

Giorgio Nardone, Gamillo Loredano, Jeffrey Zeig y Paul
Watzlawick

HIPNOSIS Y TERAPIAS HIPNÓTICAS



Una guía que desvela
el verdadero poder de la hipnosis

Giorgio Nardone, Gamillo Loredio, Jeffrey Zeig y Paul Watzlawick

HIPNOSIS Y TERAPIAS HIPNÓTICAS

Una guía que desvela
el verdadero poder de la hipnosis

índice

Prólogo	9
Capítulo 1 - Del «sueño mágico» a la Nueva Hipnosis	13
Introducción histórica	13
Del «sueño mágico» al magnetismo.....	13
Del magnetismo a la psicoterapia hipnótica .	23
Milton H. Erickson y los fundamentos de la «nueva hipnosis»	30
El nuevo concepto del trance	30
El cambio en el rol del hipnotizador	32
El <i>rappont</i>	35
La hipnosis ericksoniana y el cambio del <i>setting</i> de la psicoterapia	36
El nuevo concepto de la resistencia y la neutralidad del terapeuta	39
La relación técnica/proceso.....	40
El verdadero interés por la persona	41
Capítulo 2 - Inducción hipnótica.....	45
Hipnosis tradicional	46
Características del trance	47
La fenomenología de la hipnosis.....	48
Alteración de la atención	49
Variaciones de intensidad	50
Disociación	50
Cambios en la sensibilidad.....	51
Métodos indirectos	52
El «yes set»	54
Las órdenes integradas	54
Las afirmaciones de disociación	55
El causativo implícito.....	55
El modelo ARE	56

La absorción	57	
Estrategias adicionales de absorción	59	
		- El lenguaje de la hipnosis
		60
Ratificación	61	
Estimulación	62	
Capítulo 3 - Hipnosis indirecta: técnicas y		
estrategias	67	
La observación	69	
Utilizar los recursos	70	
Crear las condiciones favorables al cambio	71	
La inducción y el proceso hipnótico	73	
Capítulo 4 - Una pequeña «magia»: dejar de		
fumar con la hipnosis	103	
Capítulo 5 - Hipnoterapia sin trance.Volver		
«mágicas» las palabras	115	
Sugestiones y alteraciones perceptivas	115	
Técnicas de comunicación sugestiva	120	
Técnicas no verbales	121	
La mirada	121	
Prosodia y tono de la voz	125	
Prosémica, postura y movimientos del cuerpo	126	
La sonrisa y la mímica facial	128	
Estrategias lógicas y modelados lingüísticos ..	130	
Sintonizarse para evocar nuevas percepciones	130	
Las preguntas estratégicas..... -.....	134	
El lenguaje evocador.....	138	
Crear la armonía de las redundancias	140	
Redefinir resumiendo	142	
Capítulo 6 - Volver «mágicas» las palabras en acción	145	
Epílogo	167	
Referencias bibliográficas	169	

Prólogo

Giorgio Nardone

La hipnosis disfruta desde siempre de una fama peligrosa: en el mejor de los casos ha sido considerada sinónimo de manipulación, pérdida de control, alteración de la voluntad, y en el peor una experiencia sobrenatural, incluso esotérica. Sin embargo, pocos conocen la historia del concepto científico y poquísimos saben que, en realidad, la hipnosis es una experiencia repetida en la vida de los seres humanos: un estado de alteración de las percepciones y de la conciencia que, en distintos niveles de intensidad, acompaña constantemente nuestra relación con la realidad circundante. No es un estado que alguien nos impone desde fuera, sino un efecto de nuestras características psicológicas y fisiológicas.

