

## HIPNOTISMO Y PSICOTERAPIA DE LAS FOBIAS \*

Por LUIS V.M. HUAPAYA\*\*

### RESUMEN

*La hipnosis es un procedimiento usado para inducir un trance controlado y es un coadyuvante eficaz en la psicoterapia de las fobias. El trance es un fenómeno caracterizado por una concentración marcada que conduce a una reducción del campo de la conciencia y se puede presentar espontáneamente durante la vida normal. El autor estudia las fobias desde el punto de vista clínico, su clasificación y las teorías desarrolladas para explicar su origen poniendo el énfasis en la teoría cognoscitivo-evolucionista que parece más de acuerdo con la realidad clínica y los datos científicos actuales. Luego describe en detalle la técnica de la modificación cognoscitiva, dando ejemplos de los pensamientos automáticos presentes en diversas formas de fobia, y enseguida se describe la técnica de la desensibilización progresiva. El hipnoanálisis es descrito como un método que utiliza los fenómenos de la "memoria ligada" y la "amnesia reversible" para explorar los conflictos o traumatismos olvidados que estuvieron al origen de la fobia. Después de presentar algunas consideraciones sobre el empleo clínico de la hipnosis se agregan comentarios sobre los fenómenos neurofisiológicos que acompañan el trance hipnótico. Finalmente se discute los factores que influyen en la selección de los casos y el pronóstico.*

### SUMMARY

*Hypnosis is a procedure used to induce a controlled trance and it is an effective adjunct to the psychotherapy of phobias. Trance is a phenomenon characterized by a marked concentration leading to a reduction in the field of consciousness and may appear spontaneously during normal life. The author studies the phobias from the clinical viewpoint, then their classification and the theories elaborated to explain their origin, emphasizing the cognitive-evolutionary theory, which seems more in accord with clinical reality and modern scientific data. The technique of cognitive modification is described in detail, giving examples of automatic thoughts present in different types of phobias, followed by a description of the method of systematic desensitization.*

---

\* Versión modificada de una conferencia presentada en la Reunión Clínica Semanal del Departamento de Psiquiatría del Hospital General de Ottawa, el 11 de febrero de 1997.

\*\* Honory Staff, Department of Psychiatry, Ottawa. Hospital, Ottawa, Canadá. Antiguo Profesor Asociado de Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Ottawa (Jubilado).

*Hypnoanalysis is presented as a method that utilizes the phenomena of "state-bound memory" and "reversible amnesia" to explore forgotten conflicts or emotional trauma existing at the origin of the phobia. After presenting some considerations on the clinical use of hypnosis, some comments are added on the neurophysiological changes occurring during the trance. Finally there is a discussion on the factors that influence the selection of cases and the prognosis.*

**PALABRAS-CLAVE:** Hipnosis, desórdenes ansiosos, fobias, modificación cognoscitiva, desensibilización sistemática, hipnoanálisis.

**KEY WORDS :** Hypnosis, anxiety disorders, phobias, cognitive modification, systematic desensitization, hypnoanalysis.

El hipnotismo tiene un largo pasado y ha sido siempre visto con escepticismo, como un fenómeno misterioso ajeno al mundo de la ciencia, sin embargo hay en los últimos años una revaloración de él, y es posible afirmar que el hipnotismo puede ser un procedimiento muy eficaz en el tratamiento de las fobias. Antes de describir las técnicas a emplear, conviene clarificar algunos conceptos básicos.

#### **HIPNOTISMO Y TRANCE**

*Trance* es un estado mental caracterizado por una reducción en el campo de la conciencia producido por un enfoque marcado de la atención y una gran disminución de las percepciones periféricas. Este estado puede ocurrir normalmente cuando una persona está absorta en una experiencia de gran interés (leer la novela fascinante, un niño mirando la televisión, en el "soñar despierto", escuchando música o participando de danzas rituales)<sup>1</sup>. Ocurre también en situaciones trágicas o aterradoras (ser testigo de un crimen o un accidente serio, ser víctima del abuso físico o sexual durante la infancia, etc.)<sup>23</sup>.

Algunos fenómenos psicológicos de gran interés están íntimamente relacionados con el trance:

- a) Un estado mental preparatorio o "disposición" (*cognitive set*) que acompaña a la atención y favorece la concentración espontánea e intensa<sup>2</sup>.
- b) La "memoria ligada o condicional" (*state-bound or state-dependent memory*), por la cual una experiencia puede registrarse bajo ciertas condiciones de despertamiento, pero puede ser olvidada cuando el grado de vigilancia cambia, para reaparecer en la conciencia cuando el estado de alerta es igual o similar a aquel que acompañó la experiencia original<sup>3,4</sup>. Así, un traumatismo emocional puede olvidarse (lo que se llama "represión", en el sentido psicoanalítico), pero puede recordarse bajo la hipnosis o bajo el efecto del amital sódico intravenoso. Un sueño ya olvidado puede reaparecer brevemente al adormecerse o al despertarse.

La memoria puede también depender del contexto en que ocurrió la experiencia. Así sucede cuando después de muchos años de ausencia volvemos a visitar la casa y el barrio de nuestra infancia y una serie de recuerdos de esa época reaparecen sin esfuerzo. Una persona testigo de un crimen puede recordar detalles olvidados al regresar al lugar de la tragedia.

Este fenómeno de “amnesia reversible” puede ser utilizado con fines terapéuticos gracias a la hipnosis o a las técnicas del psicoanálisis<sup>5,6,7</sup>.

Por su parte, la hipnosis es un procedimiento para provocar un trance controlable e implica no solamente el enfoque de la atención sino también una relación interpersonal y medios de comunicación particular, así como motivaciones y expectativas. Mientras los trances espontáneos ocurren involuntariamente, el trance hipnótico puede ser iniciado y terminado en un tiempo determinado por el terapeuta.

Durante la hipnosis, el estado de concentración y la relación emocional con el terapeuta, favorecen el aprendizaje de experiencia e ideas positivas y aumentan la eficacia de la intervención terapéutica, de modo que aparte de la sugestión, muchas otras técnicas pueden ser empleadas<sup>1,7</sup>.

Cuando el paciente rehusa ser hipnotizado o el terapeuta no tiene experiencia con la hipnosis, algunas de las técnicas que vamos a describir pueden ser empleadas con éxito sin recurrir a la hipnosis siempre que haya una relación positiva con el terapeuta, pero la exploración de experiencias del pasado requiere el uso del hipnoanálisis, del psicoanálisis o del narcoanálisis.

