R: ¿Realmente cree usted que la pérdida de erección puede realmente ser un cumplido, o es esto sólo una racionalización que le está ofreciendo a él?

E: Él ha interpretado mal a la pérdida de la erección. ¿Por qué debería él mantener esa concepción errónea para siempre? La vida es mucho mejor si a veces llueve y a veces no. He visto muchos casos en los que realmente era un cumplido.

ANALOGÍAS TERAPEUTICAS POSTERIORES

E: ¿Durante cuánto tiempo practicó usted en la ciudad X?

P: Desde Y. Me retiré hace unos pocos años. [Ahora tiene lugar una conversación general acerca de la práctica médica de P, y el uso de la hipnosis con sus pacientes.]

E: ¿Cuántos árboles Gingko hay allí en X?

P: No lo sé.

E: En una ocasión pasé por X y al cruzar una intersección le dije a mi amigo que estaba manejando, “¿No hemos pasado recién a un árbol Gingko a ese lado de la calle?” Él dijo, “Tienes razón.” Luego me mostró madera Gingko petrificada.

P: ¡ Oh!

E: (a R) ¿Conoce usted al árbol Gingko?

R: ¡Sí, muy bien! ¡Tienen esperma viva!

P: Sí.

E: En una ocasión, cuando yo estaba en X, ordené ostras. El camarero dijo, “Tiene suerte, sólo nos quedaban dos porciones.” Yo le contesté, “Llevaré ambas.”

(Una escena de risas debido a la asociación implícita entre comer ostras y la potencia sexual. La conversación luego lleva a los mariscos en general y a los hobbies de P, uno de los cuales es trabajar con granos finos y texturas de madera.)

¿Qué más le gustaría decirme?

P: No creo que haya nada más. Me siento completamente diferente. Siento como si una carga hubiese sido descargada de mis hombros. Siento como si tuviera una confianza en mí que antes nunca había tenido.-

E: Ahora no puedo viajar, pero ¿me enviará una invitación para la boda?

P: Sí, lo haré. Es una hermosa sensación. Es una buena sensación.

E: ¿Le gusta esto?

(El autor mayor le muestra a P una fina escultura de madera de un pájaro emergiendo de una raza. La parte frontal del pájaro está trabajada muy simple y elegantemente, mientras que la parte posterior del cuerpo no está esculpida; simplemente se convierte en la forma natural de la madera.)

P: Nunca había visto algo así.

E: Como una mariposa emergiendo de un huevo. Nada más que esta vez es un pájaro.

P: ¿Usted lo esculpió?

E: No, solía hacerlo. ¿Le gusta esculpir en madera?

P: Nunca lo he hecho, pero me agrada la idea.

E: ¿Le gustaría ver la colección privada más grande del mundo de esculturas en hierro y madera?

[La sesión de terapia entonces termina con la colección privada del autor de esculturas en hierro y madera hechas por los indios de América Central siéndole mostrada a P.]

R: Usted termina la entrevista con estas analogías terapéuticas posteriores que ahora llevan a la relación desde la relación doctor-paciente hasta la amistad, al invitarlo a su casa a que vea su colección de esculturas.

E: Él sabe que a mí me gustan las ostras y a él le gustan las esculturas en madera y a mí también. Compartimos gustos.

R: Como a usted le agrada la sexualidad, a él le debe agradar también. Este aspec-

to de su trabajo es esencialmente una “cura de transferencia” así también como una manera de resolver la transferencia, ya que usted se convirtió en otro ser humano con sus propios gustos personales, etc.

CASO 9 ANOREXIA NERVIOSA PARADOJA Y DOBLE VÍNCULO

(Originalmente este caso fue escrito por el autor mayor; el autor junior agregó comentarios para esta publicación.)

E: En todos los casos que conocí de anorexia nerviosa en chicos (cerca de cincuenta, todas niñas entre nueve y quince años) siempre ha habido una relación peculiar entre los padres y el paciente. Es una relación de odio represor, de resentimiento, y frustración extrema junto con ansiedad y miedo por parte de los padres. Para el paciente el comportamiento emocional es más difícil de describir. Parece haber un estado oculto de miedo de todo el ámbito emocional manifestado por una sumisión y pasividad, total falta de preocupación por sí mismo, el rechazo de la comida hasta el punto de muerte por inanición, un gran miedo hacia los padres, particularmente hacia la madre, y represión de todas, las sensaciones de hambre y facultades autocríticas. Bajo todo esto hay una vagamente conceptualizada religiosidad que sugiere una pobremente formada y frecuente no verbalizada identificación con un mesías, o un propósito mesiánico.

El problema de la anorexia nerviosa según mis conocimientos y experiencias, es de carácter emocional, resultando en sintomatología física. Una aproximación que he usado efectivamente en un corto período (11 de Febrero hasta el 13 de Marzo) es la que sigue. Vi a la paciente de catorce años de edad con su madre durante las primeras dos entrevistas. Como es típico de muchas madres de pacientes que sufren de anorexia nerviosa, ella contestó todas las preguntas, protegiendo a la hija. Habiéndome asegurado del interés de la madre, le dije gentil pero enfáticamente, “Cállese y deje que su hija conteste las preguntas.” Luego procedí a extraer información general de la niña. Luego le dije más enfáticamente que sus padres la habían enviado a mí para que yo le dijera que comiese, pero que yo no tenía intención de hacer eso, comer era su propio problema, y podría hacer lo que quisiese.

R: En esta aproximación general usted inmediatamente establece una relación amistosa con la paciente, al decirle a su madre que “se calle.” Luego facilita el

desarrollo de un marco de aceptación al adaptarse usted mismo al propio modelo de referencia de la paciente, al decirle que no tiene intención de decirle que coma. Luego establece el *lugar de control terapéutico* dentro de la paciente al decirle que comer es su propio problema y que podía hacer lo que quisiese. Aparentemente usted le permite a la paciente mantener sus resistencias, y observa que ella no tiene necesidad de defenderse a sí misma de usted. Hay una paradoja en todo esto, y un leve doble vínculo. La *paradoja* es que usted está aparentemente de su lado y haciendo lo opuesto a lo que se supone debería estar haciendo - hacerla comer. El *leve doble vínculo* es que mediante la aproximación de no tratar de controlar su comportamiento, en realidad usted está estableciendo una relación amistosa, que eventualmente la vinculará al trabajo terapéutico que pronto establecerá. La paradoja y el doble vínculo juntos indudablemente tienen efecto de *despotenciar algunos de los modelos de referencia conscientes* de manera que ella sea ahora más apta para cualquier cosa que ahora usted sugiera.

DISTRAYENDO LOS MODELOS DE REFERENCIA CONSCIENTES

E: Luego señalé que, como un hombre de la profesión médica, yo podía darle apropiada y competente ayuda acerca de la higiene oral. Le expliqué a la niña que cualquier cosa que sea lo que uno coma o no coma, usar el cepillo de dientes sobre la dentadura y sobre las encías es importante, y que un método apropiado de higiene oral es usar pasta dentífrica con flúor, siempre sabiendo que no hay que tragar nada de la pasta. Luego de que la niña coincidió en esto, le señalé que había más higiene oral que, como hombre de la profesión médica, le podía explicar. Era el uso de un enjuague bucal antes de cepillarse los dientes para eliminar el detritus dental, y el cepillado de los dientes debe seguir con una segunda aplicación del enjuague bucal con la instrucción de que no había que tragar absolutamente nada del enjuague. Extraje la promesa de la niña de que mis instrucciones acerca de la higiene oral serían seguidas.

R: Ahora usted detracta los modelos de referencia de la niña mediante esta aproximación indirecta de enfocar su atención en lo que en realidad es un problema irrelevante -la higiene oral. Usted utiliza la estructura del carácter de la paciente de obediencia pasiva para que siga algunas sugerencias un poco absurdas y prácticamente imposibles.

DESPOTENCIANDO UN COMPLEJO MESIÁNICO

E: En los pacientes con anorexia nerviosa, el complejo mesiánico y su propia necesidad de religión hacen que cumplan con sus promesas. Prescribí un enjuague bucal de aceite de hígado de bacalao, enfatizando que ni una gota podía ser tragada. La niña se rebeló quejándose de noche, manteniendo a su madre sin poder dormir. Luego de que esto sucedió un par de veces, le di un sermón acerca de lo malo de las ofensas hacia los demás. Las describí como un mal comportamiento que necesitaba castigo, y como el mal comportamiento no iba en mi contra sino contra su madre -la madre siendo la persona ofendida - ella tenía el derecho a establecer el castigo. La niña coincidió y en privado le dije a la madre que las quejas nocturnas no eran deseables, y que podría establecer el castigo que quisiera. La madre decidió que unos huevos revueltos podían ser usados como castigo. Eso removió a la comida del área de no aceptabilidad del auto-impuesto ritual de rechazo de la comida. También, su cuerpo recibía alimento, que, sumados al sabor de aceite de hígado de bacalao, crearon una situación desgarradora para su auto-impuesta autodestrucción pasiva. Su pasividad la obligaba a aceptar la comida como un castigo, y su complejo mesiánico también requería que hiciese eso. También, el fuerte y desagradable sabor del aceite de hígado de bacalao hizo surgir fuertes emociones de repulsión con consecuentes intentos de evitar su uso, algo que su pasividad y su complejo mesiánico no le permitían. Su único recurso era racionalizar u «olvidar» algo que le diese satisfacción y culpa al mismo tiempo, cosas que eran destructivas de su pasividad y complejos mesiánicos.

Se le preguntó una sola vez acerca de su uso del aceite de hígado de bacalao. La madre había sido instruida para observar el primer uso del mismo, y a que se lo pidiese una sola vez. A la madre se le avisó que le advirtiera a la niña sólo una vez, y eso ocurrió en el primer viaje nocturno que hicieron a Arizona, que empacara el aceite de hígado de bacalao, que no debía ser olvidado en ese viaje.

Cerca del final del tratamiento, un interrogatorio en privado con la madre dio a la luz que ella había comprado, en compañía de su hija, sólo una pequeña botella de aceite de hígado de bacalao (de menos de 16 onzas), que le había causado náuseas ver a su hija usarlo por primera vez, y que luego de dos días el contenido de la botella había variado muy poco; y un poco después la botella había desaparecido.

R: En este punto usted ha adquirido un gran número de alteraciones psicodinámicas. Su pedido prácticamente imposible de cumplir acerca del uso de aceite de

bacalao fue aceptado por ella debido a que su pasivo, mesiánico complejo, requería que ella aceptase sugerencias desagradables con el fin de pagar su culpa. Sin embargo, como ella no fue capaz de cumplir con la sugestión del aceite de hígado de bacalao, los aspectos egosintónicos del complejo mesiánico son quebrados (Rossi, 1973b). Ella sólo puede seguir las sugerencias del aceite de hígado de bacalao mínimamente, y luego aparentemente se introduce en un fraude al hacer desaparece la botella. Al hacer esto, debe abandonar su identificación mesiánica “buena y obediente” y empezar a movilizar su propio deseo de sobrevivir a través de diferentes patrones de comportamiento. La tarea imposible de cumplir entonces rompió con su complejo mesiánico (despotenció ese modelo de referencia) y la inició en una búsqueda inconsciente de respuestas nuevas y potencialmente terapéuticas. El otro giro maravilloso en todo esto es que usted se las rebusca para mantener a la madre como la “castigadora” - todavía mantiene la actitud de simpatía de la paciente. Ella ha sido desobediente y debe ser castigada. La comida, que frecuentemente es un premio, se convierte ahora en el castigo, que ella debe aceptar. Esto es tan difícil de seguir que yo siento vértigo cuando intento desarrollar las psicodinámicas de manera objetiva. Puedo imaginar lo confundida y desorientada que debe haberse sentido la mente consciente de la paciente al tratar de ordenarlo todo. Obviamente no pudo hacerlo, de manera que simplemente estaba abierta para seguir las sugerencias que usted le dio.

DESPOTENCIANDO LOS MARCOS CONSCIENTES Y LA BÚSQUEDA INCONSCIENTE

E: Luego, para satisfacer las necesidades emocionales de la niña con más precisión, procedí a hablarle, contándole cosas interesantes, cosas aburridas, cosas excitantes, cosas ofensivas, cosas ridículas, cosas altamente complicadas. Bombardeé a la niña con una gran cantidad de oportunidades para que reaccionara a nivel emocional. Como remarcó un doctor que presencié esa entrevista cuando ésta terminó, “Corrió arriba y abajo toda su escala de emociones, hasta donde ella pudo ver, usted sólo estaba hablando de cosas que eran de su propio interés personal.”

R: Usted se compromete en una de sus aproximaciones típicas de *fixar la atención* de la paciente con su charla acerca de cosas interesantes y complicadas. También entonces está *despotencian-do sus propios modelos de referencia y proveyéndola, vía enfocamiento indirecto asociativo*, de muchas oportuni-

des de *iniciar búsquedas inconscientes y procesos* para “levantar” su vida emocional. Con suerte, esto le permitirá a ella realinear sus psicodinámicas internas de manera que pueda aparecerse con un nuevo, más adecuado modelo de referencia para una mejor identidad personal y comportamiento más reconfortante. Usted no sabe qué serán este más adecuado modelo de referencia y patrón de respuesta en este punto. Simplemente, usted está sacudiendo sus psicodinámicas con la expectativa de que su inconsciente encontrará su propio camino.

UN DOBLE VÍNCULO TERAPÉUTICO

E: A la madre de esta particular paciente con anorexia nerviosa le gustaba viajar, la hice visitar Arizona durante todo el tiempo que fue posible, por lo que en el período entre el 11 de Febrero y el 13 de Marzo, vi a la niña sólo por un total de veinte horas. Durante las primeras semanas ella ganó tres libras, perdió una, y ganó una nuevamente. Había perdido cinco libras durante el mes en el cual había estado internada en el hospital, y su peso cuando llegó era de sesenta y una libras. Sin embargo, era una bien formada niña de catorce años. Luego de que ganó las tres libras, a la madre, que en realidad no podía comprender mi forma de manejar a la niña, se le dijo que se pusiera de pie, y que me dijese su altura, peso y edad, y el número de hijos que había tenido. Me dijo que había pasado los cuarenta, era madre de cinco hijos y un M.D., que estaba casada con un M.D., y que su altura era de cinco pies y seis pulgadas, y que su peso era de 118 libras, lo mismo que cuando se casó con su esposo, diecinueve años antes. Puse un buen semblante de sorpresa al escuchar su peso. (En realidad, su altura parecía ser de cinco pies y ocho o nueve pulgadas, pero no discutí su afirmación.) Señalé enfáticamente que una madre de cinco hijos y con esa altura y edad debería pesar ciento treinta libras; y, ¿No consideraba ella su comportamiento como vergonzoso al traer a su hija en estado de desnutrición mientras ella misma estaba mal alimentada? Le dije a la paciente, “Quiero que cuides que tu madre gane peso, y quiero que me avises de cualquier intento suyo de no comer adecuadamente.”

R: Como la madre podría estar interfiriendo con la terapia de su hija, usted comienza a involucrar a la madre con lo que podría ser una inducción indirecta a un trance terapéutico. Al pedirle que se ponga de pie y que contestase una serie de preguntas médicas estándares, en realidad usted está *enfocando su atención* muy fijamente en ella misma. Ella estaba de manera natural en un estado de confusión, y quizás un poco de sorpresa acerca de su tratamiento un poco inusual, a esta altura

del juego y por un médico amigo. Sus *marcos mentales habituales* fueron entonces *despoten-ciados*, y su *serie de preguntas evocaron un conjunto* de problemas de *búsqueda inconsciente*. Sus preguntas fueron todas respondidas con facilidad, de manera que evocó, muy indirectamente, un marco de *aceptación*. Ella hubiese podido responder con facilidad sus preguntas, incluso si no comprendiese la razón por la que las hizo. Debido a esto, ella adquiere una gran *expectativa* respecto a lo que vendrá. Su “denouement” es encarado en forma de *doble vínculo*, operando simultáneamente sobre madre e hija.

El doble vínculo es operativo sobre la hija de la siguiente manera: 1) Ciertamente a ella le gustaría poder controlar a su madre; 2) Al controlar el buen comer de su madre, la hija está estableciendo un patrón de *comida adecuada* dentro de sí misma a nivel inconsciente, mediante un proceso de *enfocamiento ideodinámico* indirecto; el querer que su madre coma adecuadamente prepara un proceso involuntario de *comer adecuadamente* que no puede ayudar hasta que está activado dentro de la hija.

La madre también puede experimentar algo del doble vínculo en esta situación: 1) Ella quiere que su hija se ponga bien pero 2) la hija sólo se pondrá bien si la madre abandona su sobre control patológico sobre la hija. Como las *actitudes habituales de la madre han sido despotenciadas*, en este momento ella tiende a basarse en su aparentemente paradójica sugestión porque simplemente no sabe cómo enfrentar la situación de otra manera. Pero usted no se queda contento con esto, por lo que agrega más para *sobrecargar la situación* aun más.

CATARSIS EMOCIONAL

E: El siguiente procedimiento importante era insultar a la niña al acusarla de ser una mentirosa y una cobarde, y demostrando mi habilidad para probarlo. Naturalmente la niña protestó ante mis acusaciones, por lo que le dije, “Golpéame en el brazo.” Ella estaba, obviamente, enojada, y golpeó mi brazo suavemente. La puse en un aprieto al pegarme a mí mismo levemente en mi brazo simulando un gran golpe. Le dije que sería una cobarde si no me golpeaba y que sería una mentirosa si me quería hacer creer que un suave golpe era en realidad uno fuerte. La niña realmente se enojó y me pegó en el brazo, pero inmediatamente pegó la vuelta y corrió hasta la sala de espera y regresó rápidamente, con la cara y los ojos secos, y tomó asiento. La acusé nuevamente de ser una cobarde y una mentirosa, y mi

prueba era que había huido de las consecuencias que acarrearía el golpearme, y que había ido a la sala de espera porque no quería que yo viera las lágrimas en sus ojos, y que era una mentirosa al volver con la cara y ojos secos pero con cara llorosa ya que yo había visto las lágrimas cuando había abandonado el cuarto. Luego continué subiéndole y bajándole la escala de emociones, y también le dije cosas interesantes y placenteras.

R: Nuevamente usted está atacando su complejo mesiánico con sus acusaciones y “pruebas” que evocan conflictos emocionales, que hacen evidentes las contradicciones contenidas en la «demasiado piadosa» y pasiva forma que tiene ella de verse a sí misma. Ciertamente usted ha enfocado la atención de la niña y despotenciado la falsa personalidad que ella ha tratado de mantener. Es aceptable para ella porque en realidad está entremezclada con el contexto positivo de las “cosas interesantes y placenteras” que la mantiene abierta con un marco de aceptación, y que permite una catarsis emocional.

REVESES DESPOTENCIANDO EL COMPLEJO DEL SÍNTOMA

E: En una ocasión la madre falló, al no terminar su hamburguesa y guardarla, explicándole a su hija que la comería a la noche. La paciente no reportó el mal comportamiento de la madre hasta dos días más tarde. Regañé a la madre por ser un mal ejemplo para la hija y le dije que me había ofendido al no cumplir mis órdenes médicas. Le dije a la niña que me había ofendido por faltar a su deber de reportar el comportamiento de su madre, y, como yo era el ofendido, castigaría a ambas, y elegiría el modo de hacerlo. Luego instruí a la madre para que llevase pan y queso a mi casa (que está adjunta al consultorio), y que pusiera una capa de queso sobre dos rodajas de pan, las ubicase en el calentador, y derritiera el queso. Daría vuelta las rodajas de pan, cubriría el otro lado con queso, y repetiría la operación. Luego cada una comería un sandwich de queso bajo mi ojo observador.

R: Ahora madre e hija están sobre el asiento caliente (nota del traductor: expresión inglesa, similar a «estar en aprietos»). Ambas son culpables y por lo tanto deber cumplir con su sorpresivo castigo de hacerlas comer. Como la comida es un castigo más que una recompensa, ahora deben comer para paliar su culpa. Como es un “tratamiento” divertido, también lo pueden aceptar con humor. Fueron las dos capturadas no obedeciendo órdenes médicas y ahora son “cómplices en el crimen.” Esto hace que madre e hija tengan un “enemigo” común, el cual sería

usted. La madre y la hija no están más una en contra de la otra; de manera que las psicodinámicas básicas que están bajo el síntoma de la anorexia nerviosa son despotenciadas.

VÍNCULOS TERAPÉUTICOS Y PARADOJA

E: Luego le dije a la paciente que no me importaría verla de vez en cuando, pero que a mí realmente me parecía que ella preferiría volver a su casa, a 2,000 millas de distancia. También le dije que quería que pesase ochenta y cinco libras al volver a su casa, pero que ella probablemente querría no pesar más de setenta y cinco. También le dije que su madre debería pesar ciento treinta libras, pero que querría pesar ciento veinticinco. Luego le hablé de la normal variación diaria de una libra y media, que aunque podían elegir sus pesos, deberían asegurarse de pesar por lo menos un kilo y medio más que el peso elegido. También estipulé que la niña, al regresar a su casa, debería ganar unas cinco libras en el primer mes. Luego viré hacia la madre y le dije, “Si ella no gana cinco libras adicionales en el primer mes de estar de vuelta en casa, me la traerá nuevamente a Phoenix donde la supervisaré cuidadosamente.”

R: Ahora usted las ubica en una cantidad de doble vínculos que les permitirán elegir su propio peso pero siempre en una dirección terapéutica. Luego, descaradamente, utiliza un poco de refuerzo negativo al tratar de asustar a la niña con traerla de vuelta en el caso de que no ganase cinco libras en el primer mes en casa.

SHOCK Y UTILIZACIÓN DE UN SISTEMA DE VALOR ÉTICO

E: La madre se mantuvo en constante contacto telefónico con su marido, y él también vino a Arizona con sus otros cuatro hijos, dos de los cuales tenían más edad que mi paciente. Luego de conocerlo en una entrevista por separado, le pregunté cuánto pesaba y qué edad tenía, y me contestó que estaba probablemente cinco libras por debajo de su peso normal como medida de precaución contra la diabetes. Le pregunté si había algún caso de diabetes en la historia de su familia y me contestó, “No, simplemente es una medida de precaución.” Luego, de manera impersonal, denunciativa, acusé al padre de jugar con la vida de su hija al dar el ejemplo estando por debajo de su peso. Le dije que no podía abandonar Arizona hasta que ganara cinco libras, avisándole que se permitiera la variación del peso.

Luego tuve una entrevista por separado con el hermano de diecisiete años y con la hermana de dieciséis. Les pregunté durante cuanto tiempo habían estado conscientes de que su hermana no comía lo suficiente, y qué habían hecho al respecto. Ellos explicaron que la pérdida de peso la habían notado hacía aproximadamente un año. Ellos siempre le habían ofrecido comida, dulces, y frutas, pero su hermana siempre se había negado, diciéndoles, “Guárdenlo para ustedes. No me lo merezco.” Luego acusé al hermano y a la hermana de privar a mi paciente de un derecho constitucional, su derecho a recibir presentes de la familia. Fueron tomados por sorpresa por mi impersonal acto de protesta, por lo que no tuvieron oportunidad de reconocer su carácter especial. Luego de despedirlos, llamé a mi paciente para una breve entrevista y le leí un enfático acto de protesta acerca de privar a sus padres y hermanos de su derecho constitucional a darle presentes de cualquier clase que ellos quisiesen.

R: El padre, el hermano y la hermana son “alcanzados” por sus impersonales actos de protesta, que los shockea de tal manera que sus bases mentales son despotenciadas y ellos deben buscar respuestas más adecuadas, que usted les facilita con la sugestión acerca de los “derechos constitucionales.” En realidad usted está *utilizando su altamente ético sistema de valores* de una manera que los shockea y que inicia un cambio terapéutico en su comportamiento. Si todos ellos no tuvieran un sistema de valores tan firmemente organizado y tan rígido, su “acto de protesta” simplemente no hubiera funcionado.

LA CONCIENCIA COMO UN METANIVEL

E: La madre y mi paciente asistieron a la boda de mi hija, y mi paciente tomó una porción de la torta, aunque me aseguré de que ella no supiese que yo lo sabía.

En el día de la partida la madre pesaba 126½ libras y mi paciente, 76½ libras. Antes de irse, mi paciente me preguntó si yo permitiría que su hermano tomase una fotografía de ella sentada en mi regazo sobre mi silla de ruedas. Acepté, y su hermano tomó dos fotos Polaroid. Apenas llegó a su casa hizo que su padre ampliase una de esas fotografías e hiciese un póster, que colgó en una pared de su dormitorio. Luego le reiteré a mi paciente que le estaba ordenando a su madre que me la trajese de vuelta a Arizona si ella no subía cinco libras durante el primer mes tras su regreso a casa. Le di de regalo una receta para una torta de canela, que mi madre había inventado años antes de que yo naciera, en Sierra Nevada. Cuando

mi paciente llegó a su casa, se encontró con una carta mía en la que le decía que me gustaría recibir una copia de su fotografía del regreso a clases, en Septiembre. También había un muy conciso pero enfático comentario diciéndole que la cuestión de su peso era algo que le pertenecía únicamente a ella y a su conciencia, y que nadie más necesitaba saberlo.

R: Cuando la paciente pidió una fotografía suya sentada en su regazo, la naturaleza de su transferencia paterna hacia usted se hace obvia. Temporaria-mente usted se convierte en el padre de la familia entera. Su regalo de la receta para una torta de canela es en realidad una especie de sugestión posthipnótica para la continuación del placer al comer. Su inmediata carta para ella pidiéndole su fotografía del inicio de las clases el próximo Septiembre es una manera obvia de extender su influencia terapéutica sobre ella por un período más extenso, para reforzar su nuevo comportamiento al comer. Al mismo tiempo usted la pone ante un doble vínculo al decirle que su peso es un problema de “su conciencia”, y que “nadie más necesita saberlo.” Nuevamente usted está utilizando la firme conciencia de la niña como un metanivel controlando su propio comportamiento, incluso cuando le ha costado lograrlo.

UN SEGUIMIENTO DE SEIS MESES

E: Recibí la fotografía del colegio en Septiembre, y ella aparecía como una razonablemente bien alimentada niña de catorce años. Recibí una Polaroid suya en traje de baño, durante unas vacaciones en la Bahamas en Navidad, y ella parecía ser una chica muy atractiva, bien alimentada y atlética. Todavía sigo recibiendo largas, bien escritas cartas de mi paciente, y siempre hace mención en sus cartas, indirectamente, a algún alimento sano. En la última ocasión mencionó que mi idea de hacer que amigos suyos plantasen un árbol en honor a mi cumpleaños número setenta y cinco era excelente, y que plantaría uno en el jardín de su familia.

En el verano de 1974 escribió una larga y detallada carta acerca del viaje de un mes de la familia alrededor de Europa, y me envió un paquete de bizcochos de Navidad, que me dijo eran tradicionales en su familia.

No conozco ningún otro modo de tratar a pacientes con anorexia nerviosa tan satisfactoria y rápidamente. Mi primera medida, por supuesto, es aclararle al padre y a la madre que la terapia será de orientación social, que las necesidades

emocionales y sociales serán la primera consideración, y que, aunque yo parezca ser un poco ofensivo, hay en el fondo buenas intenciones.

Para iniciar este tipo de terapia uno debe ser uno mismo. Uno no puede imitar a otra persona, hay que hacerlo a la manera propia.

CASOS CORTOS SELECCIONADOS: EJERCICIOS PARA EL ANÁLISIS. UNA PICAZÓN POR LA VIDA

R: Tengo un paciente que parece ser un sujeto de trances profundos. Apenas comienzo una inducción, él inmediatamente cae en un profundo trance - tan profundo que no muestra ninguna evidencia de ser capaz de emitir alguna señal ideomotora, hasta que yo comienzo a despertarlo. Tiene un problema de comezón. Es un exitoso y joven abogado que sólo quiere resolver ese problema psicossomático. Quiere una “terapia rápida.” No quiere “dar vueltas como un tonto con demasiados insights,” él dice.

E: Cae tan profundamente en trance que usted no puede hacer nada con él. ¿Qué parte del comezón quiere conservar?

R: ¿Usted cree que el paciente teme que se le quite demasiado esa sensación?

E: Sí, se está protegiendo a sí mismo al caer tan profundamente en trance. De manera que usted no debe cometer el error de hacerle creer que se le quitará demasiado. Él fue a usted para que le quitase el comezón, pero en realidad no quiere que lo elimine por completo.

R: ¿Cómo se aproximaría usted a este problema, entonces? ¿Permitiéndole tener una comezón más leve en una parte más reducida de su cuerpo, o haciéndole tener una comezón menos molesta?

E: Yo diría, “Usted está molesto por esta comezón. Naturalmente no sé exactamente qué es en realidad. Pero estoy seguro de que *quiere que la comezón se conserve. Su comezón capaz de hacer cosas puede ser conservada. De hecho, hay un número de comezones que quiere conservar. Cualquier comezón que desee conservar - ¡Asegúrese de conservarla! También asegúrenos de que usted se desprenderá de cualquier comezón de la que se quiera despre-*

der, pero no de más.”

R: ¿Cuáles son las comezones que él puede llegar a querer conservar?

E: ¡Una comezón por poder político, posición política, riquezas, por sexo! “Comezón” es una palabra folklórica con muchas connotaciones acerca de los deseos y motivaciones humanas.

R: ¡Ya veo! Si yo tratase de quitarle su “comezón”, podría estar quitándole una parte importante de su personalidad. ¡Él es una dinamo que trabaja dieciséis horas por día!

E: ¡Él tiene una gran comezón! ¡Nunca debe usted olvidar el lenguaje folklórico! Debería siempre reconocer cuando el lenguaje folklórico está relacionado con la formación del síntoma.

R: Eso es fascinante. En realidad, él vino a mí por referencia de su novia, a quien también estoy tratando por un problema similar de comezón. Ella es una mujer tipo dinamo también.

E: Ella debe tener la misma “comezón” que él tiene.

R: Puede ser que la connotación folklórica de “comezón” es tratada literalmente por el hemisferio derecho, que luego lo convierte en un proceso psicósomático.

Lenguaje folklórico y el inconsciente; Necesidad de una aproximación individualizada centrada en el paciente; Estructurando un modelo de referencia terapéutico.

RESOLUCION DEL SINTOMA EN EL INTERIOR DEL SER

Una niña de diez años de edad le fue llevada al autor mayor durante una conferencia que éste daría para un grupo de médicos. Sus padres le solicitaron que la utilizase como sujeto de demostración para una hipnosis, ya que esa sería la única manera de que ella viese a un médico. La niña estaba excesivamente vestida, tenía guantes sobre otros guantes, y el autor mayor le preguntó si sus padres le habían planteado el asunto de manera correcta. Ella lo miró durante unos segundos y

luego asintió con la cabeza. Se le dijo que el autor mayor no entendía la situación. La explicación dada por la niña fue muy informativa con respecto a su actitud: “Estoy asustada. Pero no quiero decirle qué es lo que me asusta. Si voy al consultorio de un doctor, él tratará que yo lo diga, o hará que mis padres lo digan. Nunca permitiré que alguien lo sepa.” Se le instruyó, “Sin decirme el por qué, sólo dime el cómo, de manera que yo pueda saber si estás asustada de algo que ves, o que oyes, o piensas, o cualquier cosa que tú digas.” Luego de pensar un poco, ella respondió brevemente: “No quiero ensuciarme.” La creencia general fue que el problema era un miedo a la contaminación o una misofobia.

Debido a su comportamiento, la conclusión que se alcanzó fue que sería correcto indagar “en qué forma” ella aceptaría una terapia. En eso también, ella tenía ideas remarcadamente reguladoras. Su pedido fue que la terapia se hiciese mediante hipnosis (o lo que fuese que esa palabra significase para ella), que el autor mayor de ninguna manera se enteraría de los detalles informativos de su problema, que la terapia debería ser realizada de tal manera que no fuese reconocida como una terapia - esto es, que no habría “charlas como las que los doctores tienen con gente loca, sólo charlas como las de una visita” - y para asegurarse de esto, ella actuaría como un sujeto de demostración “porque un buen doctor no le dice nada de un paciente a otras personas, ni siquiera que ese paciente es su paciente.” (No hubo oportunidad de descubrir cómo ella había preparado ese plan, o qué ideas se le habían presentado antes de conocer al autor mayor.) Sus padres explicaron en su presencia que ella les había prohibido dar ningún tipo de información. Se le preguntó cómo podría ser posible esta ayuda, de la manera en que estaba vestida, tan cuidadosamente. Ella respondió que iría inmediatamente a su habitación del hotel a ponerse ropa más adecuada para una aparición en público si el autor mayor convenía en que ella tendría una silla en la que nadie se hubiese sentado en todo el día, y si él no le tocaba el vestido. Se le dijo que sus deseos se verían respetados.

En el momento de la conferencia, apareció en la plataforma del conferencista, “sosteniendo” sus propios brazos para que éstos no tocaran su vestido. Al ser esto notado, se le ofreció una silla con apoyabrazos, y ella se sentó, apoyando sus brazos en los apoyabrazos de la silla. Se presentó una discusión acerca de la hipnosis en niños, y el autor mayor viró hacia ella para inducir una hipnosis. La técnica utilizada excedía lo simple. La conferencia y la audiencia le proveían a la niña un ambiente de prestigio. Se le dijo que extendiese su brazo izquierdo a la altura de su hombro, doblando levemente la mano de manera que pudiese ver la uña de su

pulgar. Se le dijo que fijase su mirada en la uña, que la viese agrandarse y agrandarse hasta llenar su campo visual, y luego, mientras aumentaba de tamaño, ella flexionaría su codo, muy, pero muy lentamente, acercando su mano hasta su rostro. Mientras su mano se acercase más y más, ella se iría durmiendo progresivamente de manera más y más profunda, hasta que finalmente, cuando sus dedos, o cualquier parte de su mano tocaran su rostro, ella estaría totalmente dormida, pero con sus ojos abiertos, viendo nada, sintiendo nada, oyendo nada, salvo al autor mayor.

Luego de unos minutos, ella desarrolló un estado de profundo trance somnambulístico, y los varios fenómenos de la hipnosis profunda fueron demostrados sistemáticamente.

Durante todo el tiempo transcurrido luego de observar a la niña, antes de la comida y durante la conferencia, el autor mayor había estado buscando frenéticamente una clase de aproximación terapéutica. Como el mes era Septiembre, la idea de Acción de Gracias, Navidad, y Año Nuevo le vinieron a la mente, y esto le sugirió la posibilidad de un cumpleaños. Entonces, cuando ella se sentó, antes que la audiencia, sumergida en un profundo trance, se le preguntó si quería decirle al autor mayor la fecha de su cumpleaños. Ella asintió afirmativamente con la cabeza, y dijo “Sí.” Se le pidió que dijese su cumpleaños, y ella dio la fecha del 29 de Diciembre. Esta fecha rápidamente sugirió un plan factible.

El simple comentario que se le hizo fue que, aunque podía tener ideas acerca de cuál sería el regalo que recibiría en su cumpleaños, como estaban en Septiembre, no lo sabía realmente. Ella podía pensar y pensar, le estaba concedido, pero no tenía posibilidades de saber cuáles serían sus regalos de cumpleaños. Aunque podía ser algo muy hermoso, maravilloso, algo que ella realmente quisiese, algo que podría ser muy especial, algo demasiado importante para ella como persona, como para ser un regalo de Navidad. Tendría que ser un regalo de cumpleaños. Obviamente podía suceder que no lo recibiese porque tendría que pensar demasiado para descubrir qué es lo que más querría. ¿Y qué sería este regalo en realidad? Podría ser algo que ella podía hacer por su cuenta, que podía aprender, como las mejores notas entre todos los estudiantes en su escuela, o aprender muy lenta y cuidadosamente a crear un vestido para ella sola, o cómo coserse un vestido. Pero podría ser cualquier cosa especial que ella quisiese, que ella quisiese “asquerosamente.” (nota del traductor: en ingles, “awfully wanted”, expresión inglesa, sería “querer muchísimo”.) En realidad, el autor mayor no lo podía saber

- de hecho, lo único que sabía era que estaba seguro de que el próximo cumpleaños de la niña sería el undécimo, y que dejaría de ser una niña para convertirse en una especie de niña grande, que era lo que ella quería.

Entonces, bajo la excusa de presentarle a la audiencia los temas de la amnesia hipnótica y de las sugerencias posthipnóticas, se hicieron una serie de comentarios acerca de que las sugerencias posthipnóticas podrían serle dadas a un paciente causándole el efecto de una amnesia de todos los eventos y experiencias; que uno podría decirle al paciente que desea lograr un objetivo en particular de importancia psicológica o emocional, que existe un sentimiento de convicción creciente, de seguridad de que el logro deseado se alcanzará; que día tras día, semana tras semana, puede haber un sentimiento de expectativa no identificada, un sentimiento de intensa, y placentera tensión, al efecto de que un cambio estaba realmente teniendo lugar dentro del ser, quien podría hacerse conocer y totalmente reconocido en el momento que elija, o en la ocasión de cualquier evento en especial. Todos estos enunciados fueron presentados como comentarios explicativos para la audiencia, pero para los oídos del paciente en realidad eran sugerencias posthipnóticas. Ni siquiera su padre, un profesional, y su madre, una colega graduada, sentados en la audiencia, expectantes, esperando por una sugestión terapéutica definida, pudieron captar lo útiles que eran esos comentarios para su hija. Luego de la conferencia, con mucho interés, el padre - en ausencia de su hija, que había sido despedida luego de los comentarios acerca de la amnesia y las sugerencias posthipnóticas, acompañada por su madre preguntó con preocupación cuándo el autor mayor se proponía iniciar la terapia. Se le aseguró urgentemente que la terapia se había realizado, y se le solicitó que le advirtiese a su esposa que no discutiera nada acerca de la conferencia o del encuentro con el autor mayor con la hija. En lugar de ello, seguirían un programa de silencio, y observadora espera.

Como se supo más tarde, un mes luego de su cumpleaños, la niña le dio permiso a su padre para que le escribiese al autor mayor para decirle que no tenía más miedo, y que desde la conferencia había tenido un “sentimiento divertido” cada vez que “tenía miedo” de que “algo bueno le sucedería.” Este sentimiento creció progresivamente, cada vez más fuerte, hasta su cumpleaños, día en el que despertó más temprano gritando casi histéricamente. “Se ha ido, se ha ido,” de forma que se puso a ella misma bajo un test en una gran variedad de formas. Continuó con que ella le había prohibido a su padre escribirle las noticias al autor mayor, pero cuando pasó un mes, le dio permiso pero prohibió que se diese cualquier descripción de su problema. Insistió con que, ya que estaba “terminado, eliminado,” no

había razón siquiera para pensar en ello, y que el único hecho importante era su recuperación. El padre le pidió permiso para escribir más, pero ella se negó hasta que su padre le preguntó si podía contarle al autor mayor un poco acerca de su comportamiento desde Septiembre hasta su cumpleaños. Luego de pensarlo considerablemente, ella aceptó, pero con la condición de ver la carta antes de que fuese enviada. El padre empezó con el reporte, comenzando con que él y su esposa habían notado un lento y progresivo cambio en el comportamiento de su hija. Su comportamiento depresivo, sus enojos, habían cesado. Comenzó a llorar menos, hasta que en Diciembre cesó totalmente de llorar a intervalos inesperados frecuentes. Su extrema precaución con la ropa disminuyó, y comenzó a correr hasta la puerta cada vez que el timbre de la puerta sonaba o con cada visita del cartero, como si esperase algo. También notaron que más y más frecuentemente ella levantaba los almohadones de las sillas y observaba si había algo debajo de ellos, o removía los libros de la biblioteca como si buscara algo detrás de ellos. Cuando se le preguntaba qué era lo que estaba haciendo, ella respondía, “Oh, nada, sólo pensé que podía encontrar algo.”

Su comportamiento escolar también cambió progresivamente. No tenía más esos ataques emocionales violentos si alguno de los otros niños violaba sus tabúes - ellos habían aprendido a evitarla debido a malas experiencias, incluso desde la reaparición de su problema, que había ocurrido en Abril del año que el autor mayor la vio.

Tres años después, una joven muchacha se le acercó al autor mayor en una reunión y le preguntó, “¿Realmente cree que puede hipnotizarme?” Se le contestó, “Creo que usted puede aprender a entrar en un trance.” A esto, ella contestó, “Eso es sólo lo que me dijo en otra ocasión,” sonriendo mientras el autor mayor escudriñaba su cara sin poder reconocerla. Luego ella agregó, «Ahora sólo uso un par de guantes, cuando uso guantes. Ahora me reconozco.” El autor mayor entendió inmediatamente, y le preguntó por su padre y por su madre, esperando esperanzada y silenciosamente. Ella estudió su cara, luego comentó sobriamente, “No, realmente no puedo decirle nada salvo que desapareció, y muchas, muchísimas gracias.” Ella pareció genuinamente triste de no poder dar más información. El autor mayor encontró al padre, y, luego de saludarse, negó con la cabeza, indicando que el tabú todavía existía, pero que su recuperación constituía un hecho muy placentero.

Aproximaciones diversas; Enfocamiento ideodinámico indirecto; Inician-

do búsquedas y procesos Inconscientes; Expectativa; hipnoterapia sin que el terapeuta conozca las dinámicas del paciente; Amnesia hipnótica y sugestión posthipnótica indirectas; Asociando miedos con expectativa positiva; Cambio terapéutico progresivo.

CAPITULO 7

REVOCAMIENTO DE LA MEMORIA

CASO 10 RESOLVIENDO UNA EXPERIENCIA TRAUMÁTICA

PARTE UNO: ENTRENAMIENTO SOMNAMBULÍSTICO, AUTOHIPNOSIS, Y ANESTESIA HIPNÓTICA

La señora F dio a luz a su primer hijo con anestesia caudal, de manera de poder participar lo más consciente y activamente posible. Sintió, sin embargo, que se había perdido una importante parte de la participación en el proceso del nacimiento. Por alguna razón, no podía acordarse de lo que había sucedido. Tres meses después del parto, se acercó al Dr. Erickson con el pedido de que utilizase la hipnosis para ayudarla a recuperar los recuerdos del momento de dar a luz a su hijo. El Dr. Marion Moore (M) fue un observado participante en esta sesión. El autor mayor comienza esta primera sesión facilitando un modelo de referencia terapéutico para revocamiento de la memoria, de la manera que sigue:

SUGESTIONES PARA RECUPERAR LA MEMORIA: VERDADES CUBRIENDO VARIAS POSIBILIDADES DE RESPUESTA

E: El recobrar esos recuerdos y retornárselos a usted no ocurrirá en un instante. Lo más factible es que recuerde un poco aquí, y la semana que viene un poco allá. La semana siguiente, un poco más de la primera parte. La otra semana, lentamente se construye todo de una manera normal. Y luego, algún día, todo aparecerá.

R: Usted comienza con una serie de *verdades* psicológicas acerca de cómo uno tiende, de hecho, a recuperar los recuerdos parte por parte a lo largo del tiempo. Estas sugerencias, dadas en la forma de datos educacionales, son en realidad tan

generales que cubren *muchas posibilidades de respuesta*. Usted le está dando a su inconsciente la libertad de trabajar a su propio y óptimo modo.

F: ¿Podría explicarme de una manera simple, por qué la mente trabaja de esa manera?

E: Es como otros procesos de aprendizaje. ¿Por qué será que los bebés tienden a aprender ciertas palabras primero, mientras que aprenden otras palabras en orden diferente? En su propia experiencia: ¿Por qué hay ciertas frases en un capítulo que siempre recuerda luego de la primera lectura? Usted selecciona ciertas cosas. La siguiente vez que lo lee, aprende mucho más, pero la primera lectura es altamente selectiva. Usted no puede saber, y yo no puedo saber - nadie puede saber - cómo se acordará de alguna. [El autor mayor da una serie de ejemplos de la manera desordenada en que las personas recuerdan las cosas en la vida cotidiana. Ilustra esto al preguntarle a ella qué había cenado la noche anterior, demostrándole en forma de experiencia interna, el hecho de que sus recuerdos vinieron en forma separada, fuera de secuencia.]

R: Usted responde a su pregunta acerca de cómo funciona la mente con lo que parece ser una conferencia acerca del proceso de aprendizaje. Cuidadosamente inserta una o dos preguntas retóricas acerca de sus propios aprendizajes y procesos de memoria, para evocar sus propias asociaciones inconscientes, y luego agrega una serie de ejemplos acerca de cómo funciona la memoria en otros. Usted no le está formulando a ella ningún pedido en ese momento. En lugar de ello, comienza un proceso de enfocamiento ideodinámico. Su discusión general acerca de aprendizajes y recuerdos anteriores, automáticamente evoca respuestas ideodinámicas dentro de ella, en un nivel inconsciente. Algunos de estos procesos ideodinámicos pueden llegar a estar penetrando en su inconsciente en la forma de sus memorias tempranas, o pueden permanecer en un nivel inconsciente en este punto. Su simple discusión de estos procesos, sin embargo, tiende a evocar una vívida experiencia consciente si pregunta por ellos más tarde, durante el trance. De otra manera, como usted ya sugirió, los recuerdos que ella quiere pueden aparecer parte por parte a lo largo del tiempo.

E: Sí, estoy enfatizando sus propios patrones naturales de memoria, en lugar de hacerla basarse en una forma de recordar que le fue enseñada artificialmente - cuando yo digo que ella no puede saber y yo no puedo saber. Note la sugestión, “se

acordará.” Conscientemente, ella no escucha esa sugestión directa porque su mente consciente está concentrada en el “cómo”, que precede a la sugestión directa, “se acordará.”

FORMAS HIPNÓTICAS INDIRECTAS PREPARANDO LA INDUCCIÓN AL TRANCE

E: Muy bien, ¿Cómo cree usted que le induciré un trance?

F: Bien, sé que hay una manera, contando del uno al diez, creo. Sé muy poco acerca de ello.

R: Usted comienza esta inducción al trance con una forma indirecta de sugestión: la pregunta, “¿Cómo cree que le induciré un trance?” Esta pregunta *implica* que inducirá un trance; es sólo una cuestión de cómo. La pregunta tiende a evocar cualquier entender que ella pueda tener acerca de la inducción al trance, de manera que usted lo pueda utilizar. La pregunta también respeta su experiencia de vida y su individualidad; ella tiene una oportunidad de expresar su conocimiento y sus posibles preferencias. Entonces, ella tiende a movilizar una buena voluntad y un *marco de aceptación* para lo que siga, cualquier cosa que ésta sea.

INDUCCION DE UN TRANCE VÍA NO SABER Y NO HACER; INDUCCIÓN DEL MARCO DE APRENDIZAJE TEMPRANO; CONDICIONAMIENTO INCONSCIENTE

E: Usted se sentará en su silla con sus pies reposando en el suelo y sus manos en sus caderas. Las manos sin tocarse una a la otra, y sólo mire a un punto fijo aquí.

No necesita hablar.

No necesita moverse.

Ni siquiera necesita escucharme.

Su mente inconsciente está lo suficientemente cerca

como para escucharme.

Y esa es la única cosa importante.

**Ahora varios cambios
están teniendo lugar dentro suyo.**

Su corazón está latiendo a un ritmo diferente.

Su respiración ha cambiado.

Sus reflejos se ven alterados.

**Y usted está haciendo lo mismo
que hizo la primera vez que fue al colegio.**

Miró las letras

del alfabeto.

Parecían imposibles de aprender.

Pero las aprendió.

**Y desarrolló una imagen mental
de las letras
y de los números.**

**Y desarrolló una imagen mental de cada una de ellas de muchas mane-
ras, que permanecerán dentro de usted durante el resto de su vida.**

**Ha mirado a ese punto el tiempo suficiente, de manera que tiene una
imagen mental, y no sabe en qué lugar de su mente está.**

Puede cerrar sus ojos.

A... H... 0... R... A.

E: Cuando ella responde inicialmente, al sentarse en la silla con los pies apoyados en el piso, se está diciendo a sí misma que *entrará en trance*. Estos ajustes iniciales le permiten a ella hacerse esa importante sugestión a sí misma, en lugar de que yo lo haga. Siempre es mejor hacer que los pacientes se hagan las sugerencias importantes a sí mismos.

R: Ahora usted se embarca en su forma favorita de inducir un trance, vía fijación de la vista y un número de formas hipnóticas indirectas que son efectivas precisamente porque en realidad nadie puede discutir lo que usted diga. El paciente no *sabe y no hace* (necesita no hablar, no moverse, ni siquiera escuchar) para *despotenciar sus bases conscientes*. Una *disociación* es facilitada por su énfasis en el funcionamiento de su inconsciente como una forma de doble vínculo consciente - inconsciente.

E: La falta de necesidad de escucharme es una forma indirecta de enfatizar que es su propia experiencia personal, no la mía.

R: Luego usted *ratifica* el proceso de experiencia de trance como un estado alterado al señalar cómo los cambios psicológicos han tenido lugar (latidos del corazón, respiración, y reflejos). Concluye esta etapa inicial de inducción del trance con una base de aprendizaje temprano (Erickson, Rossi, y Rossi, 1976) que tiende a evocar aspectos ideodi-námicos del aprendizaje temprano de la niñez, que fue casi todo absorbido en un nivel autónomo o inconsciente. Estos patrones de aprendizaje temprano ahora pueden ser activados para una experiencia de trance y aprendizaje, que también debe proceder en un nivel lo más autónomo posible. Luego usted precipita el que ella cierre los ojos con la sugestión directa para que los cierre “A... H ... 0 ... R ... A”, dicho de manera lenta, pero bastante enfática e insistente. Esta voz particular, enfática, ahora adquiere el valor de un *estímulo condicional* inconsciente. La siguiente vez que utiliza ese tono bajo de voz con similar énfasis e insistencia, ella tenderá a entrar en trance sin saber bien por qué. Si más tarde usted utiliza la palabra “ahora” para despertarla, utilizará un tono de voz más claro, rápido, lúcido, y más alto, que adquirirá el valor de un estímulo condicionado para despertar.

PROFUNDIZACIÓN DEL TRANCE VÍA UNA SUGESTIÓN DE CONTINGENCIA: PAUSA COMO UNA SUGESTIÓN INDIRECTA

E: Y con cada respiración entra más profundamente en el profundo sueño hipnótico.

(Pausa)

Ahora usted sabe por qué desea entrar en trance.

No comprende bien por qué algunos recuerdos se le escaparon.

[Pausa]

R: Está utilizando una sugestión de contingencia cuando facilita el profundizamiento del trance al asociar el trance profundo con un inevitable comportamiento-respiración.

E: Hago una pausa después de decirle que “entre más profundamente” porque eso lleva tiempo. La pausa misma es una sugestión indirecta para que lo haga.

R: Luego usted la motiva para que profundice el trance al recordarle el propósito que la llevó a ella a practicar hipnosis. Entonces utiliza su propia motivación para profundizar el trance.

UNA RED DE TRABAJO ASOCIATIVA FACILITANDO UNA BÚSQUEDA INCONSCIENTE DE RECUERDOS PERDIDOS

E: Pero las imágenes mentales que usted se formó en el jardín de infantes todavía están dentro de su mente.

Cosas olvidadas hace mucho tiempo todavía tienen sus imágenes mentales en su mente.

Usted puede perder esos aprendizajes mediante la pérdida de células cerebrales.

**Pero todavía no ha perdido las células cerebrales con su envío.
(Pausa)**

**Y esas imágenes mentales le pertenecen a usted,
y puede disfrutar del placer de recuperarlas.**

**Y yo creo que la mejor manera de recuperarlas
es convertirse en pequeña y estar completamente contenta de eso.**

**Sin pedir más,
sólo disfrutando el placer, y disfrutando de ese pequeño recuerdo.**

**Y la siguiente cosa que sabe
es que tendrá otro pequeño recuerdo que le dará un inmenso placer,
y lo disfrutará.**

**Y haciéndolo de este modo,
usted construirá su placer, y su confort,
muy rápidamente.**

**No rápidamente en sentido temporal sino rápidamente en fuerza,
en potencia.**

**Y entonces algún día, tomará conciencia
de que realmente recuerda todo.**

**Y cuando uno utiliza la mente inconsciente,
uno lo hace
a la velocidad que le pertenece al inconsciente.**

**Su inconsciente sabe lo rápido que puede funcionar,
lo rápido que su mente consciente puede funcionar.**

Y su inconsciente sabrá cómo devolverle esos recuerdos a usted.

E: Ahora sigo con mi comentario anterior acerca de “esos recuerdos se le escaparon”, al señalarle cómo imágenes mentales anteriores están “todavía en su mente.” Esto implica que los recuerdos escapados están todavía dentro de ella y disponibles.

R: Ahora usted está construyendo una red de trabajo asociativa al utilizar la base

de aprendizajes tempranos que evocó con anterioridad como *una analogía o proceso ideodinámico*, que podría ayudar a su mente consciente, que no sabe cómo hacerlo (es por eso que vino a terapia). Analogía y/o procesos ideodinámicos entonces funcionan aquí como formas indirectas de facilitar esa búsqueda en un nivel inconsciente. Luego usted permite que su *inconsciente medie el proceso* de una manera que le cabe más a su propio funcionamiento (rápido o lento, mucho de repente o un poco, etc.)

E: Le admito a ella que siempre hay una manera de perder recuerdos debido a una pérdida de células cerebrales, pero afirmo que no es su caso.

R: En ese momento usted atrapa las dudas que ella puede tener acerca de su capacidad de recuperar sus recuerdos, y las despotencia.

E: Cuando afirmo que las “imágenes mentales le pertenecen a usted y usted puede disfrutar de recuperarlas,» me estoy refiriendo nuevamente a mi comentario anterior acerca de cómo se “le escaparon” y la implicación de que ella merece recuperar lo que le pertenece. Luego enfatizo el placer que un pequeño recuerdo puede proporcionarle

R: Eso puede reforzarla, de manera que ella tenderá a recordar más y finalmente se formará una cadena de recuerdos recuperados.

E: “Algún día tomará conciencia de que realmente recuerda todo” implica una *aceptación no crítica* de cada pequeña parte de recuerdo que aparezca. Estoy intentando extraer el auto criticismo.

R: Ese auto criticismo consciente puede, entonces, limitar la creatividad espontánea del inconsciente.

E: Sí, yo digo “pertenece al inconsciente” y el inconsciente sabe lo rápido que funciona. Luego contrasto eso con “lo rápido que funciona su mente consciente,” separando de esa manera a la mente consciente del inconsciente.

R: Luego usted hace énfasis en la separación de la mente consciente de la inconsciente para asegurarse de que ella se lo deja a su inconsciente, en lugar de tratar de trabajar en él con los medios más limitados de sus procesos conscientes. Esta es la esencia de su aproximación hipnótica: *despotenciar los medios limitados*

de la mente consciente y reforzar los procesos inconscientes, con sus mayores potencialidades.

E: Sí, y la separación está sugerida de tal manera que debe ser aceptada, porque lo que yo esté diciendo es verdad.

R: La hipnosis no es un medio para programar a las personas directamente a que hagan las cosas de cierta manera. Con billones de conexiones neurológicas en la mente, es terriblemente presuntuoso tratar de programar a las personas.

E: Es una manera muy uniforme.

R: Estamos permitiendo a la infinita diversidad del inconsciente a que aparezca, en lugar de tratar de programar una idea o un punto de vista idiota que nosotros podamos tener. Hay infinitos patrones de aprendizaje y modos de hacer las cosas. Nuestra aproximación ayuda a la gente a “desaprender” sus aprendidas limitaciones.

SORPRESA Y PLACER PARA REFORZAR EL FUNCIONAMIENTO INCONSCIENTE: SUGESTIONES DE SEGURIDAD

E: Muchas veces en el pasado usted ha sido tomada por sorpresa.-

**Y antes de poder pensar qué hacer,
simplemente lo hizo,
porque su inconsciente lo supo
antes de que lo hiciera.
(Pausa)**

Y esta es una situación en la que usted está esperando permitirle a su mente inconsciente

que le devuelva esos recuerdos, en el modo en el que él sabe hacerlo.

No hay apuro.

Pero hay placer aguardándola.

(Pausa)

R: Usted utiliza la sorpresa como otra forma hipnótica indirecta que tenderá a *despotenciar las limitaciones de sus bases conscientes y de sus actitudes habituales*, que pueden estar bloqueando su memoria. Usted refuerza esto al enfatizar nuevamente el rol central del inconsciente cuando se le es permitido trabajar por sí mismo. Continuamente sugiere que un gran “placer” acompañará a las *búsquedas y procesos inconscientes*. Esto es en parte una verdad, y en parte es un medio de motivarla más aun. Sería un significativo problema de búsqueda determinar si, de hecho, esas sugerencias de placer están mediando un refuerzo ideodinámico, al activar los centros positivos de recompensa del sistema límbico.

E: Si existen resistencias o traumas escondidos asociados con estos recuerdos, yo estoy usando un factor de seguridad al sugerir que su inconsciente “devolverá esos recuerdos de la manera que él sabe hacerlo.” Luego balanceo un positivo y un negativo en la siguiente sugestión, “No hay apuro... hay placer aguardándola.” Lo negativo enfatiza lo positivo.

**SEPARANDO LOS PROCESOS CONSCIENTES E INCONSCIENTES;
DESPERTARSE Y RATIFICACIÓN DEL TRANCE; ENTRENANDO
EN SUGESTIÓN POSTHIPNÓTICA**

**E: Haré que se despierte en breve,
para una lección**

de cómo disfrutar de lo que su inconsciente puede hacer por usted.

Cuando la despierte,

quiero que sienta una profunda sensación de confort, como si

hubiese estado durmiendo durante ocho horas.-

Quiero que disfrute de eso.

(Pausa)

Ahora puede empezar a pensar en ir contando del veinte al uno.

Y comienza, a contar del veinte al uno, despertando en uno.

¡Y comience a contar *ahora!*

(Pausa mientras la señora F cuenta hacia adentro y abre sus ojos, y comienza a reorientar su cuerpo, en veinte segundos.)

E: Hago énfasis en que tengo que despertarla porque no quiero que su inconsciente la despierte. La tarea de su inconsciente es devolverle sus recuerdos. Es mi tarea, en asociación con su mente consciente, despertarla. Cuidadosamente separo a la conciencia del inconsciente, y los mantengo separados.

R: Usted comienza el proceso de despertarla con una sugestión posthipnótica, que es muy fácil de aceptar. Su experiencia del trance hasta ahora mostró un estado confortable, profundo, y receptivo, que a veces se hace muy difícil de distinguir del sueño.

Entonces usted *utiliza* esto para ratificar su trance al despertarse. Cualquier comportamiento que los pacientes demuestran durante el trance (concentración, descanso, emociones, etc.) puede ser usado para ratificar el trance con una sugestión posthipnótica que les permita responder con alguna expresión acerca de ella al despertar. Esta es su aproximación inicial al entrenarla a ella a que siga sugestiones posthipnóticas. Finalmente la despierta con aquel “¡Ahora!” dicho en ese tono alerta que se convertirá en un inconscientemente condicionado estímulo para que se despierte.

SUGESTIONES POSTHIPNÓTICAS RATIFICANDO EL TRANCE: LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE COMO EL FOCO DE ATENCIÓN

F: ¡Hola! ¿Qué tal he estado? ¡Oh, me siento como si hubiese estado durmiendo! ¿Sabe? Como si me hubiese ido a dormir. Eso fue extraño.

E: Una demostración estupenda.-

F: ¿He entrado en trance de la manera en que lo debía hacer?

E: ¿Cómo se siente?

F: Fue como dormir, aunque no lo fue. Fue como estar al borde del sueño.

E: ¿Cómo se siente físicamente ahora?

Y: Mucho más relajada. Más en paz. Me siento mucho mejor. Escuchaba su voz, e iba desapareciendo, pero estaba allí, en el ambiente.

M: ¿Pero dejó de escuchar palabras y oraciones individuales?

F: Sí, tan sólo la voz.

M: ¿Escuchó cuando comenzó y terminó de funcionar mi grabadora?

F: No, no escuché ninguna otra cosa.

R: Sus primeras palabras al despertarse son una respuesta obvia a su sugestión posthipnótica para que sintiera como si hubiese dormido ocho horas. Ella también está ratificando el trance, al mismo tiempo. Ella describe el tipo de trance confortable, tranquilo, y receptivo, en el cual no se hace ningún esfuerzo consciente en ninguna dirección. Esto está en agudo contraste con el tipo de trance característico de X (el caso de la transpiración), de profundas y concentradas búsquedas. La disociación en la cual F pudo escuchar la voz del terapeuta en el ambiente, pero no las palabras y oraciones individuales, es muy característica del trance.

E: Mi voz en el ambiente está en donde yo quiero que esté. Está en el ambiente de la experiencia *de ella*. Su propia experiencia está en el foco de atención.

R: Evoca las propias experiencias internas de los pacientes como un factor terapéutico, de manera que ellos no puedan escuchar las cosas irrelevantes (como la grabadora). Esto es lo opuesto a lo que hacen tantos terapeutas que insisten en que el paciente fije su atención en las palabras y opiniones del terapeuta.

E: Le pregunté, “¿Cómo se *siente*?” porque yo no quería que ella *pensara*.

R: Puede ser enteramente válido *sentirse* como si hubiera dormido durante ocho horas, pero sería una falsedad pedirle que realmente *crea* que ha tenido ocho horas de sueño cuando ambos saben que no es verdad. Usted siempre se cuida de

evadir cualquier cosa que podría causar desconfianza y una pérdida de la fe en la validez de cualquier cosa que diga.

E: Siempre hago una distinción entre pensar y sentir. Pensar puede ser válido pero limitado; un sentimiento puede ser cualquier cosa inclusive aunque sea una ilusión desde un punto de vista racional.

ENTRENAMIENTO SOMNAMBULÍSTICO: SUGESTIÓN POSTHIPNÓTICA INDIRECTA PARA LA INDUCCIÓN DE UN TRANCE POR CATALEPSIA.

E: ¿Le gustaría una sorpresa?

F: OK, ¿Qué es?

[El autor mayor silenciosamente se le acerca y le toca la mano derecha con un movimiento muy lento. La mano de F se eleva y se mantiene cataleptica, suspendida en el aire.]

E: Cierre los ojos y duerma.

**Y realmente puede sentirse complacida,
y contenta,
y descansada.**

E: En su primer trance, mencioné cómo ella había sido tomada por *sorpresa* muchas veces en el pasado, cuando su inconsciente supo algo antes que ella. Esa fue una no reconocida sugestión posthipnótica que ahora es usada para inducir este segundo trance con una sorpresa.

R: Esta inducción al trance por catalepsia (Erickson, Rossi y Rossi, 1976) es también una forma de profundizar su insolvencia hipnótica con una aproximación no verbal. Luego usted profundiza el trance al utilizar la experiencia “dormir ... contenta ... y descansada”, que sabe ella es muy capaz de lograr. Usted está comenzando un entrenamiento somnambulístico al darle a ella muchas experiencias de entrar y despertar del trance. ¿Cuáles otros medios tiene para facilitar el estado somnambulístico?

E: Es como aprender cualquier otra cosa en la vida. La primera vez que lee un libro de texto, puede no entender demasiado; luego de leerlo dos o tres veces, comienza a tener *sentido*. *Ensayo del trance, sugestión posthipnótica, y un posterior entrenamiento hipnótico son todos dados al mismo tiempo para desarrollar un entrenamiento som-nambulístico.*

DESPERTAR DEL TRANCE CON UNA SUGESTIÓN ABIERTA-CERRADA

**E: Y si usted lo desea,
puede dejar a su brazo derecho donde está,**

luego de despertar.

Y puede comenzar a contar de atrás hacia adelante, desde el veinte hasta el uno despertándose en el uno.

¡Y comience a contar *ahora!*

(La señora F se despierta con su brazo manteniéndose cataléptico en el aire.)

R: Ahora usted da una sugestión muy abierta-cerrada para que ella deje su mano allí, si lo desea. Esta aproximación abierta-cerrada es a prueba de fallas, y tiende a evocar un *marco de aceptación* al permitirle a la paciente expresar su propia individualidad. Es también un medio de posterior aseguramiento del grado de esperanza que ella tiene de experimentar fenómenos hipnóticos.

RATIFICACIÓN DEL TRANCE VÍA LA PROPIA EXPERIENCIA DE LA PACIENTE

F: Umm, ¿qué está mi brazo haciendo allí? ¿Qué sucede? [Ella saca su brazo de su pose cataléptica.]

¿Por qué estaba suspendido en el aire?

E: ¿Se da cuenta de que aprendió a entrar en trance?

F: Estaba pensando en ello, y me preguntaba si había aprendido lo suficiente como para hacerlo por mí misma. Iré a mi casa y lo intentaré, a menos que usted piense lo contrario.

E: No respondo a su pregunta directamente, pero le hago una pregunta que evocará su propio aprendizaje experimental.

R: La pregunta que usted le formula es una forma hipnótica indirecta que la hace buscar en su interior y contestar su pregunta acerca de su propia mano en una manera que tiende a ratificar su experiencia de trance. Su mano no suele actuar de ese modo; por lo tanto debe haber estado en trance. Su respuesta de querer hacerlo en su casa es un reconocimiento directo de haber experimentado un trance.

TERCER TRANCE: INDUCCIÓN Y SUGESTIÓN POSTHIPNÓTICA PARA APRENDIZAJE

E: Usted nunca desperdicia una buena habilidad en cosas poco importantes. Sólo la usa para cosas importantes. No usará anestesia hipnótica para pellizcarse, pero la usará para dar a luz a un niño, para cirugía, para el dolor de una pierna quebrada.

Ahora, ¿Quiere ver lo que ha aprendido?

[El autor mayor nuevamente induce una catalepsia en un brazo al guiar su brazo hacia arriba. La señora F pestañea y cierra los ojos, y evidentemente cae en trance.]

Y usted puede dejar a su brazo allí, y reconocer lo que ha aprendido, luego de despertar.

**Y puede despertar empezando a contar ahora.
(F se despierta con su brazo todavía cataléptico.)**

**F: Eso es... ¡ Oh!
[F baja su brazo.]**

R: Usted responde a su pedido de entrenamiento autohipnótico al decirle que pri-

mero que todo debe usar el trance sólo en situaciones importantes. ¿Por qué?

E: Estoy prohibiendo cualquier tipo de experimentación. Lo único importante es recuperar su memoria - no ver si puede hacer levitar su mano.