Sin ser conscientes de ello, en la vida cotidiana pasamos continuamente a través de estados de sugestión, si no de trance real. Esto no significa que seamos víctimas de fenómenos psicofisiológicos inconscientes, sino que, de vez en cuando, y de forma totalmente natural, entramos en un estado alterado de conciencia atenta que nos hace más capaces de gestionar nuestras reacciones en la realidad circundante. Por ejemplo, le ha sucedido a cualquiera que use a menudo el coche, el llegar a su destino, al final de un viaje, sin recordar lo más mínimo el recorrido realizado, pero sintiéndose del todo lúcido y totalmente relajado. Es más, quizás le habrá sucedido que mientras conducía, en este estado de trance natural, la reacción ante un evento imprevisto haya sido más rápida y eficaz de lo que hubiera sido en un estado normal de vigilia. Bien, son éstos los modos en los que se entreteje la hipnosis en la experiencia cotidiana, ampliando nuestras capacidades de percepción y relación frente, a la realidad, ya sea interior o exterior. Reconocerla como fenómeno natural es el primer paso para despejar el campo de mitologías, de prejuicios y de supersticiones que hacer» que sea considerada erróneamente como un instrumento de manipulación, fascinante pero peligroso.

Precisamente porque se trata de un evento del todo común, si se utiliza bien la hipnosis puede tener efectos extraordinarios; de éstos trataremos en los artículos que siguen. Tras haber recapitulado el recorrido histórico y científico del concepto de hipnosis y haber examinado sus características, pasaremos a considerar los usos específicamente terapéuticos.

Como veremos, cada fenómeno hipnótico es en realidad autohipnótico: un trance puede inducirse en cuanto la propia persona se lo induce, y el rol del hipnotizador es únicamente el de facilitar un proceso que es, de por sí, autosugestivo. Desde el punto de vista de la comunicación no existe manipulación por parte del hipnotizador, pero sí que desarrolla más bien una forma de

autoengaño comunicativo en el que la persona en hipnosis es estimulada a autoinducirse una serie de alteraciones de percepciones y de consciencia. Este estado puede ser utilizado, por el paciente mismo o por su terapeuta, como un vehículo para provocar cambios de otro modo difíciles de obtener. Es fácil comprender que la hipnosis es un instrumento formidable para mejorarse a sí mismo y las capacidades propias y, para nosotros los terapeutas, es también una de las técnicas más potentes y eficientes para ayudar a nuestro paciente a desbloquear las propias rígidas percepciones disfuncionales de la realidad, que lo vinculan a reacciones patológicas.

Para los autores, este libro tiene un valor particular porque representa el fruto y de alguna manera «la fotografía» de un trabajo común que se ha desarrollado a lo largo de más de diez años. En este tiempo Paul, Jeff, Camillo y yo, de hecho nos hemos encontrado al menos una vez al año para llevar a cabo un seminario sobre nuestros estilos hipnóticos y terapéuticos: no se trataba de una mera exposición didáctica, prolongada en el tiempo, sino de una comparación constante y colaboradora entre diferentes perspectivas teóricas y personales. Con el tiempo y la experiencia, sin ningún forcejeo, nuestras variadas modalidades operativas y los puntos de vista diferentes se han desarrollado de modo armónico y complementario: los escritos que presentamos aquí son una prueba del recorrido llevado a cabo y de los resultados obtenidos.

La evolución sincrética de nuestros enfoques implica también una síntesis de diferentes tradiciones en el campo de la psicoterapia: la Escuela de Palo Alto y la pragmática de la comunicación; el enfoque puramente ericksoniano; la rigurosa evolución de la hipnosis médica; la aplicación en la terapia breve de experimentadas y rigurosas estratagemas hipnóticas. Todo lo que sigue no es, pues, sólo un tratado sobre la hipnosis y sobre las terapias hipnóticas, sino también y sobre todo una contribución innovadora para la psicoterapia porque sintetiza, armonizándolos, diferentes modelos conocidos y apreciados de intervención sobre los problemas humanos.

Una última anotación sobre el estilo. Escribía Karl Popper que todo pensador o científico debería volver a formular o escribir sus propias teorías hasta hacerlas comprensibles para cualquiera; hasta que no consigue este resultado es mejor no exponerlas. En la redacción de los textos que componen este libro, hemos intentado mantener un estilo accesible y de lectura agradable .poniendo ejemplos claros y comprensibles, tanto en su estructura técnica como en su desarrollo, incluso para el lector no especializado. Creemos que también Popper nos habría dado el permiso de pasar, ahora, a la exposición.