Aquí no podemos extendernos sobre el procedimiento de la inducción de la hipnosis descrito en varios libros<sup>1,7,8,9</sup>. La mayoría de los procedimientos clásicos requieren sugestiones de adormecimiento, pero las técnicas modernas no usan el modelo del “sueño” y permiten una inducción más breve<sup>1,9</sup>. La hipnosis clínica evita los procedimientos dramáticos e innecesarios de la hipnosis de teatro donde el sujeto parece ser “dominado” por el hipnotizador. En realidad, el hipnotiza-

dor no tiene un “poder especial” sino la habilidad y técnica (que pueden ser adquiridas por la mayoría de los médicos y psicólogos). El hipnotismo no es una panacea, sino un coadyuvante eficaz de la psicoterapia.

### *FOBIAS*

Una fobia es un temor exagerado hacia ciertos objetos o situaciones. El temor es siempre desproporcionado al peligro y tiene ciertas características:

- a) La evitación del objeto o situación temidos hace desaparecer el temor (excepto si la fobia está complicada por otros estados de ansiedad);
- b) El paciente es consciente del carácter anormal de sus temores;
- c) No hay dudas ni rumiaciones mentales como en las obsesiones (aunque hay casos intermedios como en el temor a la contaminación);
- d) No hay convicción de que existe un peligro real como en las delusiones paranoides;
- e) Algunas fobias tienen su origen en un traumatismo emocional y pueden o no estar asociadas a un Desorden de Stress Post-traumático; y,
- f) La anticipación de exponerse a la situación temida, limita la vida social y de trabajo del paciente<sup>10,11</sup>.

### *TEORIAS SOBRE EL ORIGEN DE LAS FOBIAS*

Nos referiremos a continuación de modo breve a las más importantes teorías sobre el origen de las fobias.

*Teoría Psicoanalítica.* Propone que el temor patológico es el símbolo de un conflicto o un traumatismo reprimidos (olvidados). Un ejemplo muy demostrativo de este modelo de explicación se encuentra

en un libro clásico de Psicología en el cual el problema se resolvió sin intervención profesional. Una joven reaccionaba con terror cuando escuchaba el ruido de un chorro de agua: no podía oír el ruido de agua para bañarse ni el ruido de un riachuelo. Un día encontró una tía que no había visto durante muchos años y al saludarla su tía le dijo que “nunca había dicho nada a nadie como lo prometió”. Al oír esto la joven recordó que a la edad de siete años durante un paseo con su tía, la niña se escapó y su tía la encontró por tierra, atrapada entre las rocas bajo una caída de agua y el chorro le caía sobre la cabeza causándole terror. La tía le prometió no contar la travesura a su mamá y la niña había olvidado esta experiencia tan penosa<sup>12</sup>. (En este caso podemos observar un ejemplo de la “memoria ligada o condicional”).

*Teoría del Aprendizaje.* Considera que el temor anormal es debido a la asociación de un estímulo condicionado y una situación amenazadora. Posteriormente el miedo de la situación, del animal o el objeto, persiste en la ausencia del susto original. La fobia sería pues, un temor aprendido. Esta teoría desarrollada sobre la base de experiencias de laboratorio, sobresimplifica la teoría psicoanalítica del traumatismo emocional<sup>10,14</sup>.

*Teoría cognoscitiva-evolucionista.* Considera el temor patológico como una reacción anacrónica basada en mecanismos de sobrevivencia del individuo y la especie, que fueron útiles en épocas prehistóricas y son todavía útiles en sociedades primitivas, en los animales y en situaciones de extrema urgencia en el individuo civilizado<sup>2,11</sup>. Durante la evolución del individuo y de la especie humana, se han formado esquemas cognoscitivos de protección y reacciones fisiológicas de alarma que más tarde pueden reaparecer en situaciones que simbólicamente recuerdan el peligro inicial, pero que en realidad

exigen mecanismos de adaptación más adecuados.

CANNON describió la reacción de “lucha-huida” frente al peligro, y hay otras reacciones fisiológicas de protección que se han desarrollado cuando un animal o el hombre primitivo eran atacados, tales como la paralización (la inmovilidad engaña al atacante) y el desvanecimiento (la pérdida del conocimiento evita hacer frente al dolor y la muerte inminentes) Estas reacciones psicobiológicas son preprogramadas y por lo tanto automáticas.

BOWLBY desarrolló la teoría del “vínculo afectivo” (*Attachment Theory*), basado en sus estudios sobre la separación de la madre durante la infancia. Un lazo afectivo intenso con una figura protectora es indispensable para la sobrevivencia y protección del niño y toda amenaza de separación será percibida como un peligro a la vida. En el adulto, esto se percibe como angustia frente a la separación y aflicción frente a la pérdida de los seres queridos<sup>3,4</sup>.

Los niños pequeños presentan un período de “temor a los extraños”; cuando comienzan a volverse más autónomos deben encontrar un equilibrio entre su autonomía y su necesidad de estar cerca de sus padres. Este conflicto de “autonomía vs. dependencia” se manifiesta también en adultos que sufren de agorafobia, como temor de perderse en un lugar extraño y por la necesidad de ser acompañado por un pariente o amigo.

El temor a los extraños que protege al niño de sociedades primitivas contra la posibilidad de ser secuestrado o atacado, puede persistir o reaparecer en el adulto civilizado víctima de una fobia social, como el temor frente a una audiencia o un ambiente social desconocido. Aquí, el temor

de ser abandonado por el grupo social, que protege al individuo de la tribu y lo ayuda a sobrevivir en un medio peligroso, se manifiesta en el civilizado como temor a la desaprobación, lo cual requiere una transformación psicológica a un nivel más avanzado.

Otro conflicto basado en la evolución de la especie es el de “dominación vs. sumisión”, que se muestra en los mamíferos y en particular en los primates. Los miembros más fuertes del grupo tratan de controlar a los otros mostrando su fuerza y tratando de provocar temor con sus gestos de cólera. Los animales más débiles deben escoger entre luchar o someterse, y comunican su actitud con gestos y posturas corporales apropiadas. En los grupos humanos también se manifiesta esta clase de competencia, aunque en grados más variados y complejos. El matón del barrio trata de dominar por la fuerza como el jefe de la horda primitiva, y en la política, los negocios y en la vida familiar y social, esta tendencia a la dominación se manifiesta en formas que todos conocemos.

Las personas que sufren de fobia social parecen ser excesivamente sensibles a las señales de dominación (reales o imaginarias) y están constantemente considerando si deben someterse, por temor de ser agredidos o rechazados y ridiculizados. Esto se muestra a través de una conducta de amabilidad exagerada y una tendencia a apaciguar a la autoridad. Ver el mundo bajo la sombra del conflicto “dominación vs. sumisión” conduce a un sentimiento de peligro constante en la vida social<sup>11</sup>.

En una nueva concepción de los trastornos de angustia y ansiedad, utiliza los datos del psicoanálisis, de la teoría del aprendizaje, de la Biología y de la Psicología Cognoscitiva, y permite explicaciones que están más de acuerdo con la realidad clínica

y con los datos de la Psicología y la Neurobiología modernas<sup>2,11,14,15,17</sup>.

#### CLASIFICACION DE LAS FOBIAS

Inspirándonos en la clasificación americana moderna, podemos dividir las fobias en dos grupos: simple o específicas y complejas (Agorafobia y Fobia Social). Con el término de *Fobia Específica*, se entiende el temor excesivo e irrealista de ciertos objetos, animales o situaciones: alturas (acrofobia), espacios cerrados (claustrofobia), animales (zoofobia), etc., mientras que en la *Fobia Compleja*, el temor está ligado a situaciones complejas que envuelven el contexto físico y social.

La *Agorafobia* es el temor de encontrarse en situaciones o lugares donde el escape es difícil o embarazoso, o donde no hay ayuda en casos de enfermedad aguda o ataque de pánico (multitudes, centros de compras, puentes, vehículos públicos). También puede haber un temor al espacio infinito, como en campos abiertos y puede o no ser acompañada de ataques de pánico en esos lugares. Estos pacientes pueden tener fantasías, en las que se ven abandonados por un público indiferente durante un ataque cardíaco o cuando pierde el conocimiento, etc., de modo que evitan salir de sus casas si no están acompañados por alguien de confianza. Su vida está severamente limitada como consecuencia de estos temores<sup>2,10,15</sup>.

De otro lado, la *Fobia Social*, es el temor a situaciones donde el sujeto puede estar bajo observación (real o imaginada) de otras personas (comer en público, hablar en frente de una audiencia, asistir a reuniones sociales, escribir mientras otros lo observan, etc.)<sup>2,11</sup>. Este concepto tiene un sentido más específico que el de la timidez, que puede ser un rasgo del

carácter o un estado transitorio (adolescencia, adaptación a un nuevo ambiente). La fobia social produce sentimientos angustiosos de anticipación del peligro de rechazo, del ridículo o la simple desaprobación y restringe enormemente la vida social del individuo.

Este tipo de fobia aparece en diferentes tipos de personalidad, pero de preferencia en personas hipersensibles e inseguras ("personalidad evasiva" de la clasificación americana) que han sido educadas de manera muy autoritaria y han sufrido el ridículo en su infancia o adolescencia. Sin embargo, a veces aparece en individuos previamente sociables que acaban de sufrir un fracaso que afecta profundamente su amor propio. Cuando el temor es muy intenso, el sujeto puede tomar la fuga cuando debe hacer frente al público y aún puede presentar un ataque de pánico en esas circunstancias<sup>2,11</sup>.

Veamos a renglón seguido, algunos de los enfoques terapéuticos de las fobias.

#### MODIFICACION COGNOSCITIVA

La concepción cognoscitiva de la depresión y los estados de ansiedad, desarrolladas por A. BECK y sus colaboradores<sup>2,18</sup>, se basa en el descubrimiento de las deformaciones cognoscitivas que acompañan estos estados patológicos y que se manifiestan como pensamientos e imágenes automáticos que crean una especie de "diálogo interior" percibido sólo vagamente por el sujeto debido a la rapidez con que ocurren. ("que estúpido soy", "siempre voy a fracasar", etc.)<sup>2,15,18</sup>. Sobre la base de estas observaciones se han identificado varios tipos de distorsiones cognoscitivas. Vamos a enumerar aquellas que son importantes para comprender las fobias y

daremos ejemplos de los pensamientos automáticos correspondientes:

- a) *Todo o Nada*. Esta deformación, en la base del carácter perfeccionista, consiste en creer que sólo los extremos opuestos son posibles ("si no tengo éxito completo es porque soy fracasado", "si no hay garantía de que estoy protegido contra todo peligro posible, quiere decir que algo terrible va a ocurrirme", "si descubro la menor falla en mi trabajo eso prueba que soy un inútil"). Esta manera de pensar y enfocar la vida, contribuye a crear una disposición a la depresión y la angustia.
- b) *Obligaciones rígidas* ("Should statements"). Esta manera de pensar relacionada con la anterior, aumenta la angustia y el desaliento y favorece una culpabilidad inapropiada: "Debería ser siempre imperturbable, nada debería afectarme", "debo ser aceptado y admirado por todo el mundo, en todo tiempo, para sentirme seguro", "nunca debería desalentarme ni tener miedo". Muchas de las distorsiones siguientes que vamos a mencionar, son variaciones de las dos primeras.
- c) *Sobregeneralización*. Esta característica consiste en extender las consecuencias negativas de algún hecho a todos los de la misma naturaleza, sin tomar en cuenta situaciones específicas ni la diversidad de los protagonistas: "Desde que tuve el accidente, pienso que cada vez que tomo el volante voy a tener otro accidente", "ya no iré más a fiestas, siempre me van a rechazar puesto que esa chica no aceptó bailar conmigo".
- d) *Filtro mental*. Consiste en percibir solamente las experiencias negativas

que parecen confirmar los temores: “Tengo razón de no viajar en avión. Acaba de ocurrir otro accidente”.

- e) *Desacreditación de lo positivo*. Es un complemento del problema anterior. Cuando hay numerosas experiencias positivas que pueden neutralizar los temores y el pesimismo, ellas “no cuentan” y se busca explicaciones para “probar” que sólo lo negativo tiene valor: “Es verdad que fui un buen estudiante, pero eso no cuenta puesto que he fallado el último examen”.
- f) *Conclusiones precipitadas*. Hay dos variaciones de esta característica: “Leer el pensamiento” en la cual se interpreta el pensamiento de los otros como desfavorable: “Yo sé que me encuentran ridículo” y “Adivinaciones” la cual es una forma de predecir el futuro: “Si tengo que hablar en público voy a desmayarme”.
- g) *Catastrofismo*. Consiste en imaginarse lo peor: “Nunca me sentí tan mal como hoy”, “ya me veo muriendo en un accidente”.