R: La experimentación trivial tiende a opacar la distinción entre el trance y el despertar, y disminuye la disociación entre ellos, lo que en el total, disminuye la efectividad del trance. Luego de inducir la catalepsia, usted da una importante sugestión posthipnótica, al decirle que puede dejar su brazo en alto y reconocer lo aprendido luego de despertar. Ella de hecho se despierta, con el brazo todavía cataléptico, y luego aparentemente toma conciencia interiormente, y recién en ese momento baja su brazo.

Presumiblemente ella ha conocido una disociación entre la levitación de la mano y el trance.

CUARTO TRANCE: ENTRENAMIENTO AUTOHIPNÓTICO VÍA ENTRENAMIENTO Y EXPECTATIVA

E: Ahora suponga que alza la mano.

[F eleva la mano hasta que ésta se mantiene cataléptica. Cierra los ojos y evidentemente, entra en trance.]

R: Al pedirle a ella que eleve la mano, en esta ocasión, ¿usted está ubicando la inducción al trance en un nivel que está por debajo del control de F, como una etapa en el entrenamiento autohipnótico?

E: No le dije que entrara en trance. Cuando uno le dice a alguien que eleve o que extienda su mano, ellos estarán expectantes, esperando algo. Uno está utilizando esa expectativa aprendida en la vida cotidiana.

R: ¿Y qué más hay en esta situación para esperar aparte del trance? Usted ha construido una asociación entre la levitación de la mano y el trance, de manera que ella pueda estar expectante, y de hecho entre en trance enteramente por su cuenta. Esto puede parecer superficialmente como un proceso de acondicionamiento (y en parte puede serlo), pero es el elemento de *expectativa* así como su *motivación* hacia el trance lo que lleva su experiencia hasta este punto.

E: No lo he definido como un trance. Permití que su propia experiencia lo definiera.

DIRECTIVA IMPLÍCITA PARA RATIFICAR UN TRANCE: EL CUIDADOSO ESTUDIO DE LA COMUNICACIÓN POR PARTE DEL TERAPEUTA

E: Y cuando usted haya reconocido que está en un buen trance, podrá decirse a sí misma que puede despertar.

[Luego de unos minutos, F se despierta y se reorienta.]

F: ¡Uk! ¡Santo cielo! Todo esto me ha tomado por sorpresa.

E: Una sorpresa placentera.

F: La mente es un órgano increíble, ¿no es cierto? Esto es maravilloso.

E: Muy bien. Ahora usted sabe que puede elevar su mano y entrar en trance, y cuando haya estado en trance el tiempo suficiente, su mente inconsciente podrá decirle que se despierte.

Y ahora sabe que puede hacer eso. Acaba de tener esa experiencia.

F: Sí

R: Ahora usted usa la directiva implícita como un medio de hacer que ella reconozca, explore, y valide su propia experiencia del trance. Es muy importante en el entrenamiento autohipnótico darle a los pacientes la oportunidad de reconocer y ratificar sus propias experiencias en trances.

E: Cuando ella dice, “He sido tomada por sorpresa,” uno sabe que está siguiendo mi sugestión posthipnótica de una sorpresa. La validez de la experiencia está expresada en sus propias palabras, “La mente es un órgano increíble ... Esto es maravilloso,” no en las mías.

R: Por encima de todo, la hipnosis es aprendizaje experimental más que conoci-

miento intelectual o abstracto.

E: Quiero que usted note lo conectado que está todo, si bien está impromptu. *Es un lenguaje que yo aprendí, un estudio cuidadoso. Conozco todos los artículos del discurso, y conozco el significado de todas las palabras. Debido a que lo aprendí cuidadosamente, puedo hablarlo con facilidad.*

R: Parece casual, pero está muy bien estudiado en su mente.

GENERALIZANDO EXPERIENCIA HIPNÓTICA EXITOSA PARA LA RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

E: Ahora usted también puede saber que su inconsciente puede hacer lo que sea necesario con su memoria. Y usted puede confiar en que lo hará de la manera correcta.

F: Sí. ¿Existe alguna situación en la que uno esté en trance y no pueda salir de él? Como si cerrase la puerta y uno no pudiera abrirla.

[Erickson da ejemplos, ilustrando que un individuo en trance puede despertar por su propia voluntad por cualquier buena razón.]

R: Usted ilustra la potencia del inconsciente de F en una manera concreta (vía entrando y saliendo del trance), y luego hace esta importante generalización de que su inconsciente también puede facilitar la recuperación de recuerdos. Esto es, que inmediatamente utiliza la experiencia exitosa de F en el trance como un modelo de cómo el inconsciente puede contribuir a su comportamiento, y cómo puede facilitar una solución a su problema.

EL INCONSCIENTE PROTEGIENDO AL INDIVIDUO

E: Su inconsciente sabe cómo protegerla.

F: ¿Hay alguna protección? ¿Yo creía que el inconsciente estaba completamente abierto?

[E da algunos ejemplos de cómo el inconsciente puede proteger al individuo.]

E: Su mente inconsciente sabe qué es lo correcto y qué es lo bueno. Cuando usted necesite protección, él la protegerá.

R: Es una de las mayores concepciones de la hipnosis creer que uno pierde todo el control y las facultades. La hipnosis es en realidad una forma muy selectiva de atención.

R: En uno de sus primeros programas de investigación, usted demostró que no era posible forzar a la gente hacia un comportamiento destructivo con la hipnosis (Erickson, 1932). ¿Todavía cree eso? ¿El inconsciente siempre protege a la persona?

E: Sí, pero con frecuencia de maneras que la mente consciente no comprende.

SORPRESA Y SUGESTIONES INDIRECTAS PARA UNA ANESTESIA CAUDAL

[Una conversación general acerca del parto con hipnosis tiene lugar. En una movida sorpresiva, Erickson repentinamente sugiere la posibilidad de que la señora F experimente una anestesia caudal de la siguiente a manera.]

E: Dicho sea de paso, ¿sabe usted que puede producir su propia caudal A ... H ... O ... R ... A?

F: Bueno, ¿Eso nos llevaría mucho más tiempo, no es cierto?

R: La conversación general acerca del parto parece lo suficientemente inocente, pero en realidad es un medio de estructurar una base mental nueva, mediante enfocamiento ideodinámico indirecto; mediante la discusión del parto, en los términos más generales su inconsciente automáticamente iniciará muchos procesos ideodinámicos, que ella en realidad ya experimentó en su reciente experiencia de parto. Esto incluye, por supuesto, una anestesia caudal inducida por medios químicos. Su inconsciente tiene un registro de esa experiencia, y cuando usted le hace

esa *pregunta*, “¿Sabe usted que puede inducir su propia caudal A ... H ... O ... R...A?”, está usando dos formas hipnóticas indirectas para inducir el trance e iniciar una *búsqueda y procesos inconscientes*, que la pueden ayudar a reexperimentar su anestesia caudal como una respuesta hipnótica: 1) “A ... H ... O ... R ... A” dicho de manera lenta, baja, e insistente, tiende a reinducir el trance como una respuesta inconscientemente condicionada; 2) la *pregunta* inicia la *búsqueda y los procesos inconscientes* para los recuerdos ideodinámicos de su anestesia caudal química. Todo esto sucede automática-mente (hipnóticamente) incluso aunque su mente dude, al decir, “¿eso nos llevaría mucho más tiempo, no es cierto?”

E: Usted no reconoció el elemento de la sorpresa como un tercer factor.

SORPRESA Y CLAVES VOCALES REFORZANDO LA ANESTESIA

E: Ahora usted me escucha porque estará muy sorprendida, *ya que no se puede poner de pie.*

[La señora F parece un poco asustada, y su cuerpo se mantiene perfectamente quieto durante unos quince segundos, mientras el autor mayor continúa.]

E: No sabe como ponerse de pie, ¿no es cierto?

F: Bueno, sabía hacerlo cuando llegué aquí.

E: ¡ Tiene una caudal!

R : Como ella expresó ciertas dudas, usted refuerza sus sugerencias con más énfasis en el *aspecto de la sorpresa* del funcionamiento inconsciente (particularmente desde que a ella pareció gustarle este aspecto de la sorpresa), y sus claves vocales (en *itálicas*) lentas, bajas e insistentes, que ahora son muy bien asociadas con la responsividad hipnótica.

REMOCIÓN Y RATIFICACIÓN DE LA RESPUESTA HIPNÓTICA

(Pausa mientras la señora Y se mantiene inmóvil durante otros quince segundos, luego Erickson la remueve como sigue.)

E: ¡Ahora se puede mover!

F: [Parece un poco incrédula, y finalmente mueve la parte inferior de su cuerpo levemente.] ¿Es esto una broma o es real? Porque con la caudal lo único que podía mover era mi dedo gordo del pie

E: Correcto. Veá, sé lo que es una caudal, y cuando doy una sugestión hipnótica para que usted no se pueda mover, usted pierde la habilidad de mover los músculos de sus piernas.

F: ¡Oh, dios! ¡Cuanta educación que he recibido hoy!

R: Usted le permite mantenerse inmóvil durante solamente dieciocho segundos. ¿Es porque usted tuvo la sensación de que ella dudaba de sus respuestas hipnóticas, y podía haberlas quebrado al probarlas demasiado?

E: Uno desarrolla un sentido para estas cosas. Yo sólo sabía que quería mantenerme apartado de cualquier disputa acerca de su dedo gordo del pie.

PROTEGIENDO Y POSTERIORMENTE RATIFICANDO LA RESPONSIVIDAD HIPNÓTICA: SUGESTIÓN POSTHIPNÓTICA NO RECONOCIDA VÍA GENERALIZACIÓN

E: Ahora, no intente explicarle sus aprendizajes a nadie. Le pertenecen a usted, y son especiales, y cuando su hijo comience a crecer, y se lastime el brazo, usted recordará cómo yo le dije suavemente, “No se puede poner de pie.” Y no pudo. Usted podrá decirle a su hijo que puede sentirse bien. Usted lo dice y lo quiere decir. Su sinceridad y su expectativa causarán que el niño acepte la sugestión, y su brazo no dolerá.

(El autor mayor ahora cuenta una historia acerca de cómo le enseñó a un médico a usar la *técnica sorpresa de la anestesia*.)

Un granjero entró a la sala de emergencias con una seria herida, gritando

en estado de pánico, “¡ Doctor, tiene que ayudarme! ¡ Doctor, tiene que ayudar!” La enfermera intentó hacer que el granjero se sentara, pero él continuó dando brincos, y gritando. Finalmente el doctor dijo, “¡Cállese! ¡ Siéntese! ¡Deje de molestar!. “Yo le había dicho al doctor que podía hacer eso, y él lo intentó. Ordinariamente, no se le habla a un paciente de esa manera. El granjero estaba tan sorprendido que efectivamente se sentó y dejó de molestar. Esa es la técnica de la sorpresa.

R: ¿Entonces usted protege el aprendizaje hipnótico de F, previniéndola, al hacerla escuchar dudas de otros?

E: Sí. Cuando asocio su aprendizaje hipnótico corriente con cosas *inevitables* que le sucederán a su hijo, estoy extendiendo estos aprendizajes a su futuro, como una sugestión posthipnótica no reconocida.

R: Entonces usted está generalizando el aprendizaje hipnótico de F a futuras situaciones de su vida.

E: Ahora lo generalizo aun más con esta otra historia acerca de cómo le enseñé a un médico la técnica sorpresa de la anestesia.

R: La historia también tiende a resolver posteriormente cualquier duda interna que ella pueda tener acerca de sus respuestas hipnóticas, y esto las ratifica aun más.

SORPRESA PARA INICIAR OTRA BÚSQUEDA INCONSCIENTE

M: Yo podría agregarle algo más a su memoria, como se verá en la imagen. Ella tendrá una cosa adicional, que será una sorpresa muy placentera cuando la recuerde. Tendrá algo que ver con el tiempo de rotación (de la cabeza del bebé durante el proceso de parto). Lo dejaré como está. Será la pequeña flor sobre la torta.

R: La sugestión del Dr. Moore, acerca de que la paciente tendrá una “adicional... y muy placentera sorpresa” es una forma de motivarla para una *búsqueda inconsciente* de los recuerdos que ella desea recobrar. Veremos las verdades que esta sugestión dará a luz en la próxima sesión

CONCLUYENDO LAS DIRECTIVAS PARA UNA BÚSQUEDA INCONSCIENTE: ENFOCAR SOBRE LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE

E: Una cosa más. El retorno de sus recuerdos comenzará. ¿A qué hora dijo que se rompió la bolsa de agua?

F: Alrededor de las 6:40 a.m.

E: Los recuerdos comenzarán por una repentina recuperación de ese recuerdo, muy intenso, y luego puede seguir descansando. Vea, no estaba preguntando por el rompimiento de la bolsa de agua. Estaba preguntando por algo sucedido horas después. Su inconsciente probablemente empezará por el rompimiento y luego continuará.

F: ¿Debido a que eso fue el comienzo del evento?

E: Sí.

F: Recuerdo eso muy claramente.

[La señora F narra las circunstancias en las que su bolsa de agua se rompió y el inesperado acontecer del parto.]

E: Me ha narrado un recuerdo que no sabía que tenía. Y continuará.

F: ¿La memoria volverá de a pequeñas partes?

E: No sé cómo lo hará. Podría suceder en una sola parte, podría venirle *de atrás hacia* adelante, y hasta que no esté todo allí, no se afirmará.

M: Podría recordar las cosas agradables primero.

R: ¿Por qué le ha dado estas tan específicas sugerencias finales acerca de la recuperación de la memoria?

E: Le estoy dando una base dentro de su propia experiencia. Ella recuerda la hora 6:40 muy bien, y eso puede servir como base de la recuperación de más recuerdos. Es una marca, alrededor de la cual puede organizar su memoria. Cuando perdió su

memoria, nunca intentó reestructurar sus recuerdos de la manera en que yo se lo sugiero. Ahora, cuando ella comienza a narrar las circunstancias en las que se rompió su bolsa de agua, está siguiendo mi sugestión implícita que le estuve diciendo todo el tiempo, “Esta es su experiencia. Le pertenece a usted. Yo sólo soy parte del ambiente. Su propia experiencia es lo importante.”

PARTE DOS: REORGANIZANDO LA EXPERIENCIA DE VIDA TRAUMÁTICA, Y REVELAMIENTOS DE LA MEMORIA

Dos semanas después de la sesión precedente, la señora F retorna para reportar lo que sigue:

F: Hay dos ítems que vinieron a mí concernientes al nacimiento de mi hijo. En ese estado extraño, entre estar despierta y dormida, recuperé un vívido, detallado recuerdo que había olvidado, acerca de estar en el consultorio del médico. Por qué vino no puedo decirlo, pero lo hizo. El doctor apareció en la puerta y dijo, “¿Ha sentido vida?”. y yo dije, “Sí, desde ayer.” El doctor dijo, “Eso es normal, es ahí en donde debe comenzar a sentir vida.” Luego desperté y pensé, eso es extraño, me pregunto por qué recordé eso. Mi mente pareció haberlo arrancado de mi banco de recuerdos.

(F reporta que pocos días después de lo anterior, tuvo una recuperación de recuerdos más extensiva, sucedido en ese mismo estado, entre estar dormida y despierta. Recuerda haber estado en la sala de partos, y su doctor preparando todo para el nacimiento de su hijo. Una versión editada de su reporte, continúa como sigue.)

F: Todos los detalles de ese momento particular vinieron a mí. Lentamente - éste ha sido un proceso muy lento, como usted dijo que lo sería, no fue durante la noche. Lentamente toda la secuencia del parto vino al foro de mi mente consciente. Fue muy lento, a lo largo de un par de días. Un poco más nítidamente, y un poco más nítidamente. Y todo pareció terminar en dos días en los cuales mi mente decidió extraer ciertos recuerdos y pensamientos de una u otra manera. Cómo, no lo sé. Me sorprendí. Especialmente al recordar nítidamente la escena del parto. Todo se relaciona con ese recuerdo anterior acerca de la visita al consultorio del doctor, durante

la cual me preguntó acerca de sentir vida. Eso fue lo importante para mi mente.

Noté también que soy capaz ahora de poner en orden las cosas que voy recordando. Las puedo ordenar, y ahora no están todas hechas un mamarracho sin nada en el lugar correcto. Eso es lo que acarreeó la última visita que le hice.

E: ¿Y hubo algún recuerdo acerca de un instante en especial, que haya recuperado muy vívidamente?

F: El recuerdo más vívido fue acerca de esos delantales verdes que le cubrían las piernas al doctor. Sé que mi mente las exageraba. ¡Eran enormes!

(E hace algunas preguntas, que acarreen una cadena de asociaciones sugiriendo que los recuerdos de Y acerca de la “vida” en el consultorio del doctor eran muy importantes, y que estaban asociados con sus recuerdos de la sala de partos porque “vida” era un fuerte aseguramiento contra muchas historias negativas que le habían sido contadas, acerca de los peligros de dar a luz. Estas expectativas negativas habían sido lamentablemente reforzadas justo unos momentos antes del parto porque escuchó los gritos de dolor de otra mujer que acababa de dar a luz a otro niño. Ella continúa con su narración, indignada con un número de procedimientos “sobrenaturales” del hospital, como por ejemplo atarle las manos durante el parto, como si ella fuera una especie de “animal salvaje”, sin ningún sentido, y no haberla preparado para la episiotomía. La shockeó el escuchar el “snip” de los instrumentos del doctor cortando su carne, durante la episiotomía.)

MADURACIÓN ESPONTÁNEA DE LA PERSONALIDAD CON RECUPERACIÓN DE LA MEMORIA

E: ¿Le gustaría saber si recuerda mejor estando en trance o estando despierta?

F: Creo que sí.

E: ¿Ha notado algún cambio en su persona desde la última vez que la vimos?

F: Menos ansiedad, en todos los aspectos. Más tenso uno está, menos recuerda, y esto se convierte en un círculo vicioso.

E: ¿Se siente mayor?

F: Siento mi edad. A veces me siento de cincuenta, pero en general me siento bien. Esa es una pregunta extraña, ¿no es cierto?

E: Parece levemente mayor, ahora. No en apariencia sino en su forma de hablar. La forma en que organiza sus ideas parece de persona mayor.

F: ¿Cómo sucedió? ¿Cómo pude envejecer en una semana?

E: Porque esos recuerdos eran importantes para usted, y estaba tan tensa que no le dio lugar a la posible maduración que tuvo lugar tras el parto. Y eso, creo yo, constituye algunas de las razones de su ansiedad.

F: Oh, ahora veo.

R: Esa amnesia pudo haber retardado el proceso natural de maduración.

En algún lugar muy dentro suyo, entendió eso, y entonces su deseo de recobrar sus recuerdos son claramente una forma de facilitar su proceso natural de crecimiento.

E: Su inconsciente sabía algo que ella ni siquiera podía soñar o recibir conscientemente. ¿Ahora usted entiende lo que yo quiero decir por sabiduría inconsciente?

F: ¿Cuál es más inteligente, la mente consciente o el inconsciente?

E: El inconsciente es mucho más rápido, sabio, y rápido. Entiende mejor las cosas.

F: ¡Eso es maravilloso!

R: Usted comienza con una pregunta acerca de si a ella le gustaría saber si puede recordar mejor estando en trance; ella asiente, y luego le hace esa pregunta acerca de su aspecto más maduro. Evidentemente, usted vio alguna resistencia al trance en su comportamiento en este punto, por lo que retrasa la inducción al trance hasta más tarde.

E: [El autor mayor narra ejemplos clínicos de cómo la maduración de la personalidad puede ser bloqueada por experiencias traumáticas, que resultan en amnesias, ya que la experiencia de vida no fue registrada. El significado más profundo del pedido de F acerca de recobrar sus recuerdos perdidos es ahora evidente: estos recuerdos son importantes para el actual y futuro crecimiento y maduración de su personalidad.]

EL LENGUAJE DEL CUERPO EN LA RESISTENCIA AL TRANCE

E: ¿Cuál es su objeción de entrar en trance hoy?
[E notó que F tenía sus piernas cruzadas]

F: ¿Le demostré eso? No tengo ninguna objeción.

E: Tiene una objeción menor.

F: Bueno, muchacho, debe ser usted extremadamente perceptivo. No la tengo, ¿qué es lo que le hace pensar eso?

E: No apuraré a su mente consciente. Prefiero oír lo que me diga su inconsciente.

F: No noté ninguna objeción. ¿Puede ser la manera de hablar, los gestos?

E: No trate de adivinar. Su inconsciente está haciendo un trabajo maravilloso. La dejará saber. ¿QUIERE ENTRAR EN TRANCE HOY?

F: Sí.

E: ¿A...H...O...R...A?

F: OK.

E: (a R) Usted ya sabe la respuesta, ¿no es cierto?

R: Sí, creo que sí.

E: Yo no la dije. [a F] Descruce sus piernas, por favor. [Pausa mientras ella descruza sus piernas y adopta la postura más típica para la inducción al trance.]

A...H....O....R....A.

(Pausa mientras los ojos de F se abren y luego se cierran)

Caiga profundamente en el trance.

(Pausa)

E: Al final de la última sesión, el Dr. Moore sugirió que ella recordaría algo que sería la “pequeña flor sobre la torta,” pero ella no hace referencia a esto ahora. Como ella no trató de identificarlo, puede tener objeciones de entrar en trance, en el cual podría enfrentarlo.

R: Noté también que tenía las piernas cruzadas, que es justamente lo opuesto a lo que usted aconseja durante la inducción del trance. Las mantiene cruzadas durante su esfuerzo inicial, con el “A...H...O...R...A” condicional, y no entra en trance hasta que usted le pide que las descruce. Entonces, su “A...H ...O...R...A” resulta efectivo.

LA PACIENTE PROFUNDIZANDO EL TRANCE CON LA LEVITACIÓN DE LA MANO

E: Y enteramente por sus propios medios,

**en una manera objetiva,
piense en todo lo que me dijo a mí,
a nosotros.**

Piense en ello lentamente, cuidadosamente, objetivamente.

Y si encuentra cualquier deficiencia menor, estará bien que la corrija.

También estará bien que las corrija sin saber que lo ha hecho.

[Pausa mientras la mano derecha de F comienza a levitar hacia arriba muy lentamente de manera vagamente perceptible.]

E: Ella ahora profundiza el trance al elevar su mano, de manera de poder verbalizarlo sin saberlo. Se cuida de ello al asegurarse de que cae más profundamente.

R: Está protegiendo a su mente consciente al caer más profundamente en trance. Usted le ofreció protección con su sugestión acerca de que ella podría corregir “deficiencias menores” sin saberlo.

MECANISMOS AUTO-PROTECTORES DEL INCONSCIENTE

E: Realmente quiero que usted aprecie la habilidad de su mente inconsciente.

(Pausa)

La habilidad de su mente inconsciente de percibir las cosas, y de enviárselas a la mente consciente con cualquier detalle que el inconsciente considere bueno.

[Pausa]

Y ahora viene una pregunta que le hice.

Y trataré de encontrar una respuesta ahora.

**Antes de la episiotomía,
quizás subsecuente a ella.**

Pero me pregunto si antes de la episiotomía

usted tuvo una sensación, algo así como olvidada, de sus senos.

No necesita decírmelo.

[Larga pausa mientras su mano levita hasta llegar a unos cinco centímetros sobre su cadera, muy, pero muy lentamente.]

Su inconsciente parece estar diciéndomelo, sin permitirle a usted saberlo.

(Larga pausa mientras su mano continúa levitando muy lentamente)

E: Mientras me acerco al material “productor de ansiedad” lidiando con la episiotomía, su mano levita más, como medida de protección profundizando el trance.

R: Esto parece ser un claro ejemplo del aspecto autoprotector del inconsciente, del que usted habla con frecuencia. El inconsciente está profundizando el trance para proteger a la mente consciente del conocimiento para el cual no está preparada para recibir.

E: Sí.

UNA CAUTA EXPLORACIÓN ABIERTA-CERRADA DE LOS ASPECTOS TRAUMÁTICOS DE LA MEMORIA.

E: Antes de entrar en trance, su inconsciente se esforzó en decirme la mima cosa.

(Larga pausa)

Y, desde mi punto de vista, su inconsciente todavía no ha decidido si usted debería o no debería.

(Pausa)

Como le dije en la última ocasión, los registros se hacen con las células cerebrales,

y la única manera de perderlos es perdiendo las células cerebrales.

Y el hecho de recuperar esos recuerdos ahora, o mas tarde, no es importante.

Lo único importante es que su inconsciente vea que usted realmente se siente bien con todos los recuerdos que tiene.

[Pausa mientras la mano de F continúa elevándose, pero su cabeza y su cuerpo se inclinan hacia abajo.]

Creo que fue una sorpresa para usted encontrarse con que ha hecho más lenta su maduración, en su necesidad de unos recuerdos más vívidos.

Su inconsciente ha realizado un trabajo hermoso, al darle a usted esa madurez.

(Pausa mientras la cabeza y el cuerpo de F se inclinan aún más hacia abajo.)

Ahora lentamente levante su cabeza.

Más alto.

Y lentamente endurezca los músculos de su espalda, hasta que se encuentre sentada recta en la silla.

[Pausa mientras ella lentamente realinea su cuerpo, con su mano levitando más alto]

Está perfectamente bien no saber aquello acerca de sus senos.

También está perfectamente bien recuperarlo más tarde.

Está perfectamente bien que yo me equivoque.

(Pausa)

Y usted puede mirar con comodidad a ese shock

relacionado con la episiotomía y los fórceps.

No debe arrepentirse de ello.

De hecho, es maravilloso saber que podría haber sentido un shock, sorpresa, y resentimiento al sentir sus manos atadas.

E: Estoy extrayendo todo el resentimiento que se halla depositado en una cosa particular (la episiotomía), y lo estoy ubicando en el hecho de haber tenido las manos atadas.

R: Usted le está dando a su inconsciente una serie de cautas sugerencias abiertas-cerradas, para permitirle a sus recuerdos y a su comprensión de la situación que procedan a su propio modo y tiempo. También usted la protege de cualquier concepto que usted pueda tener, con su comentario acerca de que está bien equivocarse. Le está dando al propio sistema de F la autoridad de declarar lo que es válido para su propia experiencia.

FACILITANDO NUEVOS MODELOS DE REFERENCIA

E: Ya ahora usted necesita que, sin importar todas las interpretaciones que le hayan dado acerca de su comportamiento, usted sabe cual fue realmente su comportamiento.

Y si ellos hicieron una interpretación, usted estaba luchando para escapar, estaba alterando psicológicamente su posición psicósomática para incluir los fórceps y la alteración que causa una episiotomía, y tiene usted razón al decir que oyó el “snip”.

Cuando utilicemos la palabra “snip,” no lo disminuamos a esa palabra.

Usted oyó el corte, como oye el corte de una tela, y es un sonido muy similar, a cortar una fina tela con unas grandes tijeras.

R: Ella estaba traumatizada por no habersele dicho nada acerca de que existía la posibilidad de una episiotomía, por lo que no estaba preparada emocionalmente. Entonces, usted está dando una serie de sugerencias acerca de cómo ella ahora puede reorganizar sus percepciones y la comprensión de su experiencia. Usted no le aclara exactamente el cómo, pero la deja abierta-cerrada, para que se desarrolle un “punto de vista alterado de la episiotomía”; cuando ella utilizó la palabra “snip” en la otra ocasión, sonó terrorífico. La reasociación que usted hace de esa palabra con un sonido inocuo como es cortar tela, que entra en el rango de experiencias placenteras para la mayoría de las mujeres, puede ayudarla a reinterpretar ese “snip” dentro de un modelo de referencia más placentero. Pero es sólo un ejemplo general. La sugestión básica que usted hace, es para que su inconsciente se reorganice y reasocie esa experiencia shockeante dentro de un modelo de referencia más paladeable.

OPACANDO ASPECTOS IRRELEVANTES Y EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS

E: Ahora su inconsciente puede eliminar la intrusión de los sonidos de la otra mujer.

Y permitamos sonidos opacos se conviertan en recuerdos opacos.

Sus recuerdos tienen esa placentera y hermosa vividez, que le pertenece a usted.

Y usted necesita darse cuenta, en cada nueva experiencia, que el no saber, nos previene de notar, incluso aunque lo registramos.

(Pausa)

R: Aquí, usted le está dando sugerencias interesantes, para opacar la irrelevancia de los sonidos de la otra mujer, y con ellos, el aspecto traumático de sus propios miedos a los peligros del parto, volviendo a las infelices historias de su niñez. Esto es, usted puede estar indirectamente opacando esas imágenes causantes de miedo de su niñez, de manera que su mente ahora pueda sentirse libre para poder lidiar con las realidades de su actual experiencia adulta. Luego usted hace un comentario interesante acerca de cuál puede ser la esencia del trauma psicológico: La

mente registrando algo que no puede organizar porque es una experiencia nueva, que de alguna manera está sucediendo.

E: Sí.

UN CUIDADOSO DESPERTAR CON SUGESTIONES POSTHIPNÓTICAS DE CONFORT

E: Ahora enderécese un poco más.

Todavía más. Todavía más.

Incluso más aún. Incluso más aún.

Permita que su cabeza se levante completamente, lentamente.

Y ahora, mientras se despierta lentamente, quiero que, mientras se despierta de a poco, que aumente, de a poco, su sensación de confort

y placer.

Disfrute la vida

[Pausa mientras F levanta la cabeza y se despierta, reorientando su cuerpo]

E: Todo este procedimiento para despertarla, tan lenta y elaboradamente, es para alejarla de cualquier material inconsciente traumático que su mente consciente no es capaz aun de manejar.

R: Sí, y usted la protege aun más con sus sugerencias posthipnóticas casuales de “confort ... placer ... disfrutar la vida.”

LA REORGANIZACIÓN DE EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS

F: ¡Usted dijo algo que realmente dio en el blanco! ¡La primera experien-

cia! Como uno nunca la experimentó, no sabe. Es desconocida incluso para los registros de la mente, es desconocida para uno mismo. Y le pertenece a uno. Y es así como se produce un shock - primera experiencia desconocida. No sé por qué. Eso realmente dio en el blanco. ¡Realmente sobresalió! No sé si usted intentó que sucediera, pero se me apareció un calendario, con todas las fechas importantes fluyendo y fluyendo.

Surgieron realmente rápido todas las cosas que yo consideraría un día en casa. De repente me encontraba en la mesa del living. Y había más detalles. Usted sabe, pequeñas cosas, conversaciones y ese tipo de cosas me vinieron a la mente. Más cosas (como recuerdos olvidados) vieron la luz.

E: Eso está muy bien.

F: Es extraño, ¿por qué sucedió?

E: Yo solamente dije las palabras correctas, que usted podría comprender, pero comprender a su manera.

F: También, todo el caos - y eso es exactamente lo que fue, caos. Si se lo puede imaginar, había solamente una enfermera para todo el piso de obstetricia. Y tenía que cuidarse a mí, ayudar a mi doctor, con la histeria que había en el cuarto de al lado (el recién nacido). ¡Se lo estoy diciendo! ¡El teléfono sonando! ¡Caos absoluto! Ahora eso se oscurece. Era todo ruidos, y no sé qué estaba sucediendo en el cuarto de al lado. Eso está como oscurecido, también. Eso parece haber pasado a un segundo plano.

R: A un segundo plano de sus propias experiencias.

F: Correcto. Y la toma de conciencia de lo que me estaba sucediendo a mí está aumentando.

E: [a R] Ahora usted ve, ¿no es cierto?

F: ¡Wow, es fantástico! ¿Esto es característico de esta aproximación? ¿Lo que está alrededor se desvanece y los asuntos relevantes adquieren más luminosidad?

E: Correcto. Y la psicoterapia sería mucho más fácil si todos tomaran conciencia de ello.

R: Una función importante de la psicoterapia es permitir que las cosas poco importantes se desvanezcan en el ambiente, y sólo las cosas relevantes salgan a la luz. Es por esto que la psicoterapia tiene el método *por excelencia*.

E: Correcto. Y yo no tuve en cuenta todas esas cosas que pertenecían al olvido.

R: Usted las dejó seguir perteneciendo al olvido.

E: Dejó que *ella* las dejase seguir perteneciendo al olvido. Ella no sabía por qué había sucedido, sólo sabía que yo había dicho algo que *realmente* dio en el blanco.

R: Hay una conciencia registradora, que es independiente del saber y del entender.

E: Sí

R: Ella describe muy bien el “caos absoluto” que la llevó a esa experiencia traumática, y el efecto de su sugestión al opacar ese caos, de manera que ella ahora pueda tomar conciencia de lo que le estaba sucediendo. Este es un excelente ejemplo de su tesis básica, que dice que la hipnoterapia puede llevar a una resintetización y a una reorganización de experiencias de vida infortunadas.

LA PERSONA EN EL PROCESO FISIOLÓGICO

F: Soy curiosa y he intentado hacer un poco de análisis por mi cuenta. ¿Qué relación hay con su pregunta acerca de sentir mis senos?

E: Es lindo poder ver qué es lo que usted realmente entiende.

F: [F nuevamente recita los aspectos traumáticos de no haber estado pre-

parada intelectualmente para la episiotomía y los fórceps, por lo que se encontró temblando cuando aquello ya había pasado. Los temblores continuaron durante horas, hasta que desaparecieron completamente.]

E: El Dr. Moore mencionó eso. ¿Quiere usted que yo le diga cual es el significado de esos temblores?

F: Bueno, el doctor dijo que eran normales. No lo sé. Usted dígamelo, adelante.

E: Usted dijo, “No lo sé. Usted dígamelo.”

F: Bueno, yo sólo sé que el doctor dijo que era normal. Dijo que era una descarga del sistema nervioso.

E: ¡Él ni siquiera lo sabe! Usted lo está describiendo bien, sin saber en realidad qué es lo que está describiendo. Estoy muy contento de que haya tenido esos temblores originalmente. Estoy muy contento de que lo haya repetido.

R: A esto se refería el Dr. Moore al hablar de la “torta.”

E: Sí.

F: ¡Hay una mente envuelta en todo esto! (F menciona su propia experiencia en la cual su mente (pensamientos, sensaciones, etc.) estaba demasiado compenetrada en la experiencia del parto. Incluso cuando la anestesia caudal cortó ciertas sensaciones, había mucha presión y contracciones rítmicas que ella podía experimentar. Ella ve como ridículo el punto de vista de su joven doctor, quien afirmaba que era todo solamente un proceso psicológico.)

E: Hay una persona envuelta en todo esto.

Y: ¡Exacto! Una personalidad, por lo que yo creo que todo tiene algo que ver con esto. Es la liberación de todo.

E: ¿Usted quiere que yo le diga cómo la persona está envuelta en esto?

F: Sí.

R Ella nos hace un comentario excelente, acerca de la importancia de la persona, y de la personalidad en su totalidad, que con tanta frecuencia es ignorada en la medicina moderna.

E: Es tan difícil hacerles entender esto a muchos médicos.

EL ORGASMO EN EL PROCESO DE PARTO: PATRONES INDIVIDUALES DE SABER Y LA RESOLUCIÓN DE EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS

E: Piénselo sólo un poquito. Se ha acercado tanto que el Dr. Rossi sabe con exactitud qué quería decir el Dr. Moore.

F: (F ahora narra otro conjunto detallado de recuerdos acerca de las dinámicas del proceso de parto: el modo en el que el doctor manipuló el cuerpo del bebé, los miedos y sensaciones que experimentó, etc. Ella describe cómo el bebé finalmente vino muy repentinamente, como sigue:) Cuando el bebé finalmente apareció, ¡fue como una explosión! No estaba preparada para eso. ¡Simplemente no estaba preparada! Fue una sensación extrañísima - como una explosión. ¡Yo estaba aturdida! ¡Estaba absolutamente aturdida! ¡Realmente, eso lo explica, estaba aturdida!

E: (E cuenta una historia acerca del “temblor placentero” que la gente experimenta cuando logra un objetivo importante.) Y el más hermoso *orgasmo* que una mujer puede sentir es cuando da a luz a un bebé.

F: ¡Eso es lo que yo estaba pensando! ¡Eso es lo que yo estaba pensando! ¡Realmente lo es! Las similitudes, hablo en serio. Las similitudes entre los dos son casi las mismas, y van de la mano... El llanto del bebé era como música ... Yo estaba aturdida, no lo podía creer. [F ahora recupera muchos más recuerdos acerca de cómo tuvo que “educar” a su joven obstetra acerca del proceso de cargar a un bebé, de cuánto pesaría, el sexo de la criatura, y otros factores del parto.] Yo siempre estaba un paso adelante de ese hombre.

E: La mente inconsciente es brillante.

F: ¿Era mi inconsciente el que me decía todas esas cosas?

E: Exactamente. Hay cierto número de mujeres que realmente conocen esas cosas, inclusive cuál será el sexo de la criatura.

F: ¿Por qué, el inconsciente está más “tonificado”, o qué?

E: Aparentemente, usted fue entrenada de una manera *sea uno mismo*. Su “educación” nunca limitó su comportamiento.

F: Bueno, es una actitud con los “pies más en tierra”.

E: Eso permite que usted sea más natural.

F: No un falso orgullo que se mete en el camino de todas las cosas.

E: Algunas mujeres no ven ninguna necesidad en cerrarse a sí mismas. Muy seguido se escucha a la gente decir, “ni siquiera pensé en ello,” y realmente no lo hacen.

R: Esas personas sólo aprenden a limitar sus percepciones.

F: [F nuevamente narra un gran número de recuerdos aun más indignantes acerca de cómo ella quería experimentar un parto más natural, pero fue superada por la tecnología moderna en el hospital. Esta sesión finalmente termina con una charla general acerca de las interesantes etapas naturales en el crecimiento infantil, que una madre siempre anhela.]

R: La calidad de los comentarios críticos que ella formula es ahora muy diferente a sus sensaciones de miedo y angustia que tenía cuando se enfrentó por primera vez a ellas, al principio de la terapia. Ella no sólo ha ganado el completo conjunto de recuerdos que deseaba recuperar en su primera visita, sino que también ha radicalmente reorganizado su percepción y la comprensión de esos recuerdos. Se ha enfrentado efectivamente con un trauma psicológico que estaba en el fondo de su problema de memoria, e incluso ha resuelto algunas de sus experiencias de la niñez que le dieron, en parte, una predisposición al trauma. En lugar de odiar a su joven

doctor, ella ahora puede verlo como una víctima de su propia limitada educación. Ella ciertamente tiene un enorme sentido de la mejor de sus propias percepciones, sensaciones, y pensamientos, y un profundo respeto hacia sus propios procesos inconscientes.

CAPÍTULO 8

MANEJO EMOCIONAL

CASO 11

RESOLVIENDO AFECTOS Y FOBIAS CON NUEVOS MODELOS DE REFERENCIA

PARTE UNO: DESPLAZANDO UN SÍNTOMA FÓBICO

La señora A era una programadora de computadoras muy inteligente, y atractiva, que vino a terapia por una “fobia a los aviones.” Reportó que había estado en un accidente menor de aviación, durante un aterrizaje, que la había shockeado levemente. El miedo que le causó esa experiencia rápidamente se generalizó a cualquier forma de turbulencia de aire o vibración que había cuando un avión estaba en el aire. Era capaz de entrar a un avión e incluso a un taxi a la carrera sin ningún temor. Su “fobia” en realidad comenzó en el momento en el que el avión despegó. Se ponía muy nerviosa durante el vuelo, pero volvía a sentirse bien tras el aterrizaje.

Ansiaba experimentar hipnosis, y probó ser un persona muy responsiva. Debido a ésto, el autor mayor sintió que podía extraerle a A una fuerte promesa, en la primera sesión de terapia.

PROMESA A NIVEL CONSCIENTE E INCONSCIENTE

E: Le extraje a la señora A la promesa absoluta de que aceptará todo lo que yo diga. La hice verbalizar una promesa para que haga todo lo que yo diga - “*bueno o malo, lo peor o lo mejor*. Usted es una mujer y yo soy un hombre. Aunque yo esté confinado a una silla de ruedas, usted es del sexo opuesto.” Si usted supiera de qué manera ella hizo esa promesa; no disfrutó haciéndolo, pero lo hizo. Lo pensó durante siete u ocho minutos, y finalmente dijo, “no importa lo que usted me

haga, no será peor que mi horrible miedo.” Luego la puse en trance, y pasé por todo eso de nuevo, hasta que me prometió lo mismo, mientras estaba en trance.

R: ¿Por qué tuvo que obtener la misma promesa con ella despierta y en trance?

E: Inconscientemente, uno no debe hacer lo que conscientemente dijo que hará. En la vida cotidiana, uno puede aceptar una invitación para cenar, y luego el inconsciente nos hace olvidarlo.

R: Entonces éste es un ejemplo de un mecanismo mental de la vida cotidiana que puede interferir con la terapia a menos que uno tome precauciones, como usted aquí. Usted causó una especie de tormenta dentro de ella; realmente estaba afectada por su pedido de obediencia absoluta, lo que es bastante inusual en la psicoterapia moderna.

E: Sí. Le demandó mucho coraje de su parte. Ahora, ¿por qué le pedí ese tipo de promesa? Ella dijo que tenía una especie de “fobia a los aviones” pero yo sabía que no la tenía, porque era solamente cuando el avión estaba en el aire, y ella no tenía control sobre nada que le causase temor. Mientras el avión esté en tierra, existe la posibilidad de salir. Pero en el aire, ella está en un estado de “promesa absoluta”.

R: ¿Entonces su problema era hacer promesas?

E: Sí, y la hice hacerme una promesa, una promesa total. El punto es, no se podría hacer terapia con ella excepto que esté el problema presente. No se puede remover una verruga a menos que el paciente traiga a esa verruga a la terapia.

R: Esas son las dinámicas de la situación; usted la hace revivir sus miedos y traerlos a la sesión de terapia.

E: Correcto, convertí sus miedos en una realidad sobre la cual yo puedo trabajar, una realidad que yo puedo luego poner en esa silla y dejar ahí.

R: Al hacer que ella haga la promesa, usted la hace traer su miedo a la promesa total a la situación de la terapia. Al insinuar sexo entre ustedes, la situación de terapia se convierte en algo tan terrorífico como su fobia.

E: Correcto, había una especie de amenaza. Debía hacerlo, para que todo luciera

terrible. No hubiera podido extraer una promesa solamente pidiéndole que se imagine encerrada en un cuarto. Debía ser *este cuarto*, algo que fuese realmente horrible.

R: Estaría encerrada con un sucio hombre viejo.

E: Exactamente.

R: Usted tiene huevos al decir todas estas cosas.

E: Ella debía tener su problema psicológico en el momento del tratamiento. Luego ella entró en trance con facilidad. Había prometido hacer cualquier cosa. No tenía libertad de ninguna clase. Estaba en un estado de promesa total. Una vez en trance, la subí a un avión atravesando una tormenta, en su imaginación. Me enfermaba verla; tuvo una serie de convulsiones, o algo así. Era horrible de ver.

CONCRETO DESPLAZAMIENTO DE UN SÍNTOMA

E: La dejé viajar en ese avión, con una gran turbulencia de aire, y luego le dije que pronto se sentiría cómoda y bien. Repentinamente se encontraría con que los miedos que se hallaban en su interior habían sido depositados en la silla en la que estaba sentada. Luego fue despertada. ¡Inmediatamente saltó de la silla!. Llamé a mi esposa y le pedí que se sentara en la silla. Cuando lo iba a hacer, la paciente gritó, “¡No, no lo haga!” y previno físicamente a mi mujer de sentarse.

R: ¿Usted estaba probando a la paciente?

E: No, le di una oportunidad para que probase que la silla contenía los miedos.

R: ¡Veo! Era en realidad un modo de ayudarla a reconocer y ratificar su propia respuesta terapéutica de desplazar concretamente sus miedos a la silla.

SUGESTIÓN TERAPÉUTICA CON INDICIOS DE SOPORTE

E: Luego le di una sugestión post-hipnótica directa, de que realmente, haría un viaje en avión a Dallas. Ella me había hecho una promesa absoluta. Luego le dije

que no sería necesario verla hasta que volviera de Dallas. “Se tomará un avión en el aeropuerto de Phoenix. Por supuesto, hay una razón para todo ésto. Cuando vuelva desde Dallas a Phoenix, descubrirá lo hermoso que es viajar en avión. Realmente lo disfrutará. Cuando llegue al aeropuerto de Phoenix, a la vuelta, llámeme y cuénteme cuánto lo disfrutó.”

Antes de terminar ese trance, le di otras sugerencias posthipnóticas, de la manera en que sigue: “Usted ha perdido su fobia a los aviones. En realidad, toda su ansiedad, todos sus miedos y horrores, están sentados en la silla en la que usted está sentada. Depende de usted decidir durante cuánto tiempo desea permanecer sentada ahí con esos miedos.” ¡Debería haber visto cómo saltó de la silla!

R: Así es como usted la despertó. Desplazó todos los miedos a la silla. Es por eso que ella saltó repentinamente de la silla. Una respuesta tan inmediata y vívida es también la clase de feedback que usted necesitaba, para ver si ella seguiría su otra sugestión posthipnótica para que se tomara un avión a Dallas.

E: Luego me pregunté qué debía hacer yo para asegurarme de la efectividad del trance. Hice que mi hija tomara tres fotografías de esa silla una desde arriba, una desde abajo y una normal. Etiqueté la que estaba tomada desde abajo, “Donde sus problemas y su fobia descansan, y se van disipando.” La foto tomada desde arriba, en la que sólo se tornaba visible el contorno de la silla, le etiqueté, “Donde sus problemas se van hundiendo en una total oscuridad.” A la foto normal le puse, “El lugar permanente de descanso de su problema.” Le envié esas tres fotografías por separado, en sobres diferentes. Son su medalla de San Cristóbal.

R: ¿Quiere decir que las lleva con ella cuando viaja en avión?

E: Sí. No importa cuan educada sea la gente, siguen creyendo en piezas de la buena suerte. Esas fotografías eran sus piezas de la buena suerte; son una parte de la vida cotidiana.

R: Esas fotografías eran indicios de soporte, que ella podría extraer de la situación de la terapia para reforzar la sugestión posthipnótica. Una sugestión posthipnótica no funciona necesariamente debido a que una idea sea profundamente impresa en la mente durante el trance. En vez de ello, las sugerencias posthipnóticas son siempre procesos dinámicos y debido a ello requieren estímulo interno y externo, e indicios que las evoquen y ratifiquen. Es por eso que es tan útil asociar sugerencias

post-hipnóticas con lagunas patrón de comportamiento inevitable que el paciente experimentará tras el trance.

E: Ella siguió aquellas sugerencias posthipnóticas, y cuando retornó y me llamó, dijo en un alegre tono de voz: “Fue sencillamente fantástico. La cama de nubes debajo de mí era tan hermosa que me hubiera gustado tener una cámara.” Meses después, cuando tuvo la ocasión de volver al mismo cuarto, fue ridícula la manera en que evitó tocar esa silla, y cómo previno a los demás de sentarse en ella.

PARTE DOS: RESOLVIENDO UN TRAUMA DE LA NIÑEZ EN LA RAÍZ DE UNA FOBIA

El autor mayor desarrolló una serie de útiles aproximaciones para luchar con el trauma emocional y para facilitar un apropiado balance entre la experimentación intelectual y emocional. Lo más básico de éstas parece ser una experiencia separada de la otra hasta su integración final.

R: ¿Cómo y por qué separa los aspectos emocionales e intelectuales de una experiencia de vida como una aproximación terapéutica?

E: Se separa el contenido emocional del intelectual porque muy seguido la gente no puede apreciar el poco sentido que tienen algunas experiencias. Las personas lloran y no saben por qué lloran, las personas se exaltan y no saben por qué. Al usar la regresión terapéuticamente, primero se recuperan las emociones del trance para ayudar al paciente a reconocerlas. Luego se pone al paciente nuevamente en trance; esta vez se dejan las emociones enterradas y se permite al contenido emocional ser reconocido. Luego se pone a la persona nuevamente en trance por tercera vez, y se ubican los aspectos cognitivos y emocionales juntos, y luego se los extrae del trance con un recuerdo completo.

R: Usted los hace experimentar la emoción y el intelecto por separado y luego los pone juntos para integrar la ahora totalmente recuperada memoria.

SEPARANDO LA EMOCIÓN DEL INTELLECTO

Para ilustrar esta aproximación los autores decidieron llamar a la señora A, cuya

fobia a los aviones fue discutida en la Parte Uno. Como los inusuales métodos del autor mayor para disociar y desplazar sus miedos habían efectivamente resuelto su fobia (habían transcurrido dos años desde el fin de la terapia), se sintió que se podría lograr una más adecuada resolución ayudándola a desarrollar un mayor entendimiento de sí misma. La señora A rápidamente aceptó la idea de un nuevo trabajo hipnótico porque estaba muy interesada en la experiencia y deseaba permitir el uso de una grabadora y un número de observadores. Mientras el grupo se organizaba en el consultorio del doctor Erickson, se generó un *rapport*, un ambiente positivamente optimista, mientras todos éramos presentados y se contaban algunas historias acerca de cómo Erickson nos había ayudado a cada uno de nosotros en algunos casos de hipnosis. Un *rapport*, atentividad de respuesta, y un interesante *modelo de referencia terapéutico* fueron entonces facilitados en la señora A, mientras ella era el centro de una gran *expectativa* terapéutica. Esta es una ilustración de cómo a Erickson le agrada utilizar una audiencia, para crear un ambiente terapéutico. Un silencio sobrevino gradualmente en el cuarto, mientras toda nuestra atención se dirigía a ella. Erickson comienza con la inducción para contar, para la cual ya entrenó previamente a la señora A.

INDUCCIÓN DEL TRANCE Y FACILITANDO LA SUGESTIÓN POSTHIPNÓTICA

**E: ¡Uno, cinco, diez, quince, veinte!
(Pausa)**

Muy profundamente en trance.

(Pausa mientras la señora A cierra los ojos y se mantiene en silencio, inmóvil, con una cara relajada. Evidentemente, ha entrado en trance muy rápidamente.)

**E: Ahora, A, cuando se despierte le preguntaré casualmente,
¿Está usted despierta?"**

**En un momento usted dirá "sí,"
y mientras dice "sí,"
vendrán a usted
todas las sensaciones horribles que experimentó**

**alguna vez,
antes de cumplir los diez años,
sensaciones acerca de algo
de lo que usted puede hablar
con extraños,
pero
sólo tendrá las sensaciones.**

**No sabrá qué fue lo que
causó esas sensaciones.**

**Sólo sentirá sensaciones,
y no sabrá qué estará haciéndola
sentirse tan mal.**

**Y nos contará
lo mal que se siente.
(Pausa)**

Piense bien en esas horribles sensaciones.

**No sabrá nada de ellas hasta que
yo le pregunte si está despierta
y usted diga, “sí,”
y en ese momento esas sensaciones la golpearán fuertemente.**

¿Entiende ahora?

A: Um hum.

**E: Bueno, veinte, quince, diez, nueve, ocho, siete, cinco, cua tro, tres,
dos, uno.**

R: Esta es una aproximación básica, para facilitar la sugestión posthipnótica. Usted solicita una respuesta, como es “sí”, que es casi inevitable para poder responder a su pregunta, “¿Está usted despierta? Luego usted asocia esa muy fácil respuesta con otra vastamente más compleja y diferente sugestión post-hipnótica, para reexperimentar sensaciones horribles antes de los diez años, sin saber bien la

causa de esas sensaciones. Usted está facilitando la liberación de una antigua emoción disociándola de la conciencia de la causa de esa emoción. La fácil respuesta, “sí”, tiende a iniciar un marco de aceptación (Erickson, Rossi y Rossi, 1976) para dar la más difícil sugestión posthipnótica que seguirá. Si nota que un paciente en particular tiende a asentir con la cabeza, diciendo “sí”, en la vida cotidiana, utilizará ese movimiento de la cabeza como un vehículo para facilitar una sugestión posthipnótica más difícil. Al requerir respuestas que ya están altas en la jerarquía de respuestas del paciente, es más probable que tenga éxito al facilitar una respuesta posthipnótica inicial, y, sobre todo, debido a ésto iniciará un marco de aceptación para la más difícil sugestión posthipnótica asociada a ella.

E: Sí, esas son unas hermosas palabras. Note que hago énfasis en que ella piense bien en esas sensaciones. Luego cuando hago la cuenta regresiva me salto del veinte al quince y del quince al diez, pero después hago una cuenta regresiva impresionante, del diez al uno, dígitos únicos, mientras ella piensa en las sensaciones que emergerán.

REINDUCCIÓN DEL TRANCE MIENTRAS SE SIGUEN SUGESTIONES POSTHIPNÓTICAS

A: Oh, me gusta. Me relaja tanto. No quería que usted contara.

E: ¿Está despierta ahora?

A: Sí.

[La señora A parece un poco aturdida, y silenciosa; parece preocuparse durante uno o dos minutos. Frunce el ceño, y obviamente comienza a experimentar un stress interno.]

R: El que se sienta aturdida y preocupada son en realidad indicaciones del desarrollo momentáneo de otro trance mientras ella comienza a seguir la sugestión posthipnótica (Erickson y Erickson, 1941). Aunque hable y actúe como si estuviera despierta, ella probablemente está en lo que usted define como estado somnambulístico, mientras experimenta las emociones y el temor, registrados en la próxima sección.

EXPERIENCIA EMOCIONAL SIN INSIGHT INTELECTUAL

E: ¿Cuál es el problema, A?

A: No lo sé, no quiero mirar. Hay algo que no quiero ver.

No sé qué es, pero no quiero decírselo.

E: Hable acerca de su sensación. Dígame lo que está sintiendo.

A: No, tengo miedo . Hay algo ahí que no quiero ver, y no quiero mirar. Tengo miedo de lo que pueda ser, y si miro ... no quiero mirar.

E: No necesita mirar. Sólo hábleme de ello.

A: Es sólo miedo. Yo, yo quiero olvidarlo. Se irá si yo no lo miro, ¿OK?

E: No creo que las sensaciones se vayan.

A: Sí, porque ... porque yo tengo miedo. Hay algo que yo ...yo no sé cómo describírselo, pero tengo miedo, tengo miedo.

R: La señora A está genuinamente asustada y sólo en apariencia despierta, siguiendo su sugestión posthipnótica para que experimente una horrible sensación sin saber el por qué. Entonces usted ha cumplido con esta parte inicial de la aproximación hipnoterapéutica haciéndola experimentar primero estas sensaciones separadamente de su origen y contenido intelectual. Ahora usted la libera, contando hasta veinte nuevamente, para reestablecer un estado confortable de trance.

REINDUCIENDO EL CONFORT EN EL TRANCE CON UNA SUGESTIÓN POSTHIPNÓTICA PARA EL INSIGHT INTELECTUAL; PROTEGIENDO A LOS PACIENTES EN EL TRANCE; UNA APROXIMACIÓN DE SENSACIONES

E: Uno, cinco, diez, quince, veinte.

Ahora se siente cómoda.

(Pausa)

**Y lo hará nuevamente,
ahora,
¿o acaso no puede?**

A: Estoy comenzando a hacerlo.

E: Correcto.

(Pausa)

Ahora, la próxima vez que la despierte, A, tengo una tarea diferente para usted.

Quando le pregunte la próxima vez, casualmente, si está despierta, usted dirá “sí,” y en ese momento, le vendrá a la mente algo que la podría haber asustado hace unos años.

Pero no sentirá ningún tipo de emoción, ¿comprende eso?

No la asustará, ¿comprende eso?

A: Lo recordaré, pero, ¿no estaré asustada?

E: Sólo recordará, “Sí, cuando era una pequeña niña estaba asustada.”

Así lo recordará.

Será capaz de reírse de ello, desde un punto de vista adulto.

Seré cauto, A, para asegurarme si usted debe o no debe identificarlo,

¿OK?

A: Está bien.

E: Le pido a ella su aprobación para ver el pasado cuando pregunto, “¿comprende eso?” Describo qué es lo que hará, y consigo su aprobación. Cada pausa en mi oración final es un mensaje independiente diciendo que la protegeré. Cada parte es un reaseguramiento separado.

R: Cada frase es una sugestión de reaseguramiento en sí misma, dentro de una oración general acerca de ser cauto al darle el susto.

Luego de su primera experiencia, con emoción no confortable, la señora A tiene dudas acerca de si seguir o no. Es debido a esto muy importante que usted la reasegure, permitiéndole saber que será capaz de reírse, desde un punto de vista adulto. La mayoría de los pacientes son vulnerables en el trance; necesitan la protección del terapeuta. Entonces usted le hace saber que será “cauto”, y le asegura que estará OK identificar su experiencia. Si se estuviese por convertir en una experiencia traumática, o en el tipo de material que ella no desea compartir con extraños, por ejemplo, usted podría acabar con eso distrayéndola, diciéndole que se detenga, o dándole la señal, al contar, para que reentre al trance.

E: Mi aproximación es muy casual, incluso con este material tan difícil, y eso se le hace más fácil a ella. Es muy difícil decirle “no” a una gentil aproximación.

R: Esto ilustra la manera en que usted trabaja tan seguido, en un nivel de sensaciones: intelectualmente una persona puede querer decir “no,” pero eso parece ridículo en un nivel de sensaciones, en donde usted es tan casual, cálido, y permisivo. ¡Queda mal decir “no”!

**DESPERTARSE DEL TRANCE CON UN INSIGHT INTELECTUAL:
LA TRANSFORMACIÓN DE UNA AFECCIÓN DOLOROSA: UNA
GENUINA REGRESIÓN EN EDAD DESDE PERSPECTIVA ADULTA**

E: Veinte, diez, cinco, cuatro, tres, dos, uno.

No es un trance de descanso.

A: No tan relajante como antes.

E: ¿No?

A: No. Yo, yo siento como una aprensión. No sé por qué, y no sé qué es lo que la está causando, pero me siento aprensiva.

E: ¿Le quiere preguntar al Dr. Rossi? ¿Todavía está despierta?

A: Sí.

[Pausa mientras la señora A parece un poco confundida. Aparentemente ella está experimentando nuevamente un trance momentáneo mientras comienza a cumplirse la sugestión posthipnótica para que recuerde sin emociones.]

E: ¿Le parece que estará bien hablarnos de ello?

A: Lo que está en mi mente es vacío. Es, um, vacío, no sé cómo describirlo, pero es como estar mirando a ... um ...

¡Oh ... sí! ¡Fantástico! ¿Debo describirle la escena a usted?

E: ¡Oh, sí!

A: Oh, sí, es un puente. ¿Recuerda usted cuando le dije, en otra ocasión, que le tenía miedo a los puentes? La escena es un puente acercándose ... cuando uno se va acercando no hay ni referencia, hay vacío. El auto, o donde sea que yo esté, y debe ser un auto, en el que yo estoy sentada, estoy sentada de tal manera que no puedo ver nada. No veo la superestructura de un puente, si es que lo hay, o el frente del auto. Miro hacia afuera y de repente no veo nada, en el lugar al que estaba mirando antes, viendo árboles, pasto, o lo que sea. De repente hay solamente vacío, y no veo ningún punto de referencia. Y hay un puente. Sé dónde está el puente. Soy consciente del lugar en el que está el puente. No puedo saber la edad que tengo, o con quién estoy, ni nada parecido.

Pero, qué va, OK.

E: Cuénteme algo acerca del puente.

A: ¿En dónde está? Bueno, está en el camino hacia la casa de mis abuelos, al norte de California. Y es un puente que tiene una inclinación muy profunda, de manera que cuando uno está subiendo, y alcanza la cima, uno siente como si continuase subiendo, no se tiene conciencia de nada, no hay nada. No se puede ver nada salvo que se mire hacia los lados, pero si se está mirando hacia adelante, no se ve absolutamente nada hasta que se llega a la cima del puente.

E: ¿Cuán pronto le parece que descubrirá su edad?

A: No lo sé, porque he pasado por ese puente muchas, muchas veces cuando era una niña.

La edad de ocho me viene a la mente, pero no sé por qué ocho. Porque podría tener cualquier edad, habiendo pasado por ese puente tantas veces, no una sola vez.

E: ¿Es eso suficiente, Ernie [R]?

R: Sí, creo que sí.

R: Mientras que antes ella estaba muy nerviosa con el componente emocional de la experiencia, ahora parece estar fascinada, e incluso exaltada (¡fantástico!) cuando recuerda la escena con insight intelectual. La afección no es entonces completamente eliminada en esta segunda fase, cuando usted supuestamente hace que la paciente descubra el componente intelectual de la experiencia por sí misma. Toda la afección negativa ha sido ciertamente disociada de la memoria, sin embargo, y ella realmente la experimenta desde un “punto de vista adulto,” como usted sugirió. El miedo y la ansiedad que ella experimentó de niña han sido reemplazados por la curiosidad y la fascinación que ella puede sentir acerca de la experiencia como adulta.

E: En mi sesión previa con ella, yo dije que la vista desde el avión sería “fantástica,” y ella utiliza esa palabra ahora.

R: Esto sugiere que hay un aspecto de transformación en el trabajo hipnótico de

ella, que está reestructurando una afección previamente dolorosa hacia un nuevo modelo de referencia, en el cual podrá ser experimentada como “¡fantástico!”

E: Cuando ella habla acerca de un “auto ... en el que estoy ... estoy sentada de tal manera que no puedo ver nada ... “ está en tiempo presente, lo que indica que ella está realmente allí.

R: El aspecto era el de una genuina regresión de edad, en la que ella en realidad estaba reviviendo una experiencia de vida de la niñez en lugar de estar simplemente recordándola.

E: Luego le pido que me cuente algo acerca del puente, y ella experimenta una transformación del trauma a una recolección más adulta. Primero ella era una adulta siendo una niña reviviendo una experiencia pasada, luego es una adulta, y lo comprende. Ella tiene dos identidades simultáneamente; niña y adulta están trabajando juntas, integradas.

REINDUCCIÓN DEL TRANCE Y CONFORT

E: Uno, cinco, diez, quince, veinte.

Ahora ha realizado un hermoso trabajo por el día de hoy, A. Muy buen trabajo. Ahora, esta vez voy a despertarla, y quiero que se siente realmente bien, muy descansada, muy relajada, sintiendo como si hubiera descansado durante ocho horas.

Se sorprenderá cuando observe el reloj y vea la hora que es.

Y nuevamente le preguntaré si está despierta.

**Inmediatamente después,
usted dirá “sí.”**

R: Usted ahora la prepara para la tarea final, de integrar los aspectos emocional e intelectual de la experiencia, sugiriendo que se sentirá bien y relajada como si hubiera dormido durante ocho horas. Este es otro ejemplo de dar una fácil y muy

deseada sugestión post-hipnótica para iniciar un marco de aceptación para la más difícil sugestión posthipnótica con que la asociará. Es también una manera de recompensarla por el trabajo que ella ya ha realizado cuando usted le dice que “ha realizado un trabajo hermoso por el día de hoy, A. Muy buen trabajo.”

E: El sugerir ocho horas de sueño también utiliza lo que experimentamos en la vida cotidiana: uno frecuentemente sueña sobre algo, para poder encararlo.

SUGESTIÓN POSTHIPNÓTICA PARA INTEGRAR EMOCIONES E INTELLECTO, NIÑA Y ADULTA

**E: El episodio entero brillará en su mente
con una gran ...
con una gran y completa vividez.**

**¿Ahora comprende mis palabras, A?
(Pausa)**

A: ¿Um?

E: Su primera mirada al reloj.

**Usted probablemente se sorprenderá de que no es tarde,
no mucho más tarde,
que ésto.**

**Puede sentirse tan descansada. Cuente lo descansada y bien que se siente,
lo mucho que ha disfrutado de este estado de trance.**

**Y luego yo le pregunto
si está despierta,
y usted dirá, “sí”
luego inmediatamente
este episodio entero
brillará
en su mente muy vívidamente.**

¿Correcto?
(Pausa)

A: Um. La última vez
usted dijo “completo”

Usted dijo, “completa y vívidamen-te”

E: Correcto.

Completamente,
intelectual y emocionalmente
completa

De manera que sabrá cuales eran sus sensaciones en *ese momento* y cualquier cosa acerca de la manera en que se sentía *entonces*, incluso conocerse a usted, entonces.

A: Estoy confundida.

E: Está perfectamente bien, A.

A: ¿Conoceré mis sensaciones, o sentiré mis sensaciones?

E: Usted *recordará* sus sensaciones.
(Pausa)

Hace mucho tiempo, en el primer día de primavera, me sentía demasiado bien como para usar zapatos, salté y aterricé sobre vidrios rotos. Recuerdo mi agónico chillido de dolor, y mi sensación de decepción al tomar conciencia de que me llevaría más de una semana volver a anda descalzo. Pero eso ahora me divierte. Realmente dolió, y puedo recordar cómo dolió. Puedo sentirlo en mi talón en este mismo momento, en mi talón derecho.

Puedo reírme, y esa sensación desaparece. Puedo caminar descalzo mañana, y acabo de persuadir a mi madre para que me deje ir descalzo aquella tarde.

Puedo divertirme con ello ahora. Usted recordará su episodio, puede describirlo enteramente, y también puede describir las sensaciones que tuvo en ese momento. ¿Ahora comprende?

A: Um hum

R: Usted ahora está haciendo un esfuerzo para ayudarla a integrar las emociones y el intelecto, a la niña con la persona adulta. ¿Por qué le da un ejemplo personal de lo que usted quiere decir?

E: Siempre puedo *mostrar* lo que quiero decir, en lugar de explicarlo. ¿Puede usted describir un apretón de manos resbaloso?

R: Me pregunto, también, si esas concretas, “dibujadas” ilustraciones hacen mejor contacto con el hemisferio derecho, en donde esas integraciones de la personalidad pueden estar teniendo lugar (Rossi, 1977). Esas ilustraciones tan concretas también evocan procesos ideodinámicos, más que formulaciones abstractas e intelectuales. Desde este punto de vista, puede ser vista como una comunicación a niveles múltiples.

INTEGRANDO LA EXPERIENCIA EMOCIONAL E INTELECTUAL DESDE UNA PERSPECTIVA ADULTA: REASOCIANDO Y REORGANIZANDO EXPERIENCIA INTERIOR

E: Bueno.

Veinte, quince, diez, cinco, cuatro, tres, dos, uno.

¿Se siente bien?

A: ¿Um?

E: ¿Se siente bien?

A: Me siento como si estuviese despertando.

E: ¿Cuánto cree usted que durmió?

A: Me siento como si hubiera dormido durante un largo rato. Como si fuese la hora de levantarse. ¡Oh, cariño!

E: ¿Está despierta ahora?

A: Sí. Um. Um.