Capítulo 1

Del «sueño mágico» a la Nueva Hipnosis

Camilo Lorio¹

Introducción histórica

Del «sueño mágico» al magnetismo

La utilización de la hipnosis para el tratamiento de problemas y del sufrimiento humano es probablemente tan antiguo como la historia de los intentos del hombre por curar a sus semejantes (Watkins, 1987). Aunque con formas y nombres diferentes, la hipnosis era conocida también por los más antiguos pueblos primitivos, que la utilizaban como objetivo no únicamente terapéutico, sino también adivinatorio: los fenómenos de la hipnosis leídos como dones o poderes de lo divino y aplicados en las situaciones más dispares a través del profeta, del chamán o del médico sacerdote. En las antiguas civilizaciones mediterráneas la utilización terapéutica de la hipnosis se describe como «sueño mágico» por los egipcios, los griegos y los romanos.

En general, el origen del desarrollo de la moderna hipnosis, y también el de la psicoterapia, se vincula a la obra del médico vienes Antón Mesmer (a partir de 1775), pero tenemos indicios y conocimientos suficientes para afirmar que toda forma de civilización ha desarrollado formas de terapia que hoy no dudáramos en definir como hipnóticas.

Por lo que respecta a los pueblos primitivos, como también en las antiguas civilizaciones tibetanas, australianas, indias cuyos ritos de curación han sido descritos y documentados (Ellenberger, 1976), se puede deducir con suficiente certeza que los principales factores de curación eran la capacidad sugestiva y la capacidad de activar representaciones fantásticas, que el curandero o sacerdote lograba inducir en el creyente/paciente.

Wang Tai, fundador de la medicina china (s. XX, a.C.), enseñaba a sus seguidores una técnica terapéutica que utilizaba el encantamiento y el paso de las manos sobre el cuerpo del paciente.

En el Antiguo Testamento y a menudo en los Evangelios se hace referencia a casos de curación obtenidos limitándose a pasar las manos sobre la parte enferma (el toque real) o con la mirada, el mismo método utilizado para hacer profecías (Pavesi y Mosconi, 1974; Gravitz, 1991; Watkins, 1987).

¹ * En este capítulo ha colaborado Gianluca Monacelli.

En este concepto se reanuda el uso de la imposición de las manos, que más tarde se transformará en los llamados «pasos», tocamientos y roces sugestivos que indican una intervención capaz de dominar el mal. Difundida en la época romana (cuando incumbía al *pater familias*) y en la medieval (cuando incumbía al rey o al señor) la imposición de las manos aún está en uso en algunas religiones.

La hipnosis del pasado, que durante muchos siglos se había basado sobre todo en concepciones místicas y en el poder obtenido mediante intervenciones sugestivas que a su vez se fundaban en la autoridad y en el carisma, era una hipnosis construida de forma artificial y esencialmente sobrenatural. Con el paso del tiempo la terapia hipnótica, sin embargo, ha vivido un proceso de transformación que a continuación se ha convertido precisamente en otra forma de psicoterapia. De forma gradual se ha ido redimensionando el rol preeminente ejercitado por la sugestión y la hipnosis se ha vuelto cada vez más parecida a un proceso natural, capaz de respetar la cualidad humana de la persona y de restituírle la fuerza en sus propios recursos.

En el curso de los últimos cincuenta años la hipnosis tiende a afirmarse como un estado natural muy difundido, que en una observación superficial no siempre es fácil de distinguir del estado de vigilia, y que puede presentarse espontánea y repetidamente en el transcurso de la jornada. Lo que una vez era considerado el estado de excepción se convierte en un estado de cada día, el *common every day trance* (Haley, 1978) que se alterna y se integra al estado de vigilia, pasando a través de una gama riquísima de grados intermedios (Edelstein, 1982).

Desde el punto de vista psicoterapéutico, la nueva hipnosis, que se funda en este concepto naturalista del estado de trance, ya no propone al hipnotizador como figura autoritaria y carismática que aplica de forma artificial procedimientos rituales, sino que se esfuerza sobre todo en reconocer y respetar las características de la persona.

Esta última no asume un papel pasivo y sometido, sino que se convierte en protagonista activo del proceso inductivo en el que participa. El trance es una experiencia de relación, natural y fisiológica, cotidiana antes que extraordinaria, capaz de movilizar recursos y capacidades que parecían inaccesibles.

Para comprender las razones que han llevado a la hipnosis a ser considerada cada vez más como un estado natural del ser humano, en lugar de una maniobra llevada a cabo con artificios misteriosos, queremos examinar algunos pasajes históricos que han llevado, desde Mesmer en adelante, a su gradual redefinición conceptual desde fenómeno místico-mágico a actividad fundada en sólidos presupuestos fisiológicos y en avanzados conocimientos científicos.

Entre los siglos XVIII y XIX se formula la teoría del *magnetismo animal* y nace la hipnosis científica, de la que se tiende enseguida a reconocer los aspectos psicológicos y psicoterapéuticos. Franz Antón Mesmer (1734-1815) se sirve de la teoría física del magnetismo para destacar, más de lo que nunca se había hecho

anteriormente, los componentes psicológicos y la importancia de la relación interpersonal en la experiencia terapéutica. Por eso Mesmer es, en buena ley, señalado como *fondatore ante litteram* de la historia moderna de la hipnosis (Sarteschi, 1982) y, al mismo tiempo, de la psicoterapia dinámica (Ellenberger, 1970).

Mesmer introduce un método terapéutico fundado en el magnetismo animal, una especial de fluido vital que, según el autor, estaba presente en todo el universo y capaz de invadir cualquier tipo de material, determinando, con las propias variaciones de concentración, la propiedad de los cuerpos. Gracias a este fluido los hombres podían entrar en relación entre ellos y con los cuerpos celestes. Si este fluido no estaba distribuido de forma homogénea en el interior del cuerpo humano, podían resultar graves alteraciones y enfermedades.

En 1775 Mesmer publica en la revista *Nouveau Mercure Savant d'Altona*: su primer trabajo en el que intenta sistematizar una teoría general del magnetismo animal, sobre la base de sus observaciones clínicas. En el artículo, titulado *Cana* aun médico extranjero, se sostenía que los efectos terapéuticos del magnetismo se debían a la acumulación de un fluido universal en el interior del cuerpo. Los imanes o los otros medios usados no eran más que instrumentos con los que este fluido se propagaba por el cuerpo. Esta conclusión puso fin a la amistad entre Mesmer y Hell un contemporáneo suyo que utilizaba los imanes para el tratamiento de algunas afecciones nerviosas, según el cual el efecto magnético estaba ligado a los imanes y no a fluido magnético (Laurence y Perry, 1988, p. 5).

Para Mesmer, la relación magnética explicaba también *la sensibilidad particular de la persona* frente al *magnetizador*, pero al cabo de unos pocos años también empezó a creerse posible lo contrario, tanto que en 1784 se acuñó la expresión *reciprocidad magnética*. Estas teorías anticipan, por lo menos en un siglo, los estudios de Sigmund Freud y el descubrimiento de fenómenos de transferencia y contratransferencia; además, históricamente son la primera mención de una relación recíproca y simétrica en el curso de una psicoterapia y abren el camino a la revolución Ericksoniana que se llevará a cabo en el campo de la hipnosis. El hipnotizador que influencia, pero que también es influenciado, corresponde a un concepto profundamente diferente respecto a la figura, autoritaria e inalcanzable, de aquel que induce el trance en la persona con el poder de la sugestión.

En poco tiempo los resultados obtenidos por Mesmer ganaron amplio consenso y su reputación creció hasta el punto de que le era imposible satisfacer las demandas de todos aquellos que solicitaban el tratamiento magnético. Por esto Mesmer ideó, junto a las terapias *individuales*, también un auténtico enfoque de grupo. Una de las técnicas que utilizaba era el *baquet*, un gran recipiente conectado, a través de una serie de imanes que estaban sumergidos, a un cierre número de personas que formaban un grupo de «magnetizados».

Siguiendo el principio del *baquet*, otro gran estudioso del magnetismo, Arnand Marie Jacques De Chastener, marqués de Puységur (1751-1825), magnetizó un gran árbol situado en la plaza mayor del pueblo. Bajo la copa del árbol se reunían diferentes personas que, siguiendo sus instrucciones, lograban un estado de crisis que se caracterizaba por la tranquilidad y el silencio.

En mayo de 1784, De Chastener hizo una observación destinada a revolucionar el concepto mismo del magnetismo animal: se dio cuenta de que un trabajador suyo afectado de un problema pulmonar, Víctor Race, mientras era magnetizado, presentó una crisis de carácter insólito, en la que no se manifestaban las habituales convulsiones o las implosiones descoordinadas de movimientos, sino un extraño sueño en el que se mostraba más vigilante y atento de lo que estaba en estado de vigilia.

En este estado, aunque la persona parecía profundamente dormida, era capaz de seguir las indicaciones del magnetizador, hablaba en voz alta con gran seguridad y parecía disponer de mayores informaciones e inteligencia de la que demostraba normalmente. Además, una vez fuera de este estado inducido, no recordaba lo sucedido —fenómeno que hoy se define como *amnesia poshipnótica*. Puesto que el comportamiento se parecía en algunos aspectos al sonambulismo, Puységur lo denominó «sonambulismo artificial».

Puységur se dio cuenta de que en este estado, indicado también con el nombre de crisis perfecta», la persona sonámbula estaba dispuesta a hablar de forma espontánea de las cosas que hacían referencia a ella, tras lo cual se sentía más aliviado y prestaba más atención a las opiniones que el magnetizador expresaba en el curso de, podríamos decir ahora, la sesión psicoterapéutica.

De Chastener se detuvo, además, sobre la que le parecía una especie de *dependencia infantil* del paciente con el terapeuta. Su enfoque, que hoy definiríamos de tipo regresivo, tenía por objeto reproducir la relación madre-hijo, con el fin de interrumpir, gracias a la sucesiva intervención terapéutica, la tendencia a la dependencia propia de la persona. También esta intuición puede considerarse una anticipación del concepto de *transfert* y de sus posibles implicaciones terapéuticas.

Los estudios de Puységur y de sus seguidores permitieron determinar algunas características psíquicas del estado hipnótico de tipo sonambólico: la capacidad de volver a evocar recuerdos y detalles que parecían olvidados (*hipermnesia*); la amnesia postsonambólica, que permitía olvidar todo lo sucedido en el curso de la experiencia hipnótica; la regresión de la edad, que permitía revivir, con fuerte intensidad emocional, experiencias precoces de la persona.

Al contrario de Mesmer, Puységur no creía del todo necesario el fluido como mediador físico en la relación entre la persona y el magnetizador; según él, para obtener el resultado terapéutico eran fundamentales, en cambio, la intención del magnetizador y la voluntad de curación de la persona (Gulotta, 1980, pp. 2425).

Finalmente Puységur recogió a la perfección la idea del *rapport*, la peculiar relación terapéutica que se desarrolla en el curso de la hipnosis, que se convertiría en un punto de referencia esencial en el concepto moderno y determinó también una connotación cualitativa posterior, la de la exclusividad. Hoy sabemos que esta cualidad específica de la relación hipnótica es una peculiaridad del *rapport* hipnótico, por la que solamente el magnetizador que lo ha establecido con la persona puede mantenerse en comunicación con, ésta en el transcurso del trance.

François Joseph Noizet, un magnetizador contemporáneo de Puységur, se dio cuenta de que «el efecto del árbol era inexistente y que lo que ocurría a la sombra del árbol se debía a la confianza puesta en las virtudes magnéticas» (Noizet, 1854).

Noizet destacó también la fuerza ejercitada por la sugestión, que era capaz de crear una expectativa favorable y una confianza recíproca entre magnetizador y paciente. Estas conclusiones fueron retomadas más tarde por *Liébeault* y, junto a las contribuciones del Abate Faria, constituyeron los presupuestos teóricos generales de una de las más importantes escuelas francesas de hipnosis, la Escuela de Nancy

Ya en 1785, Tardif de Montrevel destacaba, como por otra parte ya había reconocido el mismo Puységur, que la persona que se prestaba al sueño magnético era capaz de resistir las *prescripciones inmorales del magnetizador sin escrúpulos*. Quedaba desmentido de este modo el prejuicio muy común según el cual en estado de hipnosis la voluntad de la persona era anulada.

Poco tiempo después, Jules Charpignon introdujo otro importante concepto, el de *sugestión poshipnótica*, que consiste en la sugerencia que el hipnotizador da en el estado de trance, pero que se realiza por la persona al despertarse. Hoy sabemos que este tipo de sugestión tiende a reproducir en la persona un estado de microtrance, que por sus características de tipo sonambúlico es raramente reconocido por observadores no entrenados.

Fue el Abate Faria quien propuso por primera vez, hacia la segunda década del siglo XIX, el concepto de *sueño lúcido*, que sustituía, a todos los efectos, el concepto de magnetismo: este último quedó gradualmente abandonado.

Según Faria, el sueño lúcido es provocado por la persona misma. Además, este tipo de sueño no difiere sustancialmente del sueño natural y, por tanto no se derivará de la voluntad del magnetizador, sino de la «complacencia» de la persona frente a éste. Faria colocaba a las personas en sueño lúcido sin rituales preparatorios: hacía que sujetaran su propia mano, abierta delante de los ojos, y les repetía varias veces que «se durmieran».

Hay que recordar también la obra de John Elliotson (1794-1868) y de los colaboradores de su Escuela, por el estudio de la anestesia magnética, así como la del cirujano Esdaile (1808-1859): aplicando el magnetismo en el curso de las operaciones quirúrgicas, estos médicos obtuvieron una significativa reducción del

índice de mortalidad operatoria y de la percepción del dolor. Sobre la huella de los resultados obtenidos por Elliotson y Esdaile, James Braid, un oftalmólogo escocés, comenzó sus estudios sobre el magnetismo hacia 1840. Braid se opuso con decisión a la teoría de los fluidos de Mesmer, considerando el trance como un fenómeno de naturaleza puramente psicológica debido a la sugestión. Intentó volver a definir el fenómeno sobre base neurológica acuñando el término «*neurohipnotismo*» o «sueño nervioso».

Convencionalmente, se atribuye a Braid el mérito de haber introducido por primera vez la actual definición de hipnosis, aunque muchos estudiosos no están de acuerdo (Watkins, 1987; Widmann, 1976; Gravitz, 1991) Según estos autores, hay que reconocer al francés Etienne Felix D'Henin de Cuvillers el hecho de haber añadido ya en 1820 el prefijo *hypn* algunas palabras utilizadas en el curso del proceso mesmérico (Gravitz & Gerton, 1984).

Del magnetismo a la psicoterapia hipnótica

El papel llevado a cabo por Braid en el desarrollo de la hipnosis moderna no se limita, sin embargo, a la controvertida paternidad del término hipnosis. Primero, sirviéndose de sus experiencias precedentes de oftalmólogo, conjeturó que el trance se producía por la fatiga de los músculos del párpado superior, de los glóbulos oculares y de los centros relacionados. A continuación, se convenció cada vez más de que, para que el estado hipnótico se instaurara, era determinante la concentración en una sola idea que denominó, en 1847, *monoideismo*. El monoideismo era, según Braid, el ('mecanismo psicológico necesario para poder volver la imaginación tan vivida que hiciera que una idea, espontánea o sugerida, asumiera para la persona el valor de una experiencia real.

A análogas conclusiones sobre la importancia de la imaginación había llegado también muchos años antes D'Elson, que en 1780 se preguntaba provocativamente: «Si la medicina que se basa en la imaginación es la mejor, ¿por qué no adoptarla?».

Por otra parte, Paracelso, que conocía muy bien los aspectos psicológicos y de relación de los fenómenos magnéticos, mucho tiempo antes había afirmado con decisión: «Suprimid la imaginación y la confianza y no obtendréis nada... Tanto si el objeto de vuestra fe es verdadero como si es imaginario, obtendréis el mismo resultado» (Chertok, 1965, p. 26).

Después de este importante periodo, caracterizado por grandes intuiciones y por la atenta observación de la fenomenología hipnótica, durante cerca de veinte años la hipnosis recibió una consideración menor, hasta que se convirtió en dominio público el trabajo clínico de Liébeault en Nancy. Liébeault era un médico rural que, tras haber dudado largamente entre la teoría de la sugestión y la del fluido magnético, decidió atribuir mayor importancia a la utilización clínica de la hipnosis que a la solución de sus dudas teóricas.

Liébeault continuó creyendo firmemente en el hipnotismo y lo practicó con sus pacientes. A todos aquellos que se mostraban reacios, les ofrecía la posibilidad de escoger entre el magnetismo gratuito o la praxis médica oficial de pago (Estabrocks, 1962, p. 153) de modo que, en poco tiempo, el número de pacientes que aceptaba someterse a las curas hipnóticas creció notablemente.

Sobre la base de la considerable experiencia clínica así adquirida, Liébeault llegó a la conclusión de que el sueño hipnótico no era diferente del natural, más que porque podía ser inducido mediante sugestión, haciendo enfocar la atención de la persona en la idea del sueño.

En 1882, un caso clínico seguido durante seis meses sin resultados por Berheim, que dirigía la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Nancy, se trató con éxito por Liébeault. Berheim se mostró poco entusiasmado por encontrarse en una situación embarazosa que amenazaba su prestigio de profesor universitario, decidió ir al encuentro de Liébeault con el objeto de reunir elementos que le

pusieran en dificultades. Sin embargo, cuando entró en contacto con el trabajo de Liébeault, se contagió de la pasión por el hipnotismo y eligió, en cambio, adoptar los métodos, introduciéndolos ampliamente en el hospital universitario de Nancy.

Bernheim era de la opinión, de que la hipnosis se debía a la sugestión —que él definía compela disposición para, transformar una idea en acción» y la consideraba como «un estado de acentuación de la sugestionabilidad inducido por sugestión», presente, según él, en cualquier persona aunque en diferente medida. Bernheim consideraba la hipnosis un estado psicológico normal y, con el paso del tiempo, decidió utilizar cada vez menos el estado hipnótico, teorizando que los mismos resultados obtenidos con la hipnosis se podían lograr con la simple sugestión, en estado de vigilia: un procedimiento que no mucho tiempo después sería denominado, por la misma Escuela de Nancy, «psicoterapia».

Entre los muchos visitantes que se acercaron a ver a Bernheim y su grupo de estudiosos estuvo también Sigmund Freud, que en 1889 estuvo un tiempo residiendo en Nancy tras haber visitado durante algunos meses, entre 1885 y 1886, la otra célebre escuela francesa de hipnosis, la de Salpêtrière de París, que estaba dirigida por Jean-Martin Charcot. Respecto a esta experiencia parisina, Freud quedó muy impresionado por el hecho de que, según Bernheim, no tenía que verificarse necesariamente una amnesia poshipnótica completa, como se había creído erróneamente hasta aquel momento; por el contrario, él creía posible hacer recordar a la persona su experiencia hipnótica mediante las preguntas oportunas.

Contrariamente a Bernheim, la escuela de la Salpêtrière tendía a considerar la hipnosis como un estado más cercano a la patología que a la psicología, hasta llegar a definirla, con Babinsky como una especie de neurosis artificial. A pesar de estos supuestos, Charcot consiguió que la terapia hipnótica fuese aceptada por *l'Académie des Sciences*, que en los cien años anteriores había negado tres veces cualquier dignidad científica al magnetismo. Lá rivalidad científica entre las dos escuelas se había resuelto finalmente a favor de la de Bernheim, que fue más conocida y aceptada, no sólo en Francia sino también en el extranjero. Las observaciones de la Escuela de Nancy, así como algunos principios que se habían derivado de éstas, se mostraron dotadas de un fundamento científico más sólido.

Sin embargo, aunque indicaron un significativo paso adelante respecto al magnetismo de Mesmer y a las tesis del grupo de Charcot, no todos los principios de la Escuela de Nancy demostraron la misma solidez. Algunos fueron rebatidos por Fierre Janet, un estudioso cuyas intuiciones, muy por delante de su tiempo, esbozaron ya a grandes rasgos las posiciones que caracterizarían mucho tiