

LA HIPNOSIS EN EL TRABAJO PSICODINAMICO

UN CASO PRACTICO EN LA TERAPEUTICA SEXOLOGICA

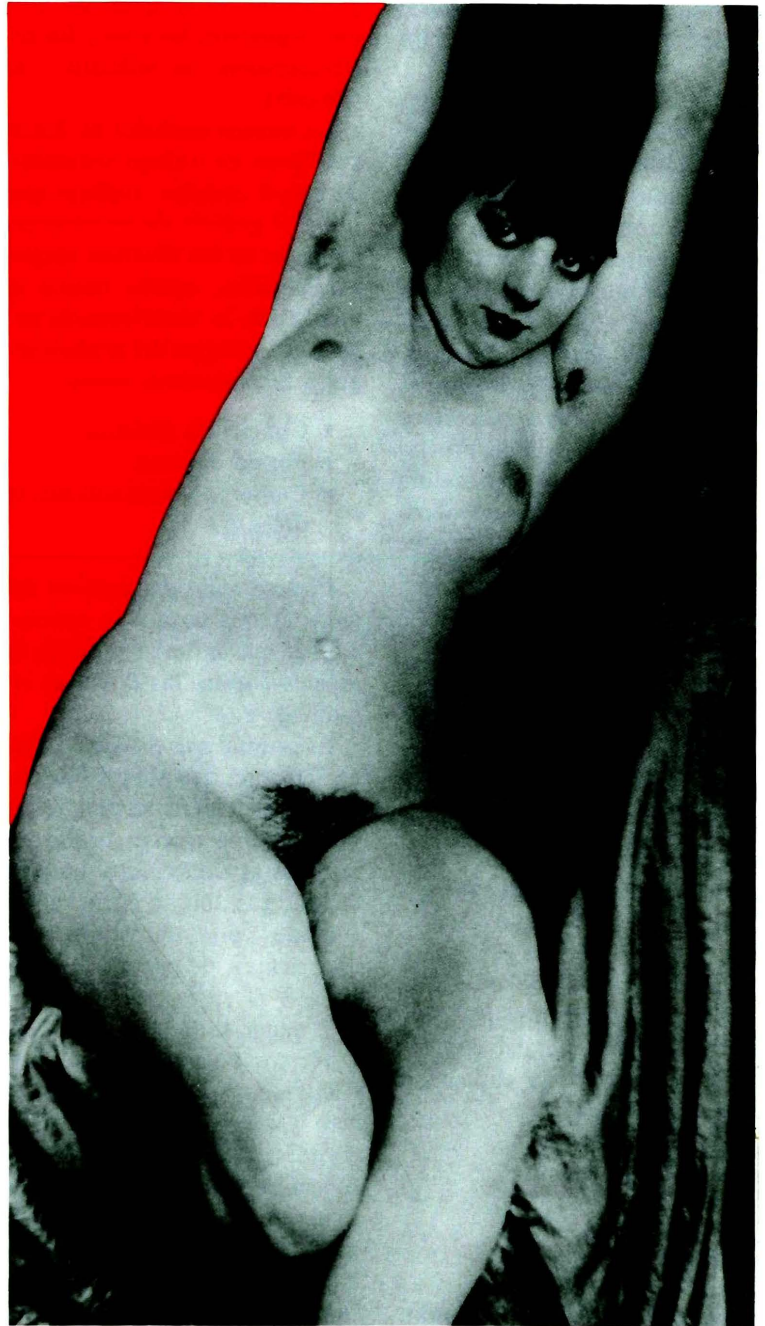
Javier Castillo Colomer
Psicólogo clínico
Orgonterapeuta de la
S. E. O. R. y miembro de
la American Association
of Professional
Hypnotherapists

Los profesionales que trabajamos una parte de nuestro tiempo en la práctica pública, como es mi caso, ejerciendo como sexólogo en un centro de Planificación Familiar, hemos de optar, en muchas ocasiones, por la conjunción de varios instrumentos que permitan agilizar un trabajo que, una mayoría de veces, está limitado por el tiempo y el espacio.

Mi formación clínica es de

corte psicodinámico, partiendo de un modelo de integrador que me proporciona el diagnóstico y la terapia reichiana. Desde un principio en mi práctica, me vi obligado a utilizar una terapéutica mixta, que me permitía integrar elementos relacionados con la interpretación analítica y el trabajo con el cuerpo, así como la aplicación de técnicas conductistas, como la desensibilización sistemática.

El objeto de este trabajo es demostrar cómo la hipnosis se puede convertir en un instrumento preciado en el trabajo psicoterapéutico, agilizando en gran medida un buen número de casos. Para ello voy a describir un proceso práctico, con una serie de consideraciones teóricas previas, que me permiten ubicar el caso dentro de una sistemática coherente.



1. DIAGNOSTICO

Para la psicología dinámica el síntoma siempre se ubica en una estructura quedando marcado su sentido por las características de ésta. Esto hace que

un síntoma pueda ser caracterizado desde una mera descarga hasta las consecuencias de un proceso degenerativo, desde una forma secundaria de agredir hasta la forma de un proceso seductivo. Este abordaje

hace pensar en la necesidad del diagnóstico diferencial como algo básico en el trabajo clínico.

En este diagnóstico previo es muy importante discriminar entre tres tipos de estructuras clínicas; neurosis, psicosis y borderline. La diferenciación es básica, ya que no sólo va a determinar estilos distintos de abordaje clínico, sino que va a marcarnos las posibilidades reales de trabajo con la hipnosis.

Así, el trabajo con problemas cuya base sea neurótica abre importantes posibilidades de resolución positiva con herramientas como la hipnosis (aunque evidentemente hay diferencias de pronóstico en base a la graduación y la cualidad de los problemas). Por el contrario, con estructuras psicóticas o determinados núcleos psicóticos las posibilidades serían mucho más ínfimas e incluso en alguna ocasión había que ver un cierto peligro en la actuación terapéutica. No hemos de olvidar que en el estado hipnótico se produce una situación disociativa y el operar en este estado cuando la estructura está disociada ya, como es el caso de la esquizofrenia, se torna altamente delicado. Esto no quiere decir que no podamos aportar, de forma puntual, algunos elementos que se puedan configurar como un buen apoyo (ayudas para conciliar el sueño, para comer, etc.).

Este tipo de hechos nos marca la importancia del conocimiento clínico y la capacidad de discriminación.

2. APORTACIONES DE REICH A LA PSICOTERAPIA

Desde el discurso reichiano, el diagnóstico no sólo es leído desde las configuraciones psíquicas, sino que es introducida esa gran señal que es el cuerpo.

Reich demostró cómo el sujeto ante las agresiones del mundo exterior genera una defensa que se plasma en la rigidez caracteromuscular. Carácter y cuerpo forman una unidad funcional.

Los contenidos verbales son valorados conjuntamente con su forma, expresión, tonalidad, así como la gesticulación y los múltiples tonos posturales. El cuerpo, didácticamente es dividido en siete unidades (segmentos) formados por un conjunto de músculos que tienen una relación funcional entre sí, y cuyo bloqueo es indicativo de las características de la patología (ejem.: el bloqueo del primer segmento, los ojos y los tererreceptores, es indicativo de psicosis).

La técnica analítica de Reich configura un trabajo sistemático con el carácter, trabajo que priva el análisis de resistencias ancladas en los diversos rasgos caracteriales, siendo básico el análisis de la transferencia negativa. La lógica del análisis seguirá los siguientes pasos:

- Conciencia defensa.
- Forma defensa.
- Contenido ocultado por la defensa.

El desarrollo del análisis del carácter nos lleva a la conclusión de que es decisivo dirigir la atención sobre las defensas rígidas de éste.

Es posible que el sujeto, aparentemente, nos aporte bastante material, pero hemos de tener presente que el hecho de interpretar contenidos inconscientes que aún no están representados por derivados pre-conscientes, de poco nos sirve, ya que el sujeto no reconoce este material como propio.

Hemos de actualizar la conflictividad vital del sujeto, y esto se hace interpretando como se plasma en la transferencia determinados rasgos caracteriales que configuran el principal obstáculo, para ahondar en determinadas situaciones conflictivas en las que se ve atrapado el sujeto.

3. NOTAS SOBRE EL ESTADO HIPNOTICO

Son múltiples las teorías que explican el estado hipnótico, las hay que piensan en éste como un proceso condicionado conducente al sueño, así como

otras ponen énfasis en la modificación de determinados procesos de la fisiología cerebral.

Sin entrar en valoraciones sobre las diversas versiones del acontecer hipnótico, hemos de resaltar que la hipnosis es un proceso que, formando una misma línea con la relajación, lleva a la inhibición de determinadas zonas corticales, favoreciendo una situación de total pasividad donde el sujeto es conectado al mundo a través de un cordón umbilical, el terapeuta. Este proceso puede tener grados distintos de profundidad (medibles con un electroencefalógrafo) que pasa desde una relajación superficial, primer grado, hasta grados muy profundos, tercer grado profundo. En este último grado se dan las llamadas «curaciones milagrosas», es posible el control de las variables neuronegativas, así como la revivificación de situaciones arcaicas.

La utilidad de la hipnosis puede ser múltiple, desde la anestesia al hipno-análisis, pero voy a centrarme en los aspectos que en mi práctica he ido aplicando, habiéndome sido de un valor considerable.

La simple relajación es un buen instrumento que en algunas terapias de apoyo, puede servir para calmar situaciones ansiógenas. Al mismo tiempo se puede adiestrar a la persona para que realice la relajación estando sola, siendo un elemento importante a la hora de frenar el consumo abusivo de fármacos.

En la medida que ascendemos en la línea vamos viendo la posibilidad de introducir sugerencias hipnóticas y post-hipnóticas, éstas se muestran de una efectividad importantísima en los procesos condicionantes; también se va abriendo la posibilidad de acceder al inconsciente de forma mucho más directa, permitiéndonos recoger un material que nos será de mucha utilidad. (Sin que esto implique necesariamente que haya de ser comunicado de forma inmediata.)

Estos elementos, conjuntándolos con los criterios anterior-

mente descritos, forman la herramienta básica del proceso terapéutico que describo en este trabajo.

4. DESCRIPCION DE UN CASO CLINICO

L. es una chica de 26 años que lleva tres años casada, durante el período de su matrimonio ha intentado múltiples veces realizar el coito sin haberlo conseguido en ninguna ocasión. Ante el simple hecho de pensar en la posibilidad de penetración aparece una fuerte contracción muscular que impide cualquier paso, siendo presa de un fuerte dolor si lo intenta.

La revisión ginecológica indica que no existe ningún trastorno fisiológico. Las «múltiples depresiones» que le plantea el problema junto con el deseo de tener un hijo le han llevado a plantearme la consulta.

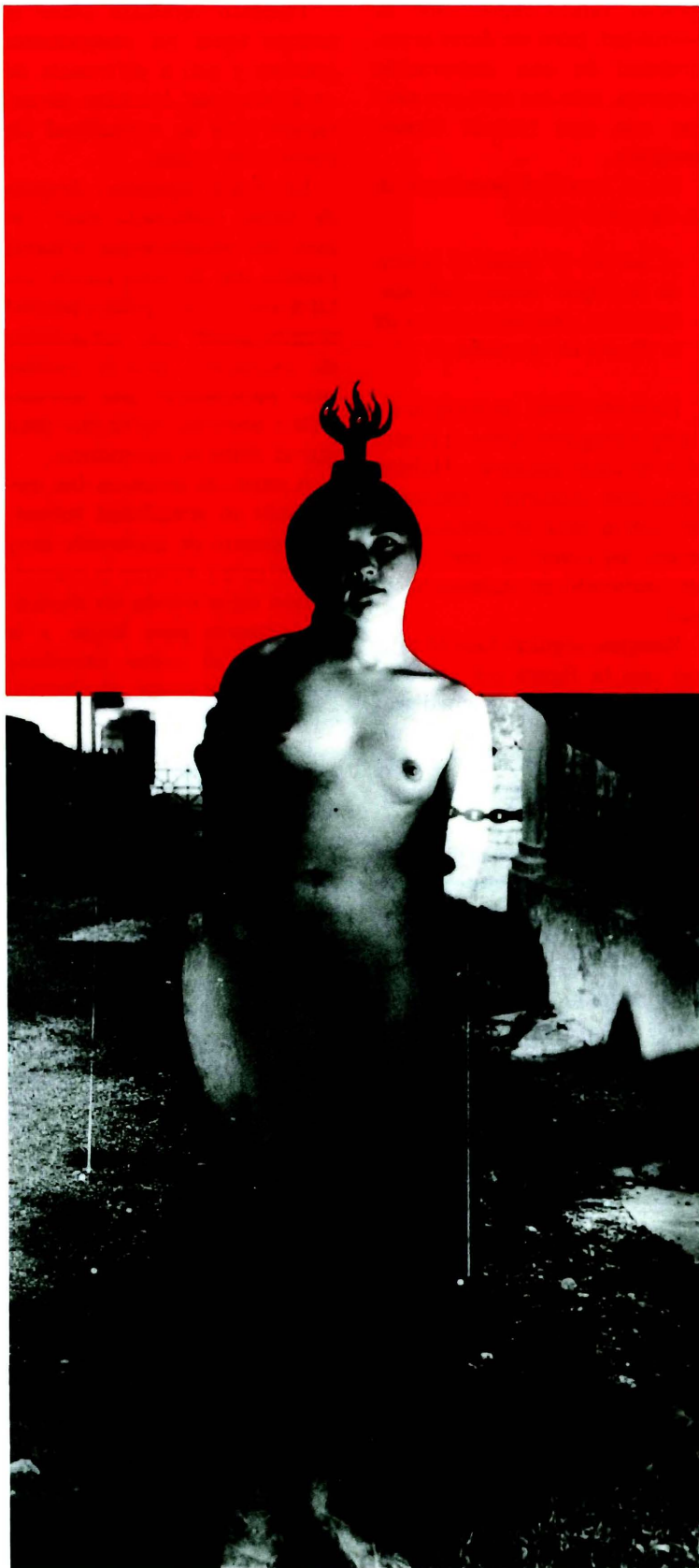
L. viene acompañada del marido a la primera entrevista y plantea el problema de forma bastante abierta. Se desenvuelve con aparente soltura, mostrándose muy deseosa de resolver el problema. El marido se muestra muy comprensivo con el hecho, haciendo gala de su paciencia.

Les doy una explicación didáctica acerca del proceso psicoterapéutico, les parece correcto y a partir de aquí concertamos el vernos una vez por semana durante una hora, hasta que decidamos suspender el tratamiento.

El espacio y el objetivo de este trabajo no permiten una descripción pormenorizada de los pasos seguidos durante el tratamiento, limitándome a resaltar los aspectos más significativos surgidos durante los tres meses que duró la psicoterapia.

Entre la información que recojí durante el diagnóstico se encuentra la siguiente:

L., aparentemente no tuvo problemas durante el nacimiento, no mamó, pero desde un principio se cogió bien al biberón habiendo un buen contacto con su madre, no tuvo enfer-



medades importantes durante la infancia. Tiene una hermana cuatro años más pequeña, con la cual hay en la actualidad una buena relación.

No hubo masturbación, ni ningún tipo de relación sexual adulta hasta que se casó. Actualmente llega al acmé mediante la masturbación. En su

casa no hablan de sexualidad y entre los sucesos que recuerda de su infancia resalta una situación que vivió como muy negativa, un señor mayor le enseñó el pene, se fue corriendo, pero no comentó nada a su familia (culpabilidad).

Define el contacto familiar como bueno, aunque señala

que su padre es muy serio y ha tenido escasa comunicación con él. Cuando se casó surgió una «pequeña depresión» debida a tener que abandonar su casa.

Se define como una persona bastante sumisa, dependiente y bastante ingenua. La violencia le impresiona mucho, aunque su marido le da algún que otro chillido. Se preocupa mucho por quedar bien entre los demás. Es una persona bastante limpia y ordenada.

La lectura corporal nos dice lo siguiente, tiene un buen color de piel, los músculos tienen un buen tono, la respiración es bastante profunda, aunque descordinada (habiendo una mayor tendencia a llenar la cavidad torácica). Tiene tensio-

dad, convirtiéndola en una «buena chica», no discute, no pelea, a no ser que sea marido o persona de mucha confianza.

Este rasgo le permite defenderse del juicio de los demás (dependencia) y además de la violencia, tiene bastante miedo a ésta (reactividad).

Al hablar de las manifestaciones de su rabia siempre habla de su inexistencia o expresión en contadas ocasiones (marido).

La relación con respecto a mí es muy cordial, dice tener confianza y cuando sale de aquí piensa que todo saldrá bien, pero luego fracasa y se deprime sin que, aparentemente, cuestioné mi lugar.

Haciendo un pequeño esquema podemos ver el trípede de la cuestión.

ORALIDAD

Dependencia-ambivalencia oral.

S. EDIPTICA

Padre — Escaso contacto-miedo.
Rabia y culpabilidad.

Disociación
sexualidad
genital y
afecto

— ambivalencia.
— edíptica.

EXPERIENCIA

Dolor (condicionamiento).

nes parciales en múltiples partes del cuerpo, como la boca y el cuello. En lo que respecta a los segmentos bloqueados, podemos decir que ese bloqueo se centra en el diafragma-pelvis.

Estos datos previos nos hacen pensar en una posible estructura neurótica, aunque con una base oral importante. El diagnóstico se fue confirmado en la medida que fuimos trabajando, pudiendo hablar de una neurosis con rasgos masoquistas e histéricos y una importante base real. Esto nos indicaba que el «hilo rojo» de su conflictividad se encontraba en la situación edíptica, y por lo tanto había habido una constitución yoica que permitía una relajación objetal.

A lo largo de la terapia aislamos un rasgo de su carácter consistente en una pasividad importante ante la conflictivi-

Aunque los esquemas reducen la complejidad de los análisis de estas características, interrelacionados en todas sus partes, didácticamente nos sirven para señalar los focos donde vamos a centrar nuestra atención.

En la paciente descrita, vamos a centrarnos tanto en la necesidad de ser buena chica (con el consiguiente enmascaramiento de la rabia paterno-marital y la manifestación de su importante dependencia) así como en la experiencia del condicionamiento.

En un principio mi análisis fue dirigido, exclusivamente, a la forma de defensa y como ésta se plasmaba, también, con respecto a mí (ser «buena chica») así como a explicaciones didácticas que le evidenciaban de la no existencia de sexualidad genital en el marco fami-

liar era tan natural como pensaba.

L. integraba bastante bien los elementos que analizábamos.

Llegado a este punto decidí conjugar mi análisis con técnicas conductuales, proponiéndole que en su casa empezara una experiencia de dilatación, intentando abrir la vagina progresivamente, empezando con un dedo, prosiguiendo con dos, etc. Pues bien, los intentos se convertían en continuos fracasos, pese a intentar crear una excitación previa no era posible ni introducir la mitad de un solo dedo. Estos hechos me hicieron decidir por la hipnosis.

La introducción al estado hipnótico fue llevada a cabo por la relajación, con las consiguientes técnicas de profundización hipnótica. L. llega sin dificultad a lo que podríamos llamar un segundo grado profundo, siendo en este estado donde llevo a cabo la mayor parte del trabajo.

El segundo grado profundo viene definido por estas características (cuadro desarrollado por el estudio de Bioinformación).

Las sugerencias que introduje en este estado, adquirieron la siguiente forma:

«Con cada respiración vas a notar cómo la vagina se abre, cada vez está más abierta y tu más tranquila, al mismo tiempo notas como una sensación agradable se centra en esta parte de tu cuerpo y cada vez está más y más abierta.»

«Cuando despiertes te encontrarás muy bien, muy tranquila y tu vagina seguirá abierta, muy abierta.»

Cuando L. sale del trance le indico que introduzca un dedo en su vagina, lo realiza sin excesiva dificultad y al cabo de tres sesiones puede realizarlo con varios, siendo la dilatación casi total. En todas las ocasiones L. se siente bastante relajada y con muchos ánimos.

Sigue intentando la penetración con su marido, sin conseguirlo, se pone «muy nerviosa» y le hace «mucho daño» (siendo, objetivamente, las posibilidades de dilatación totales).

El trabajo con su carácter había permitido una mayor permeabilidad de todos los ele-

mentos relacionados con su hostilidad, pero sin darse la posibilidad de una elaboración concreta, esto me indujo a probar con una técnica hipnoanalítica.

En su estado hipnótico le di la siguiente pauta:

«Cuando te toque el centro de la frente aparecerán sensaciones, imágenes acerca de la figura de tu padre.»

Dejando pasar un espacio de tiempo pregunté sobre el contenido de estas imágenes. Habían aparecido imágenes relacionadas con la falta de contacto paterno, así como su mal carácter, sintiendo un rechazo hacia éste.

Renglón seguido hice lo mismo con la figura del marido, siendo los contenidos poco gratos, apareciendo imágenes donde se sentía agobiada por él, surgiendo, también una situación de rechazo.

Al despertar era consciente de todos estos contenidos manteniendo las sensaciones que había tenido. Es interesante señalar cómo la respuesta no fue condicionada por anteriores; como he señalado antes sólo habíamos trabajado en la permeabilidad de su carácter, siendo los contenidos surgidos muy tímidos y nunca objeto de mi interpretación.

Pues bien, a partir de estas respuestas, surgieron verbalizaciones mucho más directas con respecto a la problemática familiar, llegando a decir de su marido «cuando estoy molesta con él, no soporto que me toque» a veces el enfado dura un tiempo considerable, siendo su causa, muchas veces, poco clara.

Es evidente que la figura masculina había sido objeto de determinada problematidad, aunque padre y marido fueran distintos. Con respecto al primero la posibilidad de rebeldía era nula, con el segundo la posibilidad de mostrar su rechazo «al dolor» era clara. Las probabilidades de una importante libidinización de su vida sexual habían sido escasos, siendo la culpabilidad un elemento importante en su desarrollo.

También verbalizó cómo la terapia tenía un componente erótico; y yo, a diferencia de otras personas, le estaba permitiendo vivir su sexualidad sin dolor y sin culpa.

La sesión siguiente, después de haber elaborado estos temas, me comunicó que se había podido dar la penetración totalmente, sin prácticamente ningún dolor. Las sensaciones de excitación fueron escasas pero permitieron una lubricación y abertura suficiente para que el coito se consumara.

A partir de entonces fue mejorando su sexualidad habiendo aumento de excitación muy importante y aunque la masturbación sigue siendo un elemento necesario para llegar a la descarga, el coito introduce una variable «muy agradable» en su sexualidad.

La estructura de carácter se ha flexibilizado, siendo mucho más capaz de enfrentarse al conflicto y asumir la «animalidad de su sexualidad». Ya no le hace falta ser tan «buena chica». Se encuentra mucho más tranquila en las múltiples facetas de su vida.

Después de haber zanjado nuestro compromiso terapéutico, pasado algunos meses, mantenemos sesiones de control que me permiten afirmar que las mejorías persisten habiendo llegado a su consolidación.

CONCLUSION

Podemos concluir diciendo que el desarrollo de este caso es denotativo de cómo conjugando la hipnosis con la práctica psicodinámica podemos realizar abordajes de determinados problemas específicos con una resolución bastante rápida.

Este planteamiento tiene presente cómo la profundización, con estas técnicas, en la estructura del sujeto es siempre limitada, pero aún así, se puede hablar de una importante elaboración que incide sobre la calidad global de la vida del sujeto, habiendo siempre la posibilidad de un trabajo que profundiza más en la dinámica existencial de éste.

CONTENIDOS MENTALES

FISICOS

- | | |
|--|--|
| <p>2.º Grado ligero</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasividad conciencia. • Obediencia a sugerencias muy sencillas. • Rapport parcial entre el hipnólogo y sujeto. • Confusión mental. • Obediencia a sugerencias post-hipnóticas sencillas. • Amnesia parcial. • Ilusiones táctiles. <p>2.º Grado profundo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ilusiones olfativas. • Ilusiones gustativas. • Confusión mental. • Más obediencia en las sugerencias sencillas. • Más obediencia a sugerencias post-hipnóticas. • Amnesia parcial post-hipnótica. | <ul style="list-style-type: none"> • Rel. ligera. • Catalepsia ocular. • Pesadez parcial de los miembros. • Resp. profunda. • Sensación de pesadez en todo el cuerpo. • Convulsiones oculares. • Catalepsia todo el cuerpo. • Respiración lenta y profunda. • Pulso más lento. • Relajación profunda. • Anestesia en guante. • Sensación de flotación. • El habla es más lenta y suave. |
|--|--|