[Pausa mientras la señora A parece estar perdida en sus pensamientos. Aparentemente, ella está nuevamente experimentando un trance momentáneo, mientras comienza a cumplir la sugestión posthipnótica.]

E: ¿De qué se tratan esos “ums”?

Cuéntenos rápidamente.

A: Oh, ¡hay tantas cosas para contar! Es un día nublado y estoy en un auto con mis padres y mi hermana. No sé dónde se encuentra mi hermano. Estoy usando, no puedo pensar en lo que estoy usando. Estoy usando un vestido de algodón, pero no entiendo por qué estoy usando un vestido como ese si está tan nublado allí afuera. Estábamos yendo a lo de mi abuela y abuelo, y, ¿cómo supe que era domingo?

¡Es domingo! , ¿Cómo no lo va a ser?

Supongo que lo es debido a que mi padre no está trabajando, aunque sí trabaja los sábados, pero es domingo. Es domingo por la tarde. Estamos yendo a lo de mi abuela y a lo de mi abuelo, y mi abuela me ha prometido sopa de pollo para el almuerzo. Estamos dentro de un auto azul. Me pregunto si mis padres tuvieron uno azul alguna vez. Debieron haberlo tenido. Esto es como una cadena de noticias en mi mente. Los eventos están sucediendo en mi mente.

Estamos avanzando por la ruta, y ahí está el Puente del Río Sacramento. Mi madre está enojada por algo, y me pidió que me sentara bien, en el asiento de atrás. No lo sé, quizás Diane y yo estábamos jugando. Estoy bien sentada, y estoy mirando hacia adelante. No, me levanté nuevamente, agarrada del respaldo, mirando por el vidrio trasero, y estamos manejando, y no veo nada.

Y cierro los ojos porque no podía ver nada. No podía ver nada. Era consciente de que cuando terminara la rampa vería algo. Eso es todo.

Es como una cadena de noticias en mi mente. Si espero el tiempo suficiente, sucederá algo. Abrí mis ojos cuando pasamos a la segunda rampa.

E: ¿Cuántos años tiene?

A: Parecería que tengo ocho. Por alguna u otra razón, la edad de ocho viene a mi mente . Siento ocho, pero no puedo tener ocho, pero el vestido que estoy usando podría ser un vestido de los que hubiera usado a los ocho años de edad, al menos eso creo . Pero no veo a mi hermano. No sé dónde está mi hermano. Si tengo ocho años, mi hermano debería tener cinco, pero no sé dónde se encuentra mi hermano, aunque mi hermana está allí.

La edad de ocho me viene a la mente, pero no le puedo decir por qué. Puede ser porque lo dije antes, que me sentía de ocho, pero no sé por qué. No hay miedo, sin embargo. No le tengo miedo a nada.

E: ¿Cómo estuvo?

R: Parece que bien.

A: ¿Cómo estuvo eso?

R: Su trabajo al enfrentarse a esas experiencias.

A: No me da más miedo.

No existe el temor.

E: Ahora será bueno para usted recordar el temor.

Nos lo acaba de mostrar, hace unos pocos minutos.

A: Oh, parece muy inocente ahora. No hay nada de lo que yo pueda tener miedo, ahora.

E: Hace unos pocos minutos, ¿cómo se sentía?

A: ¿Por qué tenía miedo? No, no lo tengo, no me asusté en lo más mínimo. Fue sólo un incidente de niña.

Tenía miedo, sin embargo, lo recuerdo, y es por eso que estaba muy asustada.

E: ¿Qué le sucedió al miedo de A?

R: Me gustaría saberlo.

R: El integrar los aspectos emocional e intelectual de la experiencia desde una perspectiva adulta, le permite a ella revivir la experiencia sin el miedo de la niñez. Esta es una aproximación emocional correctiva, que ayuda a la paciente a reasociar y reorganizar su experiencia interna de manera terapéutica. Una vez que una cierta cantidad de catarsis de los aspectos traumáticos de la experiencia tiene lugar (en la primera fase de la reexperimentación de las emociones sin el componente intelectual), la experiencia entera puede ser integrada y trabajada desde una nueva perspectiva adulta, en otro relativamente breve trance. Es interesante que, bajo la condición del tercer trance, en donde ella está por reexperimentar ambos aspectos, emocional e intelectual, de la experiencia, ella recuerda con muchos más detalles que con uno sólo. Que ésto es algo más que un simple recuerdo está indicado por el hecho de que ella lo reporta como “una cadena de noticias en mi mente,” de donde parece venir a ella autónomamente, como un proceso inconsciente dándose a conocer espontáneamente, en lugar de un trabajoso esfuerzo de la mente consciente para recordar.

E: Ella era capaz de reestructurar su temprana experiencia de vida para remover el dolor asociado a ella. Incluso aunque haya reestructurado esta temprana experiencia de vida, uno puede siempre, nuevamente, separar esa experiencia de vida en sus componentes emocional e intelectual, y hacerla reexperimentar la emoción dolorosa de la niña.

R: ¿Qué cree que está realmente envuelto cuando habla de reestructurar una experiencia de vida? ¿Simplemente le damos nuevas conexiones asociativas para que no se aíste de manera patológica? ¿Qué es reestructurado?

E: [El autor mayor da el ejemplo de un paciente superando el miedo a nadar. El paciente reportó que si se sumerge un poco en el agua, como solía hacer, puede sentir el viejo temor dentro de él. Cuando toma su nueva posición, y nada, el temor desaparece. Un potencial hacia el viejo temor se mantiene, pero nuevas actividades pueden generar emociones que pueden reemplazarlo o reestructurarlo en modificaciones de la vieja situación.]

R: Al reestructurar una vieja experiencia de vida, estamos desarrollando nuevos caminos asociativos, facilitando nuevas respuestas para la vieja “provocadora de miedos” experiencia de vida. Los viejos recuerdos y caminos siguen ahí. Siempre estarán allí.

E: Le estamos dando a la paciente nuevas posibilidades, y le estamos quitando las cualidades indeseables. En general es mejor hacer que los pacientes experimenten la emoción antes, y después el aspecto intelectual, porque después de haber experimentado las emociones tan fuertemente, tienen una necesidad de ver el aspecto intelectual.

R: Comprendo, esta aproximación disociativa permite que la emoción surja con mas facilidad, y luego los motiva con fuerza para que tengan el aspecto intelectual. ¿Tiene usted otras formas de disociar la experiencia aparte de esta separación de emociones e intelecto?

E: Sí. Se puede hacer que el paciente recuerde una sola faceta de la experiencia emocional - luego una faceta intelectual no relacionada, como un rompecabezas. La experiencia entera puede ser recuperada, el significado en su totalidad puede ser armado, sólo cuando se pone en el lugar correcto la última pieza.

PARTE TRES. FACILITANDO EL APRENDIZAJE: DESARROLLANDO NUEVOS MODELOS DE REFERENCIA

Luego de una discusión acerca de los eventos ocurridos, la señora A describió algunos de sus problemas actuales, con un curso de estudio académico que le demanda demasiado tiempo. El autor mayor ahora decide utilizar su motivación para hábitos de estudio más eficientes, para facilitar sus procesos de aprendizaje. Induce hipnosis en su forma habitual con ella, y continúa.

LA APROXIMACIÓN DE UTILIZACIÓN

E: De las alteraciones que voy a sugerir, la primera es ésta: la tarea es tediosa, cansadora, exhaustiva.

**Yo creo
que la tarea
acarrea
una sensación de algo
bien hecho, cumplido,
y la sensación
aparecerá,
está apareciendo,
y ha sido completada, y acarrearé
una sensación muy parcial,
que le permitirá a usted
concentrarse mejor,
aprender más rápido,
y disfrutar del proceso entero.**

[La señora A asiente con la cabeza de manera rápida, abreviada, característica de un proceso consciente intencional.]

**Piénselo,
no asienta o mueva su cabeza todavía,
piénselo un poco más.**

E: Uno no quiere que la paciente coincida con uno tan pronto. Es lindo pensarlo bien antes de comprar una casa.

R: Como es tan característico de su estilo, usted comienza antes que nada aceptando el modelo de referencia de ella, “la tarea es tediosa.” Esto abre un marco de aceptación. Luego usted agrega su sugestión inicial, “la tarea acarrea una sensación de algo bien hecho.” Su sugestión es una verdad - todos tendrían que coincidir en esto y eso luego establece el marco de aceptación. A esto usted finalmente le agrega la fácil de aceptar sugestión, “una sensación muy parcial, que le permitirá concentrarse mejor, aprender mas rápido, y disfrutar del proceso entero” No le da una orden directamente, usted simplemente establece verdades acerca de aprender mejor, y las asocia con la propia experiencia interior de ella, de tal manera que ella no las puede rechazar. Ella las acepta como válidas para su propia experiencia,

y entonces recibe y acepta sus sugerencias. Usted no agrega nada nuevo con estas sugerencias. En vez de ésto, usted evoca y utiliza las propias y reales experiencias de vida de la paciente; cualquiera que haya alguna vez, hecho la tarea (o cualquier otro tipo de aprendizaje) generalmente tiene una sensación de haber cumplido, y esto está invariablemente asociado con “una sensación muy parcial”, que ellos pueden aprender aún mejor en algún momento. Sus sugerencias acerca de una mejor concentración y más rápido aprendizaje entonces refuerzan aspectos de la propia experiencia de ella, que usted ha evocado. Usted (1) establece un *marco de aceptación* y luego (2) *evoca* aspectos de la propia experiencia de vida de ella que luego usted puede (3) *utilizar* para ayudarla a resolver su problema actual. Este es un típico ejemplo de su aproximación de utilización para una sugestión terapéutica. Ella acepta esto con tanta rapidez, con un movimiento de su cabeza, que usted debe decirle que lo piense un poco más. Usted quiere decirle y permitirle al inconsciente de A tener el tiempo suficiente para una búsqueda de los procesos interiores relevantes que pueden implementar estas sugerencias.

E: La dejo a ella probar un poco de algo bueno con “una sensación muy *parcial*,” entonces ella rápidamente se dirá a sí misma que quiere la sensación entera. Es una experiencia de vida común probar algo y luego quererlo todo. Una madre dice, “sólo toma un pequeño bocado.” Pero nuestra paciente ni siquiera me oyó decir, “sólo tome un pequeño bocado.”

GENERALIZANDO UN MODELO DE REFERENCIA DE APRENDIZAJE PARA REESTRUCTURAR UN PROBLEMA FÓBICO

E: La otra alteración es la cuestión de volar.

La aprensión inicial que puede ser transformada posiblemente en una sensación de la labor, la responsabilidad de hacer la labor.

**Uno siempre puede ser aprensivo
con la labor.**

**Uno siempre sabe que puede fallar,
entonces uno está atrapado
y toma conciencia
de que ha hecho este tipo de cosas antes. Usted ha disfrutado de esto
antes y ahora puede disfrutar de empezar con nuevas asignaciones. En
lugar de aburrimiento,
hay un momento
en el cual uno disfruta de estar dentro de su cuerpo,
es una sensación de descanso,
una sensación de confort,
mientras que el ojo de la mente
está explorando
la cosas que realmente le dan placer
(Pausa)**

R: Ahora usted generaliza el modelo de referencia de aprendizaje que acaba de desarrollar, para ayudarla a reestructurar su comprensión del miedo a volar, con el cual la ayudó hace un tiempo. Esto es como una sorpresa; ella podría no haber sabido que usted iba a nombrar este viejo problema nuevamente, para una nueva y más adecuada resolución.

E: Sí, ahora estoy transformando el problema de la fobia ubicándolo en un modelo de referencia en el cual se tratan temas intelectuales, en lo que ella es realmente una experta.

R: Aunque ella está pidiendo ayuda como estudiante, es, hablando relativamente, una experta en la resolución de temas intelectuales.

E: Ella tiene un fuerte deseo de hacer un buen trabajo. Es fuerte allí, por lo que estoy usando esa motivación para luchar con el área en la que es mas floja -la fobia a los aviones.

**ILUSTRANDO MODELOS DE REFERENCIA ABIERTOS Y
FLEXIBLES**

**E: Una vez estaba volando a Francia,
de noche,
el avión estaba repleto,
yo estaba físicamente mal en ese momento.**

**Sabía que arribaríamos a Francia para el desayuno,
y apenas habíamos cenado
cuando nos trajeron el desayuno.**

**Pero durante todo el vuelo,
estuve pensando
en mis conceptos de la niñez,
acerca de lo que realmente era el océano.**

**Es un espacio ilimitado,
y eso contrasta
con mi comprensión actual.**

**Pensé en todos mis sueños de niño,
y como se fueron sucediendo.
(Pausa)**

R: Ahora usted introduce un par de ilustraciones acerca de cómo uno puede mantener modelos de referencia abiertos y flexibles, para que se hagan más adaptables a contingencias inusuales de la vida. Esta segunda ilustración de su vida tiene una particular relevancia para ella, porque su concepción de “espacio ilimitado”, del océano, corresponde al miedo de ella acerca del vacío en el puente. Usted está intentando ayudarla a reestructurar algunas de sus asociaciones de miedo, de su niñez, a un “vacío”, desde una perspectiva más adulta.

ASOCIANDO TEMAS TERAPÉUTICOS

**E: Volviendo al primer cambio,
una sensación de haber cumplido con algo,
de saber que usted ha hecho un buen trabajo,
que está alcanzando su objetivo,
que ha concluido con una agradable sensación de haber cumplido.**

R: Ahora usted retorna al problema del aprendizaje académico. Asociando este problema académico a su problema de la fobia, usted está implicando que ambos pueden ser resueltos mediante el mismo proceso de aprendizaje, para adaptar y mantener más abiertos y adaptables modelos de referencia.

**REESTRUCTURANDO UNA EXPERIENCIA SENSORIAL:
TRADUCIENDO LAS PALABRAS DEL TERAPEUTA A LAS DE LA
PACIENTE**

E: Un granjero sabe que ha hecho un buen trabajo porque siente su espalda confortablemente cansada.

**Y entonces usted puede realizar la tarea
con una profunda sensación de haber cumplido,
y el conocimiento de que puede irse a dormir, y dormir bien,
su tarea está hecha,
y que la figura total de su tarea
es algo bueno, y también es algo bueno que pertenezca al pasado,
y la sensación agradable también aparece durante el proceso.**

**De manera que
el tema en su totalidad es bueno y,
no la molestará.**

¿Comprende eso?

**Y ahora la transformación,
la alteración que yo he sugerido
acerca de volar, he sugerido que vea
el asunto de cierta manera.**

**Pero espero que usted traduzca todo lo que yo dije,
ambas conexiones,
a sus propias palabras,
a sus propias frases,
de manera que las alteraciones
se produzcan en sus propios términos,**

no en los míos.

Y no necesito conocerlos.

**Usted sí.
(Pausa)**

E: ¿Qué significa “confortablemente cansado”?

R: La espalda cansada del granjero es la prueba de que puede sentirse bien por haber cumplido con las labores diarias.

E: La mente reestructura la sensación de cansancio a una sensación de placer. ¡Uno no necesita a un psicólogo para que se lo haga!

R: Usted termina esta sección con una importante sugestión con la cual ordena a la paciente que traduzca sus palabras a las de ella. Sus sugerencias son entonces recibidas de manera abierta cerrada, lo que le permite a la propia individualidad de la paciente utilizarlas de una manera óptima y personal.

FEEDBACK DE LA PACIENTE Y POSTERIORES ILUSTRACIONES TERAPÉUTICAS

**E: Tengo
a un alcohólico como paciente.**

**La última vez
que me vio,
dijo, “Salgamos de aquí, y vayamos por un buen trago.”**

Su esposa y yo fuimos con él para tomar un buen trago.

Nosotros tomamos daiquiris, y él un vaso de leche.

Ahora todos tomamos un buen trago.

Ahora yo estaba sugiriendo

**una sensación muy agradable
para usted,
en su definición
de sensación agradable,
en dos aspectos:
tarea
y viajes.**

¿Relajada? Correcto.

A: Um hum. En el caso de la tarea, el resultado final es lo que usted dice, se vuelve una sensación de haber cumplido, y placer. Es el proceso posterior a un duro día de estar trabajando en una clase, lo que lleva mucha concentración y disciplina y luego poder sentarse y estudiar durante tres o cuatro horas de noche. Luego de haber estado cansada todo el día, lo único que me empuja a hacer eso es el hecho de que sé que me voy a sentir feliz cuando lo termine, y estaré mejor. Y cuando esté hecho, dormiré mejor. Entonces esas son las razones para hacerlo. El problema es no comprender el resultado final. Sí me doy cuenta de cuál es el resultado final que quiero, de lo que significa. El problema es la concentración y la disciplina necesarias para poder hacerlo.

E: Está bien, ahora yo explicaré algo más.

Pensé en este plan.

Saqué seis novelas de la biblioteca.

Crecí en una casa en la que no había muchos libros, y sabía que mis conocimientos de literatura eran muy pobres, por lo que me sentaría y leería cincuenta páginas de una de las novelas, estudiaría duro química durante veinte minutos, haría un cambio y estudiaría física durante veinte minutos, luego otros quince minutos de mis tareas de inglés, leería una parte de la siguiente novela, y continuaría cambiando, de la novelas al libro de texto, quizás otra novela, otro libro de texto, siempre cambiando.

Porque cada vez que uno cambia un patrón de actividad física, descansa de la actividad previa.

En la granja aprendí a pitchear con la mano derecha y con la mano izquierda.

Cuando mi brazo derecho se cansaba, lo hacía descansar usando el brazo izquierdo.

Cortando madera -manos derecha e izquierda. Siempre descansando primero un brazo y luego el otro.

Alternando también al mantener el jardín, estudiando química, es tan diferente a leer una novela.

Leer una novela es una especie de ejercicio, y un capítulo de un libro de psicología es otro tipo de ejercicio, de manera que yo siempre estaba trabajando a máxima velocidad en cada cosa que estaba haciendo, y deseando de las otras cosas.

Ahora el trabajar todos los días la cansa a usted. Estudiar de noche también la cansa.

Pero debe relajar esa parte de su cuerpo que está fatigado por el trabajo del día, y hacer la tarea con el resto.

**Asistir a clases es una cosa,
hacer trabajo pago es otra,
y estudiar es un tercer tipo
de ejercicio.**

Usted los alterna y entiende que puede descansar el aparato “recibidor de clases” mientras hace la tarea, y descansar de la tarea mientras hace trabajo de oficina.

Porque todo requiere diferentes patrones de funcionamiento.

¿Entiende eso?

A: Um hum.

E: Ahora, ¿puede elaborar todo eso a su propio entender?

Cuando una amiga entró a la escuela médica, asistía a clases desde las ocho de la mañana hasta las cinco de la tarde. Y después, desde las seis hasta las once, estaba en el laboratorio.

Le tomó un tiempo descubrir que podía usar diferentes partes de sí misma para las clases, durante el día, y luego otras partes para el laboratorio, en las noches. Cuando volvía a su cuarto, descansaba todo su cuerpo.

Se sorprendía un poco al ver lo nítida y precisamente que podía dividirse de acuerdo a sus necesidades. Y le agregó a todo esto la costumbre de tejer ropa de bebé, y sweaters. La descansa tanto comenzar a tejer un sweater... Y el placer de tejer uno para su hermana en Etiopía anuló la fatiga que le creó el estudio.

**De manera placentera,
con mucho cuidado,
pensándolo inconscientemente,
usted puede crear
un “listado” de sus propias funciones,
de manera de poder
trabajar en patrones
de funcionamiento.**

¿Le parece que me entiende ahora?

A: Sí.

E: Puede pensar en esas cosas, para su propia conveniencia. Puede decidir si aceptar o no estas alteraciones.

Yo creo que son buenas.

**Pero es su ventaja,
su confort
en el estudio
y asistencia a clases,**

**en la tarea
lo que realmente
quiero promover.**

**Y quiero
su trabajo
mientras mentalmente está sobre el mar,
con algo que le cause placer.**

**Sobre las colinas yendo a lo de la abuela,
es muy lindo,
es agradable
para cualquiera.**

Campanadas durante todo el camino.

**No sé qué opina de las campanadas,
pero sin ninguna duda conoce la canción, hay tantas cosas que la pueden
hacer disfrutar.**

**Puedo pensar en lo fácil que era hacer manteca para mi abuela, comparado
con lo que lo era en mi casa.**

Mismo trabajo, pero en un ambiente diferente.

¿Alguna pregunta, A?

A: En realidad no, estoy bien.

E: Ahora, porque lo que puede hacer le pertenece a usted, en algún tiempo futuro, quizás le gustaría hablar de ello.

R: En esta sección, la señora A le da a usted un valioso feedback en cómo está ella recibiendo sus sugerencias, de manera que usted puede ajustar su orientación, para que satisfaga sus necesidades de manera más precisa. Usted le da más ilustraciones acerca de cómo facilitar sus propios procesos de aprendizaje, y continuamente le ofrece sus sugerencias de manera abierta - cerrada, de manera que ella debe hacer un continuo trabajo interno, organizando sus palabras en sus propios térmi-

nos. Este es un estado de trance de aprendizaje muy activo. No es para nada pasiva. Hay un intenso rapport entre ustedes dos; es como si hubiera una especie de transferencia directa entre sus mentes.

CONFUSIÓN Y NUEVO APRENDIZAJE

A: Estoy teniendo problemas.

Comprendo lo de estudiar y hacer la tarea, y eso tiene sentido para mí, pero me confunde el tema de volar, y lo que usted dijo antes acerca de hacer las labores que enfrento.

E: Está OK, A.

Reconociendo que la labor que está frente a usted tiene proporciones suficientes como para significar un gran problema.

Usted ve su propio trabajo de la manera en que un cirujano ve una operación.

En una simple apendicitis, pero si uno es un buen cirujano, sabe, que en los Estados Unidos, muy repentinamente, un gran número de pacientes con apendicitis mueren debido a la cirugía.

Debido a ésto, uno sabe que no hay nada tan simple en una operación de apendicitis.

Entonces usted se prepara, para hacer una simple operación de apendicitis.

Teniendo cuidado de no omitir nada importante.

Y tiene la buena sensación de que ésta será una simple operación de apendicitis, porque usted la está haciendo.

Un muy buen cirujano siente que todas son operaciones simples, y que todo va a salir bien porque no se olvidará de nada, y porque disfrutará haciéndolo, y el paciente disfrutará siendo operado.

Usted le da la cantidad justa de respeto al asunto que tiene entre manos, tomando conciencia de que hay riesgos en toda performance humana, que deben ser enfrentados por cada ser humano en funcionamiento, y luego, el placer de desear hacerlo, un simple acto de operar una apendicitis, mañana, deseando disfrutar de ese vuelo mañana, deseando el placer de preparar cualquier cosa.

Y permitiendo que aquello haga desaparecer al aburrimiento.

El aburrimiento nubla su visión, y restringe la libertad de su mente para pensar.

A: ¿Y qué acerca de disfrutar de prever el mal tiempo?

E: No hay nada a más placentero que el sonido de las gotas de lluvia en el techo, cuando uno está descansando cerca del hogar, sabiendo al menos que uno no está bajo un ardiente sol juntando heno.

Y sabiendo que uno tiene una buena comida bajo el cinturón, antes de salir al aire libre, y luego la lluvia.

El mal tiempo para el granjero es observado desde el punto de vista de juntar heno.

Bueno, ciertamente no es un huracán.

Si fuese un huracán, sería terrible en muchos aspectos diferentes.

Y el mal tiempo, a diez mil o doce mil metros de altura, es un tipo diferente de clima que el que hay en el nivel del mar.

A veces me pregunto, cuando estoy a diez mil metros sobre el nivel del mar, cómo sería poder vivir la sensación de poder sentir cómo el avión se enfrenta al aire, a esa velocidad.

A: Yo lo hago, yo hago eso. Hago dos cosas que usted sugirió. Trato de pensar y disfrutar la turbulencia de aire no esperada. Trato de pensar en

todas las sensaciones, en si es una lancha o un auto.

Qué clase de sensación es.

R: En esta sección la señora A claramente ilustra la utilización del trance como un estado de activo aprendizaje. Ella está confundida acerca de cómo generalizar su aceptación de un trance más adecuado para su comprensión académica de su fobia a volar. Su confusión, por supuesto, es prueba por sí misma de que ella está en el proceso de abandonar un viejo, poco adecuado modelo de referencia por uno nuevo, que todavía no comprende. Entonces usted toma ventaja de esta situación para facilitar el hecho de que sus modelos de referencia sean más abiertos, en las secciones que siguen.

DESPOTENCIANDO POSTURAS MENTALES HABITUALES: FACILITANDO MODELOS DE REFERENCIA FLEXIBLES

E: Pero usted no tenía un modelo de referencia.

A: Entonces trato de pensar en lo que estaba sucediendo en el avión, en términos de peso estructural, sabiendo que las especificaciones estructurales permitían un peso de esa magnitud.

Pero yo me sentía incómoda, y aliviada cuando todo terminó.

E: Bueno, le daré un ejemplo que demuestra lo que hice por usted antes.

¿Podría plantar diez árboles en cinco filas rectas de cuatro árboles cada una?

**A: ¿Diez árboles en cinco filas rectas, cuatro árboles en cada fila?
(Pausa)**

(Luego de varios intentos inútiles, el autor mayor le muestra el siguiente diagrama en forma de estrella, como una solución al problema.)



A: Oh, no había pensado en eso. Trataba de relacionarlo con la turbulencia de aire.

E: No puede comprender la turbulencia del aire, ¿no es cierto?

No puede comprenderla en términos de turbulencia de aire en tierra.

A: Puedo entenderla intelectualmente, en términos de lo que sucede atmosféricamente. Cómo se forma, y cómo afecta a los cuerpos, y ese tipo de cosas. No puedo entender mi respuesta emocional.

E: Está bien, ¿y cómo puede entender que tiene dos respuestas; una intelectual y otra emocional?

A: Oh, sí, seguro.

E: Ahora, a veces, puede tener un conocimiento intelectual de eso, y puede estar detrás, emocionalmente.

A: No puedo separar lo emocional en este caso. Intelectualmente, puedo entender muchas cosas que me causan miedo - en este caso, turbulencia de aire.

Pero tanto miedo, como el que tenía antes, es una incomodidad.

**E: Ahora, este acertijo aquí,
cinco filas rectas,
cuatro árboles en cada fila,
sólo diez árboles. Lo que usted hizo encerrarse en mi presentación de la definición de una fila,
y una línea recta, una segunda fila.**

A: Sí

E: Sería lindo que este acertijo pudiese ser una forma de tratar a la turbulencia de aire, porque sólo puede comprenderla bajo ciertos modelos de referencia.

A: No estoy relacionando esto con la turbulencia del aire. Entiendo intelectualmente a la turbulencia del aire.

[Aquí, Erickson la distrae, arrancando ostentosamente la hoja de papel sobre la cual le había mostrado la solución al problema de los árboles. Luego le muestra a ella otro de sus problemas “rompedores de posturas.” Escribe el número 710 y le pide a la señora A que lo lea de todas las maneras que fuesen posibles. La mayoría de las personas no son capaces de romper con la postura de los números, como para leerlo como OIL (nota del traductor: OIL, aceite / petróleo, en inglés.), cuando lo invierten. Erickson revela la respuesta al pedirle, antes que nada, a la paciente que haga una “S” cerca del invertido 710. Si continúan sin darse cuenta, él hace que hagan una “S” delante del 710 invertido, para que se lea “SOIL” (nota del traductor: SOIL, en inglés, ensuciar, manchar.) En este punto, la mayoría de las personas tiene éxito al cambiar de la postura de los números a la de las letras.]

R: Este fue un típico ejemplo de otras de sus aproximaciones para despotenciar las posturas mentales habituales de la paciente, para introducir la posibilidad de experimentar modelos de referencia más flexibles. Con los árboles y los problemas del 710, usted hace que los pacientes experimenten la rigidez de sus propias posturas mentales, y les da una especie de entrenamiento en desarrollar modelos de referencia más flexibles.

E: Uno siempre hace que los pacientes experimenten todo lo que sea posible de sí mismos y de sus posturas mentales limitadas, durante la terapia. *Lo más importante de todo en una terapia es romper con las posturas mentales rígidas y limitadas de los pacientes* (Rossi, 1973).

FOBIA COMO UN MODELO DE REFERENCIA LIMITADO

E: Usted puede tener un modelo de referencia numérico.

A: Que definitivamente tengo.

E: Ya lo sé, trabaja con computadoras. Ahora, ¿cuál es el correcto modelo de referencia para la turbulencia de aire a diez mil metros de altura? ¿Es palabras o números?

A: Es sensaciones, realmente.

E: ¿Las sensaciones que adquirió en tierra?

A: No. No soy conciente de las sensaciones, de tener esa sensación en tierra.

E: Aprendió ciertas sensaciones de miedo en tierra, y las lleva dentro suyo. Sepa cuales son las sensaciones que debe llevar allí arriba.

A: Entonces, ¿usted está diciendo que cuando tengo temor a las turbulencias de aire, sólo pienso en un modelo de referencia de temor, en lugar de un modelo de referencia lógico?

E: Ni de temor ni lógico. Hay un nuevo modelo de referencia que usted debe descubrir.

A: ¿Quiere decir que debo pensar en él?

E: Sí- Un modelo de referencia que es realmente una sensación totalmente nueva y diferente, sin ninguna relación con cualquier sensación que haya tenido.

Deje de considerarlo, ¿qué descubrieron los astronautas en el espacio?

A: Cosas totalmente desconocidas.

E: ¡Totalmente desconocidas! Ahora, lo que le estoy diciendo, es que la turbulencia de aire no puede ser entendida en términos de experiencia en tierra, así como los astronautas descubrieron que no podían entender la falta de gravedad. Podían derramar el agua hacia arriba, podían derramar el agua hacia abajo, o hacia los costados, y no sé cómo hacían para escupir.

A: Entonces, ¿cómo lo hago?

E: No sé cómo los astronautas asimilaron la falta de gravedad, pero lo hicieron.

E: Ella asimiló el miedo a las alturas en tierra, y lo llevó al avión, en donde los miedos terrestres son inapropiados. En un avión, uno puede toparse con una bolsa de aire y caer cientos de metros, y puede ser una experiencia muy placentera. ¿Qué sensaciones debe uno tener cuando está en el aire? ¿No sensaciones terrestres!

R: En tierra, puede ser un desastre caer sólo un metro.

E: Le estoy pidiendo a ella que adopte un modelo de referencia que es totalmente nuevo y diferente.

R: Usted genuinamente no sabe cómo ella experimentará el nuevo modelo de referencia. La mente consciente de A tampoco lo sabe. Su trabajo como terapeuta es señalar y posiblemente despotenciar algunas de las limitadas posturas de su mente consciente de manera que su inconsciente pueda tener una mejor oportunidad de manifestarse con la nueva. Este caso ilustra la esencia de una teoría fóbica. El comportamiento fóbico viene del problema que causa usar un modelo de referencia viejo, inapropiado, en una situación nueva. El modelo de referencia viejo, realmente no tiene lugar en esta situación, y esta falta de lugar hace aparecer a la ansiedad, afecciones negativas, y comportamientos en los cuales se evita todo, tan característicos de las fobias. La ansiedad y el comportamiento evitador, son en realidad una apropiada señal que indica que los modelos de referencia viejos de la paciente necesitan ser cambiados. Cuando la paciente no reconoce la señal que indica la ansiedad, se experimenta una afección negativa sin ningún componente intelectual apropiado: la paciente experimenta ansiedad y temor, sin saber por qué; tiene una fobia. Podemos inferir que cuando una fobia se desarrolla en una situación aparentemente familiar (como por ejemplo una fobia a la escuela, agorafobia, etc.), significa que algo ha cambiado en la relación del paciente con esa situación, pero este cambio no es reconocido y los ajustes internos apropiados (modificar los viejos modelos de referencia o crear unos nuevos) no han tenido lugar. La fobia se debe entonces a un modelo de referencia demasiado limitado. Su resolución permanente requiere insight y modelos de referencia expandidos. Esto es esencialmente una nueva teoría de las fobias, que es inherente a nuestro trabajo, y usted no lo sabía, ¿no es cierto?

E: Hay muchísimas cosas que sé que no sé.

ILUSTRACIONES POSTERIORES DEL CRECIMIENTO VÍA NUEVOS MODELOS DE REFERENCIA

E: Usted sabe que las investigaciones muestran que los astronautas crecieron 2.5 cm. en el espacio, y que los perdieron apenas alcanzaron la Tierra.

Cuando los chicos experimentan un crecimiento repentino, cuando un niño se mide a sí mismo comparándose a su madre, usted sabe lo que sucede: «¡Qué alto que soy!»

Todo los miembros de la casa lo saben.

A: Atravesó ciertas barreras.

E: ¡Estuvo atravesando barreras!

Logrando cosas con las manos.

La etapa difícil es la etapa del crecimiento.

Y él debió comprender lo largos que eran sus brazos, lo largos que eran sus pasos.

Debió construir una nueva clase de medidas para sí mismo.

**Ahora, ¿qué tipo de medidas formará usted para la turbulencia?
(Pausa)**

Allí tiene una oportunidad para descubrirlo.

[El autor mayor ahora da otros ejemplos acerca de nuevas experiencias de la vida, que requieren la formación de nuevos modelos de referencia, no meramente el uso de un modelo viejo inapropiadamente en una nueva situación.]

E: La edad del crecimiento es la edad más difícil; crecer duele.

R: Sí, la dificultad debería ser aplaudida, como signo de crecimiento y nuevo

aprendizaje.

E: Uno da muchos ejemplos, de manera que los pacientes tienen más posibilidades de encontrar uno que sea personalmente convincente y que realmente ayude a alterar su comportamiento. Las únicas cosas que yo le digo a usted son las que tocan su experiencia de una u otra manera. Usted siempre estudia a sus pacientes para evidenciar que ellos aceptan lo que usted les dice.

AUTOHIPNOSIS PARA FACILITAR EL CAMBIO TERAPÉUTICO: FLEXIBILIDAD EN EL FUNCIONAMIENTO MENTAL

A: Estoy satisfecha con no estar aterrorizada de volar. Para encontrarlo placentero, eso es pedir demasiado, creo. ¿Cree que podré?

E: Los astronautas, no sabían, estando en tierra, qué sería estar en el espacio.

A: Hay una diferencia. Yo puedo ser aprensiva hacia algo conocido, sabiendo que saldrá todo OK al final. Esa clase de aprensión. Pero no hay manera de que pueda lógicamente decir que tengo miedo. Sólo lo tengo. Lógicamente sé que no debo tenerlo, y sé que no hay nada de qué preocuparse, y puedo recitar todas estas estadísticas y -

E: Y usted sabe lo fácil que me resultaría a mí aterrorizarla.

A: Sí.

E: Y borrarlo igual de rápido, ¿no es cierto?

A: Sí, al terror.

E: Y borrar también su sensación de alegría, también.

A: Sí.

E: Eso es, su miedo o su placer pueden ser removidos y reasumidos.

A: ¿Puedo hacerlo por adelantado? Yo traté de hipnotizarme a mí misma en una situación y no puedo concentrarme. Como cuando nos encontramos con turbulencia.

E: Trate de contar del uno al veinte .

A: ¿Ahora? ¿Del uno al veinte?

[La señora A cierra los ojos y evidentemente entra en trance momentáneamente. Luego abre los ojos, mueve su cuerpo, y está obviamente despierta de nuevo.]

E: No llegó a veinte, ¿no es cierto?

A: No.

E: Correcto.

(Pausa)

Y ahora los logros futuros son logros futuros.

(Pausa)

Y pueden ser disfrutados. (Pausa)

A: Sólo estaba pensando. No aguanto más, quiero salir de aquí y volar.

E: Bueno, es usted libre de irse en el momento que desee hacerlo, o de quedarse.

A: Eso es fantástico. ¡Quiero tomarme un avión, ya!

E: Puedo facilitar una cierta flexibilidad en el funcionamiento mental cuando le hago recordar lo fácil que pueden ser “removidos y reasumidos” el miedo y el placer.

R: Sus miedos residuales a volar son aparentemente resueltos cuando usted le da la herramienta de la autohipnosis con la cual se puede ayudar a sí misma. Si el trance está conceptualizado como un estado alterado o como un cambio en los

modelos de referencia, podemos entender cómo la autohipnosis puede ser particularmente útil para las fobias o para cualquier situación, en la que un paciente necesita enfrentarse a emociones difíciles. Su experiencia autohipnótica momentánea fue suficiente como para permitirle saber dentro suyo, ella está experimentando un alto grado de expectativa terapéutica - ¡tanto que no puede esperar el momento de subirse a un avión!

CASOS CORTOS SELECCIONADOS: EJERCICIOS PARA EL ANÁLISIS

DESCUBRIENDO TÉCNICAS: DISOCIANDO EL INTELECTO Y LAS EMOCIONES PARA DESCUBRIR RECUERDOS TRAUMÁTICOS

E: En este asunto de descubrir técnicas, creo que una de las cosas más importantes que hay que reconocer es que si un paciente tiene algo encubierto, lo tiene encubierto debido a alguna buena razón, y es mejor que uno respete ese hecho. Uno les pide a los pacientes que respeten el hecho de que uno personalmente cree que no es necesario que encubran nada, pero que se sujetará a sus necesidades, *sus actuales necesidades*. Ahora les ha dicho que se sujetará a sus necesidades, pero no oyen que está hablando de sus “necesidades actuales.”

R: Este es un ejemplo de una sugestión indirecta a través de una comunicación a dos niveles. La primera parte de su comentario acerca de sujetarse a sus necesidades es rápidamente aceptada por la mente consciente del paciente, y tiende a abrir un marco de aceptación, para la calificación que sigue, sujetándose a sus “necesidades actuales,” que pueden ser muy diferentes a las que ellos creen tener. El inconsciente capta esta calificación (que puede ser enfatizada con una suave entonación de voz o con un gesto), y la utiliza para iniciar un proceso interno de búsqueda de sus “necesidades actuales.” Esta búsqueda a nivel inconsciente puede finalmente resultar en nuevos insights que despotenciarán los previamente limitados modelos de referencia del paciente, y debido a ésto, facilitar la terapia.

E: Sí. En realidad hay dos puntos aquí: ¿necesita ser encubierto? ¿Puede ser descubierto? Luego uno debe señalarle al paciente que hay varias maneras de recordar las cosas. Sin lugar a dudas, cuando encubrimos un recuerdo, en realidad estamos encubriendo mucho más que el recuerdo solamente. Esto es, que el trauma causado por una cabeza pelada puede ser encubierto por un recuerdo

inconfortable, pero con eso encubriremos el cuarto en el que sucedió, quizás la fecha en la que sucedió, y otras cosas que sucedieron ese año. ¿Necesita el año ser encubierto? ¿Todas las otras cosas que sucedieron ese año? Entonces uno debe enfatizar que el paciente sin dudas encubrió muchas cosas que no necesitaban ser encubiertas. Entonces, ¿por qué no descubrir cada una de esas cosas que es seguro descubrir, y asegurarse de mantener encubiertas aquellas cosas que no es seguro descubrir? Uno luego define la situación como una en la que el paciente puede retractarse en cualquier momento. Se debe señalar, “Suponga que accidentalmente descubrió algo que no deseaba descubrir. ¿Cuánto tiempo le parece que lo llevará encubrirlo de nuevo?” Esa es la pequeña porción de seguridad que siempre se le da al paciente.

Luego uno debe señalarle al paciente que es perfectamente posible recordar los hechos intelectuales de algo, pero no el contenido emocional, y viceversa. Se debe señalar que en una ocasión, uno se sentía mal y deprimido, pero no había manera de comprender cuál era la razón, aunque debía haber una en alguna parte de la mente. Experimentó las emociones, pero no tuvo el contenido intelectual. Al recordar un recuerdo traumático, uno puede descubrir profundas emociones, pero no el contenido intelectual. Si se desea, se puede recordar el contenido intelectual; no se necesita saber por qué se sentía uno triste, loco, o contento. Será sólo un recuerdo, como si le hubiera sucedido a otra persona.

Un ejemplo de esto sucedió con uno de mis estudiantes de medicina, que iba a ser expulsado de la escuela de medicina, porque absoluta e irracionalmente se negaba a asistir a las clases y clínicas de dermatología. Se le llamó la atención, y se le dijo: “Asistirá a las clases y clínicas de dermatología y las estudiará o será expulsado de la escuela de medicina. No podemos aprobar a alguien que arbitrariamente se niega a seguir uno de los cursos.” Bob dijo, “No puedo.” El decano dijo, “¿Qué quiere decir, cómo que no puede?! ¡Irás!”. Bob dijo que, sin embargo, no podía.

Bob vino a mí muy preocupado debido a esto. Yo sabía que Bob era un muy buen sujeto hipnótico, y le pregunté si lo podía utilizar como sujeto de demostración para mi clase de medicina. El dijo: “Sí.” Le dije que debía haber alguna explicación para su peculiar comportamiento con la dermatología. Le pedí que se pasara la semana siguiente tratando de recordar qué era lo que había olvidado.

Bob se pasó una semana tratando de recordar, y luego vino a mi clase. En clase, le pregunté, “Bob, ¿ha recordado lo que había olvidado hace ya mucho tiempo?”

Bob dijo, “¿Cómo diablos uno puede recordar algo que olvidó hace mucho tiempo? ¡Uno no sabe siquiera en dónde buscar! ¡Lo ha olvidado! ¡Es inalcanzable, intocable! ¡Está olvidado - se ha ido!” Coincidió con él y lo envié fuera del aula, para poder analizar la cuestión, con la clase. Todos coincidieron que sería una especie de búsqueda a ciegas tratar de encontrar un recuerdo de ese tipo. Luego llamé a Bob nuevamente, y le induje un profundo trance. Le dije, “Usted sabe por qué está aquí. Ha estado pensando durante una semana entera, recordando algo que ha olvidado. ¿Lo ha recordado?” Bob dijo, “No.” Yo dije, “Bueno, está en un profundo trance. Me gustaría explicarle un par de cosas. ¿Sabe lo que es un rompecabezas? Uno puede armar un rompecabezas de dos maneras: lo arma con la figura mirando hacia arriba, de manera que uno sabe de qué es el rompecabezas, o lo arma con la figura mirando hacia abajo, y entonces uno sólo ve la parte trasera del rompecabezas. No habrá figura - sólo algo sin significado, pero el rompecabezas estará armado. La figura que representa el rompecabezas es el contenido intelectual - el contenido significativo del recuerdo reprimido. La parte de atrás es el elemento emocional, y no tendrá ninguna figura. Será sólo el elemento emocional. Ahora usted puede armar el rompecabezas uniendo dos piezas de una esquina, dos piezas en otra esquina, dos piezas en la tercera esquina, dos piezas en la cuarta esquina y entonces, aquí, y allá puede ir poniendo de a dos o tres piezas. Puede poner algunas de las piezas mirando hacia arriba, y algunas dadas vuelta. Puede poner todas dadas vuelta, o todas mirando hacia arriba, pero hará solamente lo que quiere hacer.”

¿Qué quería hacer él? Yo no lo sabía, pero la pregunta no era responsabilidad de Bob, él tenía el rompecabezas de un recuerdo reprimido, al que necesitaba recuperar y armar con cierto sentido. Le dije a Bob, “Bueno, usted en realidad no sabe qué hacer. Suponga que saca de su inconsciente solamente dos pequeñas piezas de ese recuerdo desagradable.” Bob pensó durante un minuto y luego comenzaron a aparecer gotas de sudor en su frente. Le pregunté, “¿Qué es, Bob?” El dijo, “Me siento enfermo, aunque me divierte. No entiendo cómo.” Yo dije, “Eso está bien, así que se siente enfermo pero divertido; aunque no sabe cómo.” Con esto, Bob desarrolló una amnesia para el material que lo hacía sentirse divertido. Luego continué, “Suponga que alcanza sus represiones más profundas y recupera algunas pocas piezas de esa figura.” Bob hizo esencialmente eso, y dijo, “Bueno, hay agua, y hay algo verde. Supongo que es pasto, pero el verde no es de pasto.” Yo dije, “está bien, ahora destruya eso. Ahora recuerde algunas piezas más de esa emoción.” Bob pensó un poco, y dijo, “Tengo miedo, tengo miedo. Quiero correr”, y luego empezó a sudar y a temblar. Yo dije, “Destruya eso de nuevo.

Recuperemos algunas otras piezas de la figura.”

Alternamos, de esa manera, durante un rato; obteniendo algunas asociaciones, y luego reprimiéndolas cuando la emoción causaba demasiado temor. Mientras íbamos recuperando más y más material, Bob comenzó a experimentar piezas más y más grandes de emoción, por lo que tuve que sacarlo del trance y hacerlo descansar. Bob tomó una respiración profunda y dijo, “Estoy molido. No sé qué es lo que me está sucediendo. Estoy despierto, mi camisa está toda mojada, mis pantalones están húmedos debido a la transpiración. ¿Qué ha estado sucediendo aquí?” Le aseguré que los estudiantes de medicina de la clase se sentían tan enfermos como él de ver esa transpiración en la frente de Bob cada vez que él experimentaba una emoción.

Finalmente sugerí, “Pongamos todas las piezas en blanco juntas de nuevo, y hagamos una completa reconstrucción.” Entonces, él las juntó, y lo debieran haber visto temblar y transpirar. Estaba realmente temblando, por lo que cada tanto le daba una sugestión para vaciar todo y descansar, “Toma otra respiración profunda y mira a la parte en blanco del rompecabezas con la experiencia amnésica traumática.” El dijo, “Cualquier cosa que sea lo que esté en la parte posterior del rompecabezas, es horrible - realmente horrible.” Le dije entonces que olvidara completamente la cara emocional. Dimos vuelta el rompecabezas para mirarlo solamente desde el punto de vista intelectual, sin emociones. El describió, “Dos niños pequeños, de alrededor de ocho o nueve años, parecen primos - están jugando en una casilla, están luchando. Oh, oh, uno se está enojando con el otro. Ahora se están golpeando. Ahora agarraron unos rastrillos, se los están clavando el uno al otro. Oh, oh, uno le clavó el rastrillo al otro en la pierna. Ese está corriendo hacia la casa para contarlo. El que le clavó el rastrillo está un poco asustado. Corre, también. El padre del niño no es malo, la madre del niño no es mala; están llamando a un doctor. El padre del niño lo hace sentarse en una silla y esperar. Ahí viene el doctor manejando. Mira la cara del niño. Está tendido allí. Su cara está inflamada, sus ojos están cerrados e hinchados, su piel está adquiriendo un color gracioso, su lengua es muy pequeña, y el doctor está asustado. Está agarrando algo más. Tiene - parece una aguja o algo así-, y está bombeando algo dentro del niño, y ahora esa inflamación en la cara del niño está disminuyendo, su lengua se está achicando, está abriendo los ojos, y todos están respirando profundamente. El padre toma al otro niño y lo lleva a las caballerizas. El padre se sienta allí, pone al niño en su regazo, y comienza a pegarle, y le está pegando realmente muy fuerte. El niño está mirando hacia abajo, hacia las caballerizas, ve una línea de agua, y está llorando.

Hay algo muy feo en esto, y no sé qué es. Hay algo muy feo.” Yo dije, “Bueno, deje que una de las esquinas de la parte posterior se humedezca, luego otra esquina, deje que su parte posterior se humedezca, se humedezca, se humedezca.” Debería usted haber visto al pobre Bob cuando comenzó a armar el contenido ideacional con la afección. Sudando, temblando, gritando, horrorizado, él dijo, “No puedo soportarlo.”

Nuevamente le dije que desarrollase una amnesia completa. “Tome un descanso, Bob. Todavía le queda un poco de trabajo. Quizás si descansa por cinco minutos, tendremos la fuerza suficiente como para trabajar un poco más”. Luego, unos cinco minutos después, le pedí que continuara. Abandonó la amnesia, hasta que no lo pudo soportar por más tiempo, luego otra amnesia, un descanso, y luego nuevamente un descubrimiento, hasta que finalmente dijo, “Ese pequeño niño que le clavó el rastrillo al otro soy yo. Aquél es mi primo y ese era el rastrillo que utilizábamos para limpiar la casilla, y viene el doctor y le da una inyección antitetánica. Tiene una reacción anafiláctica con todo ese edema, y todos creen que morirá, inclusive yo. Luego el doctor le dio adrenalina, y se recobró, y luego mi padre me llevó a las caballerizas y me pegó. Yo no podía soportar la manera en que se veía mi primo, y allí estaba mi padre pegándome, y esa línea de agua verde - esa horrible línea verde y ese horrible color en la cara de mi primo. No hay dudas acerca de por qué no puedo estudiar dermatología.”

Muchos terapeutas tratan de recuperar toda la experiencia, toda de una vez. En la vida cotidiana frecuentemente nos encontramos con personas que tienen una actitud de indiferencia total. Pueden tener una apreciación intelectual de su posición pero una indiferencia emocional. Bueno, yo creo que en hipnoterapia necesitamos reconocer la tremenda importancia de la indiferencia, y la posibilidad de extraer solamente un fragmento aquí, y un fragmento allí. Fue suficiente que Bob recobrar algo y luego desarrollara una amnesia, porque cuando desarrollaba una amnesia, era sólo a mi pedido. Esto no fue su propia, espontánea e involuntaria amnesia bajo presión. Esto fue algo con lo cual respondía a la sugestión, por lo que el comportamiento amnésico estaba bajo su control. Era igual de efectivo que una represión, pero permitía que el material traumático pudiera ser examinado - y que pudiera ser examinado en varios grados, en pequeñas porciones en relación con la curación emocional y el contenido ideacional.

La clase comenzó a las seis p.m., y creo que fue alrededor de la medianoche cuando terminé con él. Le advertí a la clase que no le dijeran absolutamente nada

a Bob porque yo sabía que había una clase de dermatología a la tarde siguiente. Todos cooperaron, y cuando fueron a la clase de dermatología, Bob entró casualmente, como si fuese lo más común del mundo. Les dije que lo recibieran casualmente, y que le preguntaran a dónde iría después, pero que no le dijeran nada más. ¿Sabe que pasó casi una semana antes de que Bob se diera cuenta de que estaba asistiendo a la clase de dermatología? Simplemente tomó como si fuera algo muy normal el hecho de haberse perdido las clases y clínicas anteriores. Esa es una aproximación que he utilizado con muchos pacientes.

R: ¿Es necesario desarrollar un estado de trance profundo para este particular tema?

E: Lo era con Bob, pero no es necesario si uno tiene un estado de indiferencia y le pide a la persona que piense en sí misma más o menos como si estuviera en el cuarto de al lado, teniendo cierta experiencia. “Por supuesto que no lo puede ver, no lo puede oír, pero piensa en usted mismo como si estuviera experimentando algo - la experiencia de recuperar un recuerdo muy traumático, y, mientras se sienta. aquí, no está realmente en un estado de trance profundo, no está en realidad en un trance medio, usted está en un trance liviano. No siente como si se estuviera moviendo, en realidad no siente estar haciendo nada, pero su mente parece estar bastante alejada y usted está pensando en usted mismo en el otro cuarto - recordando algo, y me pregunto qué parte de ese recuerdo está recordando.” Allí están sucediéndose asociaciones, y el paciente puede comenzar a recordar.

R: Su pedido para que el paciente simplemente se imagine a sí mismo en otro cuarto, recuperando un recuerdo perdido es por sí mismo una aproximación indirecta a la inducción hipnótica. Usted (1) *fija la atención* con el pedido, y si el paciente se lo toma en serio, usted ciertamente ha temporariamente (2) *despotenciado sus bases mentales conscientes habituales*. El paciente entonces comienza una (3) *búsqueda en un nivel inconsciente*, ya que la mente consciente ciertamente no sabe cómo hacerlo. La inducción del trance es entonces enfatizada con sus sugerencias, “Usted no se siente como si se estuviera moviendo, en realidad no siente estar haciendo nada, pero su mente parece estar bastante alejada.” Usted está utilizando sugerencias indirectas en la forma de no hacer, y una disociación entre la personalidad sentada con usted y la mente “pensando en usted mismo en el cuarto de al lado.” Las propias asociaciones del paciente y los (4) *procesos inconscientes* luego surgen y median la (5) *respuesta hipnótica* de recuperar los recuerdos perdidos.

HIPNOTERAPIA EN DISTURBIOS EMOCIONALES EXTREMOS, REPENTINOS, MOLESTOS

(Previamente no publicado, escrito por el autor mayor y editado para su publicación aquí por el autor junior)

Mucho se ha dicho y escrito acerca de la necesidad de una búsqueda intensiva en el pasado remoto de los pacientes, para descubrir las “psicodinámicas” que están bajo la personalidad y bajo los disturbios en el comportamiento. Se han hecho comentarios alarmistas acerca del daño que puede causar el uso de la hipnosis en situaciones de disturbios y problemas emocionales molestos, sin un adecuado conocimiento de las experiencias pasadas del paciente, y de la estructura de su personalidad. Para este autor, esos comentarios alarmistas sólo sugieren una falta de conocimiento y una sensación de inseguridad personal para enfrentarse con problemas de stress en otras personas.

La adaptabilidad de la hipnosis al enfrentar situaciones críticas, la facilidad con que puede ser utilizada sin alterar los procesos naturales fisiológicos y psicológicos (en contraste con asaltos farmacológicos y shocks eléctricos), sugieren la deseabilidad de su más frecuente uso en situaciones de emergencia. Lo que sigue son dos ilustraciones, una dada con más detalles que la otra debido a su esencial similaridad. Para la orientación del lector, se dará cierta información general, que fue obtenida por el autor mayor sólo subsecuente-mente para el manejo de las emergencias molestas.

Los pacientes que presentaban problemas fueron manejados de la misma manera de emergencia con que la que uno manejaría un caso de accidente, con grandes heridas y una pierna rota (esto es, primero entablar la pierna, y hacer un tratamiento completo antes de hacer una detallada historia clínica.)

Ambas pacientes tenían alrededor de treinta años, y ambas manifestaban esencialmente el mismo comportamiento, cuyo desarrollo había sido, en cada instancia, una intensa pelea entre marido y mujer. Ambas mujeres eran personas definitivamente inseguras, dependientes, inestables emocionalmente y con facilidad para el llanto. Ni siquiera se consideró la posibilidad de que fueran psicóticas latentes, aunque ambas eran consideradas personas pasivamente dependientes, emocionalmente inseguras, levemente psiconeuróticas, haciendo unos razonablemente buenos ajustes en los ambientes protegidos en los que vivían.

DESCONDICIONANDO UNA CATALEPSIA HISTÉRICA: REPORTE DEL CASO UNO

La paciente era la esposa de un interno, tenía treinta y tres años de edad, y el marido, con la ayuda de su socio, prácticamente la arrastró hasta el consultorio del autor mayor y la ubicó en una silla. Ella se sentó allí rígida, mirando al vacío, con las pupilas totalmente dilatadas, en un caso de total falta de correspondencia a cualquier estímulo.

El marido explicó que ella se había puesto histérica durante una discusión en su consultorio, y que había comenzado a gritar incontrolablemente. Esto había hecho que el socio del marido entrase al consultorio para ver cuál era la dificultad. Ambos trataron frenética-mente de reasegurarla, pero no pudieron captar su atención. Desesperados, coincidieron en que podría ser posible “sacarla” mediante una cachetada en la mejilla. Esto la “congeló completamente”, dejándola en el estado en el que se encontraba ahora. Ellos habían intentado todo tipo de estímulos para atraer su atención, pero no tuvieron suerte. Se alarmaron debido a la dilatación fija y bilateral de sus pupilas, porque tenían miedo de que pudiera haber daños intracraneales, pero se sentían un poco tranquilizados, ya que ambas pupilas estaban dilatadas de la misma manera. Habían intentado reducir el tamaño de las pupilas mediante el uso de luz extremadamente fuerte, pero ella se había mantenido sin pestañear, sin que ocurriera ningún cambio en el tamaño de sus pupilas.

Debido al estado de alto nerviosismo del marido, él y su socio fueron excluidos de mi consultorio, y el pedido del marido de una medicación intravenosa para permitir “que ella se durmiera, « y su comentario acerca de que «si era necesario, podían ser usados los shocks eléctricos,” no fueron tenidos en cuenta. El autor mayor prefirió una aproximación psicológica para la reacción psicológica de la paciente, en un período de nerviosismo y dolor emocional. Una aproximación psicológica debería realmente ser considerada como un método de primera elección, para ser realizado antes de drásticos asaltos al cuerpo del paciente.

Como los dos médicos habían, en el momento del disturbio emocional, apuntado un potente flash a los ojos de la paciente, el autor decidió capitalizar este hecho. Tomó una suave luz intermitente (de un juguete de niño), la ubicó en el costado opuesto del consultorio, de manera que entrara dentro del campo de visión de la paciente. Sentándose él mismo detrás de ella, suavemente repitió una serie de breves, gentiles sugerencias, sincronizándolas con el parpadeo de la luz. (Experien-

cias pasadas de investigación le habían enseñado al autor mayor que las respuestas condicionadas pueden ser efectivamente establecidas incluso cuando el sujeto no está realmente consciente del estímulo.) Estas sugerencias fueron: “A la distancia, vea una luz. Ahora aparece, ahora desaparece. A la distancia, vea una lucecita. Ahora aparece, ahora desaparece.” Con una monótona regularidad, estas sugerencias fueron repetidas durante cerca de veinte minutos. Como sus párpados comenzaron a moverse levemente, se hizo un cambio en las sugerencias, que terminaron siendo la sugestión tripartita que sigue: “cuando aparece - y desaparece - trate de ver con más fuerza,” sincronizando la primera y la tercera parte con la aparición de la luz.

Luego de alrededor de cinco minutos de esta sugestión, sus párpados comenzaron a moverse, y sus pupilas se contrajeron un poco. Posteriores sugerencias sincronizadas fueron dadas con más urgencia: “Cuando la luz aparezca, sus párpados se cerrarán; cuando se vaya, se cerrarán aun más. Cuando aparezca, sus párpados se cerrarán, cuando se vaya se cerrarán aun más.” Luego de dos minutos, las sugerencias se cambiaron a: “Cuando la luz aparece, tan cansada; cuando aparece, tan dormida; cuando aparece, los ojos cerrados, tan cansada; cuando aparece, los ojos cerrados, tan cansada; cuando aparece, ya dormida; cuando aparece, ya bien dormida; muy dormida y más dormida, y más dormida, y ahora aún más dormida.” Fueron seguidas, ya que ella respondió muy bien, “Quedándose dormida, descansando confortablemente,” repetido un buen número de veces. Luego fue instruida para “descansar confortablemente,” para “dormir profundamente,” para “relajarse muy confortable y completamente,” para “sentirse tan bien, tan descansada, tan lista para contarle” al autor mayor cualquier cosa que él quisiera saber, pero “demasiado cansada como para preocuparse, con demasiado sueño como para estar asustada, sólo lo suficientemente suelta como para contarle” al autor mayor cualquier cosa que él le pidiera, y, “haciéndolo, comprendiendo todo.”

Luego de cuarenta y cinco minutos, la paciente relató una historia informativa de su juventud, cuando vio a la esposa de un vecino desarrollar un episodio de gritos aparentemente sin ninguna causa, que había terminado repentinamente con un estupor mudo, catatónico, y esquizofrénico, resultando en su envío al hospital del Estado. Relató esto como un recuerdo triste del pasado, que había olvidado “hacía años.” Cuando se le pidió que continuara, mostró un dolor emocional, y de alguna manera, dudando, relató las circunstancias de la discusión con su marido acerca de un viaje de placer. Esto había causado un creciente enojo de su parte. El

viaje, como ella quería que fuese, la llevaría a la casa de su niñez, pero su marido deseaba ir a otro lugar. Al darse cuenta de que él lograría su cometido, ella gritó inútilmente, y luego el recuerdo de aquella mujer de su vecino le vino a la mente. “Me pregunté si podría dejar de llorar, y eso me asustó terriblemente, por lo que seguí gritando. Luego alguien - mi marido, supongo - me pegó una cachetada, y eso me paralizó. No podía ver ni podía escuchar. Solamente miraba hacia el vacío, asustándome cada vez más. El mero hecho de pensar en ello me hace poner la piel de gallina. No volverá a suceder, ¿no es cierto?” Se la tranquilizó, y se le solicitó que continuara.

“Bueno, nada es para siempre, aunque lo parecía, y luego pensé que estaba viendo una pequeña luz brillante, y comencé a oír una voz. Al principio no podía comprender qué era lo que esa voz me decía, pero me parece que comencé a oír mejor, y luego lo escuché a usted hablándome. Sabía que no lo conocía, pero estaba cansada y tenía sueño, y de alguna manera, sabía que usted me cuidaría. Lo hará, ¿no es cierto?”

Nuevamente fue tranquilizada, y luego se le preguntó qué deseaba. “Hablarle a mi marido.” Se le preguntó si no le parecía que debía recordar todo el episodio cuando se despertase. Su respuesta fue la pregunta: “¿Volveré a asustarme?” Se le respondió con: “No, salvo que lo desee.” “No lo deseo,” fue su rápida respuesta. Debido a esto, se la despertó, y, sin ninguna instrucción posterior, renarró conscientemente toda la historia, con vergüenza, y un poco dolorida acerca de los extremos de su comportamiento. Se le preguntó entonces si no sería bueno para ella relatarle la historia completa a su marido. Su respuesta fue, “Oh, sí, o él se preocupará por mí.” También accedió a que el socio de su esposo estuviera presente cuando se enteró que él había participado en la situación.

Su esposo preguntó, “¿Estabas pensando en tu vecina cuando insistías en el viaje, incluyendo eso de ir a tu casa?” “¡Oh, no! No había pensado en ella durante años. Es que recibí una carta de Ann [una amiga de la escuela], esa chica que yo frecuentaba, que a tí no te gustaba y quería volver para verla.” Las siguientes conversaciones no fueron significativamente informativas. Es suficiente decir que el viaje incluyó la tan deseada visita, y que sus ajustes mejoraron durante los años que pasaron. El comentario del marido con respecto a la corrección del problema de su mujer fue: “Bueno, supongo que ayuda a las personas a sacar cosas de sus sistemas, pero no creo que recomendaría ese método.”

El proceso terapéutico entero de esta paciente requirió no más de dos horas, y el paso de casi media docena de años indica que fue adecuado.

Respuesta condicionada; sugerencias tranquilizantes asegurando la atención e iniciando búsquedas internas y respuestas.

DESCONDICIONANDO UNA CATALEPSIA HISTÉRICA: REPORTE DEL CASO DOS

En el caso de la segunda mujer, de treinta y un años de edad, con una estructura de personalidad muy similar a aquella de la primera paciente, también sin hijos, la inmediata dificultad emocional surgió durante el desayuno. Ella tímidamente le dijo a su marido que, al retornar de un viaje la noche anterior, el auto se había raspado con la pared del garaje. Había abollado levemente el paragolpes, y roto un faro; debido a lo tarde que había sucedido, no le había dicho nada a él con el fin de no molestarlo. Sus miedos anticipados estaban justificados, como lo explicó el marido al contar la condición de su mujer, “Me levanté y empecé a gritar como un terrible idiota, y ella enloquecía más y más, y yo también. Finalmente, ella agarró su cartera y me la tiró, y cayó abierta, y las cosas se desparramaron por el piso. Su espejo de bolsillo corrió por el piso, y se frenó justo en el lugar en el que se reflejaba el sol, y pude ver cómo la luz del sol se reflejaba directamente en la cara de ella. Se congeló instantáneamente, igual a como se encontraba antes, con su cara que parecía una loca, sus ojos fijos, pero parecía tan ciega como un murciélago y tan sorda como una piedra.

Le grité, preguntándole cuál era el problema, pero ella no se inmutó. Entonces la sacudí, y finalmente cedió un poco, por lo que la pude traer aquí. ¿La hice perder el juicio?, ¿Puede ayudarla?”

El hombre fue tranquilizado brevemente, y despedido del consultorio. La mujer, que había entrado al consultorio siguiendo a su marido, que le daba órdenes ansiosamente, como si fuera una autómatas, se sentó, con sus ojos abiertos, pero aparentemente sin poder ver nada.

Luego de estudiar su apariencia durante unos minutos cuidadosamente, el autor mayor la tocó suavemente en el hombro para atraer su atención. El efecto fue electrizante. Su cuerpo se puso rígido, y su boca se abrió, como si estuviese por

gritar. Sus ojos estaban completamente abiertos, y las pupilas dilatadas al máximo.

El autor mayor, recordando que ella se había “congelado” cuando la luz del sol le dio en los ojos, decidió intentar una técnica esencialmente comparable a la utilizada anteriormente.

Ubicando la luz intermitente del juguete en su campo visual, pero manteniéndola apagada hasta que las sugerencias fueron pronunciadas, el autor comenzó el uso de una técnica para las sugerencias similar a la utilizada con la primera paciente. Una sugerencia bipartita fue usada, sincronizando la primera parte con la aparición de la luz y la segunda parte con la desaparición de la luz. También las dos partes fueron dichas con diferente énfasis, la primera parte siendo enfatizada como un hecho, la segunda parte como un reaseguramiento.

Durante cerca de quince minutos, en repetida monotonía, el autor mayor cuidadosamente dijo una y otra vez, “Usted está asustada, pero se siente mejor.” Mientras los minutos pasaban, la segunda parte fue enfatizada más firmemente, hasta que finalmente, ella comenzó a sentirse más relajada físicamente. Luego las sugerencias fueron progresivamente cambiadas, de la siguiente manera: “Usted está menos asustada, se siente mejor, y más relajada; se siente todavía menos asustada, y más relajada y mejor; menos y menos miedo, más y más relajada, mejor, sólo un leve miedo, mucho mejor; el miedo se va, se va, se fue, relajada, comfortable; todo está mejor, lista para relajarse; para dormir, para relajarse, para dormir; y más profundamente, más profundamente, más profundamente, dormida.”

Alrededor de diez minutos de un graduado cambio de sugerencias resultaron en un comfortable, relajado estado de profunda hipnosis.

Se ofreció una nueva sugerencia: “Y ahora usted puede ver la noche anterior como un hecho sucedido una semana atrás, o incluso hace un mes. - ¿a quien le importa, ahora? Sólo siéntese comfortable, como si fuera otra persona. Dígame qué le pasó a esa joven mujer en la cocina que la asustó tanto.”

Con poca urgencia, y sólo demostrando poca emoción, ella contestó, “Luz en sus ojos, miedo, creyó que un automóvil la iba a atropellar. Asustada, no se podía mover.” Se le dijo, «Ahora, quiero que entienda todo lo que yo le diga. Esa joven mujer era usted, y usted estaba asustada, pero eso es todo por ahora. Usted está aquí, hablándome a mí de ello. Sólo cuénteme todo. Sólo recuerde que no sé abso-

lutamente *nada* de ello, así que asegúrese de contarme todo, incluso las partes que crea que tienen *poca importancia* (las palabras en *itálicas* intentan minimizar el evento en su totalidad, sin hacerlo tan notorio.)”

Ella narró una historia, de una discusión con su hermano, y de haberlo golpeado y luego echado a correr, de cómo corrió hacia la calle, de cómo su hermano le gritó, y ella luego miró hacia él. Era tarde, y un auto con las luces encendidas se acercaba a ella. Estaba demasiado paralizada como para poder moverse, y se paró enfrentando al auto, incluso cuando el auto se desvió y la esquivó. Fue sacada por la fuerza de la calle por su iracundo padre, quien sonoramente les pegó a ella y a su hermano. Este incidente había sido, para ella, un hecho olvidado hacía mucho tiempo, pero la discusión con su esposo acerca de un auto, el farol asociado, su ataque al arrojarle la billetera a su esposo, y el espejo reflejando la luz del sol en su cara se combinaron para revivificar, en una situación emocional violenta, una situación emocional comparable a la experiencia de un pasado lejano.

El modo de manejar el tema fue similar al utilizado con la otra paciente. Ella y su marido fueron vistos tres horas adicionales, primariamente para hallar sus necesidades verdaderas. Los resultados beneficiosos de la terapia, aunque haya sido tan breve, aun persisten.

Fijación de la atención, sugerencias con señales vocales; Juegos de palabras (luz -miedo) (nota del traductor: en inglés, “luz”: light; “miedo”, fright); Disociación iniciando búsquedas internas y respuestas; Comunicación a dos niveles.

Es necesario decir unas palabras acerca de factores experimentales y condicionantes que mucho después fueron manifestados en los estados altamente perturbados de estas dos mujeres. En los significados limitados adscriptos al término por varias escuelas de pensamiento, estos dos problemas eran claramente de carácter “psicodinámico”. Pero que el manejo del problema terapéuticamente debe necesariamente estar basado en un método ritualístico, ortodoxo, o clásico de aproximación no es, para el autor mayor, ni razonable ni productivo. Las pacientes presentaban un problema que necesitaba ser manejado de inmediato. Los problemas eran de origen remoto, recientes sólo en la manifestación. La búsqueda de esos orígenes remotos hubiera sido imposible hasta que el curso traumático de esos eventos emocionales dolorosos se les hiciera más accesible. Las experiencias pasadas con muchos pacientes similares sugieren la importancia de una aproxima-

ción lista para el problema inmediato, para enfrentarse a él directamente.

Uno puede especular con qué podría haber sucedido si se utilizaba una aproximación farmacológica, un shock eléctrico, o psicoanálisis extensivo. El autor mayor ha visto pacientes que él creyó que eran similares a éstas, ser tratados de aquellas maneras, con consecuencias adversas.

En el tratamiento dado a estas pacientes, es aparente que la hipnosis es una modalidad que ofrece métodos posibles de aproximación para los pacientes que resultan difíciles de alcanzar mediante los métodos interpersonales ordinarios. *La hipnosis también ofrece la oportunidad de enfrentarse al paciente a dos niveles de conciencia*, de manera que el paciente puede aproximarse de manera segura a una completa comprensión de una experiencia traumática, que fue previamente reprimida como un dolor intolerable -esto es, en un nivel inconsciente y luego en un nivel consciente.

UNA INSTANCIA DE TRANSFORMACIÓN DE LA AGRESIÓN

(Previamente no publicado, escrito por el autor mayor y editado para su publicación aquí por el autor junior)

Desde prácticamente el primer día en la escuela de medicina, Anne se hizo impopular entre los alumnos y entre los profesores. Siempre se paraba en la puerta de las aulas, con bastante tiempo de anticipación, pero sin embargo entraba a las clases entre cinco y veinte minutos tarde. Caminaba por el frente del aula, daba toda la vuelta, y se sentaba en un asiento del fondo. Si tenía que entrar al aula por atrás, caminaba por un costado, cruzaba el frente, y luego elegía un asiento del fondo.

Repetidamente fue privada y públicamente reprendida por los profesores, a veces con paciencia, a veces con enojo. Siempre los escuchaba cortésmente, se disculpaba, y en las clases subsiguientes los penalizaba por haberla reprendido, llegando tarde y siendo más ostentosa. Sus compañeros de clase comenzaron a tratarla mal, algunos de manera intensa y ruda. Nada cambió, y todos continuaron teniendo un gran resentimiento y sintiéndose irritados por el comportamiento de Anne.

Un nuevo profesor fue agregado a la facultad, y cuando sus métodos de manejo de los alumnos se hicieron conocidos, la reformación de Anne fue predicha con alegría.

La primera clase de ese profesor, en el semestre al que Anne debía asistir, era a las 8:00 a.m. El llegó a las 7:40 a.m., y fue recibido cordialmente por un gran número de estudiantes, incluida Anne. Uno por uno, los estudiantes fueron llenando el aula, y tomaron asiento expectantes. Anne no. El profesor cerró la puerta del aula, que estaba en el frente del aula, ocupó su lugar en el podio, y comenzó con su clase. Pasados diez minutos del horario, Anne entró. Instantáneamente el profesor hizo una pausa, extendió sus manos con las palma hacia arriba, a los expectantes estudiantes, y silenciosamente les indicó que se pusieran de pie. Luego se volvió hacia Anne, y silenciosamente hizo una reverencia, y lo mismo hicieron los estudiantes, hasta que ella tomó asiento. La clase luego continuó como si no hubiera habido ninguna interrupción.

Al final de la hora, los alumnos salieron volando, para esparcir las noticias. Todos los que se encontraron con Anne -estudiantes, secretarias, profesores, incluso el decano - le hicieron una silenciosa reverencia, y su entrada a cualquier clase ese día fue una orgía de silenciosas, respetuosas reverencias.

Anne llegó a horario a todas las clases ese día - de hecho, tendió a ser la primera en llegar.

Varios meses después, encontró al profesor, y le solicitó una psicoterapia intensiva, y establecieron un excelente rapport.

La base de este tratamiento fue muy simple. Su tardanza, cualquiera que fuera su origen remoto, se había convertido en una agresión, que fue recibida como tal, continuó como tal, y era vista por sus colegas e instructores como una afrenta intolerable y continua. La situación entera precisaba de una agresión efectiva contra Anne, que eliminaría, y entonces aboliría, su agresión.

Mediante el simple proceso de reverenciar silenciosamente, la agresión de Anne fue instantáneamente transformada en un tipo de cosa totalmente diferente, que ofrecía no una oportunidad para un ataque agresivo, sino una divertida participación de todos los demás en la transformación de la agresión. Anne, sin embargo, quedó dañada como persona, aunque todavía quedaba en ella el control de su

agresión. Esto lo manifestó prontamente, al día siguiente, mediante su propia abolición de su agresión.

NO PIENSE EN EL BEBÉ

Este reporte concierne a un problema de breve duración, decididamente preciso en carácter, y marcado con aterrorizadas, obsesionadas, e insistentes demandas.

Los pacientes eran una joven pareja de veintitantos años. Ambos iban a la universidad, y habían estado manteniendo relaciones sexuales regularmente, durante un año. Acababan de descubrir que existía un embarazo de cerca de dos meses de duración. Ambos pares de padres estaban furiosos, no los perdonaban, y les dijeron enfáticamente: “Mejor que se desprendan de él, o no más universidad” (les faltaba un año para terminar). Extremo e inentendible énfasis se hizo en la vergüenza que acarrearía con los parientes y amigos. La joven pareja había planeado casarse, pero sólo después de graduarse.

La pareja estaba seriamente dolorida por su situación, y por las actitudes de sus padres, que se habían desarrollado hasta incluir “no más universidad y nada de casamiento hasta que no reparen esta vergüenza.” El padre del joven le dio el dinero suficiente, y le dijo dónde hacer el aborto. Un amigo del joven, que conocía la situación, y era consciente del estado emocional de la pareja, sugirió que vieran al autor mayor y que se “tranquilizaran” antes de sufrir los riesgos de un aborto.

Su dolor aumentó mucho cuando el autor mayor descartó totalmente la posibilidad de un aborto. Ellos escucharían las sugerencias del autor mayor, acerca de otras posibilidades más razonables. Durante dos largas horas, ellos insistentemente repitieron su pedido de que el autor mayor aprobara el aborto, y que utilizara la hipnosis con ellos para inducir actividad psicológica, para hacer al aborto «legalmente»; también le pidieron que les prescribiese drogas para «calmarlos» a ambos. Expresaron temor de que, debido a su estado emocional, sumada a la falta de cooperación por parte del autor mayor podrían causar que el abortista los rechazara debido al riesgo, ya que ninguno de los dos podría dejar de gemir histéricamente cada ciertos intervalos.

Pequeñas partes de información descubrieron que ambos eran hijos únicos,

altamente protegidos por padres rígidos, dominantes, y que ambos eran completamente dependientes de sus padres en todo, inclusive en las opiniones en general. Estaban genuinamente enamorados, y deseaban casarse con el apoyo paterno, luego de graduarse en la universidad. Junto con los regalos de bodas que se planeaban se incluía una segura posición en la firma del futuro suegro para el joven, y una hermosa casa por parte de sus padres. Ahora todo esto, su plan entero, y su futuro, estaban en jaque, salvo que obedecieran las órdenes de sus respectivos padres e hicieran un aborto.

Dos hora completas de actividad desesperada fallaron el objetivo de causar una leve impresión en sus repetidas, insistentes, histéricas, y altamente obsesionadas demandas.

Finalmente el autor mayor decidió capitalizar el comportamiento obsesivo de temor, que ambos estaban manifestando constantemente, utilizando ese mismo comportamiento él. Como todo el mundo sabe, es imposible mantener un reloj detenido, y evitar pensar en un elefante durante un entero minuto. Este simple desafío de niño pareció presentar un método para enfrenarse efectivamente con el problema que ellos presentaban.

De acuerdo a esto, el autor enfáticamente demandó: “Bueno, bueno, ahora callados, callados - si quieren obtener la ayuda que piden. Callados, y déjenme decirles cómo asegurarse de obtener un aborto, que desesperadamente me están tratando de probar que quieren. Me han dicho que quieren el aborto. Me han dicho que no hay otra opción. Me han dicho que, sin ninguna duda, seguirán adelante con el aborto. Declaran enfáticamente, y resueltos, que nada los puede detener. *Ahora déjenme hablarles de algo que los puede detener, que seguramente los detendrá, contra la cual no podrán hacer nada, si no se les avisa por anticipado. ¡Ahora cállense! Escuchen atentamente, porque necesitan saber esto, si realmente quieren hacer el aborto, si realmente piensan hacerlo.* Ahora escuchen en silencio, atentamente. ¿Están escuchando?”

Ambos asintieron, en silencio, expectantes. El autor mayor continuó: “Ustedes no saben una cosa que es muy importante, una cosa vitalmente importante. Esa información esencial es ésta: no saben si ese bebé es un niño o una niña. No ven, no pueden ver, la conexión vital entre esa pregunta y el aborto que ustedes me dijeron que querían. *Esa pregunta los prevendrá de hacer el aborto, ya que no saben la respuesta.* Sus personalidades, sus seres psicológicos, hacen que esa

pregunta sea importante. No saben por qué, pero, ¿quién quiere que lo sepan? ¡Déjenme explicarles! Si ese bebé fuese tenido, sin saber si es niño o niña, ustedes tendrán que pensar en un nombre que les quepa a ambos sexos, como Pat, que podría ser Patrick o Patricia, o Frances para una niña y Francis si es un niño. *Eso es lo que ustedes deben evitar a toda costa.* Bajo ninguna circunstancia, ni siquiera una sola vez, *luego de que dejen este consultorio*, pensarán en un posible nombre para el bebé, un nombre que le quepa a ambos sexos. *Hacer eso y continuar haciéndolo los obligará psicológicamente a tener el bebé*, no a hacer el aborto. Entonces, bajo ninguna circunstancia se animarán a pensar un nombre para ese bebé. Por favor, por favor no lo hagan, porque entonces no harán el aborto. Cada vez que piensen en un nombre, ese nombre los detendrá en su objetivo de hacer el aborto. Se verán forzados a tomar el dinero que tienen, ver un juez de paz, y casarse. Quieren un aborto, y no pueden hacerlo si piensan en un nombre, así que no lo hagan, sólo no lo hagan, no y no piensen en un nombre, en ningún nombre para el bebé, *luego de dejar este consultorio, porque si lo hacen lo tendrán, así que no piensen en un nombre, en ningún nombre.* Ahora, sin decir ninguna palabra, *ni una palabra, especialmente no un nombre de bebé*, dejen este consultorio de inmediato.” Entonces el autor mayor los tomó de la mano, y los llevó rápidamente a la puerta, para asegurarse de su partida.

Varios días después, ellos retornaron sonrientes, diciendo: “Luego de casarnos - *porque no podíamos dejar de pensar en docenas de nombres, y cada nombre hacia al bebé más precioso para nosotros* - nos dimos cuenta que todo lo que usted hizo fue volvernos a nuestros cabales, antes de que hiciéramos algo terriblemente tonto y terriblemente malo. Sólo habíamos perdido nuestras cabezas, y nuestros padres no nos ayudaron - es por eso que actuamos tan tontamente en su consultorio.”

Un interrogatorio posterior descubrió que ambos pares de padres aceptaron la decisión, en lugar de aborto, con una gran sensación de alivio. Los planes originales de armado de la joven pareja fueron seguidos cuando el joven esposo se graduó.

La joven madre debió dilatar su graduación por un tiempo. Luego las abuelas cuidaron al niño alternadamente, de manera que la joven madre pudo terminar sus trabajos universitarios. Ahora, el pequeño Leslie tiene unos padres bastante jóvenes.

Desde el comienzo de la entrevista con esta pareja, se marcaron el carácter extremadamente obsesivo de su comportamiento, de sus pensamientos, y de sus emociones. Ellos parecían como personas que se hallan en una situación que no estaban capacitados para manejar. La hipnosis, por supuesto, no era el procedimiento adecuado, pero se demostró, cuando la observación continuó, que la técnica hipnótica de la sugestión, que parecía querer lograr resultados indeseados, pudo tener el efecto de resultados positivos, y que una contingencia psicológica pudo ser tan enfáticamente sugerida a ellos, que su propio histérico, obsesivo comportamiento, la haría efectiva, asegurando un resultado final deseado. La presentación del problema tan enfáticamente, diciéndoles que no pensarán en un nombre *fuera del consultorio*, y sólo incidentalmente mencionando el casamiento por un juez de paz, sin realmente sugerir que lo hicieran, inhibió cualquier tendencia suya de rebelarse, porque “se les había dicho qué hacer.” Esto creó un clima favorable para su casamiento voluntario por un juez de paz, porque no habían sido instruidos reconociblemente. Fundamental para esta evolución de resultados fue su propio sentimiento de culpa, su propio deseo de contraer matrimonio, su necesidad de hacer algo, el inexpressado, no reconocido enojo al haberse amado prematuramente, padres permisivos, sus sensaciones, sus dichos de que obedecerían las órdenes de sus padres, y el consejo de su amigo, de que se “tranquilizaran.” Todo esto resultó en un estado emocional disturbado, que ‘los dejó en un estado, esencialmente irracional. “El autor luego, simplemente, deliberadamente, *utilizó* ese estado de pensamiento irracional para lograr un resultado favorable, mediante el uso de una técnica hipnótica, la presentación de ideas de una manera de aceptación conducente, sin importar su estado emocional. Adicionalmente, esa técnica de sugestión transformó el problema desde “debemos hacer un aborto” a “no debemos pensar en ningún nombre de bebé.” Esta era una batalla en la que iban a perder, y la desesperación de sus esfuerzos para no pensar en un nombre adecuado sólo podría servir para atraerlos más y más hacia el matrimonio, como efectivamente sucedió.

El uso de la *negatividad* (no debían pensar en un nombre de bebé) es de significativa importancia en este caso. Como su situación entera estaba impregnada de negatividad (sus padres *no* los ayudarían, *no* terminarían la universidad, *no* tendrían un bebé, etc.), el autor mayor estaba utilizando un marco mental dominante, armando sus sugerencias de manera negativa. Como la negatividad era el marco mental dominante, era el más efectivo para lograr los resultados deseados.

Utilizando los propios patrones de pensamiento obsesivo; Preguntas inician-

do búsquedas y procesos inconscientes; Sugestión negativa; Sugestión posthipnótica atada a inevitabilidades en el comportamiento.

CAPÍTULO 9

FACILITANDO POTENCIALES : TRANSFORMANDO LA IDENTIDAD

CASO 12

UTILIZANDO EL TRANCE ESPONTÁNEO: UNA EXPLORACIÓN INTEGRANDO ACTIVIDAD DE LOS HEMISFERIOS IZQUIERDO Y DERECHO

SESIÓN 1: TRANCE ESPONTÁNEO Y SU UTILIZACIÓN; CURACIÓN SIMBÓLICA

Jill era una atractiva madre de treinta y un años de edad, graduada en la universidad, y una muy talentosa artista. Visitó al autor mayor para saber si sus estados de alucinación espontánea eran en realidad una forma de hipnosis. Reportó que a veces vivía períodos tan intensos de alucinación mientras pintaba, que su cuerpo repentinamente se quedaba inmóvil, en el medio de una pincelada, y ella experimentaba que se encontraba ella misma profundamente absorbida por sus fantasías y visiones, que cruzaban por su mente como un sueño vívido. Estos períodos podían durar desde unos pocos minutos hasta horas. Ella reportó que frecuentemente experimentaba insights con un gran sentido durante esos períodos, y que en el tiempo presente, muchas de esas experiencias internas le servían como inspiración para su arte.

Inmediatamente después de entrar al consultorio por primera vez, antes de que se dijera una sola palabra, Jill miró un delfín de madera, una de mis tantas esculturas en madera, que estaba en un estante. Mientras se sentaba, con su atención todavía fijada en aquel delfín, comenzó a hablar con una voz “lejana”, acerca del “delfín que nadó hacia el mar, el delfín que está perdido.” Se le hizo obvio a ambos autores que Jill había entrado a uno de sus espontáneos períodos de alucinación; desde un punto de vista clínico, parecía desilusionada. Luego de hablar durante dos minutos acerca del delfín, Jill parpadeó y volvió a la realidad de la situación del consultorio, con E mirándola atentamente y R intentando poner en marcha el grabador. El Dr. X, un psicólogo con entrenamiento académico en hipnosis experimental, también estaba presente. E primero interrogó a Jill gentilmente, para deter-

minar si ella había estado tomando drogas, pero ella sonrió y le aseguró que nunca había probado ninguna droga psicodélica. Ese comportamiento era “normal” para ella.

DIFERENCIAS INDIVIDUALES EN EL COMPORTAMIENTO DURANTE EL TRANCE

E: ¿Qué tan lejos estaba?

J: Tan lejos como en el océano.

E: Está bien. ¿Estaba yo allí?

J: No.

E: Usted estaba sola, pensé en eso. (a R) Ella mostró una falta de movimiento, que todos mostramos en la ausencia de otras personas. La disociación de su brazo derecho fue precisa. La del brazo izquierdo, de alguna manera, también. Hubo una falla en los movimientos de la cabeza. Sus párpados se hundieron en un nivel medio. De la manera en que se está comportando ahora, está mucho más en contacto.

R: Entonces aquel fue un comportamiento clásico de trance.

E: Ella está evidenciando aquí su propio patrón de comportamiento en trance. No existe un comportamiento de trance puro.

R: No existe un comportamiento “puro” o “clásico” en un trance: cada uno manifiesta su propio patrón individual. Sin embargo, algunos comportamientos, como la inmovilidad del cuerpo, y un movimiento ocular alterado son típicos.

¿TRANCE ESPONTÁNEO EQUIVALENTE AL SUEÑO EN REM?

J: ¿Podría sucederle a una persona en ese estado - llámelo “dormir” o como usted quiera - que ese estado ocupase el lugar del sueño? A veces estoy muy cansada y quiero ir a pintar algo. Estoy cansada, pero, sin em-

bargo, tomo la decisión de ir a pintar. Pero lo que sucede muy a menudo es que me encuentro pintando, y estaré pintando, pero aunque no estoy dormida, me siento como si estuviera dentro de otra persona. Totalmente. No es sólo un pensamiento, como pensar en otra persona.

Justamente, la otra noche, tomé conciencia de que me había sucedido esto. No me di cuenta hasta hace, oh, cuatro días, cuando vi mi mano sosteniendo un pincel en la misma posición durante por lo menos veinte minutos, quizás media hora. Y pensé que era otra persona, en este tipo de conversación imaginativa. Y pensé que no había dormido durante un largo tiempo, y que me había despertado debido a un sueño . Pero me di cuenta de que no era un sueño, ya que el pincel estaba ahí. Y no me sentía cansada, como antes. Pinté durante dos horas, y luego me sorprendí, ya que estaba amaneciendo. Me da un poco de vergüenza hablar de esto, ya que es una cosa demasiado privada, mía.

E: Es algo muy lindo. [Pausa]

Es un estado similar al hipnótico, usted puede descansar, puede sentirse confortablemente. Puede pintar. Puede confiar en su mente inconsciente.

E: Ella hace un buen trabajo al explicarnos todo. ¿Cómo rayos puede uno explicarla a otro que ha experimentado una sensación totalmente diferente a todas? Ella sabe que tiene sensaciones diferentes en trance, pero en realidad no sabe cómo describirlas, y yo tampoco.

R: Las sensaciones son tan privadas, que ella no tiene referencias externas, para desarrollar un puente de comunicación. Su descripción de estos trances espontáneos sugiere que para ella, por lo menos hay una equivalencia entre el trance y la etapa REM de un sueño, ya que ella sale del trance refrescada, y con la sensación de que ha estado durmiendo.

ALUCINACIÓN NEGATIVA EN ETAPAS SECUENCIALES

(J ahora evidencia señales mínimas de estar entrando en trance, mientras escucha a E. Sus ojos lo están mirando fijamente, y su cuerpo se mantiene

completamente inmóvil.)

E: Ahora usted ha olvidado la presencia de otros.

(Pausa)

¿Cuan completamente ha olvidado la presencia de otros?

(Pausa)

¿Cuánto?

J: No sé cómo medirlo.

E: Pero le parecen totalmente vagos, ¿no es cierto?

J: Sí, sí. Aunque pienso que yo estaba sólo en la superficie.

E: Uno pierde el conocimiento de la presencia de otros primero olvidando el número de presentes, luego olvidando los sexos, y recién entonces la positiva identidad de la persona. Cuando pierde la identidad o el reconocimiento de quién está presente, entonces puede olvidar la totalidad de su presencia. No sé por qué es así pero siempre se sigue esa progresión. El comentario que ella hace acerca de no saber cómo medir es muy revelador: la conciencia no tiene disponible todo el conocimiento, que está en el inconsciente, que en realidad gobierna nuestras percepciones y nuestro comportamiento.

R: Olvidando primero el número de presentes tiene sentido, ya que los números son la función abstracta del hemisferio izquierdo. La pérdida luego progresa gradualmente, hasta que finalmente se pierde el “reconocimiento,” o el más concreto y perceptivo aspecto de la situación del hemisferio derecho.

TRANCE EN LA VIDA COTIDIANA: ¿DISOCIACIÓN DE LOS HEMISFERIOS DERECHO E IZQUIERDO DURANTE EL TRANCE?

X: Cuando usted preguntó acerca de la atención de ella hacia el resto de nosotros, ella salió de él, de aquel estado.

E: Y usted la vio salir.

X: Inmediatamente.

E: Y la vio reconocerlo. Ella vino, de algún lugar, hacia aquí. Ahora, se puede utilizar eso con fines constructivos. Emocionalmente constructivos, artísticamente constructivos, y constructivos bajo todos los puntos de vista que conciernen al pensamiento.

J: ¿Puede ser hecho a propósito? Es decir, ¿puedo desearlo? ¿Puedo utilizarlo? Porque sé que me siento mejor cuando pinto, y no sé qué palabras usar para describirlo, cuando entro en eso, cuando eso sucede, cuando experimento eso.

E: Sí, puede hacerlo intencionalmente.

J: ¿Es lo mismo a cuando uno está escuchando música, y siente como si estuviera entrando en la música? ¿O estar dentro de los colores, en lugar de sólo usarlos desde el exterior? Es muy divertido hablar de esto, no es un tema del que se pueda hablar bien. Tengo un poco de vergüenza.

R: Esta leve caída en un trance o alucinación es un aspecto normal del comportamiento diario. Usted y el Dr. X son unos observadores entrenados y pueden entenderlo, inmediatamente. Pueden usar esta conciencia de los comienzos espontáneos del trance para elegir el momento más apropiado para inducir el siguiente trance. ¿Ustedes esperan ese momento para inducir el trance?

E: Eso me haría *interesarme* en lo que me hace pensar que pueden ser puestos en un trance.

Entonces, yo meramente hago uso de su interés y los mantengo alejados de cualquier inducción formal al trance.

R: ¿Cómo hace usted uso del interés de ellos? ¿Lo dirige a las partes internas de sus propios mundos?

E: Sí. Y allí me quedo con ellos.

R: El continuado énfasis de ella en no saber qué “palabras utilizar para describirlo, cuando entro en eso...” “remarcadamente sugiere que hay una disociación entre los aspectos verbales del funcionamiento del hemisferio izquierdo y la experiencia

del trance del hemisferio derecho, en donde uno tiene la sensación de “entrar en la música” y estar “dentro de los colores.”

INDUCCIÓN INDIRECTA DEL TRANCE CONCENTRÁNDOSE EN LA EXPERIENCIA INTERIOR

E: No sea tímida. Una mujer que piensa como una artista asistió a una de mis clases y me dijo que no podía ser hipnotizada. Le dije que eso estaba bien, y le pregunté qué tipo de música le gustaba. Me dijo que le agradaba la música de orquesta. Le pregunté si podía distinguir al segundo violinista, que estaba allí. Y lo distinguió. Describió su ropa, y encontró a un violinista pelirrojo. ¿Conoce usted esa orquesta que toca todas sus piezas musicales favoritas? Yo sabía por el modo de hablar de ella que podría hacerlo, pero ella no lo sabía. Entró en aquel estado disociado y escuchó la música, y pudo ver a las personas muy bien. Y eso es algo muy agradable de hacer. Sarah Bernhardt, en su actuación, estaba teniendo una pelea con su esposo, durante una obra. Sin intención de su parte, se quitó el anillo de bodas, y *realmente* se lo quitó.

Uno realmente tiene algo dentro, y no hay nada malo o anormal en ello. Todas las personas que tienen muchas sensaciones, tienen miedo de que la gente piense mal de ellos. Ahora, ¿cuáles son sus placeres? ¿Le gusta nadar?

J: Si, tengo muchos placeres. ¡Muchos placeres! ¡Eso es! (Ahora empieza a llorar) Trato de no hacerlo, no quiero que suceda de esta manera, pero siento culpa por disfrutar de todas las cosas que me hacen disfrutar. El hecho de hacer mi arte, y meterme dentro de él. Es por eso que lloro.

R: Se puede inducir el trance más leve y fácilmente mediante simplemente permitiéndole a la persona enfocarse en lo que más le interesa. El trance se inicia cuando son absorbidos por algo que les interesa. Esta es la base de todas las inducciones indirectas de trance.

E: Sí. No le pregunté a esa mujer si quería entrar en trance. Simplemente le pregunté si podía distinguir al segundo violinista.

R: Usted encontró un área interesante de la persona. Un área en la que hay programas fuertes, contruidos dentro de la persona, y solamente se concentró allí para inducir el trance.

E: ¡Eso es todo!

R: Pero ¿por qué sus sujetos son tan absorbidos por sus áreas de interés, y hacen que el trance sea tan evidente? Todos hablamos acerca de lo que nos es intensamente interesante en las conversaciones normales cada día, sin caer en ningún trance.

E: *¡Porque me pego a ese único tema!*

R: La conversación no salta a otro tema. Usted se concentra en una cosa, intensifica esa absorción, y eso es el trance.

E: Yo no permito que la conversación salte a otro tema. Sí, un trance es concentrarse en algo. Watkins ha escrito un artículo describiendo el trance como el abandono de un foco periférico y, posteriormente, “angostarlo” a uno sólo. Yo coincido con él.

UNA RÁPIDA REGRESIÓN EN EDAD Y REORIENTACIÓN TERAPÉUTICA

E: Yo creo que es algo muy bueno que disfrute de eso.

J: Yo también lo creo. No soy yo ahora, probablemente es ese tema de la niñez. De niña siempre posponía todo. Es como si las lágrimas que ahora me están saliendo no fuera yo, aquí, llorando. Es el sentimiento de la niña, hace mucho, mucho tiempo. Es un sentimiento muy, muy viejo, que ahora está aflorando.

(E ahora, interroga a J acerca de su ambiente familiar, número de hermanos, y otros detalles de su vida familiar durante la niñez.)

E: ¿Le gustaría ir a nadar al océano ahora?

(Pausa)

J: [En una suave, lejana voz] Inmediatamente después de que usted dijera eso, yo ya estaba allí.

E: Cierre los ojos y vaya a nadar feliz, sola, durante un buen rato.

Nada un buen trecho, desde los tres años.

[Pausa]

Un buen trecho, desde que tenía tres años de edad, hasta su edad actual.

Y disfrute cada brazada.

[Larga pausa, mientras Jill cierra los ojos y muy evidentemente sigue una imaginación visual, mientras sus ojos se mueven rápidamente, bajo sus párpados cerrados.]

Y mi voz será un sonido con significado, bajo el agua.

(Larga pausa)

Y usted verá a esa pequeña niña,

(pausa)

a una niña más grande

(pausa)

a una joven muchacha.

Mírela con cuidado,

(Larga pausa)

y aprenderá una cantidad de cosas sorprendentes, que no sabía, acerca de ella.)

R: Ella describe muy bien a su lado de niña, que ahora está llorando. ¿Usted eligió este método de inducción porque ella ya había demostrado que el tema de nadar en el océano había inducido espontáneamente un trance, al comienzo de esta sesión, en su asociación con el delfín? En otras palabras, ¿usted estaba nuevamente *utilizando* los propios programas internos de la sujeto para inducir un trance?

E: No. Primariamente, aquí yo estaba interesado en alejarla todo lo posible de su familia, ya que se estaba convirtiendo en algo demasiado emocional para esta

situación. Yo quería ayudarla con sus lágrimas, distrayéndola de sus penas emocionales. Yo estaba creando una situación en la cual ella sería libre de stress, y libre para poder disfrutar. Un paciente debe ser talentoso para ser capaz de hacer estos saltos tan rápidos que ella hace, pero el terapeuta debe ser capaz de reconocer la situación, y debe saber adónde debería saltar el paciente.

Elegí la edad de tres años porque es razonable asumir que ya tenía hermanos a esa edad - problemas con ellos. Como está mostrando emociones de la niñez temprana., y las emociones tempranas frecuentemente comienzan a los tres años de edad, yo asumo que esa es la edad de la cual vienen sus emociones actuales. Le pido que nade alejándose de ellas, para obtener el alivio que necesita en este momento. Ella estaba haciendo demasiadas regresiones hacia sus emociones, y yo la quería traer de vuelta a la edad presente. Le pido que se convierta en una niña más grande, y finalmente en una joven muchacha.

R: Usted utiliza un muy corto período de regresión en la edad, para simplemente tocar la fuente de dolor emocional, y luego hacerla abandonarla con rapidez. Permite una catarsis momentánea y una resolución rápida del problema para ese momento. Luego usted introduce una reevaluación terapéutica de su niñez temprana, al sugerirle que conozca las cosas buenas acerca de sí misma, ya que ella lo habló antes a usted acerca de sus culpas. Entonces, usted está *utilizando* la necesidad que ella tiene de una auto-afirmación positiva, para profundizar el trance, y, al mismo tiempo, efectuar la terapia.

VALIDANDO EL TRABAJO DE TRANCE INTERNO

(Larga pausa luego de la cual J espontáneamente sonríe, se despereza, y se despierta)

E: ¡Hola!

J: Hola. Mis delfines están nadando también.

E: Ahora comparte solamente las cosas que puede compartir con personas totalmente extrañas. Cuéntenos qué fue la cosa buena que fue capaz de descubrir, algo que haya olvidado.

E: El “hola” es informal. Esto es tremendamente importante en terapia, mantener un ambiente informal de manera de darle al paciente el privilegio de decidir cuán importantes son algunas de estas cosas.

R: Porque si el material se convierte en algo demasiado importante, la mente consciente comenzará a bloquearlo. Aparentemente, ella salió del trance espontáneamente, pero en realidad ella estaba probablemente siguiendo las implicaciones de los comentarios que usted le hizo para que se desesperara antes de alcanzar un cierto nivel de aprendizaje.

E: Por implicación, le estoy pidiendo a ella que trabaje en todas las cosas y que comunique sólo lo que puede compartir. ¡Eso ahora *confirma* por implicación todo lo demás! Ella debe seleccionar una pequeña parte de entre varios comportamientos durante el trance. Cuando hace eso, también está confirmando o validando los otros, y eso es lo que uno quiere que el paciente haga. También está implicando que puede llegar a haber cosas malas.

LENGUAJE SIMBÓLICO: ¿SEÑALES LINGÜÍSTICAS DE UN CAMBIO EN LA EXPERIENCIA HEMISFÉRICA?

J: El maravilloso modo en que la luz se filtraba a través de estos arbustos que necesitan ser podados, pero que no deberían ser podados bajo ningún punto de vista. Los vi esta mañana, vi el modo en que la luz se dejaba ver a través de la hojas, y esos disparos estaban haciendo diseños. Era tan hermoso, y espero que el jardinero no los haya podado. Eran muy lindos. Me gustaría tener gente a la cual poder decirle lo lindos que eran estos arbustos en su estado natural.

E: ¿Cuántos años tenía entonces?

J: Sucedió ahora. Esta mañana.

E: ¿¡Ahora!? ¿Cuántos tonos de verde había en las hojas de los arbustos?

J: Al principio vi muchos tonos, pero yo no quería ver todos los tonos diferentes. Yo sólo quería introducirme dentro de uno. Cuando finalmente lo observé el tiempo suficiente, se convirtió en algo más bien chartreuse.

E: Pero usted puede ver tonos diferentes.

J: Sí, los veo Es una buena sensación, también.

E: La sociedad dice, “Pode esos arbustos.”

R: Pode su comportamiento; manténgase en forma. Pero ahora ella está diciendo que no desea ser podada, quiere ser libre, para crecer en su propio modo natural.

E: ¡Correcto! Y ella no sabe a nivel consciente qué es lo que está diciendo. Ella no está hablando acerca de unos arbustos, sólo cree estar haciéndolo. Luego “me largo de ahí” rápidamente, y la distraigo con una charla acerca de los tonos de verde porque no la quiero poner bajo ninguna presión emocional. Esa fue una apertura terapéutica, pero ella no vino aquí por la terapia.

R: Al decir “Yo sólo quería introducirme dentro de un tono”, ella está repitiendo su tema anterior de estar en realidad “*entrando* en la música... o estando *dentro* de los colores.” Me pregunto si ese lenguaje implica que la identidad de su ego (asociada al funcionamiento del hemisferio izquierdo) le está permitiendo a ella misma que se rodee de, o que esté bajo el dominio de, la más artística experiencia del hemisferio derecho.

E: Sí, creo que eso puede suceder tranquilamente. Uno frecuentemente se encuentra con que los pacientes dicen que estar en trance es ser una parte diferente de ellos mismos: “Uno sabe que es uno mismo, pero uno está en otro uno.”

R: Ese “uno diferente” es el más intenso, experimental funcionamiento del hemisferio derecho. Sperry (1964) ha dicho que todos existimos en al menos dos mundos de experiencia (los hemisferios derecho e izquierdo). La hipnosis puede ser un modo de diferenciar más claramente estos dos mundos en existencia. Cuando ella habla acerca «entrar» en trance, en realidad quiere decir entrar al mundo de la experiencia del hemisferio derecho. De acuerdo a este punto de vista, el talento artístico consiste en la habilidad de rendirse a la experiencia del hemisferio derecho (Rossi, 1977). El desarrollo artístico envolvería la disciplina del aprendizaje del hemisferio izquierdo, para sumirse a sí mismo a la experiencia del hemisferio derecho, y luego forjar alguna expresión de él en una forma válida por consenso de arte.

ESTUDIO DE LA VIDA DURANTE EL TRANCE: DISTORSIÓN DEL TIEMPO

E: ¿Qué me dice de cuando nadó? ¿Hay algo que pueda compartir con extraños?

J: Sí, estaba nadando. Al principio estaba sola, y luego aparecieron los delfines. Pero no me sentí para nada incómoda, porque ellos no tenían ningún destino. Y cuando comencé a nadar de vuelta, caí en una red de muñecas y viejos juguetes, cosas de niños. Y mi pensamiento inmediato fue nadar a través de ellos. Pero sabía que no podría hacerlo, porque mi pie se había atascado en la red. Entonces desenganché mi pie, y pude nadar, y sentí mis piernas como si estuvieran golpeando con fuerza el agua. Suavemente moví la red de cosas de niños, y la empujé a través del mar, de manera que yo era libre nuevamente, y nadé un poco más. Todos los obstáculos que se me aparecían, eran como diferentes de mi familia, etc., yo sólo nadaba suavemente a través de ellos, luego de lo sucedido.

Mientras nadaba, mi cuerpo cambió; se hizo más viejo. Yo estaba nadando con un vestido de cuando tenía diez años de edad, y luego estaba nadando con esta larga capa que me compré cuando era adolescente, y luego con el traje que usé cuando me casé. ¡Es realmente extraño! Y luego, de cuando tuve a mis hijos, recuerdo las cosas que usé, y también nadé con ellas. Y con todas las ropas que tuve hasta ahora. Hasta que repentinamente estaba en perfecta forma, mirando el océano.

E: Aquí nuevamente, al enfatizar que ella debería revelar sólo lo que puede compartir con extraños, la estoy manteniendo en la superficie. La estoy protegiendo. Luego ella define el curso de la terapia que quiere discutir.

R: Cómo tratar estas cosas de la niñez. Ella en realidad estudia su vida, con tantos detalles en tan poco tiempo, que probablemente experimentó una distorsión del tiempo considerable (Cooper y Erickson, 1959).

E: Ella llega hasta el presente, y está lista para enfrentarse a la situación presente.

FACILITANDO LA CREATIVIDAD

**E: Bueno. Cierre los ojos.
(Pausa)**

Y vaya a nadar vestida

con algo que nunca haya usado antes. Algo muy alegre.

R: ¿Es este un ejemplo de una forma de facilitar la creatividad? Usted podría estar pidiéndole que sintetice algunas nuevas estructuras físicas, cuando le pide que use algo que nunca se haya puesto antes.

E: Sí. Es un escape del pasado cuando ella toma conciencia de que hay otras cosas que se pueden usar, que nunca ha visto ni experimentado antes. Usted también le está dando permiso para que haga algo que nunca ha hecho antes. También, simbólicamente, ¡algo que nunca haya usado antes puede ser una experiencia! No estamos hablando necesariamente de ropas.

VALIDANDO EL COMPORTAMIENTO DURANTE EL TRANCE

E: Y nade durante un buen rato, sintiéndose cansada, pero feliz.

**Al final se sentirá descansada.
[Pausa]**

E: ¿Por qué cansada? Porque uno está cansado cuando ha tenido un duro día de trabajo, un día de trabajo fructífero.

R: Entonces, al sugerirle que está cansada, está introduciendo un elemento que está asociado con el trabajo, y entonces está validando el hecho de que ella está por hacer o ha hecho un trabajo importante durante el trance.

E: Sí. “La herramienta de hoy se ha ganado el reposo de esta noche.” (Longfellow). Pero disfrútelo y siéntase descansado.

UTILIZANDO DISTORSIÓN DEL TIEMPO

E: Mucho tiempo pasará.

**Pero pasa muy rápidamente.
(Pausa)**

**Será una grata sorpresa
encontrarse con lo descansada que se siente, luego de haberse
sentido tan cansada.
(Larga pausa)**

**Y sólo cuente la parte que puede compartir con extraños.
(Larga pausa)**

**Y sólo un poco más de fatiga antes de entrar en ese estado tan
relajante y agradable.
(Larga pausa)**

**Y hay una sorpresa para usted
al final.
(Pausa)**

**El destino se hace más claro.
(Pausa)**

**Casi está allí.
(Pausa)**

**Y usted puede seguir disfrutando
la sensación de descanso,
luego de despertarse.
(Pausa)**

E: Primero hay que dejar que los pacientes sepan que tienen tiempo de sobra, de manera que harán todo el trabajo. Luego se distorsiona el tiempo, de manera que se pueda hacer todo en corto tiempo.

R: Esa es su aproximación para utilizar la distorsión del tiempo: dar un montón de tiempo, luego dejarlo pasar rápidamente, para que el trabajo sea hecho con rapidez.

E: Implica que hay demasiado, del cual ella sólo debe compartir una parte. Luego se debe validar, confirmando su fatiga. Uno continúa validando las sugerencias mientras se avanza.

R: Usted está validando que ella ha hecho un trabajo importante. Cuando usted implica que ella ha hecho un trabajo importante, refuerza cualquier paso tentativo que ella haya dado en esa dirección. Y aunque haya hecho algo ínfimo, eso es inmediatamente reforzado, de manera que es más probable que ella haga un trabajo aún mejor en el siguiente trance.

SORPRESA EN EL MOMENTO CREATIVO: SECRETOS AL FACILITAR EL DESARROLLO PSICOLÓGICO

E: Y sorpréndase de la nueva y placentera comprensión que ha alcanzado. (Larga pausa hasta que J comienza a despertar, reorienta su cuerpo, y abre los ojos.)

Sólo cuéntenos lo que quiera compartir con extraños.

R: ¿Es este énfasis en la *sorpresa* una manera de facilitar el desarrollo de una nueva? Como la sorpresa en general está asociada al *nuevo insight*, la sugestión de una sorpresa tenderá a facilitar un ambiente en el cual la creatividad y la nueva estructura mental pueden ser sintetizados.

E: Sí, correcto. ¿Qué le causa placer a un niño pequeño? Una sorpresa y un secreto. ¡A todos los niños les gusta! (Aquí E cuenta una amena historia acerca de cómo curó a una de sus hijas de la enuresis antes de que se convirtiera en un verdadero problema. La niña comenzó a tener ese problema tras el nacimiento de su hermano. Luego de una semana, E le pidió a su esposa que le dijera a la hija que, si mantenía la cama seca durante una semana completa, podría ir al consultorio de su padre, para que él le diera una moneda de un cuarto de dólar, pero él no podría saber por qué. Sería un secreto. Papi no podría saber por qué tendría que pagarle a ella un cuarto, porque era su secreto. Luego de una semana de cama seca, entró al consultorio y solicitó su cuarto de dólar. Se le entregó sin que se le hicieran preguntas, por lo que su secreto se mantuvo intacto. Volvió a la semana siguiente por otra moneda. La tercera semana se olvidó de pedirla, y ha mantenido su cama completamente seca desde entonces. Cumplió con sus propios deseos secretos, ya

que a ella tampoco le gustaba tener una cama húmeda.)

R: ¡Entonces los secretos y las sorpresas motivan a los niños!

E: Un secreto para el niño, de manera que pueda sorprender al adulto.

R: Yo especularía que cuando uno está sorprendido, un momento creativo está teniendo lugar, mientras que nuevas estructuras de proteínas están siendo sintetizadas en el cerebro, que luego sirven como el substrato orgánico de nuevas experiencias fenomenológicas. La experiencia de la sorpresa es la reacción de la consciencia, el viejo modelo de referencia que ha estado gobernando la consciencia, reaccionando ahora alarmada por lo nuevo que ha estado sintetizándose, y que ahora aparece en un nivel fenomenológico, por primera vez. La sorpresa implica que el viejo modelo de referencia debe ahora ser expandido o cambiado, para acomodarse al nuevo. (Rossi, 1972, a, b & c; 1973 a & b).

E: Sí, cada vez que uno sorprende a un niño pequeño, aumenta su rango de respuestas.

R: Cada vez que los adultos hacen una “toma doble”, uno aumenta su grado de respuestas. Entonces estamos siempre tratando de facilitar sorpresas, como momentos creativos en la terapia.

E: Sí. Y cuando uno guarda un secreto, uno aumenta su comprensión de cómo funcionan las cosas.

R: ¡Aguarde un minuto! ¿Cómo trabaja eso?

E: Uno debe aumentar una gran cantidad de receptores para descubrir un secreto. Cada vez que uno trata de guardar un secreto, debe encontrar formas de esconderlo. Ese es un proceso de aprendizaje bastante importante, también. El mero hecho de guardar un secreto, a uno le hace aprender cómo erigir guardias, defensas. Amplía todos nuestros aprendizajes guardar un secreto.

R: Cuando uno aumenta sus defensas, ¿también aumenta sus comprensiones?! ¡Eso es lo opuesto al punto de vista psicoanalítico clásico! Por supuesto que hay una diferencia entre el uso de las defensas inconscientes, que pueden limitar su comprensión, y las defensas conscientes, de las cuales usted habla, que en realidad

pueden aumentar la comprensión. Uno puede, en realidad, bajo ciertas circunstancias, facilitar el desarrollo psicológico de una persona, pidiéndole que guarde un secreto. Al decirle a un niño que guarde un secreto, por ejemplo, se le está diciendo a ese niño que ponga ciertas defensas bajo el control consciente del ego, para desarrollar un tacto creativo, etc.

LENGUAJE SIMBÓLICO: FANTASÍA PARA TRABAJAR A TRAVÉS DE MATERIAL TRAUMÁTICO

J: ¡Y todo! Esta vez, estaba nadando sola. Sin animales ni nada, sólo yo en el agua . El agua estaba coloreada muy intensamente. Yo no quería nadar en la superficie, de manera que hice casi todo el camino por debajo del agua. Y cuando llegué hasta allí, los colores eran como nada que el sol pudiera hacer en la superficie. Estaba tan feliz. ¡Durante todo el camino me sentí tan feliz! Y realmente podía nadar por debajo del agua. A mí me resulta difícil hacer eso en una pileta real. Mientras iba más, y más, y más profundo, había conchas increíbles, nunca vistas. Y luego incluso encontré algunas que parecían piedras, y gemas, e incluso podía respirar bajo el agua. Y las agarré, y las arrojé con tanta fuerza que llegaron hasta la superficie, y cambiaron de color, y yo podía ver a través del agua. E hice ésto todo el tiempo. Sólo nadaba bajo el agua, encontrando estas maravillosas conchas, y luego las arrojaba, como platos, no sé lo que eran, pero eran hermosas, y cuando las arrojaba, cambiaban. E hice esto durante todo el camino, hasta que llegué a la costa.

Mientras llegaba a la costa, pude sentir que podía ver bien bajo el agua - usted sabe -pude sentir cómo la costa se va construyendo en la profundidad, y las rocas van cambiando. Como en geografía.

E: Cuando ella dice que era “sólo ella” en el agua, está diciendo que está desnuda. No está cubriendo nada. No hay necesidad de cubrir nada. “No quería nadar sólo en la superficie” significa que está cayendo más profundo. Las conchas son las cosas vacías del pasado, conchas que alguna vez tuvieron algo, problemas, agónías, en su interior. Ella las puede ver como algo vacío, pero no sabe que está viendo su pasado y sus problemas aquí.

R: Ella ve esto simbólicamente, sin comprender conscientemente su significado,

como lo hacemos nosotros.

E: Ella está desintoxicando la situación.

R: Ella está desintoxicando la situación para su mente consciente en este mismo momento, porque sería muy traumático largarse a llorar, y hundirse en la depresión, enfrentando nuevamente esos viejos problemas. Cuando usted dice que las conchas están vacías ahora, ¿quiere decir que ella ya se ha enfrentado con éxito a los problemas que alguna vez existieron? Si las conchas estuvieran llenas, significaría que ella sigue soportando esos viejos problemas.

E: Sí. Hay un gran deseo de hacer que las frustraciones del pasado se mantengan en el pasado. Ella está dando el primer paso hacia el reconocimiento de que no las lleva más.

R: Entonces fue un buen movimiento que ella tuviera esta fantasía. Una fantasía puede ser una buena manera de desintoxicar o de trabajar a través de material emocionalmente traumático.

E: ¡Ella está describiendo la terapia aquí, con estas gemas y piedras que arroja hacia la superficie del agua! Está describiendo la terapia en términos simbólicos, pero sólo está reconociendo las palabras, y no los significados que éstas esconden.

R: La terapia es como quitar las gemas de lo profundo, y arrojarlas a la conciencia. Las gemas serían los insight válidos.

E: Y las piedras serían las cosas no tan buenas. En una vida exitosa uno puede arrojar muchas gemas, porque siempre uno puede tener más. Aquellas amistades “del estilo gemas” de la niñez pueden ser abandonadas porque hay otras cosas para el adulto. Ahora, los golpes que un compañero de escuela le dio a uno, son la piedra que uno arroja a un lado.

R: Entonces, ella está describiendo un buen movimiento terapéutico.

E: Su inconsciente lo está haciendo en términos simbólicos. Su inconsciente todavía no lo entiende completamente. Pero hay una comprensión presente, que le permiten a ella decir las cosas de ese modo.

E: La costa es la sociedad. Más se acerca uno a ella, más complicada se vuelve.

CURACIÓN PSICOLÓGICA MEDIANTE SÍMBOLOS: ¿CURACIÓN DEL HEMISFERIO DERECHO VERSUS CURACIÓN DEL HEMISFERIO IZQUIERDO?

J: Yo sabía que estaba llegando a la costa, y eso estaba OK. Pero quería llevarme algunas conmigo. No quería dejarlas todas allí. Entonces, no estaba usando nada más que pintura. Eso es lo que quería usar. No eran ropas ordinarias. Yo estaba pintada, desde mis dedos de los pies hasta los lóbulos de mis orejas. Mi cara era totalmente lisa. Todo tipo de diseños, y me di cuenta de que los diseños de mi cuerpo reflejaban los diseños que había bajo el agua. Eran como uno sólo.

Y entonces salí del agua, y los diseños todavía estaban allí. Pero me los quité; suena extraño, pero todos los diseños desaparecieron, y envolví las conchas con ellos, y los atraje a la costa, como con una red. Y formaron un círculo, y cuando vi eso, me llevé una de esas gemas conmigo. No quise hacerlo pero lo hice igual. Y cuando me di cuenta, ¡se hizo muy brillante! ¡Y más la miraba, más brillo adquiría! Hasta que estalló en llamas, pero no eran llamas calientes, eran sólo llamas. Y me recosté allí, y me envolvieron, y no necesitaba ninguna pintura, no necesitaba ropa. No necesitaba maquillaje, no necesitaba nada de nada. Sólo me recosté allí, y me encerraron. Y, de alguna manera, se elongaron, y ocuparon toda la costa, y yo miraba. ¡Todo era muy hermoso, y muy brillante!

No creo que usted pueda mirarlo si lo ve por ahí. ¡Me siento intensamente bien, cada célula de mi cuerpo se siente bien!

E: “Desde mis dedos de los pies hasta los lóbulos de mis orejas,” una manera bastante peculiar de hablar. Los dedos de los pies son bastante físicos, y los oídos son con lo que uno oye: el tacto y el oído están envueltos, y la pintura habla de la visión.

R: Entonces usted está diciendo que ella tiene varios sentidos unidos: ella es una persona sensual.

E: Sí. Cuando ella se quita los diseños, y los atrae a la costa como con una red, está describiendo lo que hace con su trauma pasado.

R: Los diseños son símbolos de un trauma del pasado al que ella se está enfrentando con éxito.

E: Podría ser la pérdida de una amistad de la niñez, un daño de la niñez, cualquier cosa.

R: Podría ser cualquier cosa, pero este diseño y la imagen de la gema son el modo en que su mente se enfrenta a ello, en un nivel inconsciente.

E: Sí, en un nivel inconsciente. Ella lo está enfrentando muy inteligentemente, muy comprensivamente. Ella está bajando todo, para que su mente consciente pueda entenderlo más tarde.

R: ¿Diría usted entonces que ésta fue una curación a nivel simbólico?

E: Es una curación a nivel simbólico.

R: Entonces, mientras ella atravesaba esa experiencia simbólica, un proceso de curación estaba teniendo lugar. Ella le habla a usted acerca de esta experiencia simbólica, pero su mente inconsciente no sabe que un proceso de curación ha tenido lugar.

E: Ella lo compartió conmigo, un extraño. Ella me lo dijo, y ya no puede desdecirse. No tiene manera de negarlo, ahora.

R: Ella ha validado el proceso de curación al decírselo a usted, incluso aunque haya sido en términos simbólicos. Ella lo ha confirmado, lo ha sellado. Se puede curar a sí misma en un nivel profundamente simbólico, y una vez que lo dice, no lo puede deshacer. Uno siente que un proceso de curación tuvo lugar mientras ella estaba en trance, y ésta es una de las maneras en que la hipnoterapia puede ayudar a las personas.

E: Sí.

R: Ella se va de su consultorio luego de que esta experiencia la curó, en cierto

modo. No sabemos en qué modo o hasta qué punto, pero sí sabemos que se ha enfrentado a un trauma. Puede que no se haya resuelto el problema en su totalidad, pero ha ocurrido un incremento en la resolución, con esta fantasía, que ha tenido éxito, y que está asociada con unas sensaciones agradables y su conclusión: el simbolismo de la luz y las agradables sensaciones corporales.

E: Con el estallido de luz repentino, “Oh, eso es lo que es!” La luz del amanecer.

R: La luz está asociada con un nuevo insight y aprendizaje. Ella está diciendo que la luz, el insight, fue hermoso.

E: Sí.

R: Es excitante pensar que en este momento, un proceso curativo está teniendo lugar. Mi hipótesis sería que este fue el momento creativo en el que nuevas proteínas estaban siendo sintetizadas en el cerebro, y nuevas estructuras fenomenológicas entraban a la conciencia.

E: Sí, la terapia es como leer. Primero uno lee el alfabeto, luego las diferentes combinaciones de letras. Primero las cortas, luego más largas -las palabras. Luego combinaciones que están conectadas- oraciones. Luego un tema y un argumento. Ella está reconociendo y describiendo los pasos esenciales de la terapia, en esta sección.

R: Ella está describiendo simbólicamente incrementos en el proceso de la terapia: su experiencia aquí fue de un paso, luego una letra, o una oración, en el proceso total del redesarrollo de su vida.

E: Uno debe permitirle a los pacientes usar sus propias palabras para describir el proceso.

R: Uno debe dejarles utilizar las estructuras que ya están presentes para que expresen las nuevas. Para Jill, las llamas, las gemas, las piedras, y las conchas, eran la manera en que su mente expresaba el proceso terapéutico de cambio y crecimiento. La terapia a nivel simbólico utiliza el lenguaje del paciente. Un proceso de curación puede ser descrito con cualquier término. Cualesquiera sean los términos utilizados, pueden facilitar el progreso, meramente por el hecho de ser experimentados, y expresados. Como éstos son términos altamente descriptivos, se puede

especular que esta forma de curación simbólica es característica del hemisferio derecho, mientras que la más clásica terapia freudiana, que analiza los problemas comparándolos con eventos de la vida real, es más característica de la curación del hemisferio izquierdo. Los pacientes que están fuertemente dominados por el comportamiento de sus hemisferios izquierdos, tendrían un buen resultado con las formas clásicas de terapia insight, pero aquellos dominados por su hemisferio derecho lo harían mejor con la terapia simbólica. Esto también contaría para el antagonismo que siempre ha estado presente entre las formas clásicas de terapia insight y las personas con temperamento artístico. ¡Los artistas siempre han recelado del análisis freudiano, y con buenas razones! Lo freudiano tiende a trasladar todo a términos entendibles para las personas que se orientan por la realidad, la conciencia del ego del hemisferio izquierdo, mientras que las proclividades naturales de los artistas los inclinan hacia las aproximaciones simbólicas del hemisferio derecho. Las personas que se orientan por la religión, que encuentran la curación a través de experiencias evangélicas o milagrosas, también estarían utilizando las capacidades de sus hemisferios derechos para la curación simbólica.

E: Un buen autor puede definir la línea de una historia, o de un argumento, pero luego se encuentra con que sus personajes se le escapan de las manos. Los personajes parecen tener vida propia, y la historia adquiere matices que el autor no planeó. Allí nuevamente se puede observar al hemisferio derecho perturbando los planes del izquierdo. En sus dichos introspectivos, esos autores dirán: “Nunca quise que tal o cual se casara, pero lo hizo. Luego pensé que debería tener dos hijos, pero aparecieron más.”

R: Lo que me fascina es que cualquiera sea el lenguaje del paciente, cuando uno habla en ese lenguaje, efectúa un cambio terapéutico. Cuando ella tiene una experiencia hipnótica, utilizando ese lenguaje, en una fantasía positiva y constructiva, que la hace sentirse bien, que le hace sentir que ha tenido lugar un incremento en la curación o en el crecimiento. Siempre que algo “bueno” sucede en una fantasía, en cualquier nivel simbólico, entonces una curación ha tenido lugar. ¿Coincidiría usted en eso?

E: Sí. Podemos reforzar el valor de esa experiencia al hablar bien de ella a la paciente, aunque no sepamos bien a qué se está refiriendo. Uno no sabe cuánto tiempo la paciente necesitará para digerir el material nuevo. Podría pasar un día, una semana, o cualquier cosa. Entonces uno necesita no ver a los pacientes según una agenda u horario fijos. Es mejor dejarlos llamar cuando lo necesitan. Un tera-

peuta debe tener cierta flexibilidad en su agenda, para acomodarla a las necesidades de los pacientes.

R: Entonces ellos pueden venir a terapia cuando sus procesos de curación particulares necesitan ser reforzados o extendidos.

FACILITANDO LA AUTO-CURACIÓN: INTEGRANDO EL FUNCIONAMIENTO DE LOS HEMISFERIOS IZQUIERDO Y DERECHO

E: Y usted se puede sentir bien en los momentos en que lo desee.

R: Usted puede utilizar esos estados.

J: Realmente querría aprender a hacerlo.

E: Voy a permitirle a usted descubrir que puede hacerlo. En el cuarto de al lado hay un retrato indio, pintado por una joven mujer que no tiene absolutamente nada de entrenamiento artístico. Vaya, mírelo, descubra las cosas buenas que tiene y vuelva. (J sale a examinar el retrato, y retorna en pocos minutos.)

E: ¿Le gusta?

J: Sí. Me gustaron la boca, los ojos, y este músculo. Es hermoso. (E ahora dice algo acerca del fondo de la pintura. Una conversación casual tiene lugar, durante cerca de cinco minutos, acerca de uno de los casos exitosos de E.)

E: Aquí estoy ubicando la buena sensación, el proceso de curación, bajo su propio control. Ella es una artista, por lo que quiero que se forme un juicio acerca de otra artista, y de esa manera, que refuerce a la artista que hay en ella.

R: Usted la está ayudando a que se valide a sí misma. Usted la elevó, al darle esa tarea sin que ella supiera que usted la estaba elogiando. Al hacer que ella juzgue una producción artística, usted está utilizando, facilitando, y reforzando las tendencias naturales de su hemisferio derecho, e integrándolas a las del izquierdo. El juzgar es probablemente una función del hemisferio izquierdo, a la que usted está

uniéndole la sensibilidad de su hemisferio derecho, el arte.

E: Al discutir y darle realidad a otra artista, le estoy dando más realidad a su opinión.

R: Usted probablemente está adoptando aquí un mundo fenomenológico totalmente nuevo, en el cual ella puede integrar las tendencias del funcionamiento de sus hemisferios izquierdo y derecho.

PREGUNTAS RETÓRICAS GENERANDO RESPUESTAS

E: Ahora voy a preguntarle algo que hasta ahora no le había preguntado: ¿Qué tiene que hacer?

J: No hay nada que deba hacer. Nada. Simplemente disfruté muchísimo el haber hablado con usted. ¡Sus ojos son increíbles!

¿Puedo mirarlos más de cerca?

(J se acerca a E, y estudia sus ojos.)

E: Uno no quiere que los pacientes se sientan como si estuvieran bajo una gran presión, por lo que le di una chance de que respondiese.

R: ¿Cómo la preparó usted para que diera esa respuesta?

E: La pregunta que yo le hice parece ser tan precisa, y en realidad no tiene ni una pizca de precisión. Es realmente vaga. ¿Qué puede uno hacer ante una pregunta tan vaga, sin ningún significado? Entonces generé esa respuesta: “No hay nada que deba hacer.”

R: Usted generó el que ella respondiera eso, en efecto: “No tengo nada que hacer; estoy satisfecha ahora, doctor.” ¡Me cuesta creer que usted haya hecho eso sin premeditación! ¡Es fantástico!

E: ¡He estado practicando durante un buen rato!

ENTRENAMIENTO EN AUTO-HIPNOSIS: CURACIÓN SIMBÓLICA POSTERIOR

E: Voy a pedirle a usted que vaya al cuarto de al lado, y que retorne en cinco minutos, y que me diga dónde ha estado.

(Jill abandona el cuarto por cinco minutos, luego de que E le explica que quiere que ella adquiera cierta práctica en el desarrollo de su estado alterado por sí misma. Hasta el presente, su estado alterado apareció espontáneamente, sin ser esperado.

Ahora ella está por aprender a hacerlo aparecer en el momento que lo desee, y de esa manera aprender a controlarlo, y utilizar constructivamente su don, para lograr estados alterados. Cuando retorna, continúa como sigue.)

J: Estoy interesada en mis actitudes hacia la gente, y hacia las cosas. Supongo que es básicamente un conflicto entre las actitudes que tengo y las que debería tener. Cuando estaba allí dentro, me senté y fui a algún lado. Estaba en un desierto, y de repente vi que un pájaro vino a mí, desde un cactus. Repentinamente se hizo muy grande, y salté a su espalda, y le arranqué una pluma, y se hizo rápidamente de noche. Tengo la sensación de que, de alguna manera, la belleza de ese pájaro radica en las plumas de su cola. Sé que suena extraño, pero aquí descubriré mis actitudes hacia las cosas.

Mientras atravesábamos la noche, empujé las plumas, porque quería ver qué había debajo. Y había otros colores - todos los colores, incluso más de los que uno se puede imaginar, por lo que supe que éste era mi pájaro, así que le hablé.

Luego, mientras llegábamos, estos dedos comenzaron a señalarme, y me reí, porque sabía que eran viejas erróneas actitudes mías. Y repentinamente, tuvimos que frenarnos, porque el cartero estaba allí, con una carta.

E: Entonces usted ha hecho varios viajes. Ahora debe ir allí, y hacer el suyo propio.

J: ¡Lo hago! ¡Lo hago! Pero cuando se hace allí fuera, hay muchos cambios que tienen lugar en el interior, también. En al último viaje allí, estaba encendiendo algunas linternas. Creo que esa es mi actitud hacia las cosas

ahora. Me siento bien con eso.

R: Ella obviamente tiene éxito al caer en un estado hipnótico auto - inducido, en el cual experimenta el estado visionario con el pájaro, su cuerpo agrandándose, etc.

E: Dos palabras - “noche” y “cola”. Términos callejeros que aluden a la idea sexual. Ella está diciendo que el sexo es hermoso. Está explorando sus actitudes hacia lo sexual. Los colores son facetas de las emociones.

R: ¿Es en este otro proceso que está teniendo lugar, el de la curación simbólica del hemisferio derecho, cuando ella se ríe de los dedos señaladores? Ella ha resuelto el problema de la culpa implicado por los dedos señaladores, y ahora se puede reír de ellos. Ella puede haber sentido culpa debido a todas estas alusiones sexuales, pero aquí ha ganado un incremento en el cambio terapéutico, al no caer en la culpa. Estos viajes de fantasía simbólica en realidad están resolviendo problemas internos en un nivel inconsciente. Mientras una persona entra en estos viajes de fantasía, y sale bien, está resolviendo pequeños incrementos de un problema interno.

E: Sí, están resolviendo con el propósito de alcanzar un objetivo reconocible conscientemente.

SESIÓN 2:

PARTE UNO: FACILITANDO LA AUTO - EXPLORACIÓN

Esta sesión comienza al día siguiente, con una conversación casual acerca de la hipnosis. E luego da un extenso ejemplo, de una de las experiencias hipnóticas de su esposa, recordando recuerdos olvidados. J gradualmente aumenta la quietud, cierra los ojos, y aparentemente entra en trance, en respuesta a la suave voz de E.

INDUCCIÓN HIPNÓTICA MEDIANTE UN ENFOQUE ASOCIATIVO INDIRECTO

E: Ahora, mi hija investigó mediante la hipnosis muchas cosas, viéndolas como las veía en su momento, y luego buscando sus significados. En otras palabras, un infante tiene una memoria fragmentada: una mano elevándose-

se es solamente una mano que se está elevando. No hay ningún brazo envuelto en la acción. Lleva cierto tiempo conectar la mano a la muñeca, el codo, el hombro, el ser. Y descubrir que el hueso de la cadera está conectado al hueso de la rodilla, etc. Lleva cierto tiempo descubrirlo. Los adultos ocasionalmente toman conciencia del proceso de aprendizaje que está envuelto. Como artista, usted debería estar interesada en esos recuerdos.

Necesita ser creativa.

Los colores, para un niño, son luminosos y estimulantes. ¿Qué significa un estímulo luminoso?

(Pausa)

Y el esfuerzo al levantar algo pesado. Eso cuenta.

[E narra una historia, para ilustrar la diferencia individual y cultural, durante cinco minutos - cómo su yerno se llevó a un niño vietnamita a su casa, en los Estados Unidos, y el trabajo que le dio enseñarle a comer comidas sólidas, como un americano.]

Y usted tiene tantos recuerdos que no tiene conciencia de tener, los que podrían enriquecer su comprensión en muchas maneras.

[E ahora cuenta una breve historia acerca de un adicto a la heroína que era un artista, y paciente suyo. E le pidió que se sentara y que descubriera algo. El paciente descubrió nuevas maneras de ver el brillo del césped, la dirección de los árboles, etc.]

E: Uso ejemplos personales frecuentemente, porque me son más conocidos, y porque dan más sensación de convicción.

R: Usted está comenzando esta sesión con muchos ejemplos de auto - exploración, y aprendizaje temprano. Todos estos ejemplos juntos, están indicándole una dirección a los propios esfuerzos internos de la paciente. Usted no le dice específicamente qué hacer; usted simplemente crea una red de trabajo sugestiva, y le permite a su mente inconsciente que responda elaborando tal o cual aspecto de su red de trabajo. En el Capítulo Dos llamamos a esto **proceso de enfoque asociativo indirecto.**

E: Uno depende de los procesos asociativos naturales de la paciente para poner todas las cosas juntas. Si yo quiero que usted hable de su familia, la aproximación más fácil, y la que con menos probabilidad hará surgir resistencias en usted es hablar primero de mi familia.

R: Si uno tiene un área - objetivo, X, del que quiero que hable un paciente-, primero hay que hablar de los temas asociativos, A, B, C, D, etc. que todos convergen sobre X. Gradualmente, el área X es estimulada hasta el punto en el que es expresada por el paciente. Usted da comienzo a esta sesión dándole a los procesos asociativos de la paciente muchas posibilidades de respuesta, hablando acerca de muchas cosas. El área -objetivo- parece ser asociaciones acerca de la *niñez, diferencias individuales, y creatividad*. Ahora veremos cuán efectivo ha sido, cuando veamos cuáles son las respuestas que ella le da a su introducción.

E: Es deseable hacerlo indirectamente, para que los pacientes no se sientan atacados. Es una manera de obviar las defensas.

MOVIMIENTOS ESPONTÁNEOS TRANSFORMADOS EN BASES TERAPÉUTICAS: SUGESTIONES CONTINGENTES

(J comienza a hacer leves movimientos con su mano, y luego todo su brazo comienza a moverse graciosamente, como si estuviera flotando. Todo su cuerpo gradualmente adquiere un ritmo, como si estuviera nadando o volando. Incluso sus piernas se elevan, lentamente, con movimientos suaves, coordinados con el resto del cuerpo. Ella se mantiene sentada, pero se mueve con gracia en su asiento.)

E: Por supuesto que no sé qué es lo que está haciendo. Hay una posibilidad de que usted esté explorando - aprendizajes infantiles aprendizajes subsecuentes y alcanzado una comprensión. Está haciendo realineamientos de comprensiones, realineamientos de palabras.
(Pausa)

Una de las cosas que mi hija me dijo ‘‘Papi, ¿cuántos años tenía yo cuando

me salieron lágrimas por primera vez? ¿Porque sé que no me salían lágrimas cuando lloraba cuando era muy chica?”

Le dije que así era. El mes en el que uno tiene lágrimas varía de un individuo a otro.

[Pausa]

Su descubrimiento de que no le salieron lágrimas hasta cierta edad, aunque no cuándo, le dio una nueva comprensión de las lágrimas.

(E ahora explica durante un par de minutos las etapas en el desarrollo y expresión del odio, desde la infancia hasta la adultez.)

Lo que quiero que usted haga es que comience a ser usted misma.

(Pausa)

Aceptándose a usted misma.

Y sabiendo que se puede controlar.

(E cuenta una de sus historias favoritas acerca de una de sus hijas más pequeñas, que lloró durante varios días porque la gente caminaba, y ella sabía que era “gente”. Finalmente se paró y caminó sus primeros cien pasos, sin dudarle.)

Usted quiere hacer algo.

Se controla a sí misma.

Enfoque sus esfuerzos.

(Otra historia acerca de los persistentes y finalmente exitosos esfuerzos de una de sus hijas para entrar a la Escuela de Medicina)

R: Ella está obviamente en un estado de profunda exposición interna, con todos estos aparentemente espontáneos movimientos. Es bueno saber que incluso usted, con todos sus cincuenta años de experiencia, realmente no sabe qué está haciendo

ella. Sin embargo, usted utiliza estos movimientos para sugerir que ella está teniendo un progreso terapéutico, al realinear su comprensión. Cualquiera que sea el significado original de sus movimientos, usted los está transformando en una base terapéutica. Esta es una forma de sugestión contingente, en la cual usted ata su sugestión terapéutica a su comportamiento actual.

FACILITANDO LA AUTO-EXPLORACIÓN

**E: Y es algo maravilloso
explorar,
descubrir,
el sí mismo.**

(Pausa)

Ahora hay ciertos descubrimientos que usted debe hacer.

**Algunos son personales,
y le pertenecen sólo a usted,
y otros pueden ser compartidos con extraños,
y otros pueden ser compartidos con otras personas en general.**

Y una de las cosas lindas acerca de ello es:

**Usted no sabe qué es lo que está por descubrir,
pero le encantará descubrirlo.**

(Los movimientos son ahora más completos, y más exuberantes. Sonríe ampliamente de a ratos. Hay una atmósfera de alegría en el cuarto.)

**Como el niño pequeño que dice
“Estoy construyendo algo,
y cuando lo tengo hecho
sabré qué es lo que comencé a hacer.”**

Las mismas cosas se aplican al infante en la cuna.

(Larga pausa)

**Y cualquiera que la observe,
y que interprete su comportamiento,**

**puede ser visto como algo tan inútil
como eso,
mirar a un niño en la cuna
que realmente no sabe qué
está haciendo.**

Pero está haciendo algo.

[Pausa]

**Usted puede descubrir qué es
lo que está haciendo.**

**Porque tiene un ambiente de comprensión,
y ese ambiente debe ser suyo,
para que pueda comprenderlo.**

(Larga pausa)

(E describe cómo un infante puede alcanzar repetidamente algo con sus manos, sin entender ninguna vez qué es lo que está sucediendo mientras la mano se mueve. El adulto que observa al infante se sorprende de que el infante haga ese movimiento repetitivo.)

**Ahora he hablado,
tratando de darle a usted
un ambiente
general
desde el cual
usted puede comenzar
su propia auto - exploración.**

(E da varios ejemplos clínicos acerca de la fuente de la psicopatología en la inhibición de la auto - exploración, debido a estructuras paternas y sociales.)

R: Entonces, en general, uno de los primeros pasos que usted da con un paciente nuevo es iniciar algunos programas auto - exploradores. Cuando usted introduce el trance con estos programas auto - exploradores, está en realidad creando una base para una futura profunda absorción durante el trance.

E: Sí. Uno induce a los pacientes a que hagan todas esas pequeñas cosas, que son parte de sus derechos como criaturas en crecimiento. Vea, no sabemos cuáles son

nuestros objetivos terapéuticos. Sabemos cuáles son sólo tras el proceso que nos lleva hasta allí. “No sé qué estoy construyendo, pero voy a disfrutar construyéndolo, y mientras lo esté haciendo, sabré lo que es.” Al hacer psicoterapia, uno le debe imprimir esto a los pacientes. No se sabe en qué se convertirá un bebé. Debido a esto, uno lo cuida y lo protege, hasta que se convierte en lo que él quiere convertirse.

R: El hecho de no saber hace que uno tome precauciones extras.

E: La vida no es algo en lo que se le puede dar una respuesta a todo lo que sucede hoy. Uno debe disfrutar el proceso de espera, el proceso de ir convirtiéndose en lo que uno es. No hay nada más placentero que plantar semillas de flores, sin saber qué flores crecerán.

R: Entonces usted estaba preparando a Jill para un programa de auto - descubrimiento, sin saber qué descubriría ella. Eso es muy característico de usted y de su trabajo. Puede generar cosas muy cuidadosamente, pero también disfruta de la exploración a ciegas.

E: Eso es verdad.

FACILITANDO LA INDIVIDUALIDAD: ENFOQUE IDEODINÁMICO INDIRECTO PARA UNA EXPERIENCIA ALUCINADORA

E: Estoy sugiriendo un examen confortable.

Un examen que le mostrará cómo mi comprensión creció y cambió.
(Larga pausa)

Ahora voy a agregarle una nueva dimensión a lo que usted está haciendo.

Y es lo siguiente:

(E describe cómo en una ocasión demostró la levitación de la mano, todos los observadores creyeron que el sujeto había fallado hasta que él demostró que el sujeto estaba alucinando que su mano levitaba.)

Esa alucinación fue tan efectiva como un movimiento real de la mano, porque era la experiencia interior lo que realmente importaba.

Usted puede, en el momento que lo desee, hacer uso de los recuerdos.

Creo que conoce ese mundo.

Están impresos en varios aprendizajes y experiencias.

Pero no necesita músculos ni huesos ni carne.

(Pausa, mientras J se mueve con más gracia que nunca.)

Y puede ver los colores con sus ojos cerrados.

[Pausa]

Y puede sentir el frío y el calor mientras su cuerpo se mantiene confortable.

(E da más ejemplos de sensaciones y sentimientos alucinatorios, bajo hipnosis. En un momento, hace que J abra sus ojos, y, sabiendo que ella no había visto un tapiz que colgaba en una pared del consultorio, E procede a darle una pequeña clase acerca del origen precolombino de sus símbolos, etc.]

E: Esto también hace que la persona adopte su propia personalidad. En psicoterapia, buscamos las individualidades. Un paciente, frecuentemente, no tiene demasiadas.

R: Esta es una manera de facilitar sus individualidades, con una auto - exploración que nos lleva a un mayor reconocimiento del sí mismo. Cuando usted luego habla

acerca del movimiento alucinador de la mano, está tocando indirectamente los movimientos de la mano que ella haga, mientras que también indirectamente, está facilitando la posibilidad de una experiencia alucinadora, mediante un enfoque ideodinámico.

E: Sí, pero estoy enfocando especialmente la “experiencia interior importante.” ¿Cuáles serán sus realmente importantes experiencias interiores?

R: Sí, el común denominador de la mayoría de las sugerencias que usted hace finalmente aparece muy claramente aquí, cuando usted dice que ella puede “hacer uso de los recuerdos... impresos en varios aprendizajes y experiencias.” Esto es muy característico de su aproximación. Usted primero cuenta historias y da muchos ejemplos interesantes de lo que más tarde le sugiere al paciente, más directamente, que haga. Sus patrones iniciales de enfoque asociativo e ideodinámico indirecto, inician varios procesos de búsqueda autónomos en la paciente, de manera que cuando aparece la sugestión más directa, el inconsciente está listo, en términos de sus propios mecanismos, y la mente consciente está lista para recibir lo que sea.

CRITERIOS PARA UNA CREATIVIDAD GENUINA: PSICOSÍNTESIS

E: Ahora voy a hablar con el Dr. Rossi.

No hay manera de interpretar ninguno de estos movimientos correctamente.

Cualquier significado que les asignemos será nuestro significado.

Pueden ser movimientos totalmente infantiles, manifestados por los músculos adultos.

R: Y, quizás, una orientación en el tiempo diferente.

E: Y una orientación mental diferente. Una orientación emocional diferente.

R: Usted la ubicó en un programa general de exploración.

E: Y ella puede recordar, a cualquier nivel que desee.

Yo sé que puedo recordar lo que me sucedió hace tres semanas.

Si yo puedo hacerlo, otros pueden hacerlo.

(J continúa con sus movimientos, ignorando la conversación que está teniendo lugar entre E y R.)

R: Lo que a mí me interesa es que ella puede estar atravesando una experiencia emocionalmente correctiva. ¿Tenemos alguna forma de averiguarlo? ¿Está su mente en realidad sintetizando nuevas estructuras físicas? ¿Está ella, en este mismo momento, sintetizando nuevas proteínas como el substrato orgánico de nuevas experiencias fenomenológicas? ¿Como podríamos saberlo? Como dijo el Dr. X el otro día, que a él le gustaba la inducción de la levitación de la mano porque le daba un feedback continuo acerca de lo que le estaba sucediendo al sujeto. Me gustaría obtener más feedback, pero sin alterar la experiencia de J.

E: Se les debe permitir a los pacientes descubrir que pueden resolver un problema que antes era imposible de resolver. Así, uno sabe que algo fue agregado.

R: Sí, algo se ha sintetizado. Algo está siendo unido. (E da un ejemplo detallado, acerca de cómo el nombre aparentemente “espontáneo” de una calle, dado por un adulto, era en realidad una respuesta que venía de la niñez del adulto. Lo que parece ser “espontáneo”, o recién sintetizado, puede entonces tener simplemente sus raíces en experiencias del pasado, de las que no somos conscientes.)

R: No hay modo de saber exactamente lo que está sucediendo, pero como usted siente que algo bueno está sucediendo, permite que continúe.

E: No sé si es importante o no. Obviamente, ella la está pasando bien.

R: Sí, espero que sea un momento de muy alta creatividad. Debe ser muy placentero para ella saber que puede hacer esto por su cuenta, con cual-

quier propósito constructivo.

**E: Uno nunca sabe, su suave movimiento podría ser subjetivamente percibido como un movimiento rápido.
(E da un ejemplo clínico de esto.)**

E: Sabemos que hay algo “sintetizado”, para usar su palabra favorita, porque cuando los pacientes hallan algo nuevo, nunca más pueden funcionar en la manera vieja e incompleta. Su mundo cambia permanentemente.

R: El criterio más auto - evidente para una creatividad o psicósíntesis genuina es que la idea del mundo del paciente, sus actitudes, y su comportamiento, cambian. Nada más que esto indica tan simplemente que el paciente está pagando por un servicio “labial” al terapeuta, cualesquiera que sean los insights que se desarrollen con un fin determinado.

E: ¿Cuándo la pasan bien los pacientes? ¿Cuándo algo se les ha curado!

R: Entonces pasarla bien, afecta positivamente a un paciente que está bajo estas circunstancias, significa que algo está siendo curado.

E: Que algo deseable está ocurriendo, no importa cuán incómodo sea.

R: Entonces una afección positiva es otro criterio importante de un trabajo satisfactorio.

TRES TIPOS DE TRANCE: ABSORCIÓN DEL SER, RAPPORT Y SONAMBULISMO

R: ¿Diría usted que J está en un estado sonambulístico ahora?

¿Cómo describiría usted este trance?

E: Llámelo “profundo”; es auto - orientado. Somnambulístico significa que tiene cierta relación con el exterior. Ella puede estar logrando ciertos propósitos, pero están todos en su interior.

R: Parecería que hay al menos tres tipos básicos de trances terapéuticamente útiles: (1) El *trance de absorción del ser*, como éste, en el cual los pacientes están tan absorbidos por la auto - exploración que parecen ignorar al terapeuta; (2) la concepción más popular de trance, aquella en la cual los pacientes establecen *rapport* con el terapeuta, y responden a las sugerencias, y (3) *somnambulismo*, cuando los ojos de los pacientes pueden estar abiertos, pueden hablar y actuar como si estuvieran despiertos, aunque al mismo tiempo responden hipnóticamente a las sugerencias del terapeuta.

E: En la práctica hay todo tipo de mezclas entre ellos, pero aquellos serían los extremos entre los cuales el trabajo útil de trance puede ser llevado a cabo.

DESPERTAR ESPONTÁNEO Y UNA REINDUCCIÓN NO ESPERADA

(Con un leve movimiento, J se despierta, en apariencia espontáneamente, en este punto.)

R: ¿Cómo compararía usted sus experiencias espontáneas de trance con su trabajo hipnótico llevado a cabo con el Dr. Erickson en el día de hoy?

**J: Este es más extenso, por una razón. Pero también...
(En este punto los ojos de J se cierran y sus brazos retoman los movimientos espontáneos del trance.)**

R: Durante los primeros momentos, luego de despertarse, uno está en un suave estado de trance (Erickson y Erickson, 1941). Esto, junto con mi pregunta acerca del trance, fue suficiente como para reinducir otro profundo trance en ella.

SESIÓN 2:

PARTE DOS: ESCRITURA AUTOMÁTICA Y DISOCIACIÓN UTILIZANDO UN TRANCE ESPONTÁNEO PARA NUEVOS APRENDIZAJES

(Mientras J está en trance, el autor mayor continúa.)

**E: Ahora hay algo más que me gustaría que usted aprenda.
(Pausa)**

**Me gustaría darle a usted la oportunidad de aprender algo totalmente nuevo.
(Pausa)**

¿Está usted deseosa de aprender algo totalmente nuevo?

¿Sin demasiado esfuerzo?

(Pausa; J finalmente asiente con su cabeza, muy lentamente. El autor mayor ubica cuatro hojas de papel y un lápiz en una mesa, entre ambos, de manera que él y J puedan tener fácil acceso a ellos.)

E: Note mis pausas en esta sección. Pedirle a alguien que aprenda algo nuevo es un susto, de manera que hago una pausa y luego lentamente digo “sin demasiado esfuerzo”, para hacerlo menos amenazador.

CONVIRTIENDO LA ABSORCIÓN DEL SER EN RAPPORT

E: Ahora, lo que esté haciendo, puede ser discontinuado temporarily.

Y puede volver al consultorio y unírseme.

¿Puede acercarse su silla?

J: ¿Umm?

E: Mueva su silla más cerca de la mesa y de los materiales de escritura. (Los ojos de J se mantienen abiertos después de ajustar su silla, pero su mirada y sus suaves movimientos indican que todavía se encuentra en estado de trance.)

R: Aquí, le está pidiendo a ella que vuelva a un rapport más cercano con usted. En la primera parte de esta sesión, usted le permitió a ella acomodarse en el *tipo de trance de absorción del ser*. Ahora sus comentarios están comenzando a llevarla

a ella al tipo de trance en el cual mantiene un rapport más cercano con usted, de manera que ella pueda experimentar nuevos aprendizajes hipnóticos, siguiendo sus “órdenes” al pie de la letra.

ESCRITURA AUTOMÁTICA, REGRESIÓN DE EDAD Y DISOCIACIÓN

E: Ahora voy a tratarla a usted como a una niña.

¿Le parece bien?

J: Seguro.

E: Allí hay papel y lápices .

J: ¿Puedo actuar como una niña? ¿Y tratarme como una?

**E: No, usted dejará de actuar como una;
yo dejaré de tratarla como a una niña.
(Pausa)**

Pero usted puede inclinarse hacia adelante.

Ahora, mientras me mira a mí, ¿qué supone que su mano debería hacer?

J: ¡Aplaudir! (Con una alegre risotada infantil)

No sé qué es lo que haría.

E: Toque el papel con el lápiz.

J: Es difícil controlarlo (mientras toma el lápiz con dificultad).

**E: Puede controlarlo, puede escribir.
(Pausa)**

Y podría escribir algo que no sabía que podía escribir.

J: ¿Sin saber que lo escribía?

E: Y usted podría escribir una pregunta para la cual no conoce ninguna respuesta en forma consciente.

Sólo la conoce inconscientemente.

(Pausa)

R: Usted introduce la posibilidad de una escritura automática, primero un marco de aprendizaje infantil. Como ella aprendió a escribir de niña, usted espera que un ambiente más infantil la ayudará con la escritura automática. Pero ella se sumergió demasiado en el rol de niña, por lo que usted tuvo que corregirlo. En realidad, ella estaba respondiendo demasiado literalmente al aviso que usted le dio, acerca de que la iba a tratar como a una niña.

E: Sí. Ella está respondiendo como una niña. Debí sacarla de ahí, porque los niños son bastante irresponsables.

R: La dificultad que ella sufrió para tomar ese lápiz es señal que nos revela su estado de regresión en la edad. Usted entonces da su primera sugestión directa, acerca de la escritura automática: ella puede escribir sin saber qué es lo que está escribiendo. Este no saber, por supuesto, facilita una posterior disociación de su conciencia adulta.

ENFOQUE IDEODINÁMICO INDIRECTO PARA FACILITAR LA ESCRITURA AUTOMÁTICA

E: Le daré un ejemplo de eso.

(El autor mayor aquí describe un ejemplo de escritura automática. Una paciente que se sentía “mal acerca de algo” pidió que se le permitiera escribir una pregunta y luego una respuesta. Erickson la distrajo con una conversación mientras ella espontáneamente escribió su pregunta y su respuesta en diferentes partes de una hoja de papel. Dobló el papel y lo guardó en su cartera. Tres meses después, reportó que había encontrado la respuesta a su pregunta, y pidió permiso para mirar el papel, que seguía doblado. Entonces desdobló el papel, y se encontró con que en realidad había escrito dos preguntas. La primera era: “¿Me casaré con Bill?” La

respuesta era: “No”. La segunda pregunta era: “¿Estoy enamorada de Howard?” La respuesta era: “Sí.” En realidad, ella no estaba comprometida con Howard. Entonces, la escritura automática, tres meses antes, reveló su mayor conflicto del momento, e indicó sentimientos hacia Bill y hacia Howard, que luego serían manifestados, al romper con el primero y comprometerse con el segundo.)

E: Ahora todos nosotros tenemos preguntas así.

Esa paciente conocía mi comportamiento, y sabía que yo no leería las preguntas ni las respuestas que ella había escrito.

Permita que su mano viaje mientras toma el lápiz.

(Pausa. J agarra el lápiz.)

Ahora suponga que me habla de algo diferente a lo que su mano escribirá.

R: Esto es típico de su aproximación, cuando un sujeto parece necesitar ayuda en el trance. Cuando un nuevo aprendizaje hipnótico está todavía en el proceso de ser formulado o expresado por primera vez, usted comienza callada y casualmente, a dar muchos ejemplos acerca del comportamiento hipnótico deseado. Esto parece motivar a los sujetos, y les da señales inconscientes de cómo proceder. También les da tiempo para que hagan las conexiones internas necesarias que harán al comportamiento posible; tiempo para que los sujetos tomen conciencia de que realmente usted lo dice en serio, y de que quiere esperarlos. Es el proceso básico de enfoque ideodinámico indirecto nuevamente. Su mención de que “Ahora todos nosotros tenemos preguntas así,” tiende a facilitar procesos de búsqueda inconsciente dentro de ella, de algún material útil, para ser expresado en la escritura. Usted intenta otra aproximación disociativa al pedirle a ella que hable con usted acerca de algo diferente a lo que esté escribiendo.

AMNESIA Y PROTECCIÓN DE LA PACIENTE DURANTE EL TRANCE

(Pausa. J mira sin pestañear fijamente a los ojos de Erickson, y mientras él la mira, la mano de la paciente, con sorprendente rapidez y firmeza, escribe una clara oración. Cuando su mano termina la oración, y aparente-

mente está por escribir más, él inmediata y rápidamente da vuelta las cuatro hojas de papel, de manera que lo escrito queda ahora cubierto, y una hoja en blanco está ahora arriba de todo. J continúa mirando fijamente a los ojos del autor mayor, y aparentemente no nota el cambio de las hojas.)

J: ¿Fue una pregunta?

E: ¿Humm?

J: ¿Fue una pregunta? ¿Escribí preguntas?

E: ¿Dónde?

(J ahora ve la hoja de papel sin nada escrito, y su cara adquiere un aspecto de confusión.)

¿Escribió una pregunta?

J: ¿Escribí una pregunta?

E: ¿Dónde?

J: Aquí. (Obviamente, más confusión.)

(Pausa)

Creo que el lápiz se escondió, eso creo.

(Pausa)

Creo que yo no lo hice. Estoy sosteniendo el lápiz. ¿Por qué estoy sosteniendo un lápiz?

(Pausa)

¿Soñé algo? ¿Me quedé dormida? No, no me quedé dormida porque tengo recuerdos vívidos de ciertas cosas.

R: ¿Por qué usted cubre lo que ella acaba de escribir?

E: Lo cubro para que se sienta más segura: uno no está tratando de interferir.

También uno le está enseñando una amnesia extendida.

R: Incluso mientras ella está en trance usted la protege de ver demasiado de aquel material.

E: Sí. Eso le da a ella la oportunidad de escribir más. Ella sabe, entonces, que uno no va a aprovecharse de ella. Yo no interfiere, no lo leo en ese momento.

R: Toda esta confusión y auto - interrogatorio son indicaciones del desarrollo de una amnesia, así también como de una disociación. Tan precaria es la conciencia de su ego, que ella no está segura de si ha estado durmiendo o soñando.

DESCRIPCIÓN CLÁSICA DE UNA DISOCIACIÓN

E: ¿Recuerdos vívidos que usted puede compartir?

J: Sí, tengo uno que es muy importante para mí. ¿Realmente quiere usted escucharlo todo?

E: ¿Era la supuesta pregunta importante?

J: No lo sé. Sólo tuve una sensación de importancia, de algo importante. Yo estaba sosteniendo un lápiz, mi mano se sentía como si no se hubiera movido. Me sentía muy rígida. Cuando uno está sosteniendo un lápiz y escribiendo, uno aprieta los dedos. Pero el lápiz no estaba apretado a mis dedos.

Es por eso que sentí que algo era extraño.

Estaba sosteniendo un lápiz, y la única razón que se me ocurre por la cual estaría sosteniendo un lápiz es para escribir algo.

Pero no siento como si hubiera estado sosteniendo un lápiz. No tiene sentido. No siento como si realmente hubiera estado sosteniendo un lápiz. Pero veo el lápiz en mi mano, por lo que asumo que lo estoy sosteniendo, ¿no es cierto? Pero mi mano todavía se sigue sintiendo rígida. No rígida

como una mesa. Pero no está - no sé cómo describirlo - está casi dormida. Es una sensación diferente, la que estoy sintiendo ahora.

E: ¿Tiene sentido esta pregunta? ¿Su mano quiere escribir de nuevo?

J: ¿De nuevo? Siento como si mi mano deseara escribir pero no puede, porque no quiere sostener el lápiz con el fin de escribir. ¿Sabe de qué estoy hablando?

E: Sí.

J: Cuando se sostiene un lápiz, hay que tomarlo con las puntas de los dedos, de manera de poder controlarlo, y que vaya por donde una quiere que vaya.

E: Lo que ella está describiendo es la disociación de su escritura, esa parte de su conciencia. Esta es una descripción clásica de una disociación desde un punto de vista subjetivo. Su inconsciente desea sostener de una manera diferente a la que lo sostiene en un estado normal.

R: ¿Por qué?

E: ¡Porque es material inconsciente! Igual que cuando uno está de vacaciones, que se viste de manera diferente. ¿Cómo diferente? ¡Sólo diferente!

R: El hecho de que el lápiz sea sostenido de manera diferente es un señal de la veracidad del fenómeno de escritura automática.

E: Sí.

DISOCIACIÓN DEL CUERPO Y LENGUAJE DESPERSONALIZADO

J: Mi mano sostiene el lápiz y se *siente como si* estuviera por escribir, pero no, no sostiene el lápiz para escribir con él. No sostiene el lápiz en la manera aceptada de escritura.

E: Quizás es escritura automática.

(Pausa)

J: Eso es posible. Nunca pensé en eso antes.

¿Pero cómo puede ser eso? La mano todavía tiene que - bueno, espere un minuto. Los músculos todavía tienen que sostener el objeto, para hacer el trabajo.

¿No es así? ¡Ni siquiera siento estar sosteniendo un lápiz!
(Ella en realidad ha estado sosteniendo el lápiz durante esta discusión.)

¡Pero veo que estoy sosteniendo el lápiz! No siento la presión.

E: Ordinariamente, una persona sabe que está sosteniendo un lápiz, no necesita ver que está haciéndolo.

J: Bien, así es como me siento, pero no siento como si realmente estuviera sosteniendo un lápiz, aunque veo que estoy sosteniendo un lápiz.

E: Sí, correcto. Quizás sea porque su mano quiere realizar más escritura automática.
(Pausa)

Es posible poner la mano en una posición en la cual tenga una oportunidad.
(Pausa)

Quizás usted quiere mirarla y saber qué está escribiendo, sólo que, por supuesto, usted no sabrá qué estará escribiendo.
(Larga pausa. La mano de J finalmente comienza a moverse con firmeza decidida, y rápidamente escribe un par de oraciones.)

J: ¿Podría leerlo? Allí hay algo escrito, ¿es mi letra?

Mis manos se sienten muy extrañas, como si fuera mi mano sin querer escribir nada.

E: Note el lenguaje que utiliza al referirse a su propia mano: “se siente como si *él* estuviera por escribir...” *Él*, no es más ella misma.

R: Su disociación la está llevando a una despersonalización de la parte y a la actividad de su cuerpo disociada.

E: Ella, en realidad, debe ver el lápiz para saber que lo está sosteniendo. Esto es, nuevamente, una evidencia de la separación entre el inconsciente y la conciencia.

E: Note cómo acepto y refuerzo la despersonalización al usar “él”, y contrastándolo con la parte de ella que yo llamo “usted”. Ella puede *ver* lo que está escribiendo, pero esto implica que no *sabr*á qué es lo que está escribiendo. Uno puede ver sin saber. Yo puedo, por ejemplo, ver aquellos libros. Las preguntas que ella hace, y la sensación extraña son características del proceso disociativo.

UNA DISOCIACIÓN ENTRE EL PENSAR Y SENTIR

E: Observe ese lugar.

(El autor mayor entonces distrae su visión por un momento, y luego da vuelta el papel, de manera que J nuevamente se enfrenta a una hoja de papel en blanco.)

Parece estar sorprendida por algo. Ahora, ¿quiere leerlo?

(Pausa mientras J busca en vano escritos en la hoja en blanco.)

J: ¿Lo soñé? (Con una voz muy suave, como alejada)

[Pausa]

¿Lo soñé?

[El autor mayor ahora le muestra a J una de las hojas escritas.]

E: ¿Es ésto lo que usted escribió?

J: ¿Qué acerca de esta escritura? No parece ser mi tipo de letra, ¿o sí? ¿Es mi letra? Primero debe decirme si yo escribí eso. Pienso que lo debo haber escrito yo, pero no *siento* haberlo escrito yo.

Me hallé a mí misma sosteniendo un lápiz y luego lo puse ahí: debo haber escrito algo, porque en general no tengo lápices en la mano si no hago nada con ellos. Pero no siento haber escrito nada. Esta mano es mi mano. (Refiriéndose a su mano izquierda, con la que no escribió nada) Esta mano (su mano derecha, con la que escribió) se siente más separada que ésta (la

izquierda). Pero no saben, no se sienten como el hubieran escrito algo.

E: Ahora, simplemente exprese su impresión intelectual: ¿Ha escrito algo en la otra hoja?

J: No siento haberlo hecho.

R: El comentario que ella hace, “*Pienso* que lo debo haber escrito yo, pero no *siento* haberlo escrito yo,” indica una clara disociación entre *pensar* y *sentir*. Es interesante notar que la conciencia de su ego, asociada al *pensar* de su hemisferio izquierdo es retenida como una parte de su propia identidad, mientras que el *sentir*, que puede estar más asociado a la experiencia del hemisferio derecho, está disociado.

E: Todas estas preguntas lógicas y racionalizadas, son altamente características de un genuino estado disociativo.

R: Es como si su hemisferio izquierdo, con su lógica, estuviera tratando de racionalizar y actuar de una manera que es externa a su rango de experiencia, al igual que los pacientes que tienen lesiones y deficiencias en el uso del hemisferio derecho, que usan la lógica intacta de sus hemisferios izquierdos para racionalizar su comportamiento, sin siquiera reconocer sus incongruencias (Luria, 1973).

AGREGANDO UNA DISOCIACIÓN: UN CONFLICTO ENTRE PENSAR Y SENTIR

E: De acuerdo, veamos qué es lo que piensa su mano. Permita que su mano señale lo que usted ha escrito.

[La mano de J se eleva.]

Podría levantar el lápiz y escribir, “sí”.

[La mano de J, efectivamente, escribe “sí.”]

J: ¿Cómo puede mi mano saberlo, si yo no lo sé? Siento como si ella pudiera saberlo, pero mi mente piensa que yo lo siento, siento como si ella supiera que escribió algo. ¡Algo, en algún lugar! Pero yo..

[Pausa]

Escribía algo, pero es muy...

(Pausa, mientras J parece sumergirse profundamente en sus pensamientos.)

E: ¿Muy qué?

J: Mis ideas no están muy claras ahora (voz alejada.)

E: ¿Por qué?

J: Estoy muy relajada. Mis pensamientos - es como si mis sentimientos no quisieran que mi mente pensara.

E: Permita que su mano señale... la escritura automática.

J: Pero no señalará nada.

E: Quizás escribe “sí” o “no”.

[La mano de J toma el lápiz.]

E: Confío en el “sí”, cuando digo que la mano podría escribir un “sí.” Esto agrega la disociación, porque le demuestra a ella que puede escribir automáticamente, mientras que también puede responder escribiendo (la respuesta a la sugestión de Erickson para que escribiera “sí”.)

En este punto, ella no quiere pensar en que escribió “sí” obedientemente, por lo que sus sentimientos no quieren que su mente piense.

R: Usted ha precipitado un conflicto entre sus pensamientos y sus sentimientos.

LA EXPERIENCIA SUBJETIVA DE LA DISOCIACIÓN

E: Eso es lo que yo quería decir por “automática”. ¿Le gustaría adivinar qué es lo que está por escribir?

J: No. No quiero intentar nada. Sólo quiero permitirle que lo haga por sí misma.

E: Aunque puede adivinar. La mano escribirá la respuesta correcta.

J: Yo podría pensar que sí o que no - porque no se sintió como si hubiera escrito cuando pensé en cómo se sentía cuando estaba sosteniendo el lápiz.

E: Mi pregunta es: ¿Escribió?

[La mano de J comienza a escribir.]

J: Se está moviendo sola. Extraño, estoy tan consciente de ello. (Susurrando, muy suavemente.) Está andando.

[Pausa]

Está sosteniendo el lápiz. Se siente, no lo sé, se siente como si fuera una mano cósmica. La veo como una parte de mi cuerpo, pero es como una mano cósmica saliendo de las nubes.

E: ¿Cree que podría intentar un poco más?

J: No mi cabeza, pero el resto de mi cuerpo siente como si estuviera por escribir algo más. Pero no mi cabeza. Es como si mi cabeza estuviera tirando de mi cuerpo, en este mismo momento.

E: Permita que su mano se apoye sobre el papel.

J:¿Humm? [Voz alejada.]

E: Escriba.

J: ¿Debería comenzar a escribir, o sólo esperar? No sé cómo hacerlo. Quiero decir, no sé cómo.

E: ¿Es suficiente? ¿Hay algo que quiera escribir y que no haya escrito?

J: Sí, eso creo.

E: Permita que su mano comience a escribir.

[La mano de J comienza a escribir varias oraciones, mientras mira a la cara de

Erickson. Como siempre en la escritura automática, su mano adquiere velocidad, mientras escribe a una velocidad furiosa, mucho más rápida de la normal. Cuando termina, sin aparentemente darse cuenta, da vuelta las hojas, de manera que nuevamente queda una hoja en blanco arriba de todo.]

E: Al hacerle la primera pregunta, acerca de “tratar de adivinar lo que está por escribir,” facilito la disociación, y permito que ella afirme que realmente quiere realizar la escritura automática. Ella luego da varias hermosas expresiones subjetivas de la disociación entre la mente y el cuerpo, en una persona relativamente naïf hacia la hipnosis.

UNA PREGUNTA ESTRUCTURANDO LA AMNESIA

E: Ahora podemos preguntar: ¿Usted cree que puede realizar una escritura automática? (Como si no se hubiera escrito nada.)

J: ¿Perdón?

E: Dígame honestamente: ¿Cree que puede realizar una escritura automática?

J: Creo que puedo. Todo es posible en el mundo. Creo que todo es posible.

E: Yo estoy hablando de usted.

J: No sé mucho acerca del tema. ¿Como se comienza? Quiero decir, mi mano se siente como -es sólo una parte mía, usted sabe. Porque parecería como que fuera mía y que no lo es- y la única manera en que he escrito es sosteniendo el lápiz entre las yemas de mis dedos. Intenté con mis dedos de los pies, en una ocasión. Incluso con mi boca y dientes. (Su escritura automática fue realizada a veces con el lápiz siendo sostenido dificultosamente entre sus dedos índice y el medio, con el puño cerrado, como los primeros esfuerzos de un niño.) Pero ahora, para ser perfectamente honesta, mi mano no se siente como si estuviera sosteniendo el lápiz para escribir con él ¿Sabe usted de qué estoy hablando? Me siento como si estuviera murmurando.

E: Usted está hablando, sólo que no lo sabe. Y el Dr. Rossi descubrió eso. ¿Servirá esta hoja de papel para intentar una escritura automática?

J: Bueno, por supuesto, lo intentaré, pero igualmente dígame cómo empezar exactamente. Debo permitir que mi mano lo sienta, ¿correcto? Se siente como si no se estuvieran usando las manos. Entonces, ¿cómo sé yo, si mis manos han escrito o no, exactamente?

Se sintió como si una mano apareciera de una nube, a la cual yo podía verla moverse, si la miraba.

R: Esta pregunta, en este punto, tiende a darle a ella una amnesia para lo que acaba de escribir. En realidad, usted está reorientando la conversación hacia un punto en el tiempo anterior al que la escritura haya sido hecha, de manera que la actividad de la escritura tiende a caer en una laguna amnésica. Esto es lo que hemos llamado una amnesia estructurada (Erickson, Rossi, y Rossi, 1976).

E: Sí, ubica el acto de escribir en su propio cubículo en el tiempo. Ella luego da varias expresiones clásicas del proceso disociativo: “Parecería que fuera mía y que no lo es.”

R: Su sensación de que sólo está murmurando es otro signo de la disociación dentro de ella. Sus palabras tienen un sentido perfecto para nosotros, porque nosotros comprendemos ambos lados - consciente e inconsciente. Pero ella no puede poner la imagen junto con la comprensión, aunque de hecho lo intenta, de manera que esos esfuerzos suenan como murmullos.

LA ECONOMÍA DE LA ESCRITURA AUTOMÁTICA: EL LENGUAJE VARIABLE DEL SÍ Y DEL NO

E: Bueno, ahora haré algo. Me gustaría que usted se sienta interesada y a gusto.

(El autor mayor ahora revela la primera hoja de papel, de su primera escritura automática - Figura 1:

(Traducción del manuscrito:

“El sol no está tan caliente como para salpicar.

¡Adentro! Amo al sol, y estoy en uno, con el centro del sol. Somos lo mismo, y dejo que el fuego no queme, y el amor es como el sol.”)

J: ¿Yo hice eso? ¡Oh, mi dios!

E: ¿Se sorprende de haber realizado una escritura automática?

J: ¿Yo escribí eso? ¿Puedo leerlo?

E: Usted no sabe lo que hay escrito, no lo ha leído, al menos para mí. Puede querer leerlo, o puede querer no leerlo, depende de usted.

J: ¡Quiero!

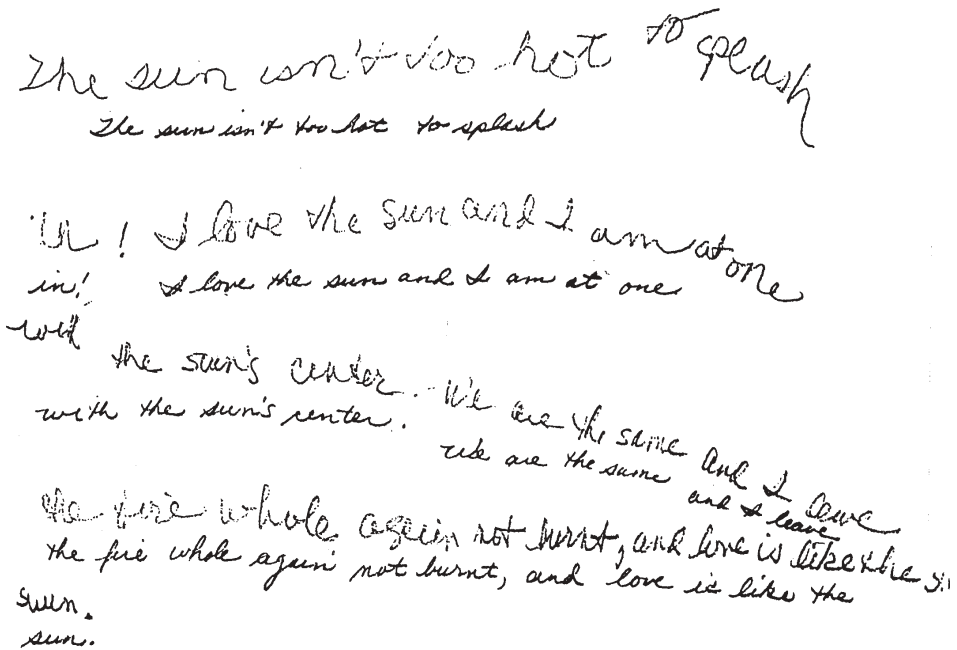


Figura 1: La primera hoja de escritura automática de Jill. La línea escrita más grande de arriba es escritura automática. Debajo de cada línea está la escritura normal de adulto de Jill de las mismas palabras hechas después para comparar.

E: Esta es la segunda parte. (Revela la segunda hoja) - Figura 2:

(Traducción del manuscrito:

“¿Descansar y ser una en el sol está OK!

;;;Recostarse de nuevo, sólo tirarse y sonreír!!!)

J: No sé escribir muy bien, ¿no es cierto?

E: La escritura automática está caracterizada por los errores de ortografía.

J: Oh, ¿en serio?

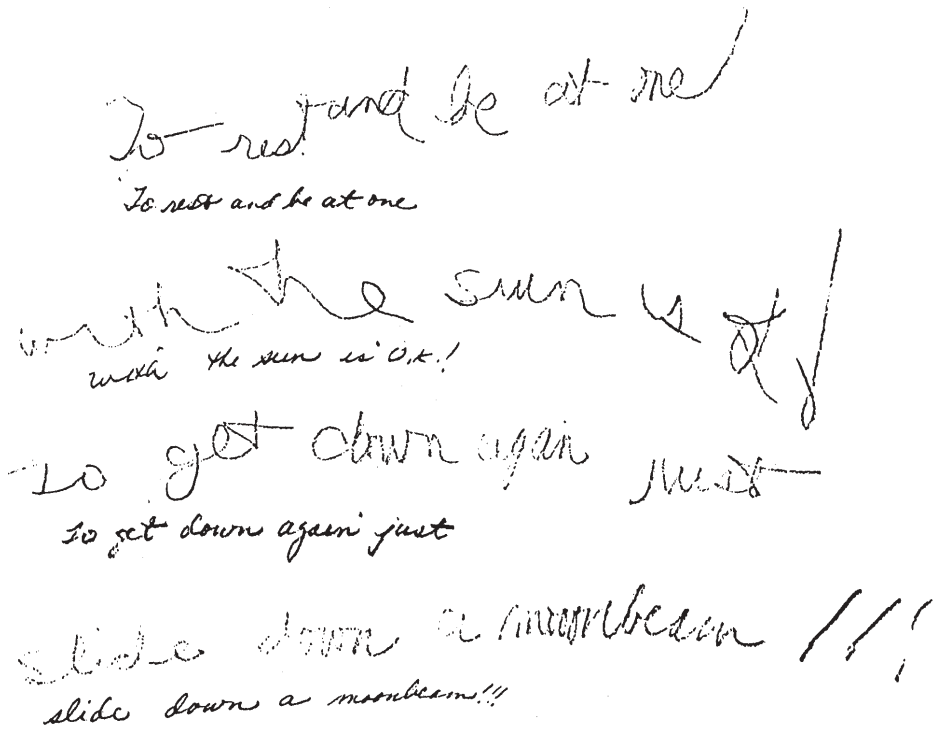


Figura 2: La segunda hoja de escritura automática de Jill. La escritura grande es la escritura automática, y debajo de cada línea está la escritura normal de adulto de Jill de cada palabra hecha después para comparar.


R: ¡Lo ha hecho muy bien!

R: Ella escribe sus palabras con una claridad poco común en la escritura automática.

E: Sí, generalmente hay más economía de esfuerzos. Una respuesta “sí” puede ser condensada con una línea vertical, y un “no”, con una línea horizontal.

R: Entonces una línea vertical es una abstracción de un “sí”, y una línea horizontal es una abstracción de un “no.”

E: Correcto. Y un “no lo sé” puede ser una línea horizontal con un ángulo de varios grados, que se acerca más a un “sí” (hacia la línea vertical) o a un “no” (hacia la horizontal).

Si | no lo se  no —

Una línea “sí” dibujada en el lado opuesto de la hoja puede significar un “no.”
Una línea “sí” en la parte superior de la hoja es un “sí”, pero si está en la parte inferior del papel, podría significar lo opuesto, un “no”.

MÚLTIPLES SIGNIFICADOS EN LA ESCRITURA AUTOMÁTICA: PRECAUCIÓN CON LA INTERPRETACIÓN

J: ¿Puedo leerlo en voz alta? (Lo lee.)

“¡Descansar y ser una en el sol está OK!

¡¡¡Recostarse de nuevo, sólo tirarse y sonreír!!!”

Eso significa que hay que esperar hasta la noche, a que el sol se enfríe, para acostarse.

(El autor mayor ahora revela la tercera hoja de la escritura automática) - Figura 3:

(Traducción del manuscrito:

“Sí” (escrito varias veces, en forma superpuesta.)

¿Yo lo escribí?

¡Gee, qué manera de escribir más rara!

¡No se parece a mi letra, eso lo sé! [Lee.]

“El sol no está tan caliente como para salpicar.

¡Adentro! Amo al sol, y estoy en uno, con el centro del sol.

Somos lo mismo, y deajo que el fuego no queme.

Y el amor es como el sol.”

(El autor mayor revela la cuarta hoja, con la escritura automática - Figura 4:

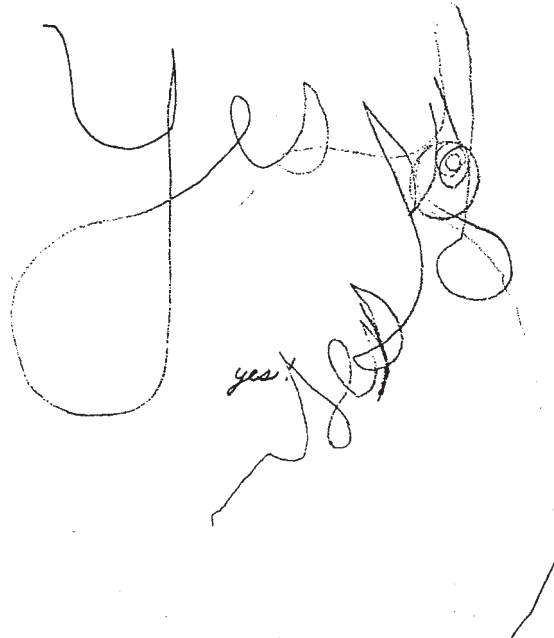


Figura 3: La tercera hoja de escritura automática de Jill, donde escribe “yes” varias veces en escritura grande, a veces sobrepuesta. El pequeño “yes” claro en el fondo es su escritura adulta normal, hecha más tarde.

(Traducción del manuscrito:

“¿Destruirá mi vida el insatisfecho amor de un hombre?

¿Hay alguna forma de abandonar el centro del sol sin saltar y caer profundamente en el cielo, y caer?)”

¿Yo escribí eso también?

[Lo lee, con profundos sentimientos, y algunas lágrimas.]

E: ¿Significa eso algo para usted?

J: Profunda, pero no dulcemente.

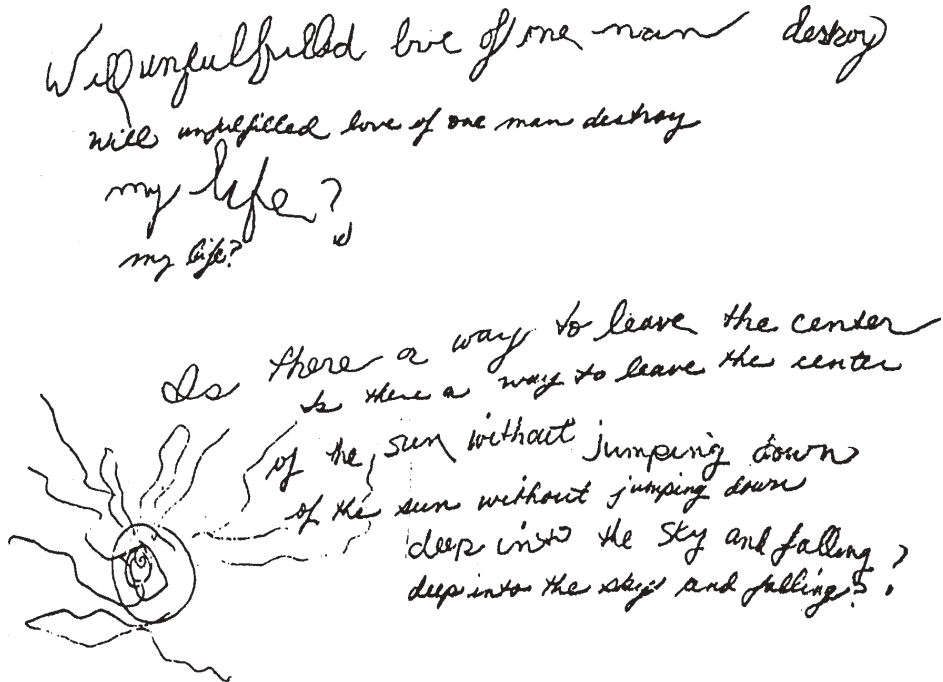


Figura 4: La cuarta hoja de escritura automática de Jill. La escritura más grande es automática, la más pequeña, repitiendo las mismas palabras, es su escritura adulta normal hecha más tarde para comparar.

E: Tengo una pregunta bastante ridícula para hacerle: ¿De qué color es su cabello?

J: Rubio, rubio claro. Mi color natural tiene algo de rubio.

E: Porque mi hija estuvo preguntándome acerca de una niña rubia, ¡y yo no conozco ninguna niña rubia! [Refiriéndose, en broma, al hecho de que no distingue los colores] **Y Pete Thompson, al que conozco desde hace varios años...**

[El autor mayor sigue hablando acerca del cabello rubio, iniciando entonces una conversación casual, distrayéndola del trabajo psicológico que tiene entre manos.]

E: Leer en voz alta es diferente a leer en silencio, por lo que ella debió pedir permiso para hacerlo. Es otro aspecto de su disociación. Yo no hice ningún esfuerzo para descubrir lo que ella quería decir. Cuando ella dijo que era una forma de escribir bastante “rara”, quiso decir que era extraña para su conciencia. Uno debe estar conciente del posible doble significado de las palabras como “sol”, que podría ser “hijo” (nota del traductor: en inglés, “sol” se dice “sun”, e “hijo”, “son”. “Sun” y “son” se pronuncian exactamente igual). Uno siempre debe cuidarse de esas posibilidades. Yo puedo tener ciertas ideas acerca de lo que significa, pero no voy a pedirle a ella que lo divulgue.

R: El hecho de que ella hable de la posibilidad de que su vida sea destruida, sugiere que usted está en lo cierto al creer que los temas son delicados, por lo que su precaución está justificada.

E: Sin embargo, ella está intentando revelarme algo a mí, aunque yo no me sienta deseoso de ello, a esta altura del partido. De manera que le permito a ella revelarme algo, pero elijo lo que será: su cabello rubio.

R: Usted utilizó el impulso prematuro de ella para divulgar todo, transformando la revelación en aquella de su cabello rubio artificial.

E: Luego de la revelación, llevo la conversación a mi hija, a mi vida, y luego a mi amigo Peter, lo que la aleja del material caliente. En la psicoterapia, uno saca aprendizajes fuera de contexto, y los utiliza en nuevas maneras.

AMNESIA ORIGEN

E: De paso, ¿qué sabe usted acerca de eso? [Refiriéndose al tapiz, que cuelga en la pared.]

J: ¿Es algo precolombino? ¿O no?

E: ¿Qué le hace pensar que es precolombino?

J: Vi el diseño allí. ¿El diseño? El diseño parece ser, no lo sé. Realmente no lo sé. Las caras parecen serlo, de alguna manera. Podría estar equivocándome, pero no lo sé - es atractivo - pero no sé lo suficiente acerca de él.

E: ¿Fui yo el que le dijo que era precolombino?

J: ¿Quién, usted?

E: Sí.

J: Bueno, en realidad nunca le pregunté acerca de ello, que yo sepa. ¿Por qué? ¿Se supone que debería haberlo hecho? (Pausa) **¿Se suponía que usted debería haberme dicho algo acerca del tapiz?**

E: No se suponía - ¡Lo hice!

J: ¡Lo hizo, realmente!

R: Aquí, J está demostrando una amnesia origen: sabe acerca de los símbolos precolombinos, de los que usted le habló antes, mientras ella estaba en trance, pero no sabe el origen de este conocimiento.

REGRESIÓN EN LA EDAD VÍA LA ALUCINACIÓN DE VARIAS IMÁGENES PROPIAS

ENFOQUE ASOCIATIVO INDIRECTO PARA FACILITAR CIERTA ORDEN DURANTE LA INDUCCIÓN DEL TRANCE

Luego de escuchar la interesante historia de un caso, durante media hora, de adopción de dos niñas pequeñas, su lucha por la aceptación, y las diferentes vidas que vivieron en diferentes hogares, Jill fija su atención y sus ojos parpadean como si ella estuviera entrando en trance. Sus ojos finalmente se cierran. Pocos minutos después, sus manos comienzan a levitar, y flotan espontáneamente. Ella está, evidentemente, en rapport, porque sonríe y murmura en los momentos apropiados.

**E: Y J,
durante su vida,
usted fue
muchas niñas pequeñas diferentes.**

**Y una de las cosas que usted puede hacer, Jill, la puede hacer con los ojos abiertos, la puede hacer con los ojos cerrados.
Imagínese una completa fila de niñas. Haga que cada una de ellas tenga un significado útil.**

R: Usted está utilizando nuevamente un enfoque asociativo indirecto, cuando cuenta este interesante caso de las dos pequeñas niñas, para comenzar el proceso de activación de las propias asociaciones y recuerdos de la infancia en J. Ella es enteramente absorbida por la historia; su atención se fija y se enfoca, de manera que ella comienza a manifestar las señales iniciales del trance, de forma natural.

Aquí usted hace una suave transición, desde la historia de su caso hasta la directiva para facilitar la experiencia de trance en J.

E: Sí, y si ella tiene alguna duda, acerca de su capacidad para ver a estas dos pequeñas niñas, uno la despotencia, al permitirle a ella la libre elección de que mantenga sus ojos abiertos o cerrados. Luego yo utilizo las palabras “significado útil”, para permitirle a ella alcanzar cierto material personalmente útil.

EL OBSERVADOR OBJETIVO

E: Usted, Jill, puede ser una inteligencia objetiva por un lado, feliz de poder mirar a todas aquellas pequeñas niñas, esa larga fila de pequeñas niñas. Y las puede describir, con toda la libertad con que desee hacerlo.

R: Aquí, usted le da a la conciencia de J la tarea de ser una observadora objetiva. Quizás, éste es el mejor lugar para la conciencia, en esta inicial, descubridora etapa de la terapia. Usted le permite a su inconsciente hacer el descubrimiento vía una serie de imágenes de niñas, que la conciencia puede recibir con facilidad. La conciencia, entonces, está puesta en un estado receptor (el modo ideal para un trance), en donde es poco probable que interfiera con las imágenes que emergen automáticamente del inconsciente.

La frase “con toda la libertad con que desee hacerlo”, entonces le da una orientación positiva y reforzadora, a la sugestión permisiva para que Jill haga una descripción de su experiencia.

CATARSIS BALANCEADA CON UNA AFECCIÓN POSITIVA Y EL OBSERVADOR OBJETIVO: IMPLICACIÓN

E: Usted puede sentirse bien divertida. Puede hacer énfasis con las niñas pequeñas, pero usted será una inteligencia imparcial.

R: El decirle que puede sentirse “bien” y “divertida”, facilita la experiencia con la afección positiva. El permitirle “enfaticar” permite el libre fluir y una posible catarsis, junto con la protección del observador objetivo.

E: “Bien” y “divertida” evocan diferentes aspectos del espectro de su vida interior. Uno puede divertirse con una niña mala, y con una niña buena. Entonces ella tiene una enorme libertad para explorar todas estas posibilidades en su pasado - y todo ésto, por implicación.

E: Ahora, siendo esa inteligencia imparcial, usted no necesita saber que es Jill. Usted es algo separado. Pero sabe algo. Necesita no saber que aquellas pequeñas niñas son una sucesión de Jills. Y me gustaría que usted disfrute tremendamente de esa experiencia.

CUBRIENDO VARIAS POSIBILIDADES DE RESPUESTA PARA DESPOTENCIAR DUDAS

E: Usted ve a esas niñas como si fueran alucinaciones tangibles, o las

puede ver en el ojo de su mente, o puede verlas sin saber que son imágenes mentales. Usted las ve, y cree que son de carne y hueso.

R: Ahora usted cubre un número de posibles formas en que ella puede ver las imágenes: como alucinaciones, como imágenes en el ojo de la mente, o un creer total en su realidad, viéndolas como seres de carne y hueso.

E: Sí, uno también despotencia sus dudas, al darle varias posibilidades de respuesta.

¿NO SABER PARA DESPOTENCIAR EL FUNCIONAMIENTO DEL HEMISFERIO IZQUIERDO?

E: Y usted necesita no saber que cada una está relacionada con la otra. Pero me gustaría que cumpla con esta tarea de manera bien completa, y lo puede hacer mientras está en trance, o si está totalmente despierta, y recuerde esta experiencia como un sueño vívido, al que puede relacionar conmigo o con el Dr. Rossi. Y puede sentirse libre, puede discutir acerca de esa pequeña niña o de esa niña un poco mayor o de esa niña ya mucho más grande. Eso es algo que usted puede hacer de una manera mucho mejor que la que conoce. De una manera tal que constituirá un placer para usted darse cuenta de que lo puede hacer tan bien. Ahora, deje que sus manos se apoyen en sus muslos, sólo descance, confortablemente.

R: Me pregunto si el no necesitar saber que las imágenes están relacionadas es una manera de despotenciar o disminuir el funcionamiento del hemisferio izquierdo.

E: Eso podría ser, perfectamente. Cuando leo esta transcripción, me deleita saber cómo mi experiencia me ha enseñado a cubrir varias posibilidades de respuesta cada vez que exploro la vida interior de un paciente.

R: Sí, usted enumera varias posibilidades de respuesta, desde la construcción de las imágenes durante el trance hasta el recuerdo de ellas como un sueño.

LUGAR DE LA VOZ COMO SEÑAL DE ALUCINACIONES

VISUALES

E: Y siéntase muy, pero muy cómoda, y cuando quiera comenzar, ponga en fila a todas aquellas pequeñas niñas, (en este punto, el autor mayor gira su cuerpo 45 grados, alejándose de J, de manera que ahora está orientado hacia una pared imaginaria en esa dirección) enfrentándolas hacia aquella linda pared blanca. (J abre los ojos y parpadea, perpleja.] Y ahora que está mirando, ¿hay espacio suficiente para todas ellas? (J mira en la nueva dirección hacia la cual Erickson se orientó. Observa, con las pupilas dilatadas, con su mirada cambiando de lugar. Aparentemente, está alucinando, con los ojos abiertos.)

J: No es sólo una pared.

R: Éste es un uso interesante del lugar de la voz, y de la reorientación del cuerpo, como señales de la dirección en la cual ella podría experimentar alucinaciones visuales.

FRASES INCOMPLETAS PARA FACILITAR LA EXPRESIÓN DE LA PERSONA

E: Ya lo sé.

No se puede decir que sea una pared, pero se puede decir que es -

J: Es un pórtico. Pero es blanco, y un poco de la pintura está desapareciendo. Hay una pequeña niña parada detrás, pero es una especie de pórtico - cerco. Y hay un gran árbol, con corteza gris, que se desprende cuando una apoya el dedo, y ella lo está haciendo. Ella está mirando cómo cae, y el sol se siente muy cálido.

Ella está usando un vestido que está emparchado. Tiene parches. A ella le gustan más los diseños de los parches que el vestido en sí, porque siente una sensación extraña cuando los toca, y porque tienen una flor roja dibujada. Y ella está pensando, está pensando en que el árbol es su árbol del jardín. Es domingo, y su padre vendrá con helado, y ella sabe que no es verdad realmente.

E: Pero es lindo pensarlo.

J: Ella tiene un hermoso perrito de algodón, con cuello rojo que tiene dibujadas unos pequeñas flores blancas, y su hocico es naranja. Es como un perro - parche, hecho con más parches. Ella lo ama. Y siente que ahora lo está sintiendo, y lo está sosteniendo.

R: Usted utiliza una frase incompleta aquí, para que ella la termine.

E: Sí, las frases incompletas le dan a ella la oportunidad de expresarse.

R: Usted siempre les permite a los pacientes rellenar los espacios vacíos, cuando es posible. De esta manera, el terapeuta está siempre examinando los modelos de referencia y las asociaciones de los pacientes en lugar de introducir las ideas propias en ellos.

E: Sí, la terapia debería siempre estar diseñada para acomodarse al paciente, no para que el paciente se acomode a ella. La vívida descripción que ella hace de cómo se desprende la corteza cuando la niña la toca, es uno de aquellos detalles ingenuos e impersonales, que tienden a ratificar el trance.

ORIENTACIÓN DEL CUERPO, DE LA CABEZA Y DE LOS OJOS, COMO SEÑALES DE ALUCINACIONES VISUALES

J: Y ella está observando a alguien que camina por el camino de tierra. No está pavimentado. Tiene piedras, y él patea una piedra, y a ella le gusta. Y ella se está acercando a él ahora. Y ella sabe que le gustaría abrir la cerca, pero deberá dar una vuelta, en lugar de empujarla, hasta llegar al lugar en el que ya está abierta. Y ella se le está acercando. Quiere sostenerlo.

R: Mientras ella decía estas palabras, su cuerpo, su cabeza, y sus bien abiertos ojos, se orientaron hacia el lugar en el que aparentemente estaba alucinando a alguien pateando unas piedras. Cuando habla del cerco, mira hacia arriba, como si éste fuera más alto que ella.

EVOCANDO UN COMPLEJO

J: Ella se siente como si no tuviera un padre. Le gustaría que aquel hom-

bre fuera su padre. Puedo sentir que a ella le gustaría eso.

E: Ella no sabe que hay otras niñas paradas ahí, un poco más grandes.

J: Y ella tiene un padre, pero no está muy segura de él, porque ve a un hombre acercándose, que se supone que es su padre. Ella siente como si estuviera mintiendo, realmente, pero ella querría que esa mentira fuera real. Se mentirá más, y se acercará a él, aunque no lo conozca, y se siente como si fuera valiente, usted sabe.

R: Jill, obviamente, está incorporando elementos de su caso de las niñas adoptadas. Casi es como si la historia del caso preinducido estuviera ahora funcionando como un complejo implantado (Huston, Shakow, y Erickson, 1934).

E: Ella está utilizando un material que yo ofrecí, y lo que ella usa es una función de su personalidad, no de la mía. El uso que ella hace de este detalle indica ahora que, como la mayoría de los niños, ella tiene la fantasía de ser adoptada. Mi historia de preinducción evoca ese complejo que está en su interior.

MUCHOS NIVELES DE FUNCIONAMIENTO SIMULTÁNEO DURANTE EL TRANCE

J: Yo puedo sentir lo que ella está sintiendo, lo puedo ver en su cara, pero ella también está muy contenta. Y va y dice que yo tengo una casa nueva. No está más en el cerco. No está de ninguna manera en el mismo lugar. Está en un barrio en el cual hay casas regulares. Hay algunos cercos y una verja, pero es diferente, es sólo diferente.

Y ella se acerca a él y le dice, “¿Puedo caminar con usted de la mano?” Entonces ella sabe que, que él será, que él realmente será su padre. Y entran a la casa y tiene algunos escalones en el frente, escalones de un color rojizo.

E: Cuando ella dice, “Yo puedo sentir lo que ella está sintiendo,” nos indica que está funcionando a varios niveles simultáneamente.

R: El observador imparcial facilita estos múltiples niveles de funcionamiento.

REGRESIÓN DISOCIATIVA DE DOS ESTADOS, PARA FACILITAR LA PERCEPCIÓN Y EL FUNCIONAMIENTO DEL HEMISFERIO IZQUIERDO

E: ¿Sabe ella algo acerca de la primera pequeña niña?

[Pausa]

J: No, no lo creo. No.

E: Bueno, usted ha visto a la primera, niña, a la segunda niña.

J: Sí, pero -

E: Hay muchas.

J: Pero ella no, yo no creo que ella sepa que había otra pequeña niña parada cerca de allí, pero eran diferentes, se sentían diferentes.

Ahora ella está en la escuela.

Realmente vive en esa casa.

Y ella va a la escuela, hay otra pequeña niña que estaba en una fiesta. Son ambas, de alguna manera. Una está en la escuela, la otra en una fiesta.

R: Ahora usted está reforzando la disociación entre las imágenes de las dos niñas, cuando le pregunta a J si la segunda sabe algo acerca de la primera.

E: Sí. Este es otro ejemplo de lo que yo llamo una “regresión disociativa de dos estados” (Erickson, 1965a). Uno puede ver mejor las cosas en un estado disociativo como ese. La disociación ayuda a comprender diferentes estados experimentales. Si estos diferentes estados experimentales no se conocen el uno al otro, la observación de ellos puede ser mucho más objetiva.

R: El observador objetivo y esas regresiones disociativas de dos estados podrían ser entonces un medio de facilitar la percepción objetiva del hemisferio izquierdo, de las muchas dimensiones de la personalidad. Como Jill cae con una gran facilidad en la experiencia del hemisferio derecho, sus problemas psicológicos podrían

derivarse de una relativa flojedad en el funcionamiento de su hemisferio izquierdo; la identidad y estabilidad de su ego podrían ser demasiado fluidas. La percepción objetiva que usted está facilitando aquí podría ser un medio de reforzar el funcionamiento de su hemisferio izquierdo.

FACILITANDO AL OBSERVADOR OBJETIVO: RESOLVIENDO PROBLEMAS DE LA INFANCIA

E: Quiero que a su inteligencia le quede claro que usted se convertirá en esas dos pequeñas niñas, y que ellas son la mimada, en diferentes momentos. Pero usted puede ver a cualquier otra niña que desee.

J: Hay una niña muy pero muy pequeña, se parece a alguien que conozco. Se está acercando a esas muchachas más grandes. Ella es muy pequeña. Tiene sólo dos o tres años, está usando un pañal.

Vive cerca del colegio, y hay varios escalones, porque ella vive bajo una tienda, pero ella va, le gusta pasar la puerta y acercarse, y ver lo que está sucediendo.

Tiene una pequeñas piernitas, y un bucle sobre la frente. Está tirando de un pequeño perro. No de un perro de verdad. Y le sonrío a esta muchacha, realmente muy bonita, que está con su novio.

Y parecería que están hablando de un baile, o algo así. Ella sabe lo que quiere decir la palabra “baile”, aunque es muy pequeña todavía.

R: La inteligencia objetiva puede reconocer que todas las imágenes son de la misma persona, incluso cuando cada imagen (o estado del ego, relacionado a la edad específica) se mantiene disociada de las otras.

E: El observador objetivo que ve y describe la realidad también puede alterar y cambiar realidades de la infancia.

R: ¡Esto es realmente maravilloso! La mente es un sistema auto - mejorado, que puede cambiar las distorsiones del pasado y las experiencias traumáticas desde un punto de vista más adulto. Yo he descrito una clase de “sueños curativos”, y ésto

parece ser uno, de las funciones constructivas de la experiencia de un sueño (Rossi, 1972a).

FACILITANDO AL OBSERVADOR OBJETIVO: SEÑALES DEL LENGUAJE DE NIVELES DE EDAD INTERACTIVOS

E: Encuentre a todas esas pequeñas niñas llamadas Jill, y tome a la pequeña Jill, y a una Jill un poquito mayor, y a una un poco mayor. Porque ellas realmente no se conocen. Por supuesto que había otros niños y otras niñas. Pero la pequeña Jill...

[Pausa]

Y cada pequeña Jill vive su propio tiempo, y cada una no verá realmente a la otra. Ni siquiera sabrán que estarán todas allí. Su inteligencia puede verlas y entenderlas.

[Pausa]

J: Hay otra niña. Tiene sólo cuatro años. No, ni siquiera tiene cuatro, tiene casi cuatro. Ama el boulevard porque suceden muchas cosas. La niña que cuida de ella la está buscando por todos lados. Ella disfruta bajando esas escaleras, yendo calle abajo, y hay un show, con una película. Ella está caminando. También hay otro niño. Ella da la vuelta a la esquina y hay un enorme parque, parece tan grande, con césped en el medio, y esta dama, a la que todos llaman Mamá la Loca, está juntando papeles. Tiene una bufanda blanca, y un enorme brazo, y una blusa marrón. Y tiene un palo, con el que junta los papeles. Esta pequeña niña está mirándola, fascinada, porque se dice que esa mujer se puso a su padre en una cacerola, lo cocinó, y luego se lo comió. ¿Podría ser verdad? Luego hay otra niña, que vive en el edificio, pero es más grande. Tiene cinco años y medio. Y está muy triste, porque ella se está mudando, y no sabe adónde, salvo que será lejos, muy lejos.

(J ahora cuenta una historia acerca de una mudanza, de una parte del país a otra, y su percepción de otras edades.

Durante este período sus ojos están alternadamente abiertos y cerrados, aparentemente está alucinando visualmente, y parece estar describiendo cada escena que

ve. Concluye con lo que sigue.)

J: Tiene alrededor de diez años, y está en cuarto grado, y sabe tanto que la van a pasar a sexto grado, salteándose quinto. Ella está muy orgullosa. Ella no tiene vestidos hermosos como las demás. Sus zapatos están emparchados, pero no le molesta. Le gusta los diseños que hay en los parches. No importa. Pero lo está haciendo muy bien. Ella tiene dos libros de gramática, porque está haciendo el trabajo de su grado y el del grado siguiente, porque le harán saltar un grado. Está orgullosa de despertarse y saber todas las respuestas correctas. Y se están mudando de nuevo.
[Pausa]

R: Nuevamente usted está sugiriendo que cada niña no reconocerá a las otras aunque la inteligencia objetiva pueda relacionarlas como una sola. ¿Por qué?

E: Puede haber un libre reconocimiento y recuperación de muchas imágenes de la persona si no se tiene que reconocer la una a la otra. Al adulto no le gusta recordar la experiencia de los pañales húmedos del infante o la nariz sucia del niño.

R: Entonces el observador objetivo que las relaciona es imparcial incluso desde el ser adulto.

E: En esta sección también somos testigos de los niveles cambiantes del vocabulario y de las percepciones de Jill. Las palabras como “boulevard”, “disfruta”, “fascinante” le pertenecen a la adulta. Aunque son usadas para describir las imágenes de la niñez de una manera infantil, como cuando habla de Mamá la Loca, y su pregunta “¿podría ser verdad?”, cuando habla acerca del padre puesto en una cacerola para ser cocinado y comido. El imparcial, objetivo observador puede recuperar las percepciones de la niñez con una comprensión adulta. Ésta es una característica válida del trance. El observador imparcial es un polo central, una realidad fija acerca de la cual el paciente puede explorar muchas experiencias de la niñez con palabras adultas. La memoria no es toda de una pieza; es siempre fragmentos del adulto y el niño interactuando.

SUGESTIÓN POSTHIPNÓTICA PARA UNA DISTORSIÓN DEL TIEMPO LOGRANDO UN LARGO DESCANSO Y UNA RECUPERACIÓN

E: ¿Le gustaría descansar?

J: Estoy muy cansada.

E: Bueno.

**Sólo cierre los ojos y descanse.
Muy confortablemente.**

Descanse.

Y tenga un largo descanso. Un descanso que parezca durar horas. Largas horas, horas de confort.

[Pausa]

**Y mientras el confort se va construyendo en su cuerpo, que soporta a la inteligencia, y mira a esa mayor cantidad de pequeñas niñas cada una llamada Jill, pero una Jill diferente cada vez, sintiéndose diferente, haciendo todo diferente, pensando diferente, realmente diferentes, aunque son siempre Jill. Ninguna de ellas puede ver a la otra, todas tienen vagos recuerdos, recuerdos parciales de Jills más jóvenes, y sólo ideas parciales de cómo es la Jill mayor, y esta inteligencia puede mirar con interés y curiosidad, y disfrutar describiendo a cada una de estas Jills. Se siente profundamente descansada ahora, como si hubiera dormido durante ocho horas.
[Larga pausa]**

Será un placer para usted abrir los ojos y comenzar a hablar acerca de esas niñas.

E: Yo uso la distorsión del tiempo aquí, para permitirle a ella que se ajuste al estado de vela, aunque le permito que retenga todos esos recuerdos de los diferentes estados de Jill.

R: Usted le está dando una sugestión posthipnótica para horas de distorsión temporal. Veremos luego de que se despierte cuán efectiva ha sido la sugestión.

CONFUSIÓN DEL TRANCE Y DEL SUEÑO

J: Sentí como si me hubiera quedado dormida. Pero hasta aquí, creo que me siento diferente. ¿Hay por allí un Kleenex?

Gracias.

(Bosteza profundamente.)

Sentí como si me hubiera quedado dormida, y soñado. Pero hasta aquí. ¿Realmente me quedé dormida? ¿Realmente? No lo creo - me siento como si me hubiera quedado dormida, realmente dormida.

Estaba soñando con que era mucho más chica.

E: Fue un hermoso, restaurador, sueño.

J: Lo sé. Eso no fue muy amable.

No vine aquí para quedarme dormida en una silla. Mi cuerpo se siente como si hubiera estado durmiendo. Estaba soñando con-

R: Ella comienza describiendo una disociación entre *sentir* y *pensar*, en su evaluación del trance. Luego confunde el trance con la experiencia del sueño.

REINDUCCIÓN DEL TRANCE VÍA SUGESTIÓN DE UN SUEÑO: SEÑALES DEL LENGUAJE PARA ALUCINACIONES VISUALES

E: Pero el sueño está continuando.

(J cierra los ojos momentáneamente, y parece sumergirse nuevamente en el trance. Luego abre los ojos y continúa.)

J: Estaba soñando con que era mucho más chica. Parece tan vívido. *Casi* parece como si me estuviera viendo a mí misma parada allí.

E: Sentada allí, y creciendo.

J: Cuando era una pequeña niña. Por supuesto que aparte de este vestido escocés que usé, *puedo* verme a mí misma justo allí. Lo usé hasta que nadie más pudiera usarlo. *Realmente* puedo verme a mí misma parada allí,

volviendo a casa. Vivíamos en una calle llamada Avenida X. Lo mejor del lugar era que mi padre había construido un cerco, con una verja, y un cantero con flores sobre él. Yo lo amaba. La casa estaba OK, pero era pequeña. Pero ese sector, a través del cual se debía pasar para ir a la casa, era hermoso, una sentía como si estuviera entrando a algún lugar.

E: Y puede verse a usted misma.

J: Eso es lo extraño. Me puedo ver a mí misma allí. Parada, haciendo eso. Casi puedo alcanzar y tocar el cantero.

R: Usted reinduce el trance simplemente sugiriendo que el sueño continúe.

E: Sí, somos testigos de la rápida transición desde que está despierta, cuando utiliza el tiempo pasado para decir “estaba soñando”, hasta el estado de trance, cuando utiliza el tiempo presente para decir, “parece tan vívido”.

R: El rápido desarrollo de las alucinaciones visuales con sus ojos abiertos también está indicado por su transición lingüística desde “Casi parece como si me estuviera viendo a mí misma parada allí,” hacia “Puedo verme a mí misma justo allí,” hasta “Realmente puedo verme a mí misma parada allí...” Luego ella admite su perplejidad cuando dice que es algo extraño que pueda verse a sí misma allí, y casi poder alcanzar y tocar el cantero que obviamente está alucinando.

REGRESIÓN DISOCIATIVA DE DOS ESTADOS

E: Y me gustaría que usted descubriera algo que falta. Hay dos Jills allí, una más alta que la otra. Sólo que la más alta no sabe que la más pequeña está allí, pero usted puede verla.

J: La más alta es - hay una con el vestido escocés, yo con el vestido escocés volviendo de la escuela. Y hay otra muchacha usando un vestido viejo, está en el secundario pero está yendo a ver mi casa, porque vivió allí una vez. Pero está usando una pollera escocesa rosa, en realidad la hizo ella misma. Aprendió a tejer, por lo que las podía hacer. Son muy lindas, y las lava y las cuida ella misma por lo que están siempre muy frescas. Está yendo a ver esa casa. No está triste, sólo nostálgica, porque quiere ver si

todavía crecen margaritas allí, porque vivió en ese lugar en una oportunidad. Y ella amaba las flores que crecían allí. Es por ellas que está yendo a la casa. Esta otra niña que está volviendo de la escuela, parece que se detiene y le pregunta si las flores siguen creciendo. Incluso le gustaría preguntar si puede entrar a la casa nuevamente y echar un vistazo.

R: En esta primera oración, ella comienza con una frase que describe a la niña mayor, más alta, y luego cambia, hacia la más pequeña con el vestido escocés. En la segunda oración retorna a la muchacha de secundaria, volviendo para ver la casa, en donde se verá a sí misma más pequeña. Luego de un momento crea una situación en la cual su imagen mayor y la más joven interactúan plausiblemente. Usted sugirió que la niña más alta no sabe que la más pequeña está allí, pero hacia el final de esta sección se hace aparente que la más grande está viendo a la más pequeña. Entonces usted debe intentar reforzar la regresión disociativa de dos estados.

REFORZANDO LA REGRESIÓN DISOCIATIVA DE DOS ESTADOS: RACIONALIZACIÓN CREATIVA DURANTE EL TRANCE

E: La niña pequeña no sabe que la más grande está allí.

J: No ve a nadie más. Sólo está entrando a la casa. Pero la muchacha cree que está teniendo un sueño o algo así, porque creyó haber visto a la niña, para hablarle. Pero estaba mirando el cantero, y miró bien, y no había nadie allí. Tuvo una sensación extraña, como si fuera un recuerdo. ¿Podría sino alguien correr tan rápido? Creo que ella se siente como si - no lo sé, como si estuviera soñando.

(El autor mayor continúa sugiriendo imágenes de Jills mayores, hasta que Jill recibe períodos significantes de su niñez, adolescencia, y adultez, hasta su matrimonio. Particularmente prominentes son una serie de recuerdos acerca de la mudanza desde la costa Este de los Estados Unidos, donde nació, hasta la Oeste, en donde ahora vive.)

R: Usted revoca su anterior sugestión, y hace que la niña más pequeña no sepa que la mayor está ahí. Jill responde inmediatamente a esta oposición al racionalizar “Pero la muchacha cree que está teniendo un sueño o algo así, porque creyó haber visto a la niña ... y no había nadie allí.”

DESPERTARSE CON UNA DISTRACCIÓN PARA FACILITAR LA AMNESIA

E: Y ahora dibujemos una cortina, y abandonemos todo lo que ha sucedido detrás de la cortina. Cierre los ojos. Y todo lo que ha sucedido estará tras la cortina del ayer, y hoy abrirá los ojos para el hoy, lista para comenzar un nuevo trabajo. Y entonces, duerma durante un tiempo que equivalga a varias horas de tranquilo sueño. Y en el momento en que su mano izquierda repose en su muslo, parecerá que han pasado varias horas de un hermoso sueño, y entonces podrá despertarse.

J: Perdón. Oh, ¡qué bostezo! (J se despereza, y obviamente, se despierta).

E: Y ahora hay varias cosas que me gustaría introducir.

(Erickson ahora distrae a J con varias anécdotas interesantes acerca de su familia y el proceso de la memoria en el desarrollo psicológico, los diferentes tipos de personalidad vía lo intelectual versus las asociaciones emocionales, las asociaciones del cuerpo, etc.)

PONIENDO A PRUEBA LA AMNESIA: PREGUNTAS ABIERTAS - CERRADAS E IMPLICACIONES

E: Y ahora, ¿qué trabajo haremos?

J: ¿Um?

E: ¿Qué trabajo haremos hoy?

J: Lo que a usted le guste. Me siento un poco dormida.

E: ¿El viaje en avión hace que se sienta dormida?

J: Pero en realidad no estoy cansada.

R: Luego de distraerla con las historias durante cinco minutos, usted pone a prueba la amnesia con una pregunta abierta - cerrada, “¿qué trabajo haremos?” con un cierto tono de voz que en realidad implica que no se ha realizado ningún trabajo de

trance hasta el día de hoy. Cuando ella dice que se siente un poco “dormida”, con posibles referencias al trance, usted le pregunta si el viaje en avión hasta aquí hizo que se sintiera dormida. Esta pregunta tiende a reorientarla a la parte anterior del día, cuando vino a Phoenix en avión, e implica que acaba de llegar y que todavía no hizo ningún trabajo de trance.

UNA SUGESTIÓN POSTHIPNÓTICA EXITOSA: RATIFICANDO EL TRANCE MEDIANTE UNA DISTORSIÓN TEMPORAL

E: Con cuidado, sin mirar, ¿qué hora es?

J: ¿Alrededor de las cinco?

E: ¿Cinco qué?

J: Quiero decir, probablemente alrededor de las cinco en punto. Me desperté.

Mi cuerpo se siente “mañanero”. Pero sé que no es verdad, porque no estaría aquí a las cinco de la mañana.

E: ¿A qué hora llegó a Phoenix?

J: Creo que me desperté a las cinco de la mañana hoy. No importa. Me olvidé. ¿A qué hora llegué? ¿Cerca de las once y media? ¿A las once y veinte?

E: ¿Cuánto tiempo le llevó llegar aquí?

J: Alrededor de veinte minutos .

E: ¿Ahora son las cinco en punto? ¿Qué ha estado haciendo?

J: No lo sé con exactitud. Estuvimos hablando.

E: ¿Acerca de qué?

J: Bueno, ¿no acaba usted de mencionar algo acerca de los tipos de personalidad?

E: Sí.

J: Estructura genética.

E: ¿Quiere mirar su reloj?

J: He estado en algún otro lugar. Realmente he estado en algún otro lugar, ¿no es cierto?

R: Son sólo las dos de la tarde. ¿Cómo sucedió el hecho de que usted creyera que eran las cinco?

J: No son las cinco de la mañana, pero parecería que son las cinco de la tarde. ¿Pero son sólo las dos? Realmente debo haber estado en algún otro lugar.

R: Las preguntas que usted hace acerca del tiempo establecieron que ella ha experimentado una forma de expansión subjetiva del tiempo, que es muy característica del trance (Cooper y Erickson, 1959.) Sin embargo, tres horas de distorsión temporal son más que lo usual, e indican que ella está experimentando con éxito la sugestión posthipnótica anterior, para tener un descanso equivalente a varias horas de sueño.

EVALUANDO INDIRECTAMENTE LA AMNESIA

E: En esta ocasión, los datos son muy importantes.

R: ¡Sí, realmente!

E: Y ni ella ni usted tenían idea de lo que ocurriría.

R: Es verdad. Fue algo espontáneo.

J: ¿Qué significa eso?

E: Sucede que yo personalmente, sabía lo que ocurriría.

J: ¿Realmente?

E: Sí. Parecen ser las cinco A.M., usted creyó que eran las cinco P.M.

E: Muchos de mis comentarios en esta sección están comenzando a crear oportunidades para que ella atraviese su amnesia. Pero nada de esto ayuda. En lugar de señalarle a la paciente la distorsión temporal, como frecuentemente se hace en procedimientos terapéuticos, yo prefiero la aproximación indirecta de evaluar cuán fuerte es.

CONFUSIÓN DE TIEMPO Y LUGAR RATIFICANDO EL TRANCE

J: Confusión.

E: Usted realmente no está cansada. Pero siente como si hubiera estado en otro lado.

J: Mucha confusión.

R: Este tipo de confusión que ella experimenta al despertar es otro criterio de la participación de un profundo trance.

PREGUNTAS EVALUANDO INDIRECTAMENTE LA AMNESIA HIPNÓTICA: RACIONALIZANDO LAS ASOCIACIONES DEL TRANCE PARA MANTENER LA AMNESIA

E: Ahora, ¿cuál es el lugar en el cual cree haber estado, el Este? ¿El Oeste? ¿El Sur? ¿El Norte?

J: ¿Cómo es eso?

E: Usted dice que se siente como si hubiera estado en otro lugar.

J: Sí.

E: ¿Fue el Este, el Oeste, el Sur, o el Norte?

J: El Este y el Oeste. No sé por qué. ¿Por qué Este y Oeste?

E: Está bien.

J: No siento como que hayan sido el Este y el Oeste. ¿Por qué estuve en el Este y en el Oeste?

R: ¿Tiene eso sentido alguno?

J: No, pero mis hombros se sienten como si yo hubiera estado en el Este y en el Oeste. Razonar eso, no puedo.

E: Ahora, hagamos mención de algo más. ¿Qué tan alto es un cerco?

J: Depende.

E: ¿Qué tan alto es un cerco? ¿Qué tan alto le parece que puede ser un cerco?

J: Primero, siento como si fuera alto. Realmente alto. Sí ¿Por qué sentiré eso? Cuando me siento, puede ser que sea tan alto. Debo sentir que es alto porque estoy sentada.

E: Los árboles tienen corteza. ¿Qué se siente?

J: Con polvo, quebradiza. ¿Le gusta hacer eso? ¿Le gusta?

R: Oh, sí, me encanta. Especialmente en un bosque de maderas rojas. La corteza de los árboles de madera gris, ¿es quebradiza? Yo creía que la madera gris era quebradiza.

[El autor mayor provee posteriores asociaciones de trance. J se mantiene amnésica para la experiencia de su trance.]

R: ¿Le hace usted una serie de preguntas con el fin de evaluar indirectamente su amnesia, y para darle la oportunidad de atravesarla?

E: Sí. Ya que los recuerdos de su trance estaban relacionados con las mudanzas desde la costa Este a la Oeste, mi pregunta acerca de las direcciones puede haberle permitido a ella construir un puente asociativo para su experiencia del trance.

R: Ella reconoce la relevancia del Este y Oeste, pero no sabe por qué. Ella, entonces está sintiendo algo acerca de la relevancia de la pregunta que usted le formuló, pero su experiencia de trance se mantiene amnésica.

E: Ya que eso no atravesó su amnesia, probé con el cerco, que era tan alto en sus alucinaciones que ella debía mirar hacia arriba.

R: La respuesta que ella da, de que es “realmente alto”, de nuevo indica que algunas asociaciones del trance deben estar filtrándose, pero todavía la amnesia básica no ha sido atravesada. ¡De hecho, ella toma el camino equivocado cuando trata de racionalizar que el cerco es alto porque ella está sentada! Sin embargo, reconoce las asociaciones del trance que usted le suministra, las racionaliza. Me pregunto si el mismo proceso tiene lugar en la vida cotidiana, cuando tenemos la intención de hacer algo que nuestro hemisferio derecho conoce, pero que nuestro hemisferio izquierdo tiende a racionalizar.

E: Hago otro esfuerzo al mencionar “árboles con corteza” como una manera de construir un puente asociativo para sus recuerdos del trance de la corteza gris que quebraba con sus dedos, de niña.

R: Yo agrego otras asociaciones acerca de la corteza gris, pero ella no las puede utilizar. Su amnesia se mantiene intacta.

(Esta sesión ahora termina. J fue vista en un par de sesiones más, durante las cuales aprendió a utilizar sus trances espontáneos para su trabajo artístico y auto-desarrollo.)

CASO 13: HIPNOTERAPIA SOBRE UN DAÑO ORGÁNICO EN LA COLUMNA VERTEBRAL: NUEVA IDENTIDAD RESOLVIENDO UNA DEPRESIÓN SUICIDA

(Escrito del autor mayor no publicado, editado en este volumen por el autor junior.)

Hace algunos años, una joven mujer en silla de ruedas se le aproximó al autor mayor, y declaró que estaba profundamente enferma - de hecho, tenía una depresión suicida. La razón era que un daño accidental a sus veinte años, la dejó con una mielitis transversal: no sentía absolutamente nada desde la cintura para abajo, y sufría de incontinencia intestinal y de vejiga. Su propósito al ver al autor mayor era el deseo de asegurarse una filosofía de vida según la cual poder vivir; la incontinencia de vejiga e intestinos, más el confinamiento a una silla de ruedas era más de lo que podía soportar. Había escuchado la clase dada por el autor mayor, acerca de la hipnosis, y había arribado a la conclusión de que quizás mediante la hipnosis podría tener lugar un cambio milagroso en sus actitudes personales. Explicó luego que, de niña, estaba muy interesada en la cocina, en tejer, en las muñecas, en fantasear acerca de la casa, acerca del marido, y acerca de los hijos que tendría cuando fuera grande. A los veinte años, se había enamorado, y había hecho planes de casarse cuando terminase los estudios. Se había puesto a trabajar, diseñando su propio vestido de bodas. Todo lo que siempre había querido eran un esposo, un hogar, hijos y nietos. El amor que sentía hacia sus abuelas era un factor muy importante en su vida, y compartía mucha identificación emocional con ellas.

El infortunado accidente que había tenido resultado en la mielitis transversal, le había puesto punto final a todos sus sueños. Luego de diez años de tormentosas dificultades y complicaciones, fue capaz de utilizar una silla de ruedas, y de continuar con sus estudios universitarios. Incluso con esta mejora de su situación, no veía ningún futuro para ella en el mundo académico, y caía más profundamente en la depresión, y tenía inclinaciones suicidas. Finalmente había alcanzado un punto en el cual creía que había que tomar una decisión definitiva. Debido a esto, esperaba que el autor mayor “induzca un muy profundo trance hipnótico, y que discuta mis posibilidades y potenciabilidades. No hable con demasiada suavidad acerca del coraje, porque yo escucharé con toda mi inteligencia, y si intenta desinformarme, lo tomaré como que no ve ninguna esperanza genuina de felicidad para mí, en el futuro. Quiero ser justa con usted. Le estoy dando un problema enorme, aquél que decidirá si debo vivir en base a alguna filosofía de vida que le dará algún sentido a mi vida, o si deberé terminar con la vida de esta persona dependiente, incontinente, con olor a enferma, ocupante de una silla de ruedas.”

“Me gustaría volver el próximo sábado por la respuesta, porque sé que usted necesitará tiempo para pensar en el problema.”

“Pero ahora puede hipnotizarme. He leído lo suficiente acerca de la hipnosis

para saber que usted no puede darme ninguna sugestión posthipnótica para prevenir mis intenciones suicidas si no hay ninguna esperanza para mí. Entonces, buscaré cuidadosamente los significados e implicaciones exactas que habrá tras lo que usted diga. Entonces, por favor, sólo entréneme a ser una buena sujeto.”

ENTRENAMIENTO INICIAL DEL TRANCE: DOS TRENES SIMULTÁNEOS DE PENSAMIENTO

Su pedido fue aceptado y, probablemente debido a su profunda motivación, tuvo lugar un profundo trance somnambulístico. Fue examinada con gran cuidado de su habilidad para manifestar el fenómeno de la hipnosis profunda. Fueron evitadas la despersonalización, la disociación, la distorsión temporal, y la hipermnesia del pasado feliz, o las sugestiones eran verbalizadas tan cuidadosamente de manera que ni siquiera hubiera un mínimo intento de cambiar sus actitudes o puntos de vista.

Una sugestión de carácter terapéutico que surgió fue una bien conocida canción de la vieja variedad, que se le pidió que alucinara, visual y auditivamente, con orquesta y cantante. La canción era aquella que habla acerca del hueso del dedo del pie conectado al hueso del pie, el hueso del pie conectado al hueso del talón, el hueso del talón conectado al hueso del tobillo, etc.. Para confundir cualquier especulación que ella pudiera tener espontáneamente, se le pidió que fuera molestada por la alucinación de otra orquesta y otro cantante, interfiriendo con los primeros. Este segundo grupo estaba tocando la canción “Haciendo lo que Viene Naturalmente.” Mi racionalización para ella fue que yo quería que ella mantuviese al mismo tiempo dos trenes de pensamiento simultáneos, y no se me ocurrió otra manera menos objetable de enseñarle que podría entretenerse mentalmente y evaluativamente que comparar diferentes tipos de pensamiento. Las inocentes canciones populares eran una manera inocua de hacer esto, y de darle la instrucción que yo creía necesaria.

Inesperadamente, la paciente aceptó mi explicación, y se interesó, en lugar de molestar, en “escuchar a dos orquestas diferentes, y a dos canciones diferentes y bastante tontas, al mismo tiempo.” En respuesta, yo comenté que sería un gran problema descubrir si ella estaba escuchándome a mí con un oído, y a las canciones con el otro. (Ésta fue otra distracción.)

Ella probó ser una sujeta hipnótica inusualmente capaz, y afortunadamente manifestó una completa confianza en mí, al despertar. Era una persona bastante hábil en el desarrollo de una amnesia hipnótica. Aparentemente su intención de escudriñar cuidadosamente mis directivas con extremo cuidado mientras estaba en trance, tenían el efecto de relegar cualquier comprensión y cualquier recuerdo adquirido durante el trance por la mente inconsciente.

FACILITANDO UN MARCO DE ACEPTACIÓN CON VERDADES PERSONALES

Durante los días siguientes, se obtuvo una historia informativa, de un amigo íntimo de la paciente. De esa información surgieron varios hechos que podrían ser utilizados para ayudar a la paciente a prestar más atención y a darle más crédito a las directivas del autor mayor. Gracias a estos medios, se le podría dar una mayor validez a las directivas del autor mayor, afirmados por el propio conocimiento personal de la paciente, en lugar que una validez lograda por una historia formal. Éste es un método mucho más efectivo, y puede ser utilizado para lograr una mayor cooperación por parte de la paciente.

R: Como ésta era una paciente particularmente difícil, que le puso a usted varias restricciones, fue particularmente importante lograr un marco de aceptación, expresando información con una particular fuerza de verdad para ella (verdades personales). ¿Cuáles eran los ítems de información que usted obtuvo, y cómo hizo uso de ellos?

FORMULANDO EL PLAN TERAPÉUTICO

La siguiente tarde de Sábado, comenzando a la 1:00 p.m., y terminando a las 5:00 p.m., fue compartida con la paciente. Al principio, parecía dubitativa, pero al final concluyó con que el autor mayor era totalmente honesto en sus intenciones para un directo, abierto manejo de su problema.

Se realizó un análisis de su problema, en forma escrita. Se le mostró una copia de este material, con ciertas oraciones y frases omitidas, y una copia en carbónico de la hoja que ella tenía entre sus manos se dejó “olvidada” sobre la mesa. La copia completa de todos los procedimientos que yo había planeado, sin omisiones,

fue guardada bajo llave en la cajonera de mi escritorio. El material editado fue cuidadosamente verbalizado para omitir el uso de palabras tales como “sugestiones de carácter terapéutico,” “racionalización,” “insospechados”, como partes del análisis general de su carácter. En otras palabras, el propósito era convencerla de que sus deseos serían satisfechos, y que yo sólo estaba buscando su ratificación, a mi entender, de sus deseos. Ella leyó el material cuidadosamente, coincidió con que el material que yo le había atribuido en mis referencias resumía adecuadamente sus pensamientos y sus deseos, y aceptó que si yo lo quería, podría proceder. Sin embargo, luego me interrumpió, para preguntarme qué era lo que yo haría con mi copia, y se le respondió que si ella decidía que la filosofía de vida que yo le daría era buena, me gustaría publicarla; pero que si la hallaba insatisfactoria, la tiraría, ¡qué otra cosa! Eso, dijo, parece razonable (no se dio cuenta de que el “qué otra cosa” fue un punto final efectivo para ese interrogatorio).

COMUNICACIÓN A DOS NIVELES

Mientras ella seguía despierta, se le explicó que podría y debería despertarse del estado de trance “en el momento en que fuera necesario.” Deliberadamente, las palabras “como ella lo considerara” no fueron agregadas. La implicación estaba allí, para la mente inconsciente; para su mente consciente la instrucción implicaba toda vez que *ella considerara* que era necesario. Si yo hubiera verbalizado “como ella lo considerara,” sería aceptado por su mente inconsciente también, y se requeriría un cuidadoso proceso de evaluación inconsciente. Yo esperaba, sin embargo, limitar su inconsciente sólo para las palabras usadas. El inconsciente es literal y tiende a aceptar sólo lo que se dice. Esto la paciente no lo puede apreciar, y entonces aceptó de buena fe exactamente lo que se dijo no críticamente, a nivel consciente e inconsciente.

UN DOBLE VÍNCULO UTILIZANDO LA CURIOSIDAD DE LA PACIENTE

Luego se le dijo que se le darían -quizá sistemáticamente, quizás al azar- una serie de informaciones válidas, curiosas, interesantes, y que su tarea sería obtener de todo aquello, el significado que le pareciera más satisfactorio. (Entonces no había más pistas que el orden de presentación de las ideas fuera deliberado, según sus significados, y puestas en orden para obtener ciertos resultados.) Nuevamente

accedió, aunque no se le dio mucho tiempo para que lo reflexione.

Luego se le dijo que estas mismas explicaciones le serían repetidas en el mismo estado de trance profundo, quizás no en la totalidad de palabras dichas, pero sí en su esencia, y su mente inconsciente podría chequear sus comprensiones inconscientes con las conscientes. Entonces, mediante una verbalización incompleta de las instrucciones, y mediante el pedido de que ella chequeara sus comprensiones inconscientes contra sus comprensiones conscientes, se le dio de nuevo, intencionalmente, la ilusión de haber comprendido todo completamente, consciente e inconscientemente. Ella no podría reconocer el «doble vínculo» que haría que ella no comprendiera ni consciente ni inconscientemente el procedimiento.

R: Éste es un ingenioso uso del doble vínculo entre la mente consciente y la inconsciente. Es particularmente efectivo en ella, precisamente porque ella estaba muy interesada en saber, a todo nivel, lo que usted estaba haciendo. Entonces usted utiliza esta curiosidad para efectuar el doble vínculo. Este procedimiento puede no funcionar como un doble vínculo en alguien menos curioso, porque la dinámica o energía interna para llevarlo a cabo estaría faltando. Éste es un excelente ejemplo de cómo la efectividad de los doble vínculos dependen de las características individuales de los pacientes.

UN MARCO DE ESCUCHA “SIN INTERRUPCIONES”

Un profundo trance somnam-bulístico fue luego logrado, y se le pidió que fuese paciente y considerada con cualquier ambigüedad en el significado de lo que el autor mayor dijera. (Ésta era una técnica de demora, para asegurar una completa consideración.)

El primer paso del procedimiento fue pedirle que alucinara, al igual que antes, las dos orquestas con sus respectivos cantantes, marcando el escenario para la evaluación sistemática de las ideas y comprensiones. Una vez que se preparó el escenario, se removerían las orquestas y los cantantes, y luego no permitiría que nada interfiriera con su tarea. De lo que la paciente no se dio cuenta fue de que su tarea era la evaluación de la *comunicación que se le ofrecería en su totalidad*, y de que no podría haber ninguna interrupción ni pausa. Debido a esto, ella estaba deliberadamente obligada, sin darse cuenta, a permanecer en un estado de prolongada receptividad hacia una gran variedad de ideas.

R: El trabajo preparatorio de escuchar a las orquestas con sus cantantes estableció un marco para que ella escuche una comunicación completa, total, sin ninguna interrupción, porque cuando estamos escuchando música, la seguimos hasta el final. Entonces, usted estableció un “marco de escucha sin interrupciones.” Esta aproximación, sin embargo, puede no funcionar en absoluto con un crítico de música, que está acostumbrado a interrumpir, mentalmente, la música, para poder apreciarla críticamente. Aquí nuevamente usted está siendo cuidadoso con la utilización de las características individuales de su paciente, en lugar de usar la misma aproximación para todos.

ACEPTANDO EL MODELO DE REFERENCIA DE LA PACIENTE: UTILIZANDO LA NEGATIVIDAD PARA ABRIR UN MARCO DE ACEPTACIÓN PARA UN INTERCAMBIO DE VALORES

Entonces, con una franqueza brutal, pero de una manera precisa y casual, a ella se le dijo que no sólo fue limitada por su accidente, sino que tampoco se podía decir que era una chica atractiva, ni siquiera bien parecida. El simple hecho, se dijo, era que era realmente poco dotada, y, que aunque a los hombres normales les atrae primariamente lo externo, ella, afortunadamente, poseía una gran inteligencia y una encantadora personalidad, incluso estando confinada a una silla de ruedas.

E: Un comienzo tan brutal, con comentarios tan negativos sólo parcialmente balanceados con un comentario favorable, tienen el único efecto de convencerla de mis propósitos sinceros. Haya estado bien o mal, no se me podrá acusar de tratar de ganarle con mis puntos de vista, para asegurarme su sumisión con palabras favorables y placenteras. La evaluación que ella hizo de lo que yo dije fue mucho más importante que el contenido de lo que yo dije, por cierto. Esa franqueza brutal también demostró mi falta de miedo a confrontar asuntos desesperados. Éste fue el primer paso en la orientación de sus esperanzas para una solución “no suicida” de sus problemas.

R: Usted fue muy cuidadoso de tomar conocimiento, y luego utilizar, la propia negatividad de la paciente, para que ella pudiera aceptar sus palabras. Yo creo que ella en parte acudió a usted porque también está confinado a una silla de ruedas, y debido a esto, también debe haber experimentado algunas de sus difíciles emociones. Ella está buscando desesperadamente una identificación en usted, que la ayudará a encontrar una solución no suicida para la resolución de sus problemas. Su

franqueza brutal enfrenta las necesidades conscientes que ella tiene, y abre un marco de aceptación para una posterior identificación terapéutica con usted. Al aceptar abiertamente sus modelos de referencia mentales, usted le está haciendo posible a ella el aceptar voluntariamente los de usted. Esto establece la interacción “I-thou”, que permite un rapport genuino, y un intercambio de valores.

POESÍA, PARÁBOLAS, JUEGOS DE PALABRAS, Y METÁFORAS: EVOCANDO PROCESOS IDEODINÁMICOS TRANSFORMISTAS

El autor mayor continuó: “Pero los hombres son unas criaturas tan curiosas que serán atraídos y se casarán con cualquier cosa que pertenezca al sexo femenino. Imagínesse a un hombre casándose con una mujer ubangi con un hueso en la nariz, *pero los hay*. E imagínesse a una mujer de Burundi con cuello de jirafa, pero sus maridos las aman. Y piense en ese hombre históricamente feliz y contento, Jack Sprat y a su esposa-tubo. Sólo Dios sabe lo que ella vio en él, y lo que él vio en ella, pero *el amor es ciego, todas las autoridades lo dicen*. [Una comunicación importante, no reconocida como tal.] Y por favor nunca le diga al Sr. Hipopótamo que la Sra. Hipopótamo no tiene una hermosa sonrisa. [No hubo manera de asegurar, sólo de esperar, que la paciente en el profundo trance pudiera captar el triple juego de palabras tan pertinentes para ella en su condición “hip-pot-mus (mess)” (nota del traductor: Juego de palabras intraducible: En inglés, “hipopótamo” es “hippopotamus”. “Hip”, es cadera; “pot” es urinal, y “mess” (que suena prácticamente igual a “mus”, es “lío”, “desastre”.) En otras ocasiones, juegos de palabras todavía más oscuros fueron captados por pacientes en estado de trance. Esta paciente estaba indignada con sus “caderas”, habló del “urinal”, y dijo que el área de sus caderas era un “desastre.” Llamar a las cosas por su nombre, especialmente en el lenguaje del paciente, aunque no sea reconocido en el momento, en general acelera la terapia al convencer al paciente de que el terapeuta no le teme a su tarea, y que la reconoce con claridad.] Y, por supuesto, ¿Podría haber un amor más divino que aquél de los jóvenes Hotentotes, los de los ojos centelleantes, fantaseando eróticamente acerca de la belleza de las steatopigia, las hembras de sus sueños, de desagradables, tumorosos traseros? Gracias a Dios que existe la Curva Gaussiana, la curva de la distribución natural [en algún lugar de la curva, ella debe haber], y aquel dicho de que “para cada Raquel hay un Rubén, y para cada Rubén hay una Raquel” [una vieja canción infantil parafraseada). El Este es el Este, y el Oeste es el Oeste, y nunca los pares se encontrarán”, no se refería a los miembros del sexo masculino y femenino.”

E: Desde aquél desagradable y negativo comienzo, en la sección anterior, se llega a un final de sección marcada-mente positivo. Se mezclan un alegre juego infantil, poesía de la juventud, el deseo de adultez, todos combinados por la poesía, que no puede ser discutida. Ella no puede encontrar nada con lo que discutir. Fue capturada en una corriente de ideas viajando a través de un camino emocional, que termina bien.

R: La poesía, las parábolas, los juegos de palabras, las metáforas (el amor es ciego), todos fluyen juntos, de una manera que en realidad utiliza las ideas negativas que ella tiene de sí misma. Los juegos de palabras tienden a evocar procesos inconscientes de búsqueda, y la poesía, las parábolas, y las metáforas, abren dimensiones de la mente que apuntan a algo que está por debajo de los puntos de vista limitados de su mente consciente. Ella es una persona muy agraciada, buscando una filosofía de vida, y usted alcanza esta necesidad con palabras que están dentro de sus “realidades” negativas, y luego apunta más abajo con las metáforas poéticas y las parábolas. El rico uso que usted hace de las palabras “curioso,” “imaginar,” “amor,” “cielo (Dios),” “divino,” “esperanza,” “ojos centelleantes,” “fantasía,” “fantasía erótica,” “belleza,” “sueños”, tiende a evocar procesos ideodinámicos no racionales (del hemisferio derecho), que pueden ser unos potentes transformadores de los puntos de vista fijos y limitados que ella tiene acerca de la situación de su vida.

MÁS POESÍA, PARÁBOLAS, JUEGOS DE PALABRAS, Y METÁFORAS: EVOCANDO BÚSQUEDAS INTERNAS Y PROCESOS DE TRANSFORMACIÓN TERAPÉUTICA

Luego rápidamente, haciendo un veloz cambio en el tono de voz y en las ideas, antes de que la paciente pudiera apreciar los valores de las ideas individuales presentadas, le dije, con una entonación de advertencia: “Y nunca se olvide del pequeño niño parado en puntas de pie, conteniendo la respiración, con una brillante expectativa en los ojos, con cada movimiento y *falta de movimiento* [¿Cómo podría la paciente aprehender conscientemente, de este tipo de entonación, la idea de “parálisis de la cintura para abajo”?] demostrando alegría, confianza, seguridad, en que el obsequio que se le está ofreciendo es el *largamente esperado* [“largamente esperado” es un par de palabras pertinente y potente] regalo de Santa Claus [una figura mítica, de la que uno cree que es una fuente ilimitada de fe; reconociendo que la paciente está pidiendo un obsequio milagroso de un espe-

rado Santa Claus].

“Ojos expectantes, confianza, seguridad de ser y de saber, sólo esperando recibir, y así sigue, año tras año, generación tras generación tras generación.” [¿Qué más quería la paciente sino “generación tras generación tras generación”? ¿De qué manera podría ésto ser dicho sino en lenguaje infantil, recordando la creencia en Santa Claus, y con las firmes convicciones y recuerdos, atados a las palabras adultas? No había otra manera de que la paciente lo comprendiera excepto en términos de una intensa creencia y emoción infantil, con todas las actitudes de aceptación. ¡Recuerden cuánto quería ella a sus abuelas!]

“También considere al tonto hombre de negocios con buen trabajo y muchas preocupaciones, preocupaciones, preocupaciones, hasta que las preocupaciones que están en su cabeza hacen un agujero en su estómago. Él lleva sus preocupaciones de arriba hacia abajo, y desea, en vano, librarse de sus preocupaciones, que están abajo, en su estómago. ¡Pobre tonto! Él no recuerda cómo en la casa de su fraternidad vio a alguno de los hermanos de su fraternidad tomar salsa de manzana, poniéndola ‘abajo en el estómago’, y así poner fuera de él a su problema imaginario, abajo, en su estómago. Cualquier cosa que sea lo que está abajo, en esa pobre persona, [la paciente también es una ‘pobre persona’], siempre puede llevarla de abajo hacia arriba.

“Porque, yo puedo incluso tomar este trozo de papel escrito y mostrárselo a usted o a mí mismo [demostrando], y, como puedo leer de arriba hacia abajo, ambos podemos quedar complacidos. [Un macho y una hembra en yuxtaposición, ambos complacidos. Los elementos básicos que se mencionan, aparentemente irrelevantes, se hacen más competentes al ver la necesidad que hay de comprenderlos. Yo era un hombre, ella una mujer, estábamos en yuxtaposición; y ambos podíamos quedar complacidos leyendo lo mismo, haciendo algo juntos, yo a mi modo, ella al suyo. ¿Qué era lo que ella quería? Un marido en yuxtaposición, ambos complacidos. De ninguna manera la paciente se alarmó. En lugar de ello, me siguió con curiosidad, con los valores simbólicos escapando de su total comprensión, pero convirtiéndose en una parte de una serie consistente de simbolismos parcialmente recibidos.]

“¡Oh, sí, ‘haciendo lo que es natural’! “[Volviendo a la primera sesión, volviendo al comienzo de la segunda sesión -¿pero por qué?]

“Entre todas las personas, desde las más primitivas hasta las más civilizadas, hay un lenguaje metafórico, desde ‘y cuando ellos... pasen entre los invitados, separados de las estrellas en el césped, y... alcancen el punto... dé vuelta un vaso vacío’ hasta ‘Él no conoce su cabeza en un agujero en la tierra.’ [El vaso y la tierra están vacíos, pero, ¡qué diferencia en ese vacío! La paciente hará comparaciones y contrastaciones y, “haciendo lo que es natural”; todo con cierto sentido. Todo esto seguramente no fue muy interesante para la mente consciente, pero para las ineludibles connotaciones inconscientes fue como tocar cosas conocidas y desconocidas, consciente e inconscientemente.] “Por ejemplo, puedo preguntarle a usted, ahora mismo, durante el profundo trance, ¿Cuál es su pulgar dominante?”. O sea, ¿Es pulgar -derecha o pulgar - izquierda? - y no lo sabe, es más, no sabe cómo averiguarlo. [Años de estudio dieron a luz que unos pocos estudiantes naives realmente comprendieron la pregunta.] Su cuerpo lo sabe, pero usted no, ni consciente ni inconscientemente, ¿no es cierto? [Ella niega con la cabeza, frunciendo el ceño perpleja, dando a entender que no.] Bueno, apriete sus manos sobre su cabeza, y manteniéndolas unidas, bájelas hasta su cuello. ¿Qué pulgar está más alto? Ése es su pulgar dominante. Usted ha sabido durante años qué era pulgar - derecha, pero no, nunca había tomado conciencia de que no lo era. Ni siquiera pensó en ello alguna vez. Es ‘no natural’, para su pulgar derecho, estar más arriba.

“Yo me di cuenta de que usted era pulgar - izquierda, ojo -izquierda y oído-izquierda la semana pasada, y me hice a la idea de que usted debería tener libre acceso a lo que su mente consciente sabe acerca de su cuerpo, pero no sabe que sabe, y lo que su cuerpo sabe bien, aunque ni su mente consciente ni la inconsciente lo sepan abiertamente. *También usted puede utilizar todos los conocimientos que tiene, conocimientos del cuerpo y de la mente, y utilizarlos al máximo.* ¿Qué es lo que su cuerpo sabe bien, lo que usted sabe consciente e inconscientemente? ¡Sólo esta pequeña cosa! Usted cree que el tejido eréctil está en los genitales, *sólo en los genitales.* ¿Pero qué sabe su cuerpo? Sólo golpee su suave pezón con sus dedos pulgar e índice, y vea cómo se para, en protesta. Él sabe que tiene tejido eréctil. Usted ha tenido ese conocimiento, sin saberlo, durante mucho tiempo. ¿Y dónde más tiene tejido eréctil? En el Estado de Nueva York, usted sale de su casa, con treinta grados bajo cero, y siente que su nariz se pone rígida. ¡Naturalmente! ¡Tiene tejido eréctil! ¿Por qué otra razón se pondría rígida? Y observe esa diosa (nota del traductor: el autor utiliza la expresión vulgar “hot baby”, que traducida literalmente sería “bebé caliente.”) rogando por un beso del hombre que ama, ¿ve cómo su labio superior se achica, y se calienta? ¡Tejido eréctil en el labio superior! [El uso de adjetivos crudos es deliberado e intencional.

La paciente necesita aceptar ideas. Entonces, para asegurar la aceptación, se le da algo para que lo rechace, los adjetivos crudos. La presentación de cierta rudeza en las comprensiones terapéuticas, como en las dietas, es esencial. Los terapeutas que insisten con que todo lo que presentan es bueno o aceptable - y debe ser aceptado porque siempre está planteado con lenguaje y maneras corteses -están equivocados. No hay necesidad de causarles a los pacientes el deseo obligado de proteger y respetar lo que aceptan. Entonces, hay que permitirles a los pacientes reverbalar las ideas presentadas según a ellos les plazca. ¡Luego se convierten en las ideas propias de los pacientes!]

“Y ahora llegamos a ese hueso del dedo del pie conectado al hueso del pie, y a todo el resto de las *conexiones*. [Una palabra que tiene más de un significado, particularmente teniendo en cuenta este material.] ¡Déjeme verbalizarlas! Los genitales externos están conectados a los genitales internos, y los genitales internos están conectados a los ovarios, y los ovarios están conectados a las suprarrenales, y las suprarrenales están conectadas al sistema cromático, y el sistema cromático está conectado a las glándulas mamarias, y las glándulas mamarias están conectadas a las paratiroides, y la tiroides está conectada al cuerpo carótido, el cuerpo carótido está conectado al cuerpo pituitario, y el sistema de todas estas glándulas endocrinas está conectado a las sensaciones sexuales, y todas sus sensaciones sexuales están conectadas a todas sus otras sensaciones y sentimientos, y, si no lo cree, permita que un hombre que le gusta le toque los senos, y sienta la sensación caliente, embarazosa, que siente en su cara, y sus sensaciones sexuales. Entonces sabrá que todo lo que yo dije es verdad, y si todavía no lo creyera, inténtelo, pero el tono rojo que adquirió su cara recién indica que ya lo sabe.

“Entonces siga respirando lentamente, repase cuidadosamente cada palabra que yo le haya dicho, trate de disputar, de discutir conmigo. Trate de no estar de acuerdo, pero más lo intente, más se convencerá de que tengo razón.

“¿Y qué bien le causará a usted? ¡Usted! ¿Quiero decir usted? ¡Sólo pare y piense! ¡Entra a una casa! Allí hay un bebé, con la cara sucia, con la nariz sucia, y su cara se enciende, y corre hacia usted tan feliz porque *sabe* que es un hermoso bebé, y que a usted le gustará, y que a usted le gustará criarlo. ¡Usted sabe qué es lo que hará! ¡También el bebé! *Usted no puede ayudarse a usted misma.* (Un comentario negativo con significado positivo.) Y luego usted entra a otra casa, y allí hay un hermoso niño, con bucles, limpio, prolijo, perfecto, pero su cara dice,

“¿Quién, *quién*, querría criarme a mí? Ciertamente, usted no, coincide con el niño, y desea encontrar a sus padres y golpearlos, por no saber tratar al niño, porque usted quiere que nunca más, nunca más, ese niño le vuelva a hablar de esa manera.

“Ahora haga que sus ojos centelleen, expectante, tenga confianza, feliz. Su romance está a la vuelta de la esquina (un comentario crucial), no sé cuál esquina (un comentario que deja la cuestión sin decidir, por lo que requiere consideración posterior), *¡pero está a la vuelta de la esquina!* Nunca se olvide de que hay una Raquel para cada Rubén, y un Rubén para cada Raquel, y cada Jean tiene su Jock, y cada Jock tiene su Jean, y, a la vuelta de la esquina, está su ‘John Anderson, mi Jo’.

“Usted tendrá alguna que otra duda, pero naturalmente, estará equivocada! Su cuerpo lo sabe, también su mente consciente, también su mente inconsciente. Sólo usted, la persona, no lo sabe. Entonces, *¡yo le diré lo tontita que es!* [Ella sólo se puede defender de la acusación de “tontita”, pero para hacerlo debe admitir que sabe que lo que el autor está por decir es verdad.]

“¿Hay algo más estático que el primer dulce beso de verdadero amor de la hembra? ¿Hay algún mejor orgasmo? ¿O la primera vez que los pequeños labios del bebé entran en contacto con el pezón de la madre? ¿O la mano de su amor tocándole los senos desnudos? ¿Alguna vez ha sentido los escalofríos, yendo todo a lo largo de su columna, cuando la besan en la nuca?”

“Los hombres tiene sólo un lugar en el que llegan al orgasmo - las mujeres tienen muchos.”

“Continúe con el trance, evalúe estas ideas, asegúrese de su validez.”

“A las cinco en punto la llevaré hasta el auto que la pasará a buscar. Me verá a la misma hora, el próximo sábado. Excítese en el auto.”

La entrevista fue terminada abruptamente. Fue conducida hasta el auto que la estaba esperando, y el autor mayor le solicitó silencio al conductor, poniéndose el dedo índice en sus labios.

R: Usted continúa su aproximación poética con un increíblemente buen vuelo de

ideas, con particular énfasis en evocar procesos ideodinámicos para la transformación de su actitud, que alcanzan a la personalidad de la infancia (Santa Claus) y se extienden hasta la adulta (esposo, casa e hijos) y más allá (generación tras generación). Usted utiliza una combinación de todas las aproximaciones para la sugestión indirecta y para el inconsciente que nunca antes había desarrollado, incluyendo la confusión, las sugerencias entremezcladas, y la aposición de opuestos (macho y hembra; lenguaje brutal con lenguaje poético). Usted la apabulla completamente, de manera que hay una carga cognitiva tan grande que su mente consciente no tiene manera de manejarla. Ella, entonces, es enviada a una furiosa búsqueda interna de significados y modelos de referencia que puedan manejar su tiroteo. Esta búsqueda interna, evocará naturalmente procesos inconscientes de transformación en una dirección terapéutica. Usted luego la frena abruptamente, y la manda a su casa en silencio, no sea que su mente consciente tenga la oportunidad de limitar el proceso que usted puso en funcionamiento.

LA ALTERACIÓN DE LA HIPNOTERAPIA Y EL CONSEJO: LA TERMINACIÓN DE LA TERAPIA

El siguiente sábado fue de interés inusual. La paciente deseaba consejos en relación a un trabajo de graduada avanzada. No hubo ningún pedido de terapia, ni éste le fue ofrecido. El autor estaba obviamente cumpliendo el papel de consejero académico profesional calificado. Se perfiló una carrera como post-graduada, y sus visitas se discontinuaron. (Una amnesia, de carácter comprensible, parecía estar presente, pero no se hizo ningún intento de chequearla. Los resultados clínicos eran el objetivo, no chequeos experimentales.)

R: He notado el mismo fenómeno, en el cual pacientes retornan luego de una particularmente intensa sesión hipnoterapéutica con una amnesia aparente y una necesidad de simplemente discutir la situación de su vida y de sus planes con un consejero en vez de con un terapeuta de profundidad. Parece haber una especie de aversión a la discusión de los resultados de la sesión hipnoterapéutica previa. Los pacientes parecen integrarla a nivel inconsciente, y la mente consciente quiere pasar al asunto siguiente. Gran parte de mi trabajo tiene este ritmo particular, en el cual el trabajo hipnótico profundo se alterna con “suaves” consejos, en sesiones alternadas.

UN SEGUIMIENTO DE DIEZ AÑOS

Luego de dos años, ella se casó. Su marido era un dedicado investigador, y su campo de interés era la biología y la química del colon humano. Estuvieron casados a lo largo de diez años, y tuvieron cuatro hijos, todos nacidos por cesárea.

Diez años después del casamiento, el autor mayor fue a dar unas clases al Estado en el que ella residía. Ella leyó que el autor estaba allí, por lo que lo telefonó, pidiéndole que almorzara con ella al día siguiente. Antes de verla, se hicieron tres copias de una serie de preguntas. En una copia se escribieron las respuestas, y se sellaron en un sobre. Las otras dos copias fueron guardadas en sobres separados.

Al encontrarse con ella, el autor mayor le hizo dos preguntas introductorias: “¿Por qué me invitó a almorzar?” Su respuesta, sorprendida, fue, “Sé que es extraño, pero usted fue profesor de mi clase en la universidad en varias oportunidades, y sentí que me gustaría invitarlo a almorzar.”

“¿Hay alguna otra razón?”

Sorprendida, respondió, “No, me doy cuenta de que soy presuntuosa, ya que en realidad no lo conozco, ni usted me conoce a mí, aunque espero que no le moleste.”

El autor mayor respondió, “Aquí hay un sobre cerrado. Póngalo en su cartera. Cuando se siente, lea las preguntas que están dentro de este otro sobre (le entrega un sobre abierto), y respóndalas, por favor, en la hoja, en lápiz. Use las palabras “sí” y “no” todas las veces que le sea posible.”

Ella miró desconcertada al autor mayor, leyó las preguntas, respiró profundamente, y dijo, “Si fuese cualquiera excepto usted, le pegaría una cachetada, o le pediría al mozo que llame a la policía. Pero por alguna razón, en lo profundo de mí, no se por qué me encantará responderlas.”

El autor mayor dijo, “Mientras lo hace, me sentaré en otra mesa, dándole la espalda a usted, y escribiré lo que me parezca que usted va a responder. Luego me gustaría saber cuánto coinciden nuestras respuestas.” Nuevamente ella respiró profundamente, diciendo, “Realmente no lo entiendo, pero está bien.”

De acuerdo a esto, los dos cuestionarios fueron respondidos, y las preguntas con sus respectivas respuestas están en la tabla.

(Para la comprensión de la naturaleza humana del autor mayor, se consideró que lo mejor sería dar por terminado el cuestionario en este punto. Se deseaba obtener mucha más información, pero uno no puede arriesgar un éxito clínico ante la posibilidad de una aclaración académica parcial.)

Tabla

Pregunta	Rta. de Ella	Rta. del Autor	Rta. del sobre cerrado
¿Cuántas veces por semana hacen el amor usted y su esposo?	3-4	3-4?	3-4?
¿Tiene usted orgasmos - sí o no?	sí	sí	sí
1 Lado derecho, o 1 y 2, o ambos *	sí, todos	1&1 y 1&2	1&1 y 1&2 sí, todos
Pregunta	Rta. de Ella	Rta. del Autor	Rta. del sobre cerrado
1 Lado izquierdo, o 1 y 2,	sí	1&1 y 1&2	1&1 y 1&2
A veces 1 izquierdo, 2 derecho, y viceversa	sí	sí	sí
A veces 1 derecho, 2 izquierdo	sí	sí	sí
Explicar las dos últimas preguntas con tres palabras lo mejor que pueda	pezón, o pezón y seno, o uno o ambos depende	Al mismo tiempo ambos pezones y ambos senos, o por separado, o combinaciones	Al mismo tiempo ambos pezones y ambos senos, o separadamente, o combinaciones
Cuello	a veces, en la base	quizás	quizás
Labios	superior	superior?	superior?
Lóbulos	no	?	?
Nariz	no	?	?
Cabeza	no	?	?
Nuca	a veces	?	?
Otros	entre los senos	omóplato	omóplato
¿Hay otros placeres sexuales?	sí	no me interesa	no me interesa

Pregunta	Rta. de Ella	Rta. del Autor	Rta. del sobre cerrado
¿Se da usted cuenta de que tiene la total libertad de tener la amnesia que desee para este interrogatorio, el pasado, y todo otro rol posible mío - si es que tuve algún rol?	sí	no me interesa	no me interesa
¿Sabe usted que le estoy muy agradecido, aunque más no sea gratitud causada por el placer de haberla conocido?	yo le estoy agradecida a usted, pero no veo por qué usted a mí	eso espero	eso espero
¿Me tratará meramente como a un amigo con intereses comunes en la investigación científica si lo desea?	sí	eso espero	eso espero

* El uno (1) se refiere al pezón y el dos (2) se refiere al seno en su totalidad. Este código había sido establecido cuando el trabajo hipnótico original se llevó a cabo, años atrás.

Se le pidió que quitara el sobre sellado de su cartera, y que comparara esas respuestas con las que ella había escrito.

Ella hizo eso, dirigiéndole miradas sorprendidas al autor. Finalmente, el autor mayor dijo, “Las respuestas que yo acabo de escribir coinciden con las del sobre cerrado, que tiene el n° 3, las que fueron escritas ayer a la noche. Aquí tengo el sobre n°2. El de usted es el n°1.”

Luego de una larga pausa, ella preguntó, “¿Qué significa esto? Sé que usted no es un psíquico. Pero obviamente yo tengo una amnesia, si no usted no podría tener esa información mía, de carácter tan confidencial y detallado. ¿Fui yo paciente suya alguna vez?”

¿Qué le parece?

“¡Obviamente! Permítame ver si puedo recordarlo. Tengo la sensación de que usted me dio algo muy lindo, y luego desapareció de escena, por lo que no pude agradecerle. Si lo recuerdo, ¿deberé seguir recordándolo?”

“No, no debe recordarlo. Ahora sé que algunas ideas que yo tenía eran ciertas, por lo que estoy muy contento.

“¿Lo publicará? Y si lo leo, ¿lo recordaré?”

“Trataré de escribir ciertas instrucciones escondidas, para que usted olvide todas las identidades que haya, si es que las hay. Usted sabe, y yo sé, que hay otras personas como usted, y usted no sabe cuántas conozco yo. Pero diré lo siguiente. Chequearé hasta cierto punto a cada uno que haya tratado. Chequearé, cuando me sea posible, a los que no he tratado. Quizás alguien lo aprendió espontáneamente y me enseñó a enseñarle a otros. Quizás otros lo aprendieron espontáneamente y me convencieron de que hay que hacer interrogatorios siempre que sea posible. Usted es una posibilidad. Mi reporte será científicamente confiable, la “máscara” usada servirá solamente para ocultar las identidades de las personas envueltas, y tengo mucha confianza en la validez del método.

R: La historia de este caso, las presunciones, su validez y aplicabilidad, deja mucho que desear. No hay dudas de que la paciente salió verdaderamente beneficiada. Esto queda bien establecido, no hay ninguna duda, luego del paso de tantos años. Cuánto crédito hay que darle al autor mayor es una seria pregunta. Que él se merece al menos un poco de crédito por iniciar la recuperación resulta obvio, pero ¿esa recuperación deriva de las capacidades naturales del cuerpo para sanarse a sí mismo una vez orientado, o sirven los procesos psicológicos por sí mismos, de la manera en que fueron empleados, para iniciar nuevos caminos neurológicos de respuesta, y de esa manera despiertan potencialidades que de otra manera serían irrealizables? Este reporte posee serias preguntas concernientes al inter-juego de las relaciones neurofisiológicas, y las metodologías posibles para su activación.

CASO 14: SHOCK PSICOLÓGICO Y SORPRESA, PARA TRANSFORMAR LA IDENTIDAD

(Escrito previamente no publicado del autor mayor, editado para su publicación aquí, por el autor junior.)

Meg tenía veinte años de edad. Había completado la escuela secundaria y el secretariado, y había trabajado durante tres años para un médico, y un año para un hombre de negocios. Era la hija mayor de una unida familia, que consistía en sus hermanas, su madre viuda, y dos tías solteras. Contribuía con su familia, dándole todos sus ingresos, por lo que sus gastos personales estaban tan rígidamente limitados como supervisados.

A la edad de veintiuno, conoció en la iglesia a un joven perteneciente a la

Armada, y ambos sintieron una gran atracción entre sí. Sus encuentros estaban confinados a la iglesia, la casa de la madre, o, si iban a algún otro lugar, era en compañía de una o ambas tías. A pesar de todas estas dificultades, hubo una propuesta de matrimonio, y fue aceptada con la total aprobación de la familia, dentro de los seis meses, ya que el joven estaba completando su temporada de servicio y debía regresar a su hogar, a más de tres mil kilómetros de distancia. Él deseaba llevarse a Meg como su esposa, pero ella declaró que necesitaba tiempo hasta Junio, para lo que faltaban seis meses, con el fin de prepararse. A medida que Junio se iba aproximando, las cartas de Meg contenían más y más pedidos de aplazo de la boda hasta Diciembre, hasta que el joven finalmente consintió. Pero la boda de Diciembre fue aplazada hasta Junio, y ésto continuó durante tres años.

Durante el tercer año, Meg abandonó su posición de secretaria del médico, y ocupó una en una firma de negocios, al mismo tiempo que fue a otro médico, al que le presentó vagas, poco realistas quejas. Él era recto y amable, pero impaciente ante sus quejas, y francamente, no creía en ellas. Meg retornó unas semanas después, quejándose de unas voces que le hablaban durante el día y que la despertaban durante la noche. Mientras le contaba su historia, hacía pausas de uno o dos minutos, durante los cuales permanecía con la mirada perdida en el espacio. El médico, un practicante general, se alarmó, y trató de enviarla a un psiquiatra - el más cercano estaba a 250 kilómetros de distancia - pero ella se negó. Cuando él intentó convencer a la familia, se le dijo que cuidara de ella él mismo. Intentó hacerlo, pero reconoció su falta de conocimientos. Finalmente, luego de meses de laborioso esfuerzo, persuadió a la familia a que le trajese a Meg al autor mayor. Fue acompañada en el tren por su madre, ambas tías, y dos hermanas ya crecidas.

La entrevista con Meg fue más que nada informativa. Las alucinaciones auditivas que ella declaró haber experimentado durante seis meses eran poco convincentes psiquiátricamente. Sus repentinos lapsos de miradas perdidas en el espacio parecían ser más una pose que un síntoma.

Se requirieron dos horas para obtener la historia detallada más arriba, los hechos adicionales que la asustaban de abandonar su hogar, que su prometido no aceptaría vivir en Arizona, que no podía abandonar la esperanza del casamiento, y que la ayuda médica debería corregir todos estos temas.

Adicionalmente, ella insistió en la validez de sus alucinaciones auditivas e insistió con que no podía viajar en micro, tren, avión, o automóvil excepto en compañía

de su familia. Adquirió la pose de mirar hacia el infinito durante la última parte de la entrevista. También expresó desesperadamente la absoluta convicción de que estaba más allá de cualquier ayuda médica.

INDUCCIÓN DEL TRANCE Y SUGESTIONES POSTHIPNÓTICAS

La segunda visita fue similar a la primera. El autor mayor perentoriamente se rehusó a escuchar sus quejas excepto que ella “se durmiera y hablara con la mente inconsciente, pero sin decir nada que no quisiera decir”. Mediante sugerencias cuidadosamente verbalizadas, se indujo un trance medianamente profundo, en treinta minutos. Este trance fue utilizado para darle a ella enfáticas sugerencias posthipnóticas al efecto de que, en respuesta a la escucha por parte del autor mayor de todos sus miedos y alucinaciones durante el resto de la sesión, ella escucharía atentamente todas las muchas cosas que él diría en la ocasión de la visita siguiente; que hasta entonces ella sentiría una enorme curiosidad hacia lo que él fuese a decir. Se hicieron muchas repeticiones de esta instrucción en términos ligeramente variados, para asegurar una total comprensión.

Ella salió del trance e hizo un largo reporte de todas sus alucinaciones auditivas, y un breve reporte de su imposibilidad de abandonar su hogar, la todavía mayor imposibilidad de abandonar Arizona, y su necesidad de tener a cuatro o cinco miembros de su familia acompañándola sólo para venir a las entrevistas con el autor mayor. Nuevamente el autor llegó a la conclusión de que la exposición psiquiátrica que ella ofrecía de sí misma era sólo una pantalla sintomática para esconder su verdadero problema.

Transcurrieron tres semanas hasta su siguiente visita, en esta ocasión con cuatro miembros de su familia acompañándola. Ella obviamente estaba ansiosa, curiosa, expectante, aunque con miedo hacia lo que el autor mayor diría acerca de ella, e intentó demorarlo al declarar que tenía algunos «nuevos problemas”.

R: Usted utilizó su comportamiento presente de una manera realmente ingeniosa. Su mayor comportamiento era el de querer presentar sus quejas acerca de las dificultades de su vida. Durante esta segunda sesión, usted bloqueó sus quejas durante el tiempo suficiente como para inducir un trance. Luego usted utilizó la necesidad que ella tenía de quejarse aún más, haciéndola una condición para escuchar atentamente lo que usted diría en la sesión siguiente. Ella se quejó durante el

resto de la sesión, por lo que debía escucharlo a usted en la siguiente. Usted aumentó su *curiosidad* al decirle que estaría realmente curiosa hacia lo que usted le diría, ¡y luego permitió que esa curiosidad se fuera construyendo a lo largo de tres semanas!

E: Sí, la amarré.

SUGESTIONES DIRECTAS MIENTRAS SE DESPOTENCIA LA RESISTENCIA

Se le dijo, con firmeza, que cerrara los ojos y que escuchase, que se “durmiera” si quería, pero que debía escuchar. Cuando cerró los ojos, el autor mayor comenzó con una serie de instrucciones: (1) debía mudarse de la casa materna con otras jóvenes, durante la semana. Esto le sería explicado a su familia como una orden médica. (El médico de la familia fue consultado previamente, y aceptó.) (2) Ella depositaría el cheque de su sueldo y pagaría sus gastos. (3) No recibiría a ningún miembro de su familia en su nueva casa. (Sus tías solteras vigilaron durante semanas, todas las noches, esa calle.) (4) No haría ni llamadas telefónicas ni visitas a su familia, y viceversa. (5) Los contactos con su familia se reducirían a breves encuentros de no más de tres minutos, en la iglesia. (6) Debería ir al teatro, comer en restaurantes, y patinar con sus compañeras de cuarto. (El médico de la familia dio información muy valiosa, incluyendo la posibilidad de dos compañeras de cuarto para ella.) (7) Invitaría a sus compañeras de cuarto a una aventura que sería ir en micro hasta la ciudad, ida y vuelta. (8) Debería venir completamente sola, dos semanas después, a ver al autor mayor. (9) Una, y sólo una de las instrucciones precedentes, podría ser modificada, y por consiguiente violada, pero no demasiado, y esto la confortaría, y le permitiría obedecer el resto de las instrucciones, y la modificada, más satisfactoriamente.

Una y otra vez estas instrucciones fueron repetidas hasta que desarrolló un estado de trance, del que salió al final de la sesión. Las instrucciones fueron entonces repetidas nuevamente, y se hizo una cita para dos semanas más tarde.

E: El propósito del permiso para violar y modificar una de las instrucciones era asegurar psicológicamente la aceptación de las otras. Entonces, al violar legítimamente una, podría cumplir, al menos en parte, las autoritarias instrucciones.

R: Cuando usted hace sugerencias directas, toma la precaución de proveerla de algunas opciones que puede rechazar. Usted ya habló de esto, llamándolo el derecho del paciente a triunfar y a equivocarse (Erickson, 1965). El permitirle a la paciente que rechace algunas sugerencias, tiene el efecto de despotenciar la resistencia, por lo que las otras pueden ser llevadas a cabo.

E: Cuando se le permite al paciente violar algunas sugerencias, queda en deuda con uno, por lo que debe cumplir con las otras.

Ella estaba definitivamente orgullosa de su conducta, y fue rápidamente interrumpida cuando intentó dar una explicación acerca de la presencia de su madre. (Era mejor para ella sentirse culpable por el autor mayor antes que por su familia.) Se indujo inmediatamente un profundo estado de trance.

Durante un trance medianamente profundo, fue instruida para ejecutar las siguientes tareas: (1) Viajar en un automóvil privado, acompañada de amigas, hasta cruzar la línea del Estado (nunca la había cruzado, aunque quedaba a unas pocas millas de su casa), y luego cenar, con esas amigas, en un restaurante que quedase al menos a 80 kilómetros de su casa. (2) Viajar en automóvil con sus amigas hasta cierta ciudad específica, haciendo un viaje de al menos trescientos kilómetros en un solo día. (3) Que considerara seriamente la posibilidad de mudarse a Phoenix, consiguiéndose un nuevo trabajo, y viviendo de sus ahorros hasta que ese nuevo trabajo fuese hallado. (4) Pasarse la siguiente media hora llorando, temblando, asustada, temiendo todas estas tareas, y al mismo tiempo tomando conciencia de que debería cumplir al menos una de estas tareas por semana, y que a la cuarta semana debería venir a Phoenix sola, preparada para quedarse una semana, para buscar trabajo y alojamiento, y cumplir una cita con el autor mayor.

Ni durante la sesión previa ni durante ésta, se hizo mención alguna de «las voces.» Sin embargo, cuando se completó esta serie de sugerencias, ella dijo: “Las voces-” pero fue interrumpida por la aguda declaración, “Ninguno de los dos ha creído realmente en esas voces. Usted le hizo al Dr. X creer en ellas, pero a mí no. Ahora, hará todo lo que yo le dije, o el Dr. X y yo haremos que usted haga lo que más teme. Si usted es obediente, le permitiremos construir su fuerza.”

E: ¿Qué otra cosa, aparte de obedecer, podría haber hecho una chica completamente dominada durante toda su vida? Esta sumisión de toda una vida hizo posible la terapia empleada.

R: He notado que cuando usted da órdenes sugeridas, lo hace generalmente a personalidades que han sido entrenadas, durante sus vidas, a aceptarlas. Entonces, usted está nuevamente utilizando las propias necesidades de la personalidad de la paciente para asegurarse de que sus sugerencias serán aceptadas.

ROMPIENDO LA DEPENDENCIA FAMILIAR

Un mes después, ella entró al consultorio para reportar que todas las tareas habían sido cumplidas. Había tardado un día en encontrar alojamiento, y otro día en encontrar trabajo, y comenzaba el lunes. (Había perdido tres días forzándose a sí misma a venir a Phoenix. Luego, con gran intensidad, preguntó cuándo podría volver a visitar su hogar. Se le informó, casualmente, “Hay un micro que sale para su ciudad esta tarde. Podrá hacerle una visita sorpresa a su madre esta noche, justo a tiempo para cenar. Puede quedarse allí a dormir, ir a la iglesia a la mañana, y volver con el último micro de la tarde, que llegará a Phoenix a las 10:00 p.m.. Hará, entonces una placentera visita a su hogar. Esto podría ser una buena idea, cada una, dos, o tres semanas.”

Ella se sentó, en silencio, contemplando al autor durante los siguientes quince minutos. Luego, preguntó, “¿Puedo darle a mi madre mi nueva dirección?” No se le había dado ninguna instrucción acerca de eso, y su pedido fue interpretado como su propio y significativo deseo de comenzar con el fin de la dominación familiar, y cortar los lazos de dependencia. Se le respondió, «Su madre conoce mi dirección y número telefónico. Sólo déme a mi su nueva dirección y número telefónico, y, en caso de emergencia, su madre podrá ponerse en contacto con usted a través de mí.» Ella asintió con la cabeza, dio la información requerida, y se fue, sin completar el tiempo asignado, del cual le quedaba entre media y una hora.

R: Ella estaba entonces viviendo en Phoenix, yendo de visita a veces a ver a su madre y tías. Usted estaba funcionando como un padre alternativo, durante este período de transición en el cual ella se estaba separando de su familia.

TRANCE PARA ATRAVESAR LIMITACIONES CONSCIENTES

La tarde del siguiente lunes, durante la hora del almuerzo, ella apareció, para reportar “los hermosos momentos,” para solicitar otra cita, y para abonar la cita

anterior.

Se le informó que la cita siguiente sería de lo más inusual para ella. Se le recordó que, aunque sabía nadar, esa actividad siempre la había llevado a cabo acompañada de otras chicas en el Y.W.C.A. Su cara adquirió una expresión de terror. El autor mayor continuó, “Usted siempre usa ropa de cuello alto, sus polleras son siempre por debajo de sus rodillas, y usa largos tapados, incluso en verano. Los trajes de baño pueden ser muy pequeños y llamativos en una pileta, con compañía mixta.” Una expresión de terror y agonía apareció en su cara. Pero no voy a pedirle nada así. Ella respiró, intensamente aliviada. “Todo lo que le pido es que venga a la próxima cita vestida con pantaloncillos cortos.” Su expresión de horror fue interrumpida: “Ahora cierre los ojos, duérmase profundamente, muy profundamente, ¡ahora escuche! Su próxima visita será con usted usando pantaloncillos cortos. Si se siente más cómoda, traiga uno de sus vestidos en una bolsa para ponérselo al salir del consultorio. Despierte ahora, sabiendo lo que hará, sin importar las más horribles lágrimas que sea capaz de producir. Pero piense que ese casamiento que usted tanto desea, pero que ha estado posponiendo de a dos a seis meses durante cuatro años, se está acercando cada vez más. Estamos a fines de Junio, y quiero recibir una tarjeta de navidad de usted y su esposo. Una tarjeta de navidad que usted me enviará, este año. Disfrutará enviándola, y me mostrará con agrado las últimas cartas que su prometido le ha enviado. Ahora despierte.”

Mientras se despertaba, el juego de expresiones emocionales de su cara fue variando, desde el miedo, el terror, y la profunda vergüenza, hasta una expresión de esperanzada duda. Se le dijo que le permitiera al autor mayor leer algunas de las últimas cartas que había recibido de su prometido. Ella, dudando, abrió su cartera, y explicó, “Puedo decirle qué es lo que él me dice en cada carta - que si no me caso con él en este verano, se buscará otra chica. Por lo que le he prometido que me casaría con él en Septiembre.”

Ella se sorprendió ante el comentario del autor mayor, “Sí, eso es una gran verdad. Usted estará casada con él en Septiembre, bien casados.”

Ella apareció en la siguiente entrevista usando pantaloncillos cortos de los más extremadamente cortos. Ella estaba avergonzada, pero se sentía confundida ante las miradas del autor, las discusiones acerca de las voces y de las miradas perdidas en el espacio, acerca del hecho de haberle prometido tantas veces a su prometido que se casarían en tal mes, y luego cambiar de idea, aparentemente sin ningún

propósito, acerca de la imprevisibilidad del carácter humano, de los eventos humanos, y de la imprevisibilidad de los actos y decisiones del ser humano individual, algunos de los cuales ocurrirían realmente pronto. Finalmente se hizo una cita para el primero de Julio, y se la despidió. Ella se fue demasiado confundida como para pedir permiso para cambiarse de ropa.

R: La aparentemente irrelevante discusión acerca de la imprevisibilidad de los eventos humanos es en realidad una preparación para el shock y la sorpresa que usted utilizará en la sesión siguiente, pero ella no lo sabe todavía. La discusión sirve como base de lo que vendrá después. Su vida previa ha sido demasiado previsible. La discusión acerca de la imprevisibilidad de la vida entonces está introduciendo un nuevo modelo de referencia terapéutico, y al mismo tiempo probablemente causa varias búsquedas inconscientes de todas las relevancias posibles que pueda haber. El inconsciente de ella sabe que nada de lo que usted hace es irrelevante. Un alto grado de expectativa y de deseo surgen entonces para el shock crucial de la siguiente sesión.

SHOCK Y SORPRESA PARA DESPOTENCIAR LA ANTIGUA IDENTIDAD Y TRANSFORMARLA

Ella entró al consultorio el día primero de Julio. Se le preguntó, “Estamos en Julio, ¿no es cierto?, y usted prometió casarse con su prometido este mes, ¿o acaso no es así?” Su respuesta fue un dudoso “sí”, y luego, “Pero yo le prometí a usted que me casaría con él en Septiembre.”

Lenta, imprevisiblemente, se le dijo, “Ya que usted está tan insegura como lo ha estado los últimos cuatro años, hoy probará que es lo suficientemente competente como para casarse este mes, y ¡este mes se casará! Yo le dije que en Septiembre usted estaría casada, bien casada. Ahora veamos si existe alguna razón por la cual no deba estar casada; veremos si usted necesita alguna manera de justificar sus postergamientos del matrimonio.”

“Ahora póngase de pie, y, una por una, quítese las ropas, nombrando cada una de las prendas a medida que la va poniendo prolijamente en la silla.”

Ella miró sin saber qué hacer al plácido rostro de la acompañante, luego se puso de pie, dudó, se quitó los zapatos, con más dudas las medias, luego, con movimien-

tos sensuales, su vestido, y luego los pantaloncillos.

“¿Es ésto suficiente?”, preguntó, mirando primero al autor, luego a la acompañante, pero no hubo respuesta.

Con dificultad, lentamente, se quitó el corpiño, dudó un momento, y luego se quitó la bombacha, y se quedó de pie, desnuda y desafiante, ante la mirada del autor. Luego, él se volvió hacia la acompañante y dijo, “Ella está bien para mí. ¿Le parece que está bien para usted?” La acompañante asintió con la cabeza.

El autor luego se volvió hacia la paciente y dijo, “Quiero estar seguro de que usted conoce y puede nombrar cada parte de su cuerpo. No quiero que toque ninguna parte de su cuerpo, y tampoco lo quiere su acompañante. Si es necesario, yo lo haré, pero por favor no haga que sea necesario. Sólo no se olvide de nada. A medida que nombra cada parte, tóquela con una u otra mano, ya que debe usar la mano derecha para tocar su codo izquierdo. Ahora, comience con sus hombros y vaya bajando progresivamente, luego dese vuelta y haga lo mismo, lo mejor que pueda. Ahora, adelante.”

Con el rostro colorado, hizo un buen trabajo. Era lo que se le había encomendado, su color desapareció, y, como si fuera lo más normal del mundo, procedió a vestirse.

Mientras lo hacía, se le preguntó si le parecía que ya estaría casada para el 15 de Julio. Su simple respuesta, fue, “Eso sería demasiado pronto. Debo renunciar a mi trabajo. Odio hacer eso sin aviso, pero mi jefe lo entenderá, y luego debo viajar hacia el Norte, encontrarme con la familia de Joe, y traerlo a casa, y debo decirle a mi familia qué tipo de casamiento deseo. Vi el que le hicieron a mi hermana, y estoy segura de que no quiero nada como eso. Pero lo harán a mi manera o me vendré sola a Phoenix, y no habrá nadie más que los testigos. Y, antes que nada, debería enviarle un telegrama a Joe ahora mismo.”

Dos semanas después, trajo a Joe al consultorio, explicó que quería consejos prematrimoniales para ambos separadamente, y luego para ambos a la vez. Esto se hizo a su gusto. Una llamada telefónica de larga distancia le aseguró al autor mayor que la madre y las tías solteras se habían rendido y que le permitirían festejar el casamiento a su manera, por lo que ella elegiría a los invitados, en lugar de hacer del casamiento un asunto comunitario.

E: La manera en que manejó sus planes matrimoniales indica una transformación radical en su manera de ver la realidad y a sí misma.

R: Sí, la forma en que el color rojo de su cara desapareció luego de haberse desvestido y vuelto a vestir como si hubiera sido algo muy normal, indica el movimiento creativo de la transformación del ser. Luego ella procede a discutir sus planes inmediatos acerca del casamiento en una manera realmente práctica y apropiada.

SEGUIMIENTO: PRIMER, SEGUNDO, TERCER Y SÉPTIMO AÑO

La tarjeta de navidad arribó, y al año siguiente fueron recibidas una tarjeta de navidad y un anuncio de nacimiento. Luego recibieron dos anuncios de nacimiento más, y luego no se recibió nada más hasta siete años después del casamiento. La paciente visitó al autor. Trajo a sus tres hijos, y luego habló de sus problemas con el marido, ya que éste, al mudarse a Arizona, se había encontrado con dificultades en su nueva ocupación, y se culpaba a sí mismo, sin razón. Hizo una cita para su esposo, y, en esa entrevista, no se encontraron dificultades serias.

CASO 15: ANÁLISIS EXPERIMENTAL DE IA VIDA EN LA TRANSFORMACIÓN DE LA REALIDAD

Esta paciente hizo una llamada telefónica de larga distancia para decir que había sido recomendada por una amistad, y que desearía una cita para dos semanas más tarde, un Jueves por la tarde, que llamaría al consultorio el Miércoles precedente para fijar el horario, y que su nombre era señorita X. Con este comentario, ella terminó la conversación. El Miércoles llamó al consultorio, preguntó por el horario de su cita, y se rehusó a hablar con el autor mayor. Al día siguiente, a la hora fijada, la señorita X llegó. Tendría unos treinta años, estaba pálida y envejecida, y su cara estaba manchada por las lágrimas.

Su historia, resumida, fue que era una hija adoptada por una familia, era la menor de cinco hijos, el menor de los cuales era doce años más grande que ella. Por alguna razón desconocida, su madre adoptiva se convirtió en una inquisidora patológica, y la había sometido a ella a interminables interrogatorios, para averiguar si “la niña se había comportado como una niña mala.” El padre adoptivo era

frío y poco demostrativo, y dejaba el cuidado de todos los niños bajo la responsabilidad de la madre. Los cuatro hijos mayores se habían graduado en la Universidad, y, aunque no vivían demasiado lejos, los llamados telefónicos que hacían a la casa paterna eran infrecuentes y extremadamente breves. Debido a ésto, la madre frecuentemente la interrogaba a ella acerca de qué era lo que había hecho o dicho (la hija) para hacer que los otros niños evitaran la casa paterna.

La paciente había tratado de protegerse a sí misma dejándose absorber por sus estudios secundarios, siempre pidiendo más tarea, para evitar los repetitivos interrogatorios de su madre acerca de si era o no era una “buena chica”, “si había o no hecho “cosas malas,” y si había o no tenido “malos pensamientos.” Se recibió con honores en la secundaria, pero su vida social era rígidamente vigilada por su madre. Entró a la Universidad, pero fue forzada a asistir a una universidad de su propio pueblo, y a vivir en la casa paterna. Mediante la absorción en los estudios, la escuela de verano, y cursos especiales durante las vacaciones y tiempo libre, podía escaparse bastante, pero no del todo, de los interrogatorios patológicos de su madre. Fue forzada a alcanzar el grado de M.A., porque “no pareces ser lo suficientemente madura como para que se te permita mantenerte a ti misma, y no sabemos qué cosas malas te podrían suceder fuera de esta casa.”

Con su grado de M.A., en estado de absoluto e intenso terror, la chica llegó a la conclusión de que, a los veintidós años, tenía derecho legal a abandonar la casa paterna. Tuvo lugar entonces un episodio traumático, al que se le puso fin cuando su padre dijo, fría y decididamente, “Si no quieres vivir con tu madre y conmigo, apreciando todo lo que hemos hecho por ti, y toda la protección que te hemos brindado, puedes irte. Pero que no se diga que te hemos abandonado sin provisiones. Mañana depositaré cinco mil dólares en una cuenta bancaria a tu nombre. Toma tus ropas y vete, y cualquier problema que tengas, será problema tuyo.” Las palabras de su madre fueron, “Sé que has hecho algo malo. Sé valiente y dímelo.”

Llorando, la muchacha se fue. Se fue a otra ciudad, consiguió empleo, y luego intentó establecer una relación con sus hermanastros. Ellos la rechazaron con la explicación, “Nuestra madre nos buscará si estamos contigo, y ya tenemos suficientes problemas con ella donde está ahora.” También le informaron que ellos habían sido tratados de la misma manera. Que el padre les había pagado similarmente, y sólo un sentimiento de obligación filial los hacía hacer breves llamadas a la casa paterna. Sin embargo, habían sido bombardeados con cartas y telegramas de su madre pidiéndoles reportes de su “última niña errante.”

Dolorida, la chica cortó todos los lazos, se mudó a otra ciudad, en la que consiguió un cómodo trabajo como secretaria, pero fue incapaz de desarrollar ninguna vida social. Comenzó a deprimirse progresivamente, buscó la felicidad en unas caras vacaciones, no tuvo éxito, y finalmente buscó ayuda psiquiátrica. El psiquiatra le dijo que se había entrenado en la escuela Freudiana. Hubo conflictos desde un principio, ya que la cuestión del sexo surgió en las sesiones terapéuticas. Desesperadamente, ella buscó otro psiquiatra, y luego otro. Siempre surgía la cuestión del sexo. Comenzó a pensar que sexo y psiquiatría eran sinónimos.

Mediante un desesperado esfuerzo, logró presentar una buena apariencia al buscar un nuevo empleo. Solicitó una posición de empleada civil en la Armada de los Estados Unidos, fuera de su país. Al principio se ajustó bien, pero a medida que pasaban los meses se fue deprimiendo progresivamente. Buscó refugio en el estudio de idiomas, y logró fluidez en tres idiomas extranjeros, pero se deprimió aun más.

Un psiquiatra de la Armada le recomendó que volviera a los Estados Unidos por un tratamiento psiquiátrico. En lugar de ello, solicitó un traslado a cualquier lugar de Europa, en donde se hablara alguno de los idiomas que había aprendido. Lo logró en dos ocasiones. Luego pidió un traslado a cualquier lugar en el Lejano Oriente. Allí se le dio una posición en la enseñanza. Intentó aprender otro idioma y meterse bien en el trabajo, pero su depresión aumentó. Otro psiquiatra de la Armada insistió en que retornase a los Estados Unidos por terapia, y, finalmente, desesperada, regresó.

Comenzó a ir a los psiquiatras a los que había ido anteriormente, y los rechazó por la misma razón. Buscó nuevos psiquiatras, pero finalmente la cuestión del sexo siempre surgía. Luego se enteró de la existencia de la hipnosis. Un paciente del autor mayor se lo recomendó, y finalmente, hizo la llamada telefónica, antes de “perder las fuerzas.”

Lo que ella quería, declaró, era la hipnosis, la hipnosis que borraría para siempre de su mente las cuestiones del “sexo” y las “preguntas.” ¿Y podría el autor, sin demoras, proceder a hipnotizarla y a satisfacer sus necesidades?

Como éste fue su primer pedido en la primera cita, se le dio una laboriosa explicación, al efecto de que estaba pidiéndole al autor que trabajara completamente a ciegas, y que, considerando su aspecto lloroso, él no deseaba trabajar a

ciegas como tampoco deseaba decir o hacer algo que pudiera dañarla, ni molestarla emocionalmente. Su respuesta fue un llanto incontrolable, que duró algunos minutos.

Se aprovechó esto, al explicarle, “Mire, recién traté de hablarle amable e inteligentemente, y, accidentalmente destruí su control emocional. Entonces, trabajemos de una manera en la que usted no pierda el control emocional; y cualquier cosa que necesite decirme, por pequeña que sea, dígamela, pero trate de mantenerme en la dirección correcta. En primer lugar, para poder hablar inteligentemente, necesito conocer su grado de educación - eso es todo, el grado, no dónde ni cómo. Es posible que su experiencia laboral, no dónde ni con quién, sólo el conocer el tipo de experiencia laboral que haya tenido, me permita hacer mejor mi trabajo.”

Poco a poco, con llantos intermitentes, se obtuvo la historia anterior sin fechas, lugares ni nombres específicos. El evitar las preguntas de hechos específicos ayudó enormemente a su cooperación.

Se le dijo que los datos que había dado eran suficientes como para comenzar a trabajar, y que no se le harían preguntas a menos que ella lo deseara. Entonces ella podría dar toda la información adicional que quisiera. También se le explicó que la terapia necesariamente cubriría un número de períodos de una hora cada uno, espaciados de acuerdo a su habilidad para aprender, ya que, como ella sabía, aprender requiere esfuerzo. La hipnoterapia requeriría un gran esfuerzo, no una sumisión pasiva, así como también requeriría un esfuerzo inteligente por parte del autor mayor. (El énfasis en la palabra “inteligente” fue para permitirle al autor una mayor libertad de acción, y la propia historia de la paciente acerca del uso de los estudios como vía de escape sugirió que se haría un posterior uso de ello.) Ella accedió, y se le dio otra larga, laboriosa explicación acerca de la hipnosis como proceso de aprendizaje, algo similar a “la sensación de aprender un nuevo idioma.” Esta manera de hablar fue muy apropiada para ella.

No se haría ningún esfuerzo en reportar las entrevistas separadas, ya que el procedimiento, antes que los eventos de horas específicas, sería de interés primario.

INDUCCIÓN INDIRECTA CON UN MARCO DE APRENDIZAJE TEMPRANO

Se empleó una aproximación hipnótica indirecta. Se le pidió que eligiese cuál de los tres papeles le parecía más interesante. Eligió una geoda ágata. Se le pidió que se sentara confortablemente, con las manos en sus muslos, que fijara su mirada en la superficie pulida, que disfrutara de los variados colores, que se quedase quieta, que mantuviera su cabeza quieta, que mantuviera sus orejas quietas, y que se dejara ir, disfrutando de los colores del ágata, sin tener realmente la obligación de escuchar las palabras del autor mayor. Luego de varias repeticiones de esta instrucción, su cara adquirió una expresión rígida, firme. Se le pidió luego que pensara en la dificultad de aprender un nuevo idioma -no alemán, francés o italiano, sino un idioma mucho más complejo, el idioma castellano como lo aprende un bebé. Lentamente, como murmurando, el autor mayor describió a un bebé descansando en la cama, escuchando sonidos, sin saber lo que significan, la progresiva articulación de sonidos por parte del infante, sus lentos movimientos, su lento crecimiento físico, los cambios en sus manos, en sus pies, los nuevos movimientos, nuevos sonidos, el baño, la comida, la eliminación, el sueño, los llantos, etc. Lentamente se creó una base comprensible, para un pensamiento extensivo, acerca del crecimiento físico de un niño, el aprendizaje de las fonéticas, aprender a comer, a eliminar, a hablar, a moverse, y todo lo que se aprende durante los primeros cinco años. Inicialmente, esto fue presentado como una discusión, aparentemente para ilustrar algún punto del autor, pero repentinamente, el tenor de los comentarios varió levemente. Luego se hicieron sugerencias más fuertes y directas, para que ella se perdiese en una apreciación intelectual de los múltiples aprendizajes que ella había experimentado en sus primeros cinco o seis años de vida.

EVOcando REPRESIONES TEMPRANAS CON CATARSIS

Rápidamente, en menos de diez minutos, se hizo obvio que ella estaba sumergida en un profundo trance, e ignoraba el ágata así como todo lo que la rodeaba. A pedido del autor mayor, comenzó a recordar cosas de su niñez temprana. Esto fue gobernado y dirigido por el terapeuta, al ser introducidos comentarios como: “Y en ese primer año de vida, cuánta riqueza de aprendizajes, desde pañales hasta cosas muy lindas, sonidos, colores, ruidos;” o, “Y luego entró en el segundo año de vida, gateando y caminando, cayendo, y usando el baño, como una *buena bebida*, y diciendo pequeñas oraciones”; y, “Por supuesto, allí viene el tercer año y el lenguaje está creciendo, palabras, tantas, las partes de su cuerpo, el pequeño agujerito en su abdomen, e incluso conoce el color de su cabello.”

Esto se hizo con los primeros seis años de vida, en cada año haciendo alguna alusión a la eliminación, *resaltando la «bondad» del hábito de usar el baño*, la curiosidad del cuerpo, la bondad de la comida, de dormir, de lavarse, de aprender todo tipo de cosas, y de incluso “sentirse” a sí misma haciendo todas estas cosas. Esto fue logrado en unas tres horas de gran concentración y trabajo por parte de la paciente.

El día en el que se suponía que se iba a progresar al segundo período, la paciente entró al consultorio violentamente, con su cara roja, y una expresión de profundo enojo. Explosivamente declaró, “Estoy tan enojada con usted que le golpearía la cara. No se me ocurre una palabra que sea tan mala como para poder describirlo a usted.”

“¿Por qué no llamarme un maldito bastardo H.D.P., si es lo mejor que puede hacer,? fue la simple, directa respuesta.

“Lo haré,” gritó, y lo hizo, sólo para comenzar a reír, nerviosa, avergonzada, diciendo apologeticamente, “No sé qué me hizo decir eso, pero, visto de otro modo, me hace sentir mejor.”

Se le preguntó, “Ya que hizo que se sienta mejor, ¿no desea repetir los comentarios, quizás mejorarlos?”

“Oh, no, quiero decirle algo que en realidad no quiero decirle. Los últimos dos días he tenido un buen movimiento intestinal, y no me ha dolido el estómago mientras comía, y estoy increíblemente avergonzada de decirle lo que le voy a decir. Preferiría morir antes que decírselo. No sé qué es lo que usted me hizo, pero algo está sucediendo, y no quiero llorar. Y aquel maldito psiquiatra en Europa que me dijo que yo tenía una asquerosa obsesión acerca de la ducha llena de sangre mientras me depilaba las piernas, mostrando tendencias suicidas, estaba mal. Algún día, cuando se lo pregunte a usted, ¿me explicará qué era esa estupidez? ¡Pero no ahora! ¿Podemos avanzar ahora, y puedo ver los papeles?”

COMUNICACIÓN A DOS NIVELES

En respuesta a su pedido, cuando espontáneamente desarrolló el trance, se la instruyó suavemente para que hiciera una búqueda de todas sus *verdaderos* re-

cuerdos de la niñez, y de todas sus experiencias personales desde los seis hasta los diez años. (Las palabras “verdaderos” y “personales” intentaban restringirla a sus experiencias personales antes que las experiencias con otras personas - particularmente, con su madre.) Luego se le ofrecieron otras pocas sugerencias, “¿Perdió algo cuando tenía siete años?” Se hizo una vaga mención de “las niñas grandes, usted puede ver si son grandes,” y “las mujeres son como niñas grandes, sólo que diferentes.” Se hicieron referencias a la eliminación, más cuidadosamente, «Uno se mantiene con una buena y regular salud,” y se ofrecieron especulaciones acerca de “pequeños aprendizajes que crecen y se transforman en el lenguaje de la vida.”

Debería pensarse que la paciente estaba haciendo esta introspección como una adulta, viendo y sintiendo cada detalle, con una gran riqueza de aprendizajes experimentales. Debido a esto, incluso sugerencias generales custodiadas pudieron ser libremente traducidas, por la paciente, a algo mucho más detallado y adecuado. Como se supo después, los “pequeños aprendizajes que crecen y se transforman en el lenguaje de la vida” fueron traducidos por ella, durante uno de sus estados de trance, para referirse a exploraciones y estimulaciones genitales. La primera vez que se escuchó, tuvo “un sonido poético, y luego lentamente le di un sentido sexual, pero no recuerdo cuándo.”

R: Éste es un ejemplo inusual-mente claro de la comunicación a dos niveles. Tomó cierto tiempo su desarrollo, porque se requería una búsqueda inconsciente extensiva, y ella no “recuerda cuándo”, precisamente, porque fue una elaboración inconsciente que se filtró lentamente a su mente consciente.

LENGUAJE DEL CUERPO COMO UNA EXPRESIÓN DE PROCESOS IDEODINÁMICOS

El lapso de catorce años fue cubierto con facilidad y rapidez inesperadas. El autor mayor había esperado tensión y dificultad, y estaba extremadamente alerta, y era cauteloso en su énfasis sobre la experiencia *real, actual, y personal*, que le pertenecía al ser y no a los otros - “uno aprende un lenguaje no escuchándolo sino sintiéndolo en la propia boca y en los pensamientos, y sintiendo sus detalles intraducibles, y la belleza de un estridente alemán es una belleza que le pertenece a un alemán, sin importar lo mal que suene para un oído desconocedor, y la belleza de la experiencia personal le pertenece al ser, y todos los demás pueden, en vano,

llamarla mala.”

Cuando ella pareció estar alcanzando el catorceavo año, se le pidió que se “volviera el comienzo, que completase sus auto aprendizajes, que corrigiera las omisiones, que notara los malentendidos y las parcialidades, y que las viera bien, desde la simple, correcta dignidad de una chica de catorce años, realmente de catorce años.” El riesgo que se corría, de que ella no hubiera tenido su primera menstruación a la edad de catorce fue totalmente tenido en cuenta, pero se tenía la esperanza de que tal error sería fácilmente detectado al observar y estudiar el juego emocional de su cara, que había aumentado progresivamente desde los seis años. Desde los diez a los catorce años, el juego de sugerencias parciales comunicó el cambio de la cara de una niña de diez a la de la joven adulta de catorce años.

La historia inicial de la paciente hizo énfasis en la importancia de evadir las preguntas directas. Sin importar cuán importante fuese un asunto clínico y académico para el autor mayor, tenía un propósito terapéutico más importante en la paciente, que era el objetivo primordial del trabajo.

ALTERNANDO PERÍODOS DE PROFUNDA HIPNOTERAPIA CON CONSEJOS

Siguiendo este resumen de la edad comprendida entre los diez y los catorce años, ella entró al consultorio diciendo, “¿Podríamos solamente charlar, sin trabajar, durante un rato?” Al decirsele que sí, ella continuó, “Bueno, me mudé a un hermoso lugar, tengo trabajo, no estoy deprimida. Incluso estoy empezando a quererme a mi misma bastante, por cierto. No soy especialmente hermosa; no podría detener un reloj si lo quisiera. Pero tengo una buena figura. Mi madre se moriría si hubiera escuchado a ese lobo silbarme de la manera en que lo hizo el otro día. Es el primero que recuerdo. Y créalo o no, lo siento por mi madre. Ella está enferma. Yo debo ser una dolorosa enfermedad para ella también, y mi padre está enfermo también, aunque no tanto como mi madre. Esos cinco mil dólares eran en realidad todo lo que él podía darme. Y no intentaron enfermarme. Sólo hicieron las cosas erradamente, aunque con buenas intenciones. Bueno, mi madre quiso mantenerme virgen, y tuvo éxito. Pero me aprovecharé de eso yo misma. Y ese pobre psiquiatra en Europa que pensaba que yo era suicida debido a mi terrible obsesión acerca de un tubo de baño lleno de sangre, y una navaja en mi mano. ¿Qué otra cosa podría haber pensado? Yo estaba tomando un baño, y repentinamente me di cuenta de

que ya era tiempo para tener el período, y me estaba afeitando las piernas, y me pregunté cómo sería afeitarme el vello púbico, y luego esa horrible frase que mi madre siempre hacía sonar en mis oídos, acerca de ser una buena chica, las ideas de la masturbación, y luego no pude dejar de pensar en otra cosa que en el agua con sangre y la navaja. Fue horrible. Sentí compasión por mí en ese momento. Suena gracioso decirlo de esa manera también, pero lo digo en serio. Y quiero decir que siento compasión por mis padres, no los amo. Ellos son sólo dos personas que intentaron hacerme un bien alguna vez, lo intentaron duramente, pero fallaron. ¡Y significaba tanto para ellos!

“¡Otra cosa! Vengo a su consultorio, tomo asiento durante un rato, me voy, no hago nada. Usted dijo que la hipnosis era aprender. No he aprendido ninguna hipnosis. Todo lo que me ha sucedido es que me siento diferente, pienso de una manera diferente, soy diferente. No me importó hablarle acerca de mis movimientos intestinales. Un par de veces, antes, tomé el coraje suficiente como para ir a ver a un doctor, pero estaba demasiado asustada como para permitirle examinarme. Cuando tomé el coraje físico de irme a través del océano, me llené de píldoras para dormir, pero no podía soportarlo. Me calmaban, pero no me hacían dormir.

¿Supone usted que yo necesito verlo a usted? Sé que su respuesta es sí, y coincido. Me gustaría saber por qué la respuesta es sí.

“Podría preguntar,” se le dijo.

“Oh, ya sé eso, pero no estoy preguntando. Me pregunto por qué, pero en realidad no voy a interferir con usted, sólo que no puedo ayudar si siento curiosidad. ¿Usted sabe qué es lo que hará después?”

“Oh, sí.”

“Bien, eso es bueno. Sabía que usted lo sabía. ¿Estaría bien pasarnos el resto del tiempo hablando?”

El resto de la entrevista fue pasada con una mujer muy inteligente, conocedora del mundo, que estaba realmente esperando una oportunidad para expresarse socialmente.

En la siguiente entrevista, apenas desarrolló un trance, se le dijo, “Bueno, com-

pletamos los días del secundario y de la Universidad. “Aparentemente, esto se llevó a cabo con gran facilidad, pero frecuentemente manifestaciones de extrema tensión física estarían presentes.

En la siguiente entrevista, ella comentó, como casualmente, “¿Tiene usted algo que decir acerca del día en que hablamos y yo reví cosas?”

Se le dio la respuesta, con suave pero poderoso énfasis, “Sí, mucho más de lo que usted desearía escuchar.”

Con una expresión de gran furia, ella se levantó de la silla y gritó, “Maldito bastardo, está tratando de decirme que fui demasiado expresiva, demasiado suave, demasiado casual, demasiado intelectual, maldito bastardo.”

A esto, se le respondió con lo siguiente, “Bien, muy bien. Ahora siéntese, mire el papelero, luego silenciosamente, con gran rencor, odio, desconfianza, llore como una “buena chica», ¡maldición! (estas últimas palabras se dijeron en burla).

Entonces tuvo lugar un despliegue de emociones fascinante, casi silencioso - fruncir el ceño, cerrar los puños, respiración espasmódica, repiqueteo de dientes - de hecho, todas las manifestaciones de emociones violentamente molestas. Hacia el final de la hora, comenzó a relajarse, y finalmente fue despedida con la instrucción de retornar a su apartamento, sintiéndose cansada y dormida, irse a la cama, y “terminar con la tarea.” Como absorta, abandonó el consultorio, sin notar la transpiración en su vestido.

HIPERMNESIA AL REVER LA HISTORIA DE LA VIDA

En la siguiente entrevista, su expresión facial y sus maneras eran respetuosas. En lugar de hablar como casualmente, estaba alerta y atenta. Se dirigió formalmente al autor mayor, y repetidamente lo llamó “señor.” Se le preguntó cómo se sentía.

Su respuesta fue, “Dr. Erickson, es difícil comenzar. Tengo un recuerdo vago, poco claro, acerca de haber resumido mis sentimientos el otro día, pero, señor, no recuerdo lo que dije. Sólo recuerdo que lo que dije estaba en parte bien. Pero desde entonces, ha habido cambios en mí. Me siento como si hubiera estado terri-

blemente enferma, sólo terriblemente enferma, pero ahora lo superé, aunque estoy en esa etapa de debilidad, como cuando uno está convaleciente. Sin embargo, no estoy físicamente enferma, señor, es sólo que estoy bien aunque no tengo toda mi fuerza todavía. Comencé a sentirme así desde el día en que me desperté la tarde de mi última visita aquí. La cama estaba toda deshecha. Los almohadones estaban deshechos. Estaba toda transpirada. Todavía tenía puesto mi vestido, y estaba hecho un desastre. Pero antes de levantarme, de hacer la cama, de desvestirme, y de tomar un baño, me acosté nuevamente en la cama, y literalmente reví la historia de mi vida. Yo nunca le di a usted los verdaderos detalles. Es horrible y doloroso, pero todo eso ya pertenece al pasado. Casi me siento como una extraña viendo todas aquellas cosas -las cosas que siento que me sucedieron profundamente, y que me hicieron sufrir tanto. Era todo demasiado real, todo me pertenecía a mí, pero lo siento diferente todo eso ahora, señor. Todo pertenece al pasado.

“Cuando me recosté en mi cama, comencé con mi infancia. Es difícil creer los detalles que recordaba de ciertas cosas - incluso las pequeñas cosas que hice de bebé, gateando por el suelo. Eran terriblemente vívidas para mí. Y fui avanzando de frente, año tras año. Cosas que yo creía que estaban totalmente abandonadas surgieron en detalle, vívidos y sorprendentes detalles. Aquel pequeño chico que besé en primer grado - en realidad puedo sentir sus labios sobre los míos. Los sentimientos de un niño son tan diferentes, tan cálidos, tan maravillosos, tan inocentes. Sentí cada año de mi vida, uno por uno. No sé cuánto tiempo me pasé recostada en la cama. Fue bastante horrible oír a mi madre y lo que mi madre me decía cuando tenía ocho años de edad. No lo sabía entonces. Yo pensé que lo que ella quería decirme era que fuese una buena chica y que me lavara las manos, que era hora de comer. Cosas como esa. Pero mientras recordaba lo que yo pensaba y sentía entonces, supe y entendí como si fuera una observadora, y al mismo tiempo me sentí dentro de todo aquello, mi madre me estaba diciendo eso, yo era la yo adulta, y la yo de ocho años de edad.

“Cada año se volvía peor. Traté de sumergirme en el estudio, pero nunca lo hice. Me decía a mí misma que ignoraba todo, y me lo creía, pero no lo hacía. La secundaria era una pesadilla, y algunos de los muchachos me tocaban los senos cuando pasaban, y entonces todo lo que mi madre me decía cobraba vida. Tuve sólo una cita durante la Universidad, y fue horrible. Ahora sé que él sólo preguntó, pero yo me sentía tan asquerosamente sucia. Recé y recé, y creía que Dios me había abandonado.

“Luego esa horrible escena en mi casa, y luego el escaparme de mí misma, un empleo después de otro. En cada lugar al que huía, me encontraba a mí misma. Supe que me estaba volviendo loca. Me seguí a mí misma a lo largo de Europa, luego desde Japón hasta las Filipinas. Me estaba poniendo peor, y el psiquiatra lo sabía, y yo lo sabía, y no lo creía.

“Luego yo estaba llorando en ese bar de mujeres, estaba tan desesperada, y aquel paciente suyo me dijo que lo viera. Yo sabía que no me haría ningún bien, no tenía esperanzas. Yo ya no podía hacer nada. Pero quería que usted hiciera algo, por lo que no le permití decirme ‘no.’ Entonces vine.

GENUINA REGRESIÓN DE EDAD CON UN OBSERVADOR ADULTO

“Cuando tuve ese temor, comencé a recordar lo que había sucedido en el consultorio. No supe hasta entonces que me encontraba en trance, en su consultorio. Miré al papelero, y la siguiente cosa que supe fue que era una *pequeña bebé gateando en el suelo de mi casa. Y también era una persona adulta mirándome a mí misma.* Nunca había pensado acerca de eso hasta que esos recuerdos vinieron a mi mente.

“Hice lo mismo, todo de nuevo. Me vi crecer. Oí a mi madre hablándome. Mi yo adulto podía oírlo a usted. Mi pequeño yo, podía oír a mi madre - viendo, sintiendo, siendo pequeña. Pasé a través de todas las cosas que me habían sucedido en el consultorio. Me vi a mí misma mientras hablaba con usted, aquel día. Me sentí orgullosa de mí misma mientras me oía hablando con usted. ¿Estaba en trance en ese momento? Estaba realmente muy contenta de todo lo que yo había hecho, y luego la vez siguiente que entré a su consultorio tuve la sensación de que iba a decirle algo importante, y luego sentí como si usted me hubiera golpeado fuertemente con un horrible palo de golf. Veía todo nublado, borroso. Yo supe que todo lo que usted había hecho había sido sólo descubrir un horrible trabajo que yo debía llevar a cabo. Yo sabía que era la única que podría hacerlo, y lo odiaba a usted. No podía ver cómo usted lo había hecho, pero repentinamente me encontré a mí misma en el medio de las más terribles, turbulentas, y odiosas emociones. Me quería morir, pero no podía. Me cansé.

“Luego lo oí a usted enviarme de vuelta a mi cuarto, y pensé en lo cansada que

estaba, y cómo se sentiría la cama. No me vi entrar a mi cuarto, ni caer en la cama, porque lo siguiente que vi fue lo que había hecho en la cama. Me vi enloquecer, con miedo y desesperación. Luego sólo reví todo.

Todo lo que puedo decir ahora, Dr. Erickson, es que el trabajo ya está hecho. El pasado es el pasado, me pertenece a mí, no duele, y no quiero contar esas infelicidades. Pero probablemente necesitaré ideas y consejos maduros, acerca de cómo planear mi futuro.”

CAPÍTULO DIEZ

CREANDO LA IDENTIDAD: ¿TERAPIA FUERA DE ALCANCE?

Hasta este punto hemos hecho énfasis en que la hipnoterapia envuelve la utilización de las propias experiencias de vida del paciente, y que las formas indirectas de sugestión son la manera de evocar esas experiencias para el cambio terapéutico. ¿Qué sucede, sin embargo, cuando el paciente fue severamente privado de algunas básicas experiencias de vida? ¿Puede el terapeuta facilitarlas indirectamente, de alguna manera? Sensibles terapeutas han reconocido su rol de padres secundarios que, en realidad, ayudan a sus pacientes a experimentar patrones y relaciones de vida que se han perdido.

En este capítulo final presentaremos algunas de las aproximaciones del autor mayor para facilitarle a una paciente una relación personal, en una manera que establezca en ella una más segura realidad interior alrededor de la cual pueda construir una nueva identidad para sí misma. Éste es el caso de una joven mujer que como no vivió la experiencia de tener una madre, dudaba de su propia capacidad para serlo. A través de una serie de regresiones temporales, el autor mayor la visitó bajo la apariencia del Hombre de Febrero: una especie de tío abuelo amable, que se convirtió en un seguro amigo y confidente. Una serie de experiencias de ese tipo le permitieron a la paciente desarrollar una nueva sensación de confianza y de identidad, que la llevaron a una gratificante experiencia de maternidad con sus propios niños.

El autor mayor en realidad ha jugado el rol de Hombre de Febrero con un gran número de pacientes a lo largo de su carrera. Son tan complejos algunos de los detalles de su trabajo en estas situaciones, que nunca pudo completar ninguno de sus manuscritos acerca de ellos. El siguiente caso es, por lo tanto, una síntesis de

varios manuscritos originales del autor mayor, con comentarios del autor junior.

El lector está invitado a explorar con nosotros algunas de las aproximaciones y resultados del trabajo del Hombre de Febrero. Hay una gran parte de este trabajo que está más allá de nuestra comprensión. El uso de sugerencias indirectas para integrar recuerdos hipnóticos y de la vida real, para crear una realidad interna auto-consistente es un arte del que no se puede hacer un análisis racional. Sin embargo, lo intentamos, sabiendo que nos hemos quedado cortos y que necesitaremos de la creatividad del lector para llenar algunos vacíos y llevar a cabo el trabajo.

CASO 16

EL HOMBRE DE FEBRERO⁽¹⁾

ENTREVISTA INICIAL: UNA INFANCIA SOLITARIA

A mediados de su primer embarazo, la mujer de un joven doctor de nuestro staff del hospital se aproximó al autor mayor, solicitando ayuda psiquiátrica. Su problema consistía en que aunque estaba felizmente casada, y se alegraba de su embarazo, tenía temor de que sus propias experiencias infelices de la infancia se reflejaran en la crianza del niño. Ella comentó que “había estudiado demasiada psicología”, lo que le hacía prever la infortunada crianza del niño, que podría resultar en traumas psicológicos.

Ella explicó que había sido una niña no deseada. Su madre nunca tenía tiempo para dedicarle a ella. Su cuidado quedó en manos de la infeliz hermana solterona mayor de su madre quien, a cambio de un hogar, actuaba de niñera, casera, y ayudante general. Sus días preescolares fueron pasados casi exclusivamente en una nursery, ella misma debía diseñar sus propios juegos y entretenimientos. Ocasionalmente, cuando su madre invitaba a sus amistades a tomar el té, era exhibida brevemente, y se le decía lo dulce, y linda que era, después de lo cual se la despedía. A veces, su madre, entre sus reuniones sociales, la visitaba brevemente en la nursery. Fue enviada a una escuela -nursery especial, y luego a varias escuelas privadas, para su educación primaria y secundaria. Durante los veranos, era enviada a campos especiales, para “más” educación. Durante esos años, su “madre se tomaba algo de tiempo de sus reuniones sociales y viajes al extranjero», para ver a su hija lo más “humanamente posible. “Esencialmente, ella y su madre eran extrañas.

(1). Publicado en Rapport N° 30, Diciembre de 1999.

Su padre también era un hombre ocupado, totalmente absorbido por sus empresas y por los viajes la mayor parte del tiempo. Sin embargo, sentía un genuino afecto hacia su hija, y frecuentemente se reservaba algo de su tiempo para llevarla, incluso de pequeña, a comer afuera, al circo, a los parques de memorables y placenteros lugares. También le compraba juguetes y regalos que eran apropiados para sus necesidades, en contraste con las “horriblemente caras” muñecas que le llovían por parte de su madre, y con las que su tía no le permitía jugar debido a que eran «hermosas» y “valiosas.” Ella había recibido “lo mejor de todo” por parte de su madre, pero su padre siempre le había dado “muchas pequeñas cosas que eran muy lindas.” A la edad de dieciocho se rebeló contra “terminar” la escuela y, en contra del intenso resentimiento por parte de su madre, asistió a una Universidad Estatal. El argumento principal de su madre era la deuda que su hija mantenía con ella por haberse “prácticamente arruinado” su figura para darla a luz. El padre, altamente dominado por su mujer pero igualmente enamorado, había apoyado secretamente su decisión, y le había brindado toda la ayuda posible, sin tratar de sobre - gratificarla.

Sus cambios universitarios habían sido buenos desde el punto de vista escolar, pero sentía que no había aprovechado de manera suficiente las oportunidades sociales. Al principio de su año senior, había conocido a un interno, cinco años mayor que ella, de quien se enamoró. Esto había molestado a su madre, ya que el interno no tenía buena “posición social,” pero el padre había expresado, privadamente, su aprobación.

Debido a esta historia, ahora ella se preguntaba qué clase de madre sería. Sus lecturas de psicología la habían convencido de que el rechazo por parte de su madre hacia ella y su aislación emocional de niña, afectarían adversamente, de alguna u otra manera, la crianza de su propio bebé. Ella deseaba saber si, mediante la hipnosis, su inconsciente podría ser explorado y entonces, o liberarla de sus ansiedades, o hacerla tomar conciencia de sus deficiencias y de esa manera hacer las correcciones. Le pidió al autor mayor que considerara su problema durante un tiempo, y que le diera otra cita cuando sintiese que podría satisfacer sus necesidades.

Se le dijo que antes de que esto pudiera llevarse a cabo, sería necesario que ella relatara todas sus ansiedades, miedos, y sentimientos. Al hacer eso, debería dar una imagen comprensible de su naturaleza, variedad, y desarrollo, hasta donde fuese posible. Se le explicó que el propósito primario de este reporte era asegurar-

se de que el autor mayor apreciaba todo lo posible sus sentimientos y pensamientos, antes de intentar nada para determinar las causas y los remedios. De este material adicional, por supuesto, él privadamente esperaba conocer más detalles de la historia de su vida que podría utilizar, para facilitar el trabajo terapéutico.

SEGUNDA ENTREVISTA: UNA CATARSIS ESPONTÁNEA

En la siguiente entrevista, la paciente estaba excesivamente temerosa, ansiosa, y llorosa. Expresó miedos desconectados hacia la posibilidad de dañar, rechazar, y resentir a su niño. Temía quedarse atada a él, tener demasiada ansiedad, prestarle demasiada atención, hacerlo constituir una dificultad para su vida en lugar de placer, perder el amor de su marido, nunca amar al niño, y otras cosas.

Ella elaboró pobremente algunas cosas en base a estas ideas, pero en relación a cualquier etapa posible del desarrollo eventual del niño.

Lloró a lo largo de la entrevista, y aunque intelectualmente no le veía sentido alguno a sus miedos, declaró que su “carácter fuertemente obsesivo” (el de sus miedos) le estaba causando insomnio, anorexia, y severas reacciones obsesivas, que la aterrorizaban.

Si intentaba leer, o escuchar la radio, la hoja impresa o el programa serían oscurecidos por los vívidos, obligados recuerdos de su propia infeliz infancia. Ella reconocía que todos sus miedos eran anormalmente exagerados, pero no se sentía capaz de hacer nada para borrarlos.

Excepto por sus innumerables ansiedades, se obtuvieron pocas historias más. Ella preguntó, con lágrimas en los ojos, si el autor mayor pensaba que podría ayudarla, ya que creía estar derrumbándose con más velocidad que nunca. Se le aseguró que antes de la siguiente cita se prepararía un plan terapéutico para ella.

TERCERA ENTREVISTA: EL TRANCE INTERPUESTO; REGRESIÓN TEMPORAL Y AMNESIA

En la siguiente entrevista se le aseguró que se había logrado un programa ela-

borado, y que los resultados serían, sin ninguna duda, satisfactorios. Cómo era el plan era algo que no se le podía revelar todavía, pero mediante la hipnosis su inconsciente adquiriría una comprensión adecuada. Todo lo que ella necesitaba saber conscientemente era que la hipnosis sería empleada, y que la tarea podía comenzar inmediatamente, si ella lo deseaba. Ella accedió expectante. En esta sesión, se pasaron cerca de cinco horas entrenándola a ser una buena sujeto hipnótica. Se hizo particular énfasis en la regresión temporal. Su inteligencia y excelencia como sujeto hicieron posible el elaborado entrenamiento que se consideraba necesario para el procedimiento planeado.

Durante el entrenamiento, lenta y cautelosamente ella fue transportada en el tiempo repetidamente a una segura situación pasada la cual, de alguna manera, el autor mayor pudiera entrar directa o indirectamente, sin distorsionar la situación de la regresión. Entonces, la primera regresión fue a la primera entrevista. Al hacerla revivir esa entrevista, se hizo fácilmente posible la introducción de un nuevo elemento, en realidad no perteneciente a la situación, pero que con facilidad pudiera adaptarse a ella. De acuerdo a su revivificación de aquella entrevista, el autor meramente remarcó, “¿Le molesta si interrumpo e introduzco una idea que me acaba de venir a la mente? Se me acaba de ocurrir que usted puede ser fácilmente una buena sujeto hipnótica, y me pregunto si podría usted molestarse y cerrar los ojos, y dormirse hipnóticamente durante un momento, y luego despertar y continuar desde donde la interrumpí.” Entonces, un trance interpolar fue introducido a esa revivificación de la primera entrevista, en la cual no había habido hipnosis.

R: El primer trance tuvo el efecto de disociar a la paciente de la realidad circundante, a su ambiente interior. Cuando usted luego interpone un segundo trance ante el primero, efectúa una regresión aun más profunda en ella misma. El propósito básico del trance interpuesto es remover a la paciente de su realidad exterior consensual. Es particularmente útil para la regresión temporal.

E: Sí, no tengo que ayudarla a surgir del exterior con el trance interpuesto. Cuando ella regrese a la realidad, se le hará mucho más difícil recuperar ese trance interpuesto, para el cual tiene una amnesia, incluso en estado de trance.

R: Entonces un trance interpuesto es otra manera de efectuar una amnesia hipnótica más profunda.

E: En los trances futuros, ella tendrá una amnesia para el trance interpuesto, pero

deberá pasar a través de él para lograr un recuerdo completo del primer trance en el cual tuvo lugar. Yo le di muchas sugerencias positivas de soporte durante el trance interpuesto. Esto sirvió para reforzar todos los valores positivos de aquella entrevista inicial.

R: Es como una vuelta feedback, en la cual lo que viene después refuerza los valores positivos de lo que ocurrió antes.

E: Sí, y es reforzador lo que sucede ahora por virtud del “pasado” que yo he transplantado a la entrevista inicial. Yo trabajo en todas las direcciones. En la vida cotidiana, cuando los extraños se encuentran, pueden hablar casualmente en una manera general hasta que descubren algo común en su pasado: pueden haber pasado las vacaciones en el mismo lugar, o pueden venir del mismo Estado o pueblo, o pueden haber ido a la misma escuela. A veces descubren, para su placer, que tienen algunos conocidos en común, por lo que pueden entonces compartir detalles más íntimos de sus vidas. Han creado ahora un intenso rapport en el presente, basado enteramente en experiencias del pasado.

R: Han creado un compartido “mundo fenomenal en común” (Rossi, 1972a). Han construido puentes asociativos que ahora los vinculan, en una amistad. Éste es un proceso común, cotidiano de relación social, que usted ahora está utilizando para aumentar su rapport con esta paciente. El trance interpuesto es una manera de crear rápidamente una «historia» positiva que mejora las relaciones existentes.

PROTECCIÓN DEL RAPPORT: SUGESTIÓN INDIRECTA Y POSIBILIDADES CONTINGENTES

Luego ella hizo una regresión a una fiesta de internos en la cual había un número de estudiantes de la clase del autor mayor. En el proceso de regresión, se implantó la sugestión de que ella podría encontrárselo en esa fiesta, o que alguien mencionaría su nombre, y, sin dudas, esto ocurriría cuando alguien se le aproximara a ella, y atrajera su atención al rozar suavemente su muñeca. Luego, cuando esta cosa inesperada sucediera, ella podría darle una completa respuesta a la presión de la muñeca y reaccionaría de acuerdo a cualquier necesidad situacional desarrollada. Primariamente, esto era para introducir una señal física, para permitir una rápida inducción de un estado de trance en cualquier momento, incluso durante el revivir de eventos pasados, ocurridos mucho antes del primer encuentro

con el autor mayor. Varias sugerencias de este tipo fueron inducidas, con la ayuda de información especial que fue previamente facilitada por el marido. Esta información fue utilizada para condicionarla para una inducción de trance en cualquier caso de circunstancias psicológicas .

E: Yo estaba construyendo una protección del rapport con este procedimiento. En una ocasión, le hice hacer una regresión de diez años a un sujeto, en la Universidad de Clark. Él explicó que estaba con su madre, que le dio el recado de ir a comprar pan. Nosotros podíamos ver el terror del sujeto en su rostro, porque él no conocía a nadie en el cuarto (en el cual, como adulto, estaba siendo hipnotizado). Me pasé unas endemoniadas cuatro horas y media tratando de volver a un rapport con él, porque me tenía miedo a mí y a todos los demás. Eso me enseñó que a partir de ese momento, yo tenía una manera secundaria de establecer rapport con un sujeto, tocándole la muñeca. Es una señal atraedora - de atención-, pero de otra manera sin sentido. El sujeto no puede incorporarla fácilmente en el patrón de comportamiento regresivo.

R: Usted no le dijo a ella directamente que la presión en su muñeca era una señal para entrar en trance o para prestar más atención a lo que usted estaba sugiriendo.

E: Si yo hubiera dicho aquello directamente, ella lo habría rechazado. Debido a ésto, la puse en una base indirecta, de *posibilidades contingentes*: ella *podría* encontrarme. Alguien se le aproximaría; ella podría dar una completa respuesta a la presión sobre su muñeca y reaccionar de acuerdo a *cualquier necesidad situacional desarrollada*. Éstas (las palabras en *itálicas*) son todas indefinidas. No hay ningún pedido ni amenaza en todo esto, y por lo tanto no hay necesidad de resistencia o rechazo.

R: En general no rechazamos posibilidades indefinidas en la vida cotidiana. En lugar de ello, las posibilidades y contingencias suelen evocar nuestro sentido de la duda, de la especulación y de la expectativa. Las posibilidades, en realidad inician presiones de *búsquedas inconscientes* dentro de nosotros, que pueden perjudicar procesos inconscientes útiles. “Cualquier necesidad situacional” también cubre todas las posibilidades, inclusive cualquier sugerencia que usted le haga. Usted le da a ella la forma más indirecta de sugestión, aquí.

E: Una forma muy general, que puede ser llenada por las comprensiones espe-

cíficas de la paciente.

INTERPONIENDO NUEVAS EXPERIENCIAS DE VIDA: EL HOMBRE DE FEBRERO

Ella fue entrenada para desarrollar, de buena manera, regresiones extensivas que eran realizadas para servir meramente como un fondo y una situación generales, para nuevas, interpuestas, respuestas de comportamiento. Se le hicieron tener regresiones a situaciones pasadas, y ese modelo de referencia fue empleado meramente como un fondo en el cual se podría interponer un nuevo comportamiento hipnótico. Cuando se completó un entrenamiento hipnótico suficiente, para asegurar buenas respuestas, ella fue regresada a la edad de cuatro años. Se eligió el mes de Febrero porque era su cumpleaños. Fue orientada al living de su infancia en el acto de estar meramente caminando a través de él. Ella había caminado frecuentemente por el living. Como el estado de regresión estaba limitado a ese acto, constituiría sólo un modelo de referencia. Ese “caminar por” podría ser bloqueado y nuevos comportamientos introducidos a esa escena sin alterar ni falsificar la situación. Entonces, el nuevo comportamiento introducido en esa situación podría ser relacionado temporariamente con los eventos del período de la regresión temporal.

Cuando ella salió de este estado somnambulístico, fue recibida por el autor mayor: “Hola, pequeña niña. ¿Eres la niña de tu papi? Soy un amigo de tu papi, y estoy esperando que él aparezca para hablarme. Él me contó ayer que te compró un regalo un día, y que te gustó mucho. Yo también quiero a tu papi. Me dijo que pronto sería tu cumpleaños, y apuesto a que te trae un increíblemente hermoso regalo.” A esto le siguió un silencio, y el autor mayor aparentemente sin darse cuenta abrió y cerró la tapa de su reloj de bolsillo, sin hacer ningún esfuerzo para comenzar una conversación o para atraer su atención. Ella primero le dirigió una mirada, luego se interesó en el reloj, mientras él se lo acercaba al oído y comentaba que hacía un “tic tac” muy agradable.

E: “Hola, pequeña niña” le asigna a ella un rol hipnótico.

R: En ese primer segundo, cuando ella abre los ojos en un trance somnambulístico, usted inmediatamente refuerza la regresión temporal para que no haya ninguna duda al respecto. ¿Lo verá ella a usted como el Dr. Erickson o

como alguien a quien ella no conoció en el pasado? El comentario introductorio que usted hace la orienta en el pasado.

E: Y ha habido personas en su pasado que han dicho cosas como aquella.

R: Luego usted atrae su atención apropiadamente al jugar con su reloj. Esto es justo lo necesario para una niña de cuatro años; usted no se entromete de manera directa o demandante. Usted se comporta prácticamente como lo hubiera hecho un visitante a la casa de ella, cuando era niña.

SEÑAL DE MUÑECA COMO UNA SEÑAL NO VERBAL PARA METASUGESTIONES ORIENTANDO EL ESTADO SOMNAMBULÍSTICO

Luego de un momento, se le ofreció la sugestión de que le podría gustar abrir la tapa del reloj, o escuchar su sonido. Ella asintió con la cabeza, tímidamente, y extendió su mano. Tomándola firmemente de la muñeca como para ayudarla, el autor mayor le entregó su reloj. Ella lo observó, y jugó con él. Se le sugirió que si escuchaba su sonido durante un rato, le causaría muchas ganas de dormir. Esto fue seguido por el comentario de que pronto el autor mayor debería volverse a su casa, pero que un tiempo después volvería, y, si ella lo deseaba, traería su reloj, para que ella pudiera abrirlo, cerrarlo, y escucharlo.

Ella asintió con la cabeza, y su mano, sosteniendo el reloj, fue guiada hasta su oído. Su muñeca fue apretada levemente, y se hicieron sugestiones de trance acompañadas por la sugestión de que quizás al verano siguiente, el autor mayor volvería, y en una de esas ella podría reconocerlo.

E: Yo debía irme de su casa. Terminé con esa experiencia de vida interpuesta con la señal de la muñeca, de una forma adecuada (guiando su mano con el reloj, hasta su oído) y sugiriendo que le traería sueño su sonido.

R: Hacer que se quede dormida es un comportamiento bastante apropiado para una niña de cuatro años de edad que está escuchando un reloj, y su sueño le permitió a usted irse. También le permitió a usted hacerle sugestiones posthipnóticas acerca de volver a verla el verano siguiente, quizás, y en una de esas, ella lo reconocería. Estas posibilidades son apropiadas para su edad, porque una niña de

cuatro años de edad puede no reconocer a un amigo luego de un año. ¿Pero por qué usted le brinda la señal del rapport al apretar su muñeca cuando agregó estas sugerencias?

E: Aunque ella estaba en un trance somnambulístico, se necesitaría una hipnosis posterior para efectuar una alteración de ese estado, para inducir otro fenómeno.

R: Comprendo. Incluso durante un estado somnambulístico se necesita un rapport especial para efectuar sugerencias importantes. La señal de la muñeca es una señal orientadora para las metasugerencias que usted utilizará para guiar el estado somnambulístico; le dice a ella que están viniendo importantes sugerencias. He tenido la dificultad de trabajar con algunos sujetos que eran tan obstinados durante el estado somnambulístico que a duras penas yo podía sacarles una palabra. Como los niños egocéntricos, esos sujetos tempranamente se adueñarán de la situación y simplemente vivirán una experiencia interior sin que yo pueda ser capaz de relatársela a ellos. Esto puede ser valioso para propósitos catárticos, pero no le permite al terapeuta interponer nuevas experiencias de la manera en que usted lo está haciendo aquí.

E: Uno necesita otro modelo de referencia hipnótico para orientarla hacia sugerencias importantes sin definirlas verbalmente como tales y sin alterar mi rol de extraño, el amigo de papi.

R: La regresión temporal clásica ha sido, típicamente, el simple hecho de revivir una experiencia de vida pasada. Una catarsis o proceso de desintetización va teniendo lugar, como el medio terapéutico de resolver emociones o traumas.

E: Eso no agrega nada. Aquí lo estoy agregando al pasado.

R: Ese es el objeto de todo el procedimiento. Usted le causa una regresión para establecer un modelo de referencia en el cual poder interponer experiencias de vida terapéuticas. Usted le está agregando nuevas experiencias a su banco de recuerdos; le está agregando nuevos elementos de relaciones humanas de las que ella se perdió en la realidad.

E: Uno puede agregarle creencia a algo que no existe si lo repite lo suficiente. Es por ello que yo tuve que darle muchas experiencias conmigo como el Hombre

de Febrero. Le estoy agregando realidad a algo no existente.

R: Se hace «real» en términos de realidad interna. Con esta aproximación usted puede alterar el sistema de creencias de un paciente; no puede realmente cambiar su pasado, pero puede cambiar sus creencias acerca del pasado.

E: Se pueden cambiar las creencias y los valores. No es que realmente podamos creer en mentiras, descubrimos más cosas. Los pacientes creen en su limitada realidad hasta que descubren más realidad.

R: Me pregunto si podemos igual “descubrir más realidad” con crear nuevas conciencias. Sin embargo, todavía existe una pregunta básica aquí. ¿Usted (1) realmente le está agregando algo nuevo a la personalidad, o (2) está simplemente ayudándola a descubrir y experimentar un patrón natural, inherente, de relación humana (la arquetípica relación padre-hijo) que ella tanto necesitaba y deseaba? La teoría de utilización haría énfasis en la segunda alternativa; usted está estructurando circunstancias que le permiten a ella evocar y utilizar patrones de comportamiento inherentes (específicos) que deben ser expresados para un desarrollo normal. Pero usted está ciertamente agregando un nuevo contenido dentro de la base de este patrón inherente.

CONTINUANDO EXPERIENCIAS CON EL HOMBRE DE FEBRERO: RATIFICANDO LA REALIDAD HISTÓRICA DE EXPERIENCIAS DE REGRESIÓN TEMPORAL

Luego se le permitió experimentar unos quince minutos de profundo sueño hipnótico. Éste sueño fue un período de tiempo durante el cual mi partida y eventual retorno (como ya había sido sugerido) pudieron tener lugar. Su muñeca fue entonces nuevamente apretada, y se ofrecieron sugerencias acerca de que era mejor estar en el campo, porque las flores estaban floreciendo por primera vez desde su último cumpleaños, y quizás volvería el amigo de papi. Bajo todas circunstancias ella podría abrir sus ojos, bien, bien grandes, para ver las flores. Ella abrió los ojos y estaba aparentemente disfrutando de sus alucinaciones visuales cuando el autor, desde atrás, la direccionó, “Hola, pequeña niña. ¿Me recuerdas?” Ella se volvió, lo observó cuidadosamente, sonrió, y dijo, “Usted es el amigo de papi.” Se le respondió, “Y recuerdo tu nombre. Es R.” De esta manera, el autor mayor se estableció como una verdadera figura de su vida pasada, no

interfiriendo con sus realidades ni distorsionándolas, sino meramente agregándola mediante un simple proceso de asociación temporal. Entonces una conversación casual fue iniciada en un nivel infantil, acerca de las flores rojas, rosas y amarillas (ella dijo que eran tulipanes), y ella le recordó al autor mayor su reloj, y esencialmente el mismo curso de eventos tuvo lugar, como lo había tenido previamente. Muchas más instancias comparables fueron desarrolladas para asegurar la posibilidad de una intrusión del autor mayor en su pasado sin invalidar el estado de regresión. Se le dieron extensas experiencias con el Hombre de Febrero, una figura que se estableció más y más en la historia de su vida.

E: He aprendido de las entrevistas iniciales que su hogar de la infancia tenía extensos jardines, llenos de flores rojas, rosas y amarillas. Luego ratificaré los aspectos históricos de la experiencia, al pretender un recuerdo poco claro de mis visitas previas con ella. ¿Con qué claridad uno recuerda una experiencia ocurrida un año atrás? ¿Dos años atrás? ¿Cuatro años atrás? También introduje puntos de vista cambiantes. A medida que ella crece, adquiere una perspectiva diferente de las cosas. Yo diría, “Aquella primera muñeca que usted tuvo era realmente linda.” “¿Recuerda el entusiasmo que sentía con aquel primer circo?” Yo podría hacer esos comentarios a la niña de diez o doce años, acerca de la de seis.

R: Usted construye puentes asociativos entre las experiencias del trance a diferentes edades que establecieron la realidad histórica de sus visitas.

SUGESTIÓN POSTHIPNÓTICA INDIRECTA

Finalmente, ella fue ubicada en un profundo trance, y se le dieron extensas sugerencias posthipnóticas para asegurar una amnesia completa para todos los eventos de trance, y para asegurar también una cooperación continua. Suavemente apreté su muñeca y dije, “Ahora usted ha completado esa tarea. Quiero que entre en un profundo estado de trance ahora. Quiero que disfrute del descanso. Quiero que se sienta fresca cuando se despierte, confortablemente disfrutando la sensación de estar completamente despierta, preparada para las actividades de un nuevo día.”

E: La última sugerción, “preparada para las actividades de un nuevo día,” implica que ella estará lista para trabajar más; ésto es sólo el comienzo.

R: Así es como usted también implica una amnesia posthipnótica sin decirle directamente a ella que no recordará. Usted pudo entonces ponerla nuevamente en trance para otra experiencia con el Hombre de Febrero

TIEMPO PARA TRABAJO HIPNÓTICO

En las sesiones subsecuentes, usualmente de varias horas de duración, se siguió, esencialmente, el procedimiento que sigue.

E: He debido disponer de varias horas para permitirle a ella tener una experiencia con el Hombre de Febrero a cierta edad, para descansar, y luego para tener otra experiencia a otra edad. El tiempo es expansible y comprimible, pero una cierta cantidad de tiempo - reloj real sigue siendo necesaria para un trabajo cuidadoso. Inicialmente uno no sabe realmente cuáles son las capacidades del paciente. Se necesita tiempo para explorarlas.

INTEGRANDO RECUERDOS HIPNÓTICOS Y DE LA VIDA REAL: CREANDO UNA REALIDAD INTERNA AUTO - CONSISTENTE

Ahora tuvieron lugar un número de sesiones hipnoterapéuticas, siguiendo este mismo patrón. Se le hicieron recordar muchos períodos diferentes de su vida, generalmente de manera cronológica y progresiva, teniendo cuidado de no permitir que la situación creada interfiriera contradictoriamente con las realidades del pasado. Por ejemplo, en una ocasión, cuando se la hizo tener una regresión a la edad de nueve años, manifestó un estupor intenso al abrir los ojos y ver al autor mayor. Un cauteloso interrogatorio descubrió que ella estaba visitando a un pariente lejano por primera vez, y que había arribado la noche anterior. Unas pocas preguntas generaron la información necesaria para orientar al autor mayor, de manera que pudiera alegar una amistad de negocios con el pariente. Esto creó una base muy necesaria para su omnipresencia subsecuente en las experiencias de vida de la paciente. El hecho de que sus padres habían viajado mucho, casi siempre sin aviso, y de que tenían una enorme cantidad de amigos y conocidos, ayudó a la aceptación de su omnipresencia. Entonces, fue fácilmente asumido que también era verdad que el autor mayor era el “amigo de papi.” También era de una gran importancia el conocimiento del Hombre de Febrero de varias ciudades que ella había visitado, y el hecho de que él, al igual que ella, había estudiado psicología, todo lo cual

proveía una amplia base que le permitía aceptarlo sin hacer preguntas. Mientras continuaba el proceso, las tecnicidades de asegurar un comportamiento responsable se hicieron mínimas, y una docena de estados regresivos pudieron desarrollarse en sólo una hora. Estos fueron todos utilizados para asegurar un reporte de hechos y actitudes contemporáneas al período de regresión, al mismo tiempo que una narración de todos los esperados o anticipados eventos. Los eventos anticipados sirvieron admirablemente para permitirle al autor mayor dirigir estados de regresión de períodos “seguros” Sin embargo, hubo que tener cuidado, ya que las anticipaciones no siempre eran completadas. Sin embargo, frecuentemente la “visita” se debía a una narración de lo sucedido desde la última “visita”, que era, en realidad, el estado precedente de regresión. Ella aprendió a ver al autor mayor como un visitante recurrente y como un confiable confidente al cual le podía contar sus secretos, sus problemas, y sus placeres, y con quien podía compartir sus deseos, miedos, dudas, y planes.

De vez en cuando, se hacía necesario inducir amnesias completas, borrando varias de las “visitas” anteriores del autor mayor, y para llevarla de nuevo a una edad anterior, y para pasar por sobre un período de su vida parcialmente cubierto, de una manera más adecuada. Entonces, algún cambio repentino en su vida, no anticipado en una regresión temporal anterior, podría haberse establecido antes del período de la siguiente regresión temporal, creando, de esa manera, una variante con comprensiones establecidas. En dichas ocasiones, la última regresión temporal sería abolida por las sugerencias amnésicas, y una nueva regresión a un tiempo anterior sería inducida para mantener la seguridad de los datos pertinentes.

R: Usted hizo un esfuerzo muy grande, con mucho cuidado, para integrar los recuerdos hipnóticos con los reales, de manera que fueron moldeados en una realidad interna auto - consistente. Esto aseguraría la permanencia de las nuevas actitudes que usted le estaba facilitando. Si hubiera contradicciones y una falta de consistencia entre los recuerdos hipnóticos y los reales, los procesos auto -correctivos dentro del inconsciente tenderían a eliminar gradualmente las sugerencias hipnóticas como intrusiones extrañas. Puede ser que por esto tantos trabajos hipnóticos en el pasado hayan tenido efecto temporario o parcial. Las sugerencias directas hechas incluso mientras un paciente está en un estado profundamente somnambulístico, no están programadas dentro de la mente consciente para siempre, de manera rígida. La mente humana es un proceso dinámico que está continuamente corrigiéndose, modificándose, y reformulándose a sí misma. Las inconsistencias son, o bien trabajadas de manera satisfactoria, o expresadas como

“problemas” (complejos, síntomas psicosomáticos, etc.). No hay entonces nada mágico ni misterioso en la efectividad de su aproximación: Está basada en un trabajo muy cuidadosamente estudiado, integrando los recuerdos reales con la experiencia hipnótica.

FACILITANDO ACTITUDES TERAPÉUTICAS: UNA TERAPIA DE PERSPECTIVAS DE VIDA; SUEÑOS E HIPNOSIS

El consistente y continuo rechazo que ella experimentaba por parte de su madre presentó muchas oportunidades para reorganizar sus emociones y comprensiones. Mediante este procedimiento, el rol del autor mayor pasó a ser un rol amistoso, simpático, de interés, objetivo, entonces dándose a sí mismo la oportunidad de hacer preguntas concernientes a cómo ella evaluaría más tarde una experiencia dada. Entonces, al expresar el dolor que sintió al romper una pequeña y barata muñeca de porcelana que su padre le había regalado, y que atesoraba, pudo declarar que, cuando creciera y se convirtiera en madre, y tuviera una pequeña niña que rompiera su muñeca, sabría que no sería algo “terriblemente malo”, y también sabría cómo se sentiría su niña. Similarmente, una caída en la pista de baile durante su adolescencia, era vista por ella como una experiencia total y completamente devastadora. Igualmente manifestó el deseo de entender el comentario del autor mayor acerca de que aunque podía apreciar ese hecho como tal en el presente, en el futuro podría ser visto como algo sin ninguna importancia, quizás incluso gracioso. Su primer amorío adolescente, el abandono por parte del chico, y su tremenda necesidad de entenderse a sí misma en relación a tal evento fueron enfrentados. Su resolución de dejar la escuela, su entrada a la Universidad, su elección de estudio, sus esfuerzos escolares, y su limitada vida social fueron temas abordados. La cita con el hombre que se convirtió en su marido, sus dudas acerca de él, el eventual compromiso, y la actitud de la madre hacia él, hacia el matrimonio, y hacia el subsecuente embarazo fueron todos temas detallados al autor mayor en “actuales” explicaciones de lo que le estaba sucediendo a ella. Fueron revividas y discutidas con el Hombre de Febrero numerosas otras instancias de rechazos y decepciones por parte de su madre y de su padre. Recuerdos realmente felices también fueron revividos e integrados con recuerdos hipnóticos para asegurar una integración completa de ellos.

R: Siempre que tenga una situación traumática, podrá ahora hablar de ella con el amigo de su padre, el Hombre de Febrero. De hecho, usted se convierte en su

terapeuta en ciertos momentos. Este es un curioso estado del asunto, usted como su verdadero terapeuta se convierte en un terapeuta de su pasado, ayudándola a lidiar con las dificultosas situaciones de su vida, a medida que ocurren. He notado algo similar en los sueños. Algunos pacientes parecen revivir su pasado en sueños pero corrigen los aspectos traumáticos de su pasado con sus actuales perspectivas adultas (Rossi, 1972a; 1973c). Esto nuevamente señala el aspecto auto - corrector de la psique; está en un continuo proceso de reformulación o resintetización de sí misma, para lograr un patrón de funcionamiento más integrado. Usted utiliza y facilita este aspecto resintetizado del funcionamiento psíquico con el rol del Hombre de Febrero. Usted está haciendo hipnótica-mente lo que frecuentemente sucede naturalmente durante los sueños.

E: Sí. [El autor mayor ahora recuerda un sueño propio, cuando el Dr. Erickson adulto se observó a sí mismo de niño (Erickson, 1965a.)] Los sueños nos dan la oportunidad de revivir eventos pasados y apreciarlos críticamente desde una perspectiva adulta.

R: Los sueños son procesos autoterapéuticos que ayudan a la mente a corregirse e integrarse a sí misma. También creo que estamos sintetizando nuevas realidades fenomenológicas durante nuestros sueños, que se convierten en la base de nuevos patrones de identidad y de comportamiento (Rossi, 1971; 1972 a, b; 1973 a, b, c.)

UN CAMBIO DE REALIDADES: PROFUNDIZANDO EL MODELO DE REFERENCIA TERAPÉUTICO

Hacia el final de esta extensa reorganización de sus actitudes acerca de su pasado, un nuevo recuerdo fue evocado: su resolución secreta, años atrás, de tener una anestesia hipnótica en el caso de que se casara y quedara embarazada. Ahora que consideraba esta posibilidad, había recibido una carta de su madre prohibiéndole que el término “abuela” fuese usado - en realidad, rechazando al no nacido bebé. Esta carta intensificó aun más las ansiedades y los miedos de la paciente.

Para enfrentar estas nuevas ansiedades se desarrolló una variación de nuestro procedimiento hipnótico. En esta variación se indujo una amnesia total para todo su trabajo hipnótico previo, y se le solicitó que nuevamente relatase todos sus miedos

y ansiedades. En este estado, como se esperaba, su narración fue comparable a la expresión original de sus problemas, antes de la hipnoterapia.

Luego se indujo un nuevo estado de trance, en el cual fue removida la amnesia total. Luego fue transportada a una semana *antes* de la llegada de la carta de su madre. En este estado de hipnosis se le pidió que recordase completamente todas las otras visitas, charlas, y discusiones durante los años que había compartido con el autor mayor como el amigo de papi. Mientras recordaba todas sus visitas y sus conversaciones acerca de tan diversos temas, se le ofreció la sugestión de que debería considerar las preocupaciones menores presentes, acerca de toda esa experiencia. Mientras comenzaba con esta correlación de sus ideas infelices del pasado como ella las concebía en ese momento, comenzó a desarrollar sorprendentes insights, comprensiones, y un gran confort emocional.

Una vez restablecidas las nuevas actitudes desarrolladas durante el trabajo terapéutico, el autor mayor la transportó a un estado de regresión temporal cubriendo el período justo después de la llegada de la carta de su madre. Luego de expresar algunas sensatas perspectivas acerca del problema de su madre, se le pidió que diera las reacciones que podría desarrollar si no incluyese en su pensamiento “todo lo que sabía acerca del pasado.” Se le dijo que debería especular en voz alta acerca de cómo podría realmente ampliar sus reacciones, hasta transformarlas en exagerados miedos y ansiedades, meramente “no siendo comprensiva en su pensamiento.” Se la incitó a ofrecer “comentarios especulativos” expresando dichas ansiedades. Luego procedió a verbalizarlas como creía que serían posibles si “no pensase inteligentemente.” Esta narración especulativa fue idéntica a la que había dado originalmente justo antes del comienzo de la terapia y la narración previa con la amnesia total para todo el trabajo hipnoterapéutico. Pero fue narrada “especulativamente”, lo que fue decididamente diferente a la nueva realidad de su vida emocional que ahora incluía los nuevos modelos de referencia que había desarrollado con el Hombre de Febrero.

Luego fueron utilizados subse-cuentes estados de regresión. Sus “especulaciones” acerca de cómo podía ella exagerar sus miedos siempre daban como resultado narraciones similares a la que había dado originalmente antes de la hipnoterapia. Estas especulaciones siempre estaban en agudo contraste con sus “verdaderas actitudes” desarrolladas con la ayuda del amigo de papi, el Hombre de Febrero. Luego se detuvo en su “actual” historia del pasado, con todas sus experiencias interpuestas con el amigo de papi. Durante este período surgió una

tremenda cantidad de historia del pasado, con clara relevancia para su problema. Mientras continuaba este tipo de actividad, ella desarrolló insights que fueron remarcadamente correctivos.

R: Éste es un giro ingenioso: la que originalmente era una realidad dolorosa ahora se convierte en una “narración especulativa,” mientras que las nuevas actitudes introducidas por la hipnosis se convierten en la dura realidad. Esto es, ella está ahora aceptando su modelo de comprensión expandido, desarrollado con el Hombre de Febrero, como sus perspectivas “reales”, mientras que su comportamiento previo es ahora visto meramente como una narración especulativa acerca de cómo pueden suceder cosas malas si ella “no piensa inteligentemente.” Este procedimiento puede estar ayudándola a integrar el modelo de referencia del Hombre de Febrero en un nivel todavía más profundo. Éste es particularmente el caso, porque ella ya está en un estado hipnótico profundo, mientras experimenta este cambio de realidades.

FIN: UNA INTEGRACIÓN FINAL CONSCIENTE ABARCANDO TODO EL TRABAJO DE TRANCE

Finalmente, mientras ella progresaba en ese aspecto, progresivamente el tema de la anestesia hipnótica para el parto de su niño fue mencionado mientras estaba en trance. Se le dijo que a medida que fueran pasando los meses de embarazo, era absolutamente seguro que todas sus ansiedades serían comprendidas completa y confortablemente, y entonces se convertirían en una experiencia resuelta, perteneciente al pasado. En su lugar habría una toma de conciencia de que de alguna forma habría alguien que le enseñaría a comprenderse a sí misma con felicidad. Como estaba en un estado de regresión, esto era naturalmente una referencia por implicación al autor mayor como alguien con quien se encontraría en el futuro. Para este propósito sería entrenada al objeto de ser una excelente sujeto hipnótica, y de esa manera decidir el parto hipnótico.

El fin de la terapia fue llevado a cabo con bastante facilidad. Fue transportada al momento de la preparación para su primera visita al consultorio del autor mayor. Él le aseguró todavía en el rol del amigo de papi - que su viaje sería verdaderamente exitoso, en muchos más aspectos de los que ella creía. La escena luego fue llevada al consultorio, y se quedó atónita al ver al Hombre de Febrero. ¡También se quedó atónito el autor mayor! Se quedó desconcertada ante su presencia, y explicó que había venido para ver al Dr. Erickson. Se le aseguró que vería al Dr. Erickson

y que él satisfaría todos sus deseos totalmente, pero que, durante unos minutos, debería dormir profundamente. Durante este trance, se utilizaron cerca de una hora y media para instruirle al objeto de que cuando se despertase, recordase desde el comienzo, en orden cronológico, todas las experiencias de trance que hubiese tenido, junto con todos los insights y comprensiones que hubiera desarrollado hasta la fecha escrita en el periódico que había sobre la mesa. Al cierre de esta entrevista, se le dijo que se tomara un par de placenteros días para recordar, asegurándose de entender, recordar, y aceptar todo su pasado en una forma ajustada. Como con la amnesia hipnótica, estaría segura, pero los detalles menores serían arreglados en la entrevista siguiente.

R: Esto fue un resumen final para una integración final consciente de toda su terapia. Ella ahora finalmente aprende cómo usted ocupó el rol del Hombre de Febrero, cómo cambió sus realidades, etc. Sin embargo, esto no deshace la efectividad de las nuevas actitudes y de los nuevos modelos de referencia que usted le ayudó a desarrollar. ¿Por qué no lo hace? Luego de todos los increíblemente complejos esfuerzos a fin de desarrollar un nuevo modelo de referencia, integrarlo, y profundizarlo, ¿por qué le pone fin a la terapia con esta conclusión completa?

E: Porque puedo haber cometido algún error. Ella puede haber cometido algún error. Es mejor asegurarse de que todos los errores quedan corregidos.

R: Usted no teme deshacer su trabajo terapéutico porque en realidad usted la ha ayudado a ella a desarrollar nuevos modelos de referencia y nuevas comprensiones que han alterado terapéuticamente su vida emocional. Este caso contrasta agudamente con aquellos casos en los cuales a usted le gustaba mantener una amnesia para todo el trabajo hipnoterapéutico. ¿Cuál es la diferencia?

E: Algunas personalidades necesitan de la amnesia, y otras no. Es una cuestión de experiencia clínica el poder distinguirlo.

R: A aquellos pacientes que usted cree que tienen actitudes destructivas conscientes hacia la terapia, les puede ir mejor con una amnesia.

E: Esta paciente fue en realidad dejada con cierta amnesia para las emociones negativas relacionadas con su madre que experimentó anteriormente. Mi sugestión posthipnótica final fue que «se tomara un par de placenteros días para recordar, asegurándose de entender, recordar, y aceptar todo su pasado en una forma

ajustada». Esto eliminaba cualquier regresión hacia las catastróficamente negativas afecciones y ansiedades que ella experimentaba antes de la terapia.

ENTRENAMIENTO PARA UNA ANALGESIA OBSTÉTRICA: UN SEGUIMIENTO DE DOS AÑOS

En la sesión siguiente, algunos días más tarde, ella comentó que su interés primario era el parto hipnótico. Luego de muchas discusiones con su marido, durante las cuales él había sido principalmente el oyente, ella se había decidido por una analgesia en el caso de que ésta fuese posible. Explicó que deseaba experimentar el nacimiento del niño de la misma manera en que había, de niña, experimentado la sensación de una cereza entera, o una cucharada de helado, sintiéndolas pasar comfortable e interesadamente a través del esófago. De manera similar, deseaba sentir la labor de las contracciones, sentir el pasaje del bebé a través del canal de parto, y también la distensión del canal de parto. Deseaba sentir todo esto sin dolor. Cuando se le preguntó acerca de la posibilidad de una episiotomía, explicó que deseaba experimentar la sensación del corte sin dolor, y que deseaba sentir, adicionalmente, los puntos que se le darían. Cuando se le preguntó si deseaba experimentar cualquier sensación de dolor meramente como una prueba, ella explicó, «El dolor no debería ocupar ningún puesto durante un parto. Es algo hermoso, aunque a todos se nos enseña a creer en el dolor. Yo quiero tener a mi bebé en la forma en que debo hacerlo. No quiero que mi atención se distraiga ni un segundo por las ideas de dolor.» De acuerdo a esto, como una manera de satisfacer sus necesidades, se le enseñó a desarrollar una completa anestesia hipnótica. (Usualmente el procedimiento es pasar de un adormecimiento a una analgesia y de allí a la anestesia). Ya que en esta instancia una analgesia era el objetivo primario, se indujo extensivamente una anestesia y luego fue transformada sistemáticamente en una analgesia. (Es dudoso que se pudiera haber efectuado una completa transformación de la anestesia a la analgesia, pero de esta manera se podían satisfacer los deseos de la paciente, y cualquier anestesia que sobrase sólo sería un suplemento para la efectividad de la analgesia).

Cuando se la entrenó lo suficiente como para cumplir con varios tests clínicos de la analgesia, se le dio un entrenamiento extensivo para efectuar el desarrollo de un trance somnambulístico posthipnótico con aquel “grado y tipo de analgesia que usted acaba de aprender,” de manera que ella pudiera entrar en labor sin ningún contacto posterior con el autor mayor.

Luego se le dieron instrucciones adicionales de que se despertaría al completar la labor, con un recuerdo completo e inmediato de toda la experiencia. Luego, cuando retornase a su cuarto, se quedaría dormida confortablemente durante casi dos horas, y a partir de ese momento tendría un posparto placentero, haciendo felices planes para el futuro.

Unas siete semanas después del parto, ella, su marido, y la bebé visitaron al autor mayor. Reportaron que, cuando ella entró al hospital, desarrolló un trance somnambulístico. Durante la labor y durante el trance, su marido había estado presente. Ella había hablado libremente con su marido y con el obstetra, y les había descrito sus contracciones, con gran interés. Había reconocido la performance de la episiotomía, la emergencia de la cabeza en el canal de parto, toda la llegada de la niña, y los puntos de la episiotomía - todo sin dolor alguno. La expulsión de la placenta causó que ella preguntara si eran mellizos, porque había sentido “a otro moviéndose allí abajo.” Fue capaz de reírse de su propio error cuando se le dijo que había sido la placenta. Contó los puntos que se le dieron, y preguntó si el doctor la había “engañado” dándole una anestesia local porque, aunque podía sentir la aguja, podía hacerlo de una manera como adormecida, indolora, que asociaba a la sensación de adormecimiento de la mejilla luego de una anestesia local dental. Se alivió cuando se le informó que no había habido ninguna anestesia local.

Se le mostró la bebé, la observó con mucho cuidado, y pidió permiso para despertarse. Había sido instruida para tener un rapport total con su marido y con el obstetra, y para hacer cosas que fueran necesarias para llevar adelante la situación. Así, sin ninguna experiencia en situaciones de ese tipo, ella cuidadosamente se aseguró de que fuese el momento de despertarse. Nuevamente observó de arriba a abajo a la bebé. Luego, después de decirle a su marido que recordaba totalmente toda la experiencia, y que todo había ocurrido exactamente como ella lo deseaba, repentinamente declaró que tenía sueño. Antes de abandonar la sala de partos, ya estaba totalmente dormida, y durmió durante una hora y media. Su permanencia en el hospital fue de lo más placentera.

Dos años más tarde le anunció al autor mayor que estaba por tener otro bebé, y solicitó que se le diera un “curso refrescante, sólo para estar más segura.” Una sola sesión de tres horas de duración, en profundo trance, fue suficiente para satisfacer sus necesidades. Gran parte del tiempo fue utilizado para asegurar el adecuado beneficio de sus ajustes. Fueron hallados excelentes, bajo todo punto de vista.

Referencias

- Bakan, P. Hypnotizability, laterality of eye-movements and functional brain asymmetry. *Perceptual and Motor Skills*, 1969, 28, 927- 932.
- Bandler, R., and Grinder, J. *Patterns of the hypnotic techniques of Milton H. Erickson, M.D. Vol. I*. Cupertino Calif.: Meta Publications, 1975.
- Barber. T. *Hypnosis: A scientific approach*. New York: Van Nostrand Reinhold, 1969.
- Barber. T. Responding to “hypnotic” suggestions: An introspective report. *The American Journal of Clinical Hypnosis*, 1975, 18, 6-22.
- Barber. T., Dalal, A., and Calverley. D. The subjective reports of hypnotic subjects. *American Journal of Clinical Hypnosis*. 1968. 11, 74 - 88.
- Barber, T., and De Moor, W. A theory of hypnotic induction procedures. *The American Journal of Clinical Hypnosis*, 1972, 15, 112-135.
- Barber, T., Spanos, N., and Chaves, J. *Hypnosis, imagination and human potentialities*. New York: Pergamon, 1974.
- Barron, F. *Creative person and creative process*. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1969.
- Bartlett, F. *Thinking: An experimental and social study*. New York: Basic Books, 1958.
- Bateson, G. *Steps to an ecology of mind*. New York: Ballantine, 1972.
- Bernheim. H. *Suggestive therapeutics: A treatise on the nature and uses of hypnosis*. New York: Putnam, 1895.
- Birdwhistell, R. *Introduction to kinesics*. Louisville, Ky.: University of Louisville Press, 1952.
- Birdwhistell, R. *Kinesics and context*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1971.
- Bogen, J. The other side of the brain: An appositional mind. *Bulletin of the Los Angeles Neurological Societies*, 1969, 34, 135 – 162.
- Cheek, D., and Le Cron, L. *Clinical hypnotherapy*. New York: Grune and Straton, 1968.
- Cooper, L., and Erickson M. *Time distortion in hypnosis*. Baltimore: Williams k Wilkins, 1959.
- Diamond, S., and Beaumont, J. *Hemisphere function in the human brain*. New York: Halsted Press, John Wiley and Son, 1974.
- Donaldson, M. M. Positive and negative information in matching problems. *British Journal of Psychology*. 1959, 50, 235 – 262.
- Erickson, M. Possible detrimental effects of experimental hypnosis. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 1932,27, 321 – 327.

Erickson, M. Automatic drawing in the treatment of an obsessional depression. *Psychoanalytic Quarterly*. 1938. 7. 443-4-6.

Erickson, M. The induction of color blindness by a technique of hypnotic suggestion. *Journal of General Psychology*. 1939, 20, 61-89.

Erickson, M. Hypnotic psychotherapy. *The Medical Clinics of North America*, 1948, 571 – 583.

Erickson, M. Deep hypnosis and its induction. In L. M. Le Cron (Ed.), *Experimental hypnosis*. New York: Macmillan, 1952, pp. 70 – 114.

Erickson, M. Pseudo-orientation in time as a hypnotherapeutic procedure. *Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 1954, 2, 261-283.

Erickson, M. Self-exploration in the hypnotic state. *Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 1955, 3, 49 – 57.

Erickson, M. Naturalistic techniques of hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 1958, 1, 3 – 8.

Erickson, M. Further techniques of hypnosis-utilization techniques. *American Journal of Clinical Hypnosis*. 1959, 2, 3 – 21.

Erickson, M. Historical note on the hand levitation and other ideomotor techniques. *American Journal of Clinical Hypnosis*. 1961, 3, 196-199.

Erickson, M. Pantomime techniques in hypnosis and the implications. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 1964. 7. 6~70. (a)

Erickson, M. Initial experiments investigating the nature of hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*. 1964. 7. 152 – 162. (b)

Erickson, M. A hypnotic technique for resistant patients. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 1964, 1. 8 – 32. (c)

Erickson, M. A special inquiry with Aldous Huxley into the nature and character of various states of consciousness. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 1965, 8, 14-33. (a)

Erickson, M. The use of symptoms as an integral part of therapy. *American Journal of Clinical Hypnosis*. 1965. 8, 57-65. (b)

Erickson, M. Experiential knowledge of hypnotic phenomena employed for hypnotherapy. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 1966, 8, 299 – 309. (a)

Erickson, M. The interspersal hypnotic technique for symptom correction and pain control. *American Journal of Clinical Hypnosis*. 1966, 8, 198 – 209 (b)

Erickson, M. Further experimental investigation of hypnosis: Hypnotic and nonhypnotic realities. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 1967, 10, 87-135.

Erickson, M. A field investigation by hypnosis of sound loci importance in human behavior. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 1973, 16, 92-109.

Erickson, M. and Erickson, E. Concerning the character of posthypnotic behavior. *Journal of General Psychology*, 1941, 2, 94 – 133.

Erickson, M., Haley, J., and Weakland, J. A transcript of a trance induction with commentary. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 1959, 2, 49-84.
Erickson, M., and Rossi, E. Varieties of hypnotic amnesia. *American Journal of Clinical Hypnosis*. 1974, 16, 225 – 239.

Erickson, M., and Rossi, E. Varieties of double bind. *American Journal of Clinical Hypnosis*. 1975, 17, 143 – 157.

Erickson, M., and Rossi, E. Two-level communication and the microdynamics of trance. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 1976, 18, 153-171. Erickson, M., and Rossi, E. Autohypnotic experiences of Milton H. Erickson. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 1977, 20, 36-54.

Erickson, M., Rossi, E., and Rossi, S. *Hypnotic Realities*. New York: Irvington Publishers, 1976.

Evans-Wentz, W. *The Tibetan book of the dead*. New York: Oxford University Press, 1960.

Freud, S. Jokes and their relation to the unconscious. In *Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud Vol. 8*. Strachey (Ed.) London: Hogarth Press, 1905.

Freud, S. The antithetical meaning of primal words. In *Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud Vol. 11*. Strachey (Ed.) London: Hogarth Press. 1910.

Galin, D. Implications for psychiatry of left and right cerebral specialization. *Archives of General Psychiatry*, 1974, 31, 527 – 583.

Gaito, J. (Ed.) *Macromolecules and behavior* (2nd Ed.) New York: Appleton-Century Crofts, 1972.

Gazzaniga, M. The split brain in man. *Scientific American*, 1967, 217, 24-29. Ghiselin, B. (Ed.) *The creative process: A symposium*. Berkeley: Menton, 1952.

Gill, M., and Brenman, M. *Hypnosis and related states*. New York: International Universities Press, 1959.

Haley, J. *Strategies of psychotherapy*. New York: Grune and Stratton, 1963. Haley, J. *Advanced techniques of hypnosis and therapy: Selected papers of Milton H. Erickson, M.D.* New York: Grune and Stratton, 1967.

Haley, J. *Uncommon therapy*. New York: Norton, 1973.

Harding, E. *The parental image: Its injury and reconstruction*. New York: Putnam, 1965.

Hartland, J. *Medical and dental hypnosis*. London: Bailliere, Tindal and Cassell, 1966.

Hilgard, E. *Hypnotic susceptibility*. New York: Harcourt, 1965.

Hilgard, E., and Hilgard, J. *Hypnosis in the relief of pain*. Los Altos,

California: Kaufmann, 1975.

Hilgard, J. *Personality and hypnosis*. Chicago: University of Chicago Press, 1970.

Hoppe, K. Split brains and psychoanalysis. *Psychoanalytic Quarterly*, 1977, 46, 220 – 244.

Huston, P., Shakow, D., and Erickson, M. A study of hypnotically induced complexes by means of the Luria technique. *J. General Psychology*, 1934, 11, 65-97,

Jaynes, J. *The origin of consciousness in the breakdown of the bicameral mind*. New York: Houghton Mifflin Co.. 1976.

Jung, C. G. *Symbols of transformation*. New York: Pantheon Books, 1956.

Jung, C. The transcendent function. In *The structure and function of the psyche*, Vol. 8 of *The collected works of C. G. Jung*. Bollingen Series XX. 1960.

Lassner, J. (ed.) *Hypnosis in anesthesiology*. New York: Springer - Verlag, 1964.

Kinsbourne. M., and Smith. (Eds.) *Hemispheric disconnection and cerebral function*. Springfield. Ill.: C. C. Thomas. 1974.

Kroger. W. *Clinical and experimental hypnosis*. Philadelphia: Lippincott, 1963.

Le Cron. L. A hypnotic technique for uncovering unconscious material. *Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 1954. 2. 76 – 79.

Luria, A. *The working brain*. New York: Basic Books. 1973.

McGlashan, T., Evans, F., and Orne, M. The nature of hypnotic analgesia and the placebo response to experimental pain. *Psychosomatic Medicine*, 31, 227-246.

Meares. A. A working hypothesis as to the nature of hypnosis. *American Medical Association Archives of Neurology and Psychiatry*, 1957, 77, 549-555.

Melzack. R., and Perry, C. Self-regulation of pain: Use of alpha feedback and hypnotic training for control of chronic pain. *Experimental Neurology*, 46, 452 – 469.

Nichols, D. Language. projection, and computer therapy. *Science*, 1978, 200, 998 – 999.

Orne, M. On the social psychology of the psychological experiment: With particular reference to demand characteristics and their implications. *American Psychologist*, 1962. 17. 776-783.

Ornstein, R. *The psychology of consciousness*. New, York: Viking, 1972.

Ornstein, R. (Ed.) *The nature of human consciousness*. San Francisco: Freeman. 1973.

Overlade, D. The production of fasciculations by suggestion. *American*

Journal of Clinical Hypnosis, 1976, 19, 50-56.

Platonov, K. *The word as a physiological and therapeutic factor*. (2nd Ed.). Moscow: Foreign Languages Publishing House, 1959. (Original in Russian, 1955).

Prokasy, W., and Raskin, D. *Electrodermal activity in psychological research*. New York: Academic Press, 1973.

Rogers, C. *Client-centered therapy*. Boston: Houghton-Mifflin Co., 1951.

Rossi, E. Game and growth: Two dimensions of our psychotherapeutic zeitgeist. *Journal of Humanistic Psychology*, 1967,8, 139-154.

Rossi, E. The breakout heuristic: A phenomenology of growth therapy with college students. *Journal of Humanistic Psychology*, 1968, 8, 6-28.

Rossi, E. Growth. change and transformation in dreams. *Journal of Humanistic Psychology*. 1971. 11. 147-169.

Rossi, E. *Dreams and the growth of personality: Expanding an awareness in psychotherapy*. New York: Pergamon, 1972 (a).

Rossi, E. Self-reflection in dreams. *Psychotherapy*. 1972, 9. 290-298 (b).

Rossi, E. Dreams in the creation of personality. *Psychological Perspectives*. 1972, 2, 122 – 134 (c).

Rossi, E. The dream-protein hypothesis. *American Journal in Psychiatry*. 1973, 130, 1094 – 1097 (a).

Rossi, E. Psychological shocks and creative moments in psychotherapy. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 1973, 16, 9-22 (b).

Rossi, E. Psychosynthesis and the new biology of dreams and psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 1973, 27, 34-41 (c).

Rossi, E. The cerebral hemispheres in analytical psychology. *The Journal of Analytical Psychology*. 1977, 22, 32 – 51.

Schneck, J. Prehypnotic suggestions. *Perceptual and Motor skills*, 1970, 30. 826.

Schneck, J. Prehypnotic suggestions in psychotherapy. *American Journal of Clinical Hypnosis*. 1975. 17. 158 – 159.

Schefflen, A. *How behavior means*. New York: Aronson. 1974.

Sheehan, P. Hypnosis and manifestations of “imagination.” In E. Promm and R. Shor (Eds.) *Hypnosis: Research developments and perspectives*. Chicago: Aldine-Atherton. 1972.

Shevrin, H. Does the average evoked response encode subliminal perception? Yes. A reply to Schwartz and Rem. *Psychophysiology*, 1975, 12. 395-398. Shor, R. Hypnosis and the concept of the generalized reality-orientation. *American Journal of Psychotherapy*. 1959, 13, 582-602.

Smith, M., Chu, J., and Edmonston, W. Cerebral lateralization of haptic perception. *Science*. 1977. 197. 689-690.

- Snyder. E. *Hypnotic poetry*. Philadelphia University of Pennsylvania Press. 1930.
- Sperry. R. Hemisphere disconnection and unity in conscious awareness. *American Psychologist*. 1968. 23, 723 – 733.
- Spiegel. H. An eye-roll test for hypnotizability. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 1972. 15. 25 – 28.
- Stemberg, S. Memory scanning: New findings and current controversies. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*. 1975, 22, 1-32.
- Tart, C. (Ed.) *Altered states of consciousness*. New York: Wiley, 1969.
- Tinterow. M. *Foundations of hypnosis*. Springfield. Ill.: C. C Thomas, 1970.
- Watzlawick. P., Beavin. A., and Jackson. D. *Pragmatics of human communication*. New York: Norton. 1967.
- Watzlawick. P., Weakland. S., and Fisch, R. *Change*. New York: Norton. 1974.
- Weitzenhoffer. A. *Hypnotism: An objective study in suggestibility*. New York: Wiley. 1953.
- Weitzenhoffer. A. *General techniques of hypnotism*. New York: Grune and Stratton. 1957.
- Weitzenhoffer. A. Unconscious or co-conscious? Reflections upon certain recent trends in medical hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*. 1960, 2, 177 – 196.
- Weitzenhoffer. A. The nature of hypnosis. Parts I and II. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 1963, 5, 295 – 321; 40-72.
- Weizenbaum, J. *Computer power and human reason: from judgment to calculation*. San Francisco: Freeman. 1976.
- Woodworth. R. and Schlosberg. H. *Experimental psychology*. New York: Holt and Co.. 1954.
- Zilburg, G. and Henry. G. *A history of medical psychology*. New York: Norton. 1941.

INDICE

Prólogo por Sidney Rosen M. D.	2
Prefacio por Milton H. Erickson, M.D y Ernest L. Rossi, Ph. D.	9
Reconocimientos	12
Capítulo 1. La aproximación para la utilización de la hipnoterapia	13
1. Preparación	13
2. El trance terapéutico	15
Fijación de la atención	17
Despotenciación de los marcos y sistemas de creencias habituales	18
Búsqueda inconsciente y proceso inconsciente	20
La respuesta hipnótica	21
3. Ratificación del cambio terapéutico	24
El reconocimiento y la ratificación del trance	24
Señalar ideomotor e ideosensorial	27
Resumen	29
Ejercicios	30
Capítulo 2. Las formas indirectas de sugestión	34
1. Sugestión directa e indirecta	34
2. La aproximación del esparcir	35
a) Enfocar asociativo indirecto	37
b) Enfocar ideodinámico indirecto	38
3. Perogrulladas que utilizan procesos ideodinámicos	39
a) Procesos ideomotores	40
b) Procesos ideosensoriales	40
c) Procesos ideoafectivos	41
d) Procesos ideocognitivos	41
4. Perogrulladas que utilizan el tiempo	42
5. No saber, no hacer	42
6. Sugestiones de límites abiertos	44
7. Cubrir todas las posibilidades de una clase de respuesta	45
8. Preguntas que facilitan nuevas posibilidades de respuesta	46
a) Preguntas para enfocar asociaciones	47
b) Preguntas en la inducción al trance	47
Fijación de los ojos	48
Levitación de la mano	50
c) Preguntas que facilitan la disposición a la respuesta terapéutica	51

9. Sugestiones compuestas	52
a) La serie sí y el refuerzo	53
b) Sugestiones contingentes y redes de asociación	53
c) Aposición de opuestos	55
d) La negativa	56
e) Shock, sorpresa y momentos creativos	58
10. Implicación y directiva implicada	60
a) La directiva implicada	63
11. Vínculos y doble-vínculos	65
a) Vínculos modelados sobre evitar-evitar y aproximarse-aproximarse a los conflictos	66
b) El doble-vínculo consciente-inconsciente	69
c) El doble-vínculo de doble disociación	71
12. Niveles múltiples de significación y de comunicación: la evolución de la conciencia en chistes, juego de palabras, metáforas y símbolos	75
Ejercicios	77
Capítulo 3. El approach de la utilización: inducción al trance y sugestión	79
1. Aceptar y utilizar la conducta manifiesta de los pacientes	79
2. Utilizar las situaciones de emergencia	89
3. Utilización de las realidades internas del paciente	92
4. Utilización de las resistencias del paciente	96
5. Utilizar los afectos negativos y la confusión del paciente	106
6. Utilizar los síntomas del paciente	109
Ejercicios	116
Capítulo 4. Sugestiones post-hipnóticas	119
1. Asociar las sugestiones post-hipnóticas con conductas inevitables	119
2. Sugestiones post-hipnóticas seriales	122
3. El condicionamiento inconsciente como sugestión post-hipnótica	124
4. Expectativas iniciadas resueltas post-hipnóticamente	125
5. La sorpresa como sugestión post-hipnótica	127
Ejercicios	128
Capítulo 5. Alterar el funcionamiento sensorio-perceptual: el problema del dolor y del confort	130
1. Introducción	130
2. Consideraciones concernientes al dolor	131
3. Procedimientos hipnóticos para el control del dolor	134
Resumen	140

Caso 1: Un approach para alterar el funcionamiento sensorio-perceptual a través de la conversación. El dolor del miembro fantasma y el tintíneo.	141
Un approach a través de la conversación para alterar el funcionamiento sensorio-perceptual: estructurar un modelo de referencia terapéutico	142
Esparcir sugerencias terapéuticas	143
Aceptación del modelo terapéutico de referencia	145
Creación de expectativa introduciendo nuevas posibilidades de respuesta: el placer fantasma	146
Autohipnosis: terapia por progresión geométrica	147
Hacer más fácil el modelo de referencia terapéutico: sugerencias de límites abiertos	149
Más estructuración del modelo terapéutico de referencia: alteración del ritmo cardíaco y la presión sanguínea	152
Inducción del estado hipnótico: modelando el comportamiento del estado hipnótico	154
Facilitando variaciones normales en el funcionamiento fisiológico	155
Preparación de la disociación	156
Sugerencias indirectas sin límites fijos	156
Facilitando la búsqueda inconsciente y los procesos inconscientes: sugerencia por sorpresa y asociación	156
Sugerencias directas en el estado hipnótico	157
Inducción del estado hipnótico y la facilitación de procesos inconscientes	158
Confianza en el aprendizaje inconsciente: las condiciones para la sugerencia directa	159
Más sugerencias y ejemplificaciones: sustitución del síntoma; sinestesia	160
El despertar del estado hipnótico: facilitación de los procesos inconscientes, aprendiendo y utilizando el control hipnótico del dolor sin consciencia	161
Facilitando la amnesia mediante la estructuración de un intervalo asociativo y de distracción	163
Reconocimiento espontáneo del cambio terapéutico	164
Caso 2: Shock y sorpresa para alterar el funcionamiento sensorial-perceptual: dolor de espalda intratable.	165
Inducción al trance: desplazando y descargando la hostilidad y duda	166
Una sugerencia posthipnótica de dos niveles para utilizar y despotenciar un marco de trabajo consciente dubitativo	167
Verdades evidentes, implicaciones y desconocimiento para iniciar una búsqueda inconsciente	168
Pregunta sorpresiva para “no hacer”	169
Autotest para anestesia	170
Generalizando la anestesia	170

Sugestión compuesta introduciendo el trance	171
Utilizando memorias previas sensitivas para reemplazar al dolor: un juego de palabras	171
Expectativas realistas de alivio de dolor y “disparos de aumento”	171
Caso 3: Cambiando los marcos de referencia para la anestesia y la analgesia	172
Caso 4: Utilizando la propia personalidad y habilidad del paciente para el alivio del dolor	176
Casos cortos seleccionados: ejercicios para el análisis	182
Un tigre bajo la cama	182
La pera en una silla	183
Historias del perro Shaggy	183
Adormecimiento con conversación	185
Nervios insensibles	186
Capítulo 6. Resolución de síntomas	187
Caso 5: Una aproximación general al comportamiento sintomático	189
Primera sesión. Primera parte: preparación y trabajo inicial del estado hipnótico	192
Inducción del estado hipnótico con una exploración indirecta de las asociaciones sexuales por una comunicación a dos niveles	192
Facilitando un modelo terapéutico de referencia: separando el consciente del inconsciente	193
La pausa como una forma indirecta de sugestión hipnótica	194
Asociaciones sexuales indirectas entremezcladas en la preparación del estado hipnótico	194
Razón fundamental del approach indirecto con las asociaciones sexuales	195
Inducción del estado hipnótico utilizando música interna	196
“Temprano” para producir sugestiones	196
Preparación de la alucinación	197
Sugestiones evitando resistencia: el doble vínculo consciente-inconsciente	197
Doble tarea y confusión para evitar la atención del consciente	198
Negativa doble para quitarle potencia a las series conscientes	199
Asociando los síntomas con el inconsciente	199
Limitando la comprensión consciente	200
Demostrando control inconsciente del comportamiento	201
Amenaza y enlistando la cooperación del inconsciente	201
Separando el consciente y el inconsciente: no saber quitarle potencia a las series conscientes	202
Comunicación a dos niveles	202

Confusión y flujo mental para mantener modelos de referencia abiertos	203
Utilización de competición para facilitar la levitación de la mano	204
La comunicación a dos niveles	205
Directiva supuesta para el estado hipnótico profundo	206
La negativa para desplazar y descargar la resistencia	206
Trabajo interno como la esencia de la terapia	207
Directiva supuesta como una señal ideomotora	207
Preparación para resultados terapéuticos: comunicación a dos niveles y hemisferios cerebrales	208
Recompensa y sugestión posthipnótica	209
Sugestiones indirectas para la amnesia, hipermnesia, y sugestión posthipnótica	210
Evaluando el estado hipnótico terapéutico para indicaciones del cambio: preguntas evocando respuestas posthipnóticas; cambiando tiempos para facilitar la regresión en edad	210
Segunda parte: Estado hipnótico terapéutico como un trabajo interno intenso	212
1- La resolución inconsciente de un problema	213
2- La activación y expresión de asociaciones relevantes para el problema: terapia interior	214
Primera sesión. Segunda parte: estado hipnótico terapéutico como trabajo interior intenso	214
Estructurando el modelo de referencia consciente-inconsciente terapéutico	215
Respuestas ideomotoras espontáneas revelando el conocimiento inconsciente	215
Trance reinducido por catalepsia	217
Ratificando un trance: demostrando el control del inconsciente sobre el comportamiento	218
Trance inducido mediante una pregunta: iniciando una búsqueda inconsciente	219
Asignando el lugar del cambio terapéutico teniendo lugar en el inconsciente	220
Comunicación a dos niveles	220
Trabajo inconsciente durante el trance: resolución inconsciente de problemas	221
Trance terapéutico tan intenso como el trabajo interior	222
Comunicación a dos niveles y profundidad del trance	223
Señalando con la cabeza consciente e inconsciente: la personalidad inconsciente	225
Facilitando la amnesia: trabajando con asociaciones	226
Amnesia hipnótica	227
Variación en la profundidad del trance: sugestiones terapéuticas uniendo a la	

mente consciente con el inconsciente	227
Comunicación a dos niveles utilizando una audiencia o las memorias	229
Entrenamiento para trances más profundos	230
Ratificando el trance y la comunicación a dos niveles	231
Disociación y relación agradable	233
Facilitando el fenómeno hipnótico: el doble vínculo y preguntas para evocar inmovilidad y anestesia caudal	234
Despotenciando el problema clínico	236
Juegos de palabras para iniciar una búsqueda inconsciente y momentos creativos	238
Asignando el inconsciente como lugar de cambio terapéutico	239
Sesión 1. Tercera parte: evaluación y ratificación del cambio terapéutico	240
Demostrando el cambio terapéutico: el doble vínculo de “intentar” relacionado con la especialización hemisférica	240
Un juego de palabras asociando la cura del síntoma con psicodinámicas apropiadas	241
Despotenciando las dudas conscientes acerca del cambio del síntoma: despotenciando el síntoma	242
Señalización ideomotora para ratificar la cura del síntoma: la primera vuelta	243
Despotenciando las dudas conscientes acerca de la cura del síntoma: el doble vínculo	244
Sugestión posthipnótica	246
“Hasta”: sugestión posthipnótica para la continuación del trabajo psicoterapéutico en la cura del síntoma	246
Ratificando el cambio de síntoma	247
Sugestión posthipnótica indirecta vía un momentáneo trance común cotidiano	248
Distracción para proteger sugerencias	249
Despotenciando las dudas conscientes acerca de la cura del síntoma con una dramática experiencia hipnótica	251
Desarrollando al observador objetivo	253
Despotenciando los cimientos habituales del síntoma: bromas y valores inconscientes	253
Revocaciones, implicaciones y valores positivos inherentes al síntoma	255
Despotenciando la futura resistencia: entrando en trance sin saberlo	256
Inmovilidad hipnótica condicionada al “intentar”	257
Dinámicas de sugestión indirecta: demostrando el control inconsciente del comportamiento	259
Sugerencias abiertas-cerradas para enfrentarse a los problemas	259
Señalización ideomotora para evaluar y ratificar la cura del síntoma: la segunda vuelta	260
Ratificación del cambio de síntoma	261

Utilizando el tiempo y las fallas para curar	262
Interrogatorio ideomotor para ratificar la cura del síntoma: la tercera ronda	262
Descanso del trance para reforzar el cambio terapéutico	263
Humor para facilitar las psicodinámicas inconscientes	263
Ratificando el trabajo terapéutico	264
Sesión 2. Insight y trabajar a través de problemas relacionados	265
Confusión como preludeo para la reorganización mental	267
Entrenando en un examen mental completo	268
Desarrollando el insight	270
Inducción ideosensorial utilizando un complejo psicodinámico	272
Entrenamiento autónomo al trance	273
Cuestionario ideomotor exploratorio	273
Sugestiones posthipnóticas: la conciencia no necesita control; deshaciendo represiones psicodinámicas centrales	274
Amnesia estructurada	275
Sugestión posthipnótica en serie para un entrenamiento en alucinación negativa	276
Despertando del trance con amnesia por distracción	276
Confusión y búsqueda inconsciente: despotenciando el control consciente	277
Sugestión paradójica y distracción	278
Inducción al trance despotenciando los marcos conscientes: evaluando la capacidad posthipnótica	279
Aumento hipnótico de los complejos psicodinámicos	280
Deshaciendo represiones: facilitando el diálogo interior con preguntas de doble vínculo	281
Desensibilización por sugestión indirecta	283
Control y miedo de la manifestación propia	284
Abandonando el control consciente	285
Escritura automática	285
Trabajando a través de la resistencia consciente	286
Reubicación del dolor dental	287
Utilizando la explosividad para alcanzar al inconsciente	288
Auto manifestación confortable: alterando una identidad de toda una vida	289
Terapia insight para admitir una reorganización del complejo del síntoma	291
Resumen de insights psicodinámicos: resolviendo la fobia a los aviones	292
Graduación de la disminución del síntoma: reorganización creativa de las psicodinámicas	293
La teoría de la utilización de la sugestión hipnótica	293
Completos resultados acerca del fenómeno hipnótico: control, libertad y flexibilidad del comportamiento	295
Una nota sobre la naturaleza creativa de la psicoterapia	296
Un seguimiento de tres años	298

Caso 6: Demostrando el asma psicossomático con shock para facilitar la resolución del síntoma y el insight	298
Asma psicossomático	299
Caso 7: Resolución del síntoma con catarsis facilitando la maduración de la personalidad: una aproximación autoritaria	305
¡Ninguno de tus labios!	305
Curso clínico	309
Caso 8: Disfunción sexual: entrenamiento somnambulístico en una aproximación hipnoterapéutica rápida	312
Parte 1: Facilitando el comportamiento somnambulístico	313
Inducción de un trance: el marco de temprano aprendizaje	316
Ratificando el trance: el lenguaje del cuerpo durante el trance	317
Sugestiones posthipnóticas iniciando un entrenamiento somnambulístico: estando en trance sin saberlo	318
Utilizando la motivación de los pacientes para reforzar las sugerencias	319
Amnesia hipnótica facilitando el estado somnambulístico	320
Profundizando el trance mediante un ensayo	320
Preguntas como sugerencias directas de un modo permisivo	321
Descargando y desplazando las resistencias: el uso de lo negativo	322
Poesía hipnótica atravesando las resistencias conscientes	322
Aparente despertarse del trance y reinducción espontánea: características individuales del somnambulismo	323
Fenómeno hipnótico como patrones anteriores de comportamiento: ¿implicación evocando patrones psicomotores anteriores? Comunicación a dos niveles para una sugestión terapéutica vía una metáfora	325
El proceso creativo de la analogía terapéutica	327
Comunicación a dos niveles: entrenamiento somnambulístico posterior	327
Segunda parte. Una rápida aproximación hipnoterapéutica utilizando simbolismo terapéutico con la levitación de la mano: interacción hemisférica en la inducción y sugestión del trance	328
Sugestión posthipnótica contingente en inevitabilidades	330
Sugestión posthipnótica posterior	331
Preparación para despertar	333
Desplazamiento y descarga simbólicos de una falta de confianza	333
Comunicación a dos niveles con un real despertar del trance	334
Enfocamiento idodinámico indirecto	335
Reestructuración terapéutica de un síntoma anterior	336
Analogías terapéuticas posteriores	336

Caso 9: Anorexia nerviosa, paradoja y doble vínculo	339
Distrayendo los modelos de referencia conscientes	340
Despotenciando un complejo mesiánico	341
Despotenciando los marcos conscientes y la búsqueda inconsciente	342
Un doble vínculo terapéutico	343
Catarsis emocional	344
Reveses despotenciando el complejo del síntoma	345
Vínculos terapéuticos y paradoja	346
Shock y utilización de un sistema de valor ético	346
La conciencia como un metanivel	347
Un seguimiento de seis meses	348
Casos cortos seleccionados: ejercicios para el análisis. Una picazón por la vida	349
Resolución del síntoma en el interior del ser	350
Capítulo 7. Revocamiento de la memoria	355
Caso 10: Resolviendo una experiencia traumática	355
Parte 1: Entrenamiento somnambulístico, autohipnosis y anestesia hipnótica	355
Sugestiones para recuperar la memoria: verdades cubriendo varias posibilidades de respuesta	355
Formas hipnóticas indirectas preparando la inducción al trance	357
Inducción de un trance vía no saber y no hacer: inducción del marco de aprendizaje temprano; condicionamiento inconsciente	357
Profundización del trance vía una sugestión de contingencia: pausa como una sugestión indirecta	359
Una red de trabajo asociativa facilitando una búsqueda inconsciente de recuerdos perdidos	360
Sorpresa y placer para reforzar el funcionamiento inconsciente: sugestiones de seguridad	363
Separando los procesos conscientes e inconscientes: despertarse y ratificación del trance; entrenando en sugestión posthipnótica	364
Sugestiones posthipnóticas ratificando el trance: la experiencia del paciente como el foco de atención	365
Entrenamiento somnambulístico: sugestión posthipnótica indirecta para la inducción de un trance por catalepsia	367
Despertar del trance con una sugestión abierta-cerrada	368
Ratificación del trance vía la propia experiencia de la paciente	368
Tercer trance: inducción y sugestión posthipnótica para aprendizaje	369
Cuarto trance: entrenamiento autohipnótico vía entrenamiento y expectativa	370
Directiva implícita para ratificar un trance: el cuidadoso estudio de la comunicación por parte del terapeuta	371

Generalizando experiencia hipnótica exitosa para la resolución de problemas	372
El inconsciente protegiendo al individuo	372
Sorpresa y sugerencias indirectas para una anestesia caudal	373
Sorpresa y claves vocales reforzando la anestesia	374
Remoción y ratificación de la respuestas hipnótica	374
Protegiendo y posteriormente ratificando la responsividad hipnótica: sugestión posthipnótica no reconocida vía generalización	375
Sorpresa para iniciar otra búsqueda inconsciente	376
Concluyendo las directivas para una búsqueda inconsciente: enfocar sobre la experiencia del paciente	377
Parte 2: reorganizando la experiencia de vida traumática, y relevamientos de la memoria	378
Maduración espontánea de la personalidad con recuperación de la memoria	379
El lenguaje del cuerpo en la resistencia del trance	381
La paciente profundizando el trance con la levitación de la mano	382
Mecanismos autoprotectores del inconsciente	383
Una cauta exploración abierta-cerrada de los aspectos traumáticos de la memoria	384
Facilitando nuevos modelos de referencia	386
Opacando aspectos irrelevantes y experiencias traumáticas	387
Un cuidadoso despertar con sugerencias posthipnóticas de confort	388
La reorganización de experiencias traumáticas	388
La persona en el proceso fisiológico	390
El orgasmo en el proceso de parto: patrones individuales de saber y la resolución de experiencias traumáticas	392
Capítulo 8: Manejo emocional	394
Caso 11: Resolviendo afectos y fobias con nuevos modelos de referencia	394
Parte 1: Desplazando un síntoma fóbico	394
Promesa a nivel consciente e inconsciente	394
Concreto desplazamiento de un síntoma	396
Sugestión terapéutica con indicios de soporte	396
Parte 2: Resolviendo un trauma de la niñez en la raíz de una fobia	398
Separando la emoción del intelecto	398
Inducción del trance y facilitando la sugestión posthipnótica	399
Reinducción del trance mientras se siguen sugerencias posthipnóticas	401
Experiencia emocional sin insight intelectual	402
Reinduciendo el confort en el trance con una sugestión posthipnótica para el	

insight intelectual; protegiendo a los pacientes en el trance; una aproximación de sensaciones	402
Despertarse del trance con un insight intelectual: la transformación de una afección dolorosa; una genuina regresión en edad desde perspectiva adulta	404
Reinducción del trance y confort	407
Sugestión posthipnótica para integrar emociones e intelecto, niña y adulta	408
Integrando la experiencia emocional e intelectual desde una perspectiva adulta: reasociando y reorganizando experiencia interior	410
Parte 3: Facilitando el aprendizaje: desarrollando nuevos modelos de referencia	414
La aproximación de utilización	415
Generalizando un modelo de referencia de aprendizaje para reestructurar un problema fóbico	416
Ilustrando modelos de referencia abiertos y flexibles	417
Asociando temas terapéuticos	418
Reestructurando una experiencia sensorial: traduciendo las palabras del terapeuta a las del paciente	419
Feedback de la paciente y posteriores ilustraciones terapéuticas	420
Confusión y nuevo aprendizaje	425
Despotenciando posturas mentales habituales: facilitando modelos de referencia flexibles	427
Fobia como un modelo de referencia limitado	429
Ilustraciones posteriores del crecimiento vía nuevos modelos de referencia	432
Autohipnosis para facilitar el cambio terapéutico: flexibilidad en el funcionamiento mental	433
Casos cortos seleccionados: ejercicios para el análisis	435
Descubriendo técnicas: disociando el intelecto y las emociones para descubrir recuerdos traumáticos	435
Hipnoterapia en disturbios emocionales extremos, repentinos, molestos	441
Descondicionando una catalepsia histérica: reporte del caso uno	442
Descondicionando una catalepsia histérica: reporte del caso dos	445
Una instancia de transformación de la agresión	448
No piense en el bebé	450
Capítulo 9: Facilitando potenciales: transformando la identidad	454
Caso 12: Utilizando el trance espontáneo: una exploración integrando actividad de los hemisferios izquierdo y derecho	454
Sesión 1: Trance espontáneo y utilización: curación simbólica	454

Diferencias individuales en el comportamiento durante el trance	455
¿Trance espontáneo equivalente al sueño en REM?	455
Alucinación negativa en etapas secuenciales	456
Trance en la vida cotidiana: ¿disociación de los hemisferios derecho e izquierdo durante el trance?	457
Inducción indirecta del trance concentrándose en la experiencia interior	459
Una rápida regresión en edad y reorientación terapéutica	460
Validando el trabajo de trance interno	462
Lenguaje simbólico: ¿Señales lingüísticas de un cambio en la experiencia hemisférica?	463
Estudio de la vida durante el trance: distorsión del tiempo	465
Facilitando la creatividad	465
Validando el comportamiento durante el trance	466
Utilizando la distorsión del tiempo	466
Sorpresa en el momento creativo: secretos al facilitar el desarrollo psicológico	468
Lenguaje simbólico: fantasía para trabajar a través del material traumático	470
Curación psicológica mediante símbolos: ¿curación del hemisferio derecho versus curación del hemisferio izquierdo?	472
Facilitando la autocuración: integrando el funcionamiento de los hemisferios izquierdo y derecho	476
Preguntas retóricas generando respuestas	477
Entrenamiento en autohipnosis: curación simbólica posterior	478
Sesión 2. Parte uno: Facilitando la autoexploración	479
Inducción hipnótica mediante un enfoque asociativo indirecto	479
Movimientos espontáneos transformados en bases terapéuticas: sugerencias contingentes	481
Facilitando la autoexploración	483
Facilitando la individualidad: enfoque ideodinámico indirecto para una experiencia alucinatoria	485
Criterios para una autocreatividad genuina: psicósíntesis	487
Tres tipos de trance: absorción del ser, rapport y somnambulismo	489
Despertar espontáneo y una reinducción no esperada	490
Sesión 2. Parte dos: Escritura automática y disociación utilizando un trance espontáneo para nuevos aprendizajes	490
Convirtiendo la absorción del ser en rapport	491
Escritura automática, regresión de edad, y disociación	492
Enfoque ideodinámico indirecto para facilitar la escritura automática	493
Amnesia y protección de la paciente durante el trance	494
Descripción clásica de una disociación	496
Disociación del cuerpo y lenguaje despersonalizado	497

Una disociación entre pensar y sentir	499
Agregando una disociación: un conflicto entre pensar y sentir	500
La experiencia subjetiva de la disociación	501
Una pregunta estructurando la amnesia	503
La economía de la estructura automática: el lenguaje variable del SI y del NO	504
Múltiples significados en la escritura automática: precaución con la interpretación	507
Amnesia origen	511
Regresión en la edad vía la alucinación de varias imágenes propias	511
Enfoque asociativo indirecto para facilitar cierta orden durante la inducción del trance	511
El observador objetivo	512
Catarsis balanceada con una afección positiva y el observador objetivo: implicación	513
Cubriendo varias posibilidades de respuesta para despotenciar dudas	513
¿No saber para despotenciar el funcionamiento del hemisferio izquierdo?	514
Lugar de la voz como señal de alucinaciones visuales	514
Frases incompletas para facilitar la expresión de la persona	515
Orientación del cuerpo, de la cabeza y de los ojos, como señales de alucinaciones visuales	516
Evocando un complejo	516
Muchos niveles de funcionamiento simultáneo durante el trance	517
Regresión disociativa de dos estados para facilitar la percepción y el funcionamiento del hemisferio izquierdo	518
Facilitando al observador objetivo: resolviendo problemas de la infancia	519
Facilitando al observador objetivo: señales del lenguaje de niveles de edad interactivos	520
Sugestión posthipnótica para una distorsión del tiempo logrando un largo descanso y una recuperación	521
Confusión del trance y del sueño	522
Reinducción del trance vía sugestión de un sueño: señales del lenguaje para alucinaciones visuales	523
Regresión disociativa de dos estados	524
Reforzando la regresión disociativa de dos estados: racionalización creativa durante el trance	525
Despertarse con una distracción para facilitar la amnesia	526
Poniendo a prueba la amnesia: preguntas abiertas-cerradas e implicaciones	526
Una sugestión posthipnótica exitosa: ratificando el trance mediante una distorsión temporal	527
Evaluando indirectamente la amnesia	528
Confusión de tiempo y lugar ratificando el trance	529
Preguntas evaluando indirectamente la amnesia hipnótica: racionalizando las	

asociaciones del trance para mantener la amnesia 529

Caso 13: Hipnoterapia sobre un daño orgánico en la columna vertebral: nueva identidad resolviendo una depresión suicida 531

Entrenamiento inicial del trance: dos trenes simultáneos de pensamiento 533

Facilitando un marco de aceptación con verdades personales 534

Formulando el plan terapéutico 534

Comunicación a dos niveles 535

Un doble vínculo utilizando la curiosidad de la paciente 535

Un marco de escucha “sin interrupciones” 536

Aceptando el modelo de referencia de la paciente: utilizando la negatividad para abrir un marco de aceptación para un intercambio de valores 537

Poesía, parábolas, juego de palabras y metáforas 538

Más poesía, parábolas, juegos de palabras y metáforas 539

La alteración de la hipnoterapia y el consejo: la terminación de la terapia 544

Un seguimiento de diez años 545

Caso 14: Shock psicológico y sorpresa, para transformar la identidad 548

Inducción del trance y sugerencias posthipnóticas 550

Sugerencias directas mientras se despotencia la resistencia 551

Rompiendo la dependencia familiar 553

Trance para atravesar limitaciones conscientes 553

Shock y sorpresa para despotenciar la antigua identidad y transformarla 555

Seguimiento: primero, segundo, tercero y séptimo año 557

Caso 15. Análisis experimental de la vida en la transformación de la realidad 557

Inducción indirecta con un marco de aprendizaje temprano 560

Evocando represiones tempranas con catarsis 561

Comunicación a dos niveles 562

Lenguaje del cuerpo como una expresión de procesos ideodinámicos 563

Alternando períodos de profunda hipnoterapia con consejos 564

Hipermnesia al rever la historia de la vida 566

Genuina regresión de edad con un observador adulto 568

Capítulo 10: Creando la identidad: ¿terapia fuera de alcance? 569

Caso 16. El hombre de Febrero 570

Entrevista inicial: una infancia solitaria 570

Segunda entrevista: una catarsis espontánea 572

Tercera entrevista: el trance interpuesto; regresión temporal y amnesia 572

Protección del rapport: sugestión indirecta y posibilidades contingentes 574

Interponiendo nuevas experiencias de vida: el hombre de Febrero 576

Señal de muñeca como una señal no verbal para meta-sugestiones orientando el estado somnambulístico	577
Continuando experiencias con el hombre de Febrero: ratificando la realidad histórica de experiencias de regresión temporal	579
Sugestión posthipnótica indirecta	580
Tiempo para trabajo hipnótico	581
Integrando recuerdos hipnóticos y de la vida real: creando una realidad interna auto-consistente	581
Facilitando actitudes terapéuticas: una terapia de perspectiva de vida; sueños e hipnosis	583
Un cambio de realidades: profundizando el modelo de referencia terapéutico	584
Fin: una integración final consciente abarcando todo el trabajo de trance	586
Entrenamiento para una analgesia obstétrica: un seguimiento de dos años	588
Referencias	591

HIPNOTERAPIA

UN LIBRO EXPLORATORIO DE CASOS (1979)

Milton H. Erickson, D. M. y Ernest L. Rossi Ph. D.