Una vez estudiados estos tipos de distorsión cognoscitiva<sup>18</sup>, vamos a presentar ejemplo de pensamientos automáticos en diferentes tipos de fobias, seguidos de la intervención terapéutica apropiadas para corregirlos (Modificación Cognoscitiva). Estas intervenciones están basadas en un estudio cuidadoso de la elaboración de estos errores y no en simples consejos o palabras consoladoras. Los ejemplos son tomados de los casos más frecuentes encontrados en la literatura<sup>1,2,15,18</sup> y de casos estudiados por el autor.

#### *PENSAMIENTOS AUTOMATICOS PRESENTES EN TODA CLASE DE FOBIAS*

“Soy un cobarde. Estoy perdiendo control. No puedo tolerar este miedo terrible”; “Si yo fuera perfectamente tranquilo como los otros, sería invulnerable”. (Fantasía del “Superhombre”).

#### *MODIFICACION COGNOSCITIVA*

“Tener miedo no es una prueba de cobardía. Algunos temores son indispensables para proteger nuestra propia vida”; “lo que va a ocurrir es independiente de sus pensamientos. Sus temores no tienen poder mágico como en las supersticiones”; “no es necesario ser el Superhombre para sentirse bien. Usted puede ser simplemente un adulto ordinario”.

#### *PENSAMIENTOS AUTOMATICOS EN LA AGORAFOBIA<sup>2,15</sup>*

“Puedo morirme antes que alguien me ayude. No podré escapar e ir a la casa. Tengo que ver donde está la salida para sentirme seguro”; “me vuelvo loco. Voy a perder el control y hacer el ridículo”; “a la gente no le importa si yo me desmayo o si tengo un ataque al corazón. Sólo un amigo de confianza o un familiar pueden ayudarme”; “el espacio infinito es amenazador. Me siento perdido”; “me siento sofocado en medio de la muchedumbre”.

#### *MODIFICACION COGNOSCITIVA*

“Si usted fuera un niño pequeño perdido en un lugar desconocido, tendría razón de tener miedo”; “ahora como adulto usted es capaz de encontrar su camino o de pedir ayuda”; “los síntomas que usted tiene no conducen a la locura. Su juicio y su capacidad de controlarse no están afectados y usted puede curarse con un tratamiento apropiado”; “hay un territorio privado invisible, como cúpula transparente, que usted siempre lleva alrededor de usted y le sirve de marco de referencia. No se perderá en el espacio infinito”<sup>1</sup>.

### *PENSAMIENTOS AUTOMATICOS EN LA FOBIA SOCIAL* <sup>2,11</sup>

“La gente me está examinando. Van a descubrir que estoy nervioso. Me encontrarán ridículo y se burlarán o me mirarán con lástima y me sentiré humillado”; “si todos me admiraran por ser fuerte y simpatizarán conmigo, entonces no temería la crítica o el rechazo”; “la audiencia me da tanto miedo que ya no podré hablar y siento que voy a desmayarme”.

### *MODIFICACION COGNOSCITIVA*

“Si la gente lo estuviera examinando, ¿qué aspectos de su persona están valorando? ¿Su fuerza física o su capacidad intelectual?”; “la mayoría de la gente aprecia la bondad y la facilidad de trato más que la fuerza o el prestigio”; “la gente no tiene tiempo de examinarlo como bajo un microscopio. Ellos tienen sus propios problemas y preocupaciones”; ¿“cree usted realmente que la gente puede adivinar lo que piensa y saber cuánto sufre usted interiormente a causa de sus temores?”; “¿qué prueba tiene usted de que los otros son perfectamente tranquilos, seguros de sí mismos y felices todo el tiempo?”

### *DESENSIBILIZACION SISTEMATICA*

Esta técnica derivada de la teoría de aprendizaje<sup>2,10,14</sup> consiste en exponer gradualmente al paciente a las imágenes y situaciones reales que le causan temor. Primero se establece una jerarquía de situaciones ansiógenas gracias a un interrogatorio cuidadoso. Por ejemplo, en un caso de miedo de las serpientes, la situación más grave sería ver una serpiente moviéndose cerca del sujeto, luego ver una serpiente en la televisión o el cinema, luego en una fotografía o un dibujo, etc. La situación menos ansiógena sería de pensar simplemente en la palabra “serpiente”.

El sujeto es sometido a un entrenamiento de relajamiento muscular progresivo (bajo la hipnosis o siguiendo otras técnicas) y una vez que es capaz de obtener un grado de relajamiento apropiado, se le expone gradualmente a imágenes mentales de las situaciones ansiógenas comenzando por la más baja jerarquía establecida (pensar en la palabra “serpiente”). Antes de pasar a la categoría siguiente, hay que asegurarse que ha superado el temor a la categoría anterior y que es capaz de exponerse en la realidad la situación ansiógena (oír hablar de serpientes sin experimentar temor). Para obtener esto se le pide primero calificar sus grados de temor de 0 a 10, siendo 0 la ausencia de miedo y 10 el temor de intensidad máxima. Sólo cuando el grado de ansiedad ha llegado a 0 se pasa a la categoría siguiente (esto puede requerir varias sesiones de tratamiento). Durante cada exposición a las imágenes ansiógenas, se repiten las sugerencias de calma y relajamiento. Desde el comienzo del tratamiento el paciente es estrenado en la autohipnosis, para permitirle practicar los ejercicios de desensibilización en su casa. Al final del tratamiento, el paciente debe ser capaz de hacer frente a la situación que le causaba el máximo de ansiedad y estar tranquilo o por lo menos con confianza suficiente de modo que el temor ya no interfiere con sus actividades normales.

Las fobias generalmente responden muy bien a las terapéuticas cognoscitivas y de desensibilización, por eso las hemos descrito en detalle. La hipnosis facilita la eficacia debido al grado intenso de concentración y el aumento del acercamiento afectivo con el terapeuta (*rapport*), pero estas técnicas son también muy eficaces cuando se aplican sin la hipnosis. La modificación cognoscitiva parece preparar al sujeto de una manera favorable para exponerse a la desensibilización progresiva.

### EXPLORACION BAJO LA HIPNOSIS

Esta técnica requiere en general un grado profundo de trance hipnótico, aunque hoy en día se han desarrollado procedimientos que permiten esa exploración con un trance más ligero en sujetos poco hipnotizables<sup>6</sup>. Este tipo de exploración ha sido llamado “Hipnoanálisis” porque utiliza procedimientos psicoanalíticos como las asociaciones libres, la interpretación de los sueños y la interpretación de las defensas, resistencias y la transferencia, y está indicada cuando se sospecha que la fobia tiene su origen en conflictos o traumatismos olvidados total o parcialmente. La naturaleza del temor puede servir de indicio (cruzar puentes, ciertos ruidos o melodías, ciertas personas, ciertos casos de claustrofobia, etc.). Sin embargo, un estudio cuidadoso del caso es necesario ya que el Desorden de Stress Post-traumático puede esconderse bajo una fobia aparente cuando el traumatismo fue muy intenso o prolongado. En estos casos hay síntomas adicionales (hiperexcitabilidad con sobresaltos, pesadillas, recuerdos intrusivos de fragmentos de la experiencia traumática y experiencias alucinatorias breves o “*flashbacks*” donde el traumatismo es reexperimentado en parte), además de los síntomas de evitamiento que daban la apariencia de una fobia.

En otros casos la fobia se asocia a síntomas disociativos (amnesia episódica, ausencia de recuerdos de la niñez, experiencias de “tiempo vacío” donde partes del día o de la semana no se recuerdan) y se debe investigar la presencia de un desorden disociativo grave ligado al traumatismo olvidado, en especial los caos de “identidad múltiples”. La historia clínica puede revelar en estos casos indicios de violencia, incesto o abuso sexual por extraños, raptos, violaciones, catástrofes, etc., especialmente durante la infancia<sup>14,17,19,23</sup>. Los hermanos

del paciente pueden recordar ser violentados o molestados sexualmente por adultos de la familia. Cuando se trata de estos desórdenes más graves que la fobia no complicada, una psicoterapia específica para estos desórdenes está indicada, apoyada o no por la hipnosis. En las fobias ligadas a un traumatismo, el objeto o la situación fóbicas representan simbólicamente las circunstancias o características físicas del traumatismo, y el olvido protege al individuo contra la angustia insoportable que lo acompañó. El temor y la evasión impiden que el paciente corra el riesgo de recordar los sucesos penosos al enfrentarse al símbolo que los representa. De ahí que una confrontación o interpretación prematuras e inoportunas serían antiterapéuticas y peligrosas.

En los casos mencionados, la teoría psicoanalítica de la “represión” encuentra su confirmación en cuanto a la formación de los síntomas<sup>10,14</sup>, pero esto no se puede generalizar a todo tipo de patología mental. Además el concepto de “represión” se explica mejor hoy día por el fenómeno de la “memoria ligada”<sup>4</sup>, que ya hemos discutido, pero su aspecto protector (mecanismo de defensa) conserva su valor en la práctica clínica. En el hipnoanálisis, después de inducir el trance, se emplean las técnicas de “regresión en el tiempo”. Es mejor no sugerir una época o edad particular sino afirmar simplemente: “Su mente retrocede a un periodo de su vida que fue muy importante para usted y que podría tener relación con su problema actual”. Algunos emplean técnicas visuales como el “calendario” cuyas páginas retroceden y se paran en el año “donde algo importante ocurrió”. Se debe tener mucho cuidado de no sugerir directa o indirectamente el tipo de traumatismo o conflicto que se sospecha hasta tener indicios más seguros, para evitar de favorecer falsos recuerdos. La técnica de imaginarse una pantalla de televisión o de

cinema o un proscenio de teatro son útiles para facilitar el recuerdo de escenas importantes. El sujeto puede no recordar nada o puede ver escenas “neutras” pero que pueden enmascarar otras escenas más traumáticas. Si hay dificultad para recordar no se debe insistir y se puede repetir la sesión otro día. Otra técnica muy útil es la que se llama “Puente Afectivo”, que utiliza el síntoma presente (“trate de experimentar su temor lo más claro posible y sígalo en el pasado hasta llegar a la ocasión cuando lo experimentó por primera vez”)<sup>20</sup>.

Cuando aparecen escenas traumáticas el sujeto puede manifestar estados emocionales intensos (terror, pesadumbre, llantos) y aún agitación psicomotora, lo cual requiere que el terapeuta sea un clínico experimentado y capaz de controlar situaciones de urgencia. Una voz tranquila y que inspira confianza y fuerza son de gran ayuda. Cuando la intensidad de la emoción muestra que la tolerancia del paciente llega a sus límites, se debe interrumpir esta descarga emocional (abreacción) con sugerencias de calma y relajación<sup>6,7</sup>. A veces el terapeuta debe “introducirse en la escena recordada” para modificarla (“ahora estoy aquí para protegerlo; nadie puede hacerle daño”, “el atacante huye asustado”, etc.)

¿Qué valor tienen estos recuerdos cargados de emoción? ¿Corresponden siempre a acontecimientos reales? Estas preguntas han originado una serie de controversias sobre todo después que se descubrió que algunos de estos recuerdos pueden ser elaborados por la imaginación<sup>19,20,21</sup>. En general otros recuerdos obtenidos bajo la hipnosis, siempre tienen un valor terapéutico de primera importancia, ya que reflejan la “realidad psíquica” del individuo (lo cual puede tener como resultado la desaparición o la mejoría de los síntomas al recordar su origen), pero no prueban que los acontecimientos ocurrieron tal como

son recordados y por lo tanto no se deben utilizar con fines médico-legales, excepto cuando hay confirmación de los hechos por otras personas que fueron testigos.

La mayoría de los estudios modernos sobre la memoria muestran que, en general, los elementos centrales de un acontecimiento (el hecho de que hubo un accidente o un crimen) se recuerdan con exactitud, pero los elementos periféricos (quien estaba presente, de qué color estaban vestidos los participantes, su talla, etc.) pueden ser modificados o falsificados durante el recuerdo. Además los efectos de la hipnosis sobre la memoria ocurren a niveles diferentes y mientras ciertos recuerdos pueden ser favorecidos por indicios (estado afectivo, ciertas percepciones, cierto contexto) otros recuerdos son inhibidos y se pueden producir confabulaciones para llenar los “espacios vacíos” de la memoria<sup>19,21,22</sup>.

El factor terapéutico importante parece ser la descarga de las emociones apropiadas (abreacción) que ocurrieron durante el traumatismo, y no tanto el contenido de lo que se recuerda. Cuando el sujeto no revive la experiencia y la recuerda como si fuera un testigo (y no un participante) la descarga emocional puede ser mínima o no producirse. Después de una abreacción hipnótica, el paciente debe permanecer bajo vigilancia terapéutica hasta que se haya calmado por completo y esté bien orientado y alerta. Se le debe recomendar que comunique al terapeuta si hubo una reaparición de los recuerdos perturbadores o síntomas de angustia<sup>7</sup>. Si esto ocurre, una terapéutica de apoyo y sugerencias de calma y de confianza (bajo la hipnosis si es necesario) son útiles.

La abreacción puede aliviar ciertos síntomas simbólicamente ligados al traumatismo, pero raramente es suficiente para la

recuperación completa. Una psicoterapia de inspiración psicoanalítica debe acompañar toda exploración de conflictos y traumatismos olvidados para reintegrarlos dentro de la visión total del problema.

#### *CONSIDERACIONES SOBRE EL EMPLEO DE LA HIPNOSIS*

Sea que haya lugar a la exploración o no, la hipnosis puede ser siempre útil en el tratamiento de las fobias sobre todo con el uso de la modificación cognoscitiva y la desensibilización progresiva. Antes de determinar la capacidad del paciente para ser hipnotizado, se debe investigar su motivación y sus expectativas y clarificar las concepciones erróneas sobre la hipnosis (frecuentes aún entre médicos y otros profesionales que tienen la imagen de la hipnosis de teatro o de salón), como por ejemplo: “la hipnosis es una forma de sueño”, “la hipnosis tiene un carácter mágico”, “es una simulación o un engaño”, “puede volver loco al sujeto”, o “el sujeto está a la merced del hipnotizador”<sup>1,24</sup>. Un factor que no debe descuidarse es la necesidad que el paciente puede mantener un control absoluto sobre sí mismo y su ambiente. Esto es frecuente en sujetos fóbicos (“cuando yo manejo el carro no tengo miedo, pero si es otro el que conduce entro en pánico”), pero también en sujetos con ciertos rasgos del carácter (desconfianza, resistencia pasiva, temor excesivo a la humillación). Esto se muestra por una resistencia a colocarse en el rol de paciente, invirtiendo los roles (“¿Cómo está usted hoy día doctor?”) o haciendo preguntas muy personales, etc. El terapeuta puede comentar amablemente: “Me parece que usted se siente incómodo de venir a verme como paciente”, y preguntar si piensa no estar en control de la situación.

En estos casos no se debe iniciar la hipnoterapia sin ser precedida de un período

de psicoterapia para investigar la necesidad de control y modificarla con técnicas apropiadas, pero sobre todo inspirando sentimientos de confianza y evitando toda actitud autoritaria. Si la hipnosis está indicada, se usarán técnicas permisivas (“Quizás usted empieza a sentirse más comfortable y a respirar más fácilmente”). Cuando se utiliza el hipnoanálisis, éste debe preceder la modificación y la desensibilización que se utilizarán después si los síntomas persisten.

Otra situación a tener en cuenta son las pacientes que podrían tener actitudes seductoras (con frecuencia subconscientes), tales como las personalidades histéricas y aquellas con historia de abuso sexual en la niñez. En estos casos, otro miembro del personal médico del mismo sexo que la paciente puede estar presente (residente, enfermera, etc.). Cuando se utilizan técnicas que no incluyen el interrogatorio ni la exploración bajo la hipnosis, un miembro de la familia puede estar presente. El terapeuta debe tener respeto y compasión por la fragilidad emocional de estas pacientes y evitar el acercamiento físico en estos casos. La hipnosis se puede aplicar sin tocar a los pacientes.

Un examen médico completo es aconsejable antes de emplear la hipnosis, sobre todo si se emplean procedimientos que provocan reacciones emocionales intensas con sobreestimulación del sistema neurovegetativo ya que ciertas enfermedades presentes (insuficiencia coronaria, hipertensión grave, úlcera péptica) se podrían complicar. La interconsulta puede estar indicada en caso de duda.

Finalmente, al emplear la hipnosis, el clínico debe tener en cuenta que los fenómenos observados durante el trance se acompañan de cambios neurofisiológicos. Los estudios sobre la actividad eléctrica cerebral han mostrado una desviación

relativa de esta actividad hacia el hemisferio cerebral derecho debido a una inhibición gradual del hemisferio izquierdo (al comienzo de la inducción hay una activación del lóbulo frontal izquierdo seguida de una inhibición progresiva del mismo). Además hay un cambio de las ondas del electroencefalograma al progresar el trance hacia ondas más lentas (de *beta*, a *alfa*, a *teta*) indicando la actividad de sistemas subcorticales (tálamo, *septum*, hipocampo). Estos cambios son semejantes a los que se producen durante la fijación progresiva de la atención que conduce a la absorción mental en la vida corriente, confirmando así que el trance es un fenómeno normal. Durante el trance se produce también una actividad eléctrica cortical ultra rápida de 40 Hertz por segundo (que escapa al trazado ordinario y que requiere técnicas especiales para ser puesto en evidencia). Esta actividad llamada "Ritmo del 40 Hz EEG" está asociada al aprendizaje, lo cual está de acuerdo con la idea de que la hipnosis facilita el aprendizaje ligado a la concentración<sup>25,26,27,28,29</sup>.

Los estudios con la tomografía cerebral por emisión de positrones (PET Scan) han revelado un aumento del flujo sanguíneo en la región occipital y las sugerencias hipnóticas producen activación del lóbulo frontal izquierdo y otras regiones en ambos hemisferios, a veces acompañadas de otras zonas de inhibición. Esta discrepancia con los estudios de la actividad eléctrica cerebral, pueden quizás explicarse por qué el PET Scan utiliza imágenes visuales de las estructuras cerebrales y estudia el metabolismo de la glucosa y el flujo sanguíneo, lo cual es diferente de la actividad eléctrica registrada en la superficie del cráneo<sup>30,31</sup>.

#### SELECCION DE LOS CASOS Y PRONOSTICO

Las fobias no complicadas responden muy bien a las técnicas mencionadas, pero la presencia de otros problemas psiquiátricos, enfermedades físicas y dificultades ambientales puede requerir una modificación del plan terapéutico. Una selección de los casos es pues necesaria para el mejor éxito del tratamiento.

*Síntomas múltiples vs. síntoma único.* Una fobia específica no complicada es de buen pronóstico. Cuando hay fobias múltiples u otros síntomas de ansiedad o desórdenes de la personalidad asociados, el tratamiento puede ser más largo y complicado.

*Patología concomitante.* La depresión en sus diversos tipos, la neurosis obsesiva y otros desórdenes psiquiátricos se pueden asociar a las fobias. La presencia de ideas de suicidio es en general una contraindicación para el uso de la hipnosis pero una excepción es la presencia del Desorden Disociativo de la Identidad (llamado antes: "Personalidades Múltiples") con ideas constantes de suicidio, en cuyo caso la hipnosis, se puede emplear para establecer contacto con el "alter ego" suicida, pero el paciente debe ser hospitalizado y se deben tomar las precauciones necesarias para prevenir intentos de suicidio. Hay ciertos tipos de fobia como la fobia social que a veces coexisten con ataque de pánico, con el desorden obsesivo-compulsivo, con la depresión mayor o con la personalidad evasiva (*Avoidant Personality*) pero la fobia social sin otra patología es frecuente y es más fácil de tratar.

*Condición socio-económica y enfermedades crónicas.* Como en otros casos tratados con psicoterapia, los pacientes afectados de pobreza extrema, sin trabajo, que viven en hogares desorganizados, en un ambiente de violencia, que han tenido una infancia marcada por abuso o separaciones,

etc., o que sufren de enfermedades crónicas con pronóstico grave y hospitalizaciones frecuentes, no pueden cooperar bien con tratamientos que requieren entusiasmo y optimismo, así como la asistencia frecuente a sesiones terapéuticas. Un equipo terapéutico multidisciplinario, es de gran ayuda en estos casos, ya que la hipnosis debe ser acompañada de intervenciones a nivel social, económico y educativo. En casos de enfermedades crónicas o incurables, la interconsulta y la cooperación con los otros médicos tratantes es necesaria.

*Desarrollo de la Alianza Terapéutica.* Una relación de confianza y capacidad de “sintonizar” afectivamente son necesarias en el terapeuta y el paciente. La desconfianza y las actitudes autoritarias, el desapego emocional, la intelectualización excesiva y la impaciencia no permiten el establecimiento de la alianza terapéutica y en estos casos un cambio de terapeuta o de modalidad terapéutica están indicados.

*La presencia de “beneficios secundarios”.* Si la fobia ha traído ventajas secundarias al paciente como la posibilidad de controlar a los familiares, de vengarse por su falta de interés o sus críticas, obtener un pensión de invalidez o “probar” que la enfermedad es real y no imaginaria, el éxito del tratamiento estará comprometido y estos problemas deben resolverse antes de iniciar cualquier tipo de tratamiento. Mucho tacto y paciencia son necesarios para confrontar al paciente con sus dificultades. Una actitud crítica autoritaria están contraindicadas ya que pueden agravar los problemas.

*La edad de comienzo de los síntomas.* Las fobias de comienzo reciente pueden tener mejor pronóstico, pero casos de larga

duración han sido tratados con éxito sobre todo si no hay síntomas adicionales.

*La capacidad de ser hipnotizado.* La hipnoterapia dará mejores resultados en general, con sujetos fácilmente hipnotizables, pero la posibilidad de recuerdos falsos también puede aumentar en estos casos. Los pacientes con historia de traumatismo emocional parecen ser fácilmente hipnotizables<sup>22,23</sup>. Las nuevas técnicas de exploración utilizando medios indirectos de comunicación como “las señales ideomotoras” (responder con movimientos involuntarios de los dedos de la mano) pueden ser muy útiles con pacientes que entran en un trance hipnótico ligero<sup>6</sup>.

*Grado de distorsión de la realidad y de ansiedad social.* La hipnosis no está indicada cuando una fobia aparente enmascara una psicosis con delusiones paranoides. Siempre se debe aclarar si el paciente es conciente de que sus temores son exagerados, o si el sujeto cree que existe un peligro real (“¿tiene usted solamente la impresión de que la gente lo mira para criticarlo o está seguro de que se burlan de usted o quieren hacerle daño?”). La fobia de contaminación puede ser una manifestación de la neurosis obsesivo-compulsiva, en cuyo caso la hipnosis puede ser de valor más limitado y otras modalidades terapéuticas son indicadas (terapia cognoscitivo-behaviorista, farmacoterapia).

Una garantía absoluta de que todo peligro debe estar ausente es imposible e innecesaria para el éxito del tratamiento en las fobias. El paciente debe descubrir durante la psicoterapia, que el objeto del tratamiento no es convertirlo en un individuo temerario como los héroes de la pantalla, sino permitirle vivir con la confianza y la tolerancia a la incertidumbre de las personas ordinarias.

### RÉSUMÉ

L'hypnose est une procédure utilisée pour induire une transe contrôlée et s'avère une aide efficace dans la psychothérapie des phobies. La transe est un phénomène caractérisé par un degré avancé de concentration qui mène à une diminution du champ de la conscience et qui peut surgir de manière spontanée dans la vie normale. L'auteur étudie les phobies du point de vue clinique ensuite leurs classification et les théories élaborées pour expliquer leur origine, en particulier la théorie cognitive-évolutionniste qui semble être plus d'accord avec la réalité clinique et les données de la science moderne. La technique de la modification cognitive est expliquée en détail avec des exemples des pensées automatiques propres des phobies, suivie d'une description de la méthode de la désensibilisation systématique. L'hypnoanalyse est présentée comme la méthode qu'utilise les phénomènes de "la mémoire captive" et de la "amnésie réversible" afin d'explorer les conflits et les traumatismes qui sont à l'origine de la phobie. Après d'avoir présenté quelques considérations sur l'emploi clinique de l'hypnose, quelques commentaires sont ajoutés sur les changements neurophysiologiques qui se produisent pendant la transe. Enfin on considère les facteurs qu'influencent la sélection des cas et le pronostic.

### ZUSAMMENFASSUNG

Der Verfasser behauptet, dass die Hypnose in der Therapie der Phobien eine grosse psychotherapeutische Hilfsmassnahme sei. Es wurden zuerst die kognoscitive Aenderungen mit Beispielen über automatische Gedanken und ihre Behandlung mit progressiver "Desensibilisierung" beschrieben. Die "Hypnoanalyse" benutzt die Phaenomene der "reversibelen Amnesie" für die Erklarung der vergessenen Traumatismen, die eine Rolle bei den Anfang einer Neurose spielten. Schliesslich untersucht der Verfasser die Prognose der Krankheit.

### BIBLIOGRAFIA

1. SPIEGEL, H. & SPIEGEL, D. (1978): *Trance and Treatment: Clinical uses of Hypnosis*. Basis Books, New York.
2. BECK, A.T. & EMERY, G. (1985): *Anxiety Disorders and Phobias: A cognitive perspective*. Basic Books, New York.
3. FISCHER, R. (1979): State-Bound Knowledge. En: *Consciousness: The Brain, States of Awareness and Alternate Realities*. Goleman D. & Davidson R.J. (Editors) Irvington Publishers, New York.
4. ROSSI, E.L. (1986): The State-Dependent Memory and Learning Theory of Therapeutic Hypnosis. En: *Mind-Body communication in Hypnosis. The seminars, workshops and lectures of Milton H. Ericson*. (vol.3), Rossi E.L. & Ryan M.O. (Editors) Irvington Publishers, New York.
5. FROMM, E. (1984) The Theory and Practice of Hypnoanalysis. En: *Clinical Hypnosis: A multidisciplinary approach*, Wester W.C. II & Smith A. H. Jr. (eds.). Lippincott, Filadelfia. 142-154.
6. BARNETT, E. A. (1984): Hypnosis in the Treatment of Anxiety and Chronic Stress. En: *Clinical Hypnosis: A multidisciplinary approach*, Wester W.C. II & Smith A. H. Jr. (eds.). Lippincott, Filadelfia. 458-475.
7. MEARES, A. (1960): *A System of Medical Hypnosis*. Saunders, Filadelfia.
8. HARTLAND, J. (1966): *Medical & Dental Hypnosis & its Clinical Applications*. Bailliere, Tindall & Cassell, Londres.
9. SMITH A. Jr & WESTER W.C.II. (1984): Techniques of Induction and Deepening. En: *Clinical Hypnosis: A multidisciplinary approach*, Wester W.C. II & Smith A. H. Jr. (eds.). Lippincott,

- Filadelfia. 42-56. 10. NEMIAH, J. (1985): Phobic Disorders. En *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Fourth Edition. Kaplan H.L. & Sadock B.J. (eds.), Williams and Wilkins, Baltimore 894-904. 11. MARSHALL, J. R. (1994): *Social Phobia. From shyness to stage fright*. Basis Books, New York. 12. MUNN, N.L. (1951): *Psychology*. Second Edition. Houghton Mifflin, Boston. 13. BOWLBY, J. (1989): The Role of Attachment in Personality Development and Psychopathology. En: *The Course of Life. Vol.I. Infancy*. Grennsman S.I. & Pollock G.H. (eds.) International Universities Press, Madison, Connecticut, 229-270. 14. GALLATIN, J. (1982): *Abnormal Psychology: Concepts, Issues, Trends*. MacMillan Publishing, New York. 15. GUIDANO V.F. & LIOTTI, G. (1983): *Cognitive Processes and Emotional Disorders*. The Guilford Press, New York. 16. MARCUSE, F.L. (1959): *Hypnosis: Fact and Fiction*. Penguin Books, Middlesex. 17. HOROWITZ, M. J. (1988): *Introduction to Psychodynamics: A New Synthesis*. Basic Books, New York. 18. BURNS, D.D. (1980): *Feeling Good*. Avon Books, New York. 19. REVIERE, S.L. (1996): *Memory of Childhood trauma: A clinician's Guide to the Literature*. The Guilford Press, New York. 20. MURRAY-JOBSIS, J. (1984): Hypnosis with Severely Disturbed Patients. En: *Clinical Hypnosis: A multidisciplinary approach*, Wester W. C. & Smith A. H. (eds.). Lippincott, Filadelfia. 368-404. 21. BROWN, D. (1995): Pseudomemories: The Standard of Science and the Standard of Care in Trauma Treatment. *American J. Clin. Hypnosis*, 37:1-24. 22. DYWAN, J. (1998): Toward a Neurophysiological Model of Hypnotic Memory Effects. *Am. J. Clin. Hypnosis*. 40:217-230. 23. SPIEGEL, D., HUNT, T. & DONDERSHINE, L. (1988): Dissociation and Hypnotizability in Post-traumatic Stress Disorders. *Am. J. of Psychiatry*. 145:301-305. 24. WESTER W.C.II. (1984): Preparing the Patient. En: *Clinical Hypnosis: A multidisciplinary approach*, Wester W.C. II & Smith A. H. Jr. (eds.). Lippincott, Filadelfia. 18-28. 25. BROWN, P. (1991): *The Hypnotic Brain*. Yale University Press, New Haven. 26. SPYDELL, J. D., FORD M.R. & SHEER D.E. (1979): Task Dependent Cerebral Laterization of the 40 Hertz EEG Rhythm. *Psychophysiology*. 16:347-350. 27. MACLEOD-MORGAN, C. & LACK, L. (1982): Hemispheric Specificity: A Physiological Concomitant of Hypnotizability. *Psychophysiology* 19:687-690. 28. GRUZELIER, J., BROW T., PERRY A. *et. al.* (1984): Hypnotic Susceptibility: A Lateral Predisposition and Altered Cerebral Asymmetry under Hypnosis. *Int. J. of Psychophysiology* 2:131-139. 29. DE PASCALIS, V., MARUCCI, F.C. & PENNA, P.M. (1989): 40 Hz EEG asymmetry during recall of emotional events in waking and hypnosis: differences between low and high hypnotizables. *Int. J. of Psychophysiology* 7:85-96. 30. RAINVILLE P., HOFBAUER R.K., PAUS T. *et al.* (1999): Cerebral mechanisms of hypnotic induction and suggestion. *J.Cogn.Neurosc.* 11:110-125. 31. MAQUET, P., FAYMONVILLE, M.E., DEGUELDRE, C. *et.al.* (1999): Functional neuratomy of the hypnotic state. *Biol. Psychiatry*, 45:327-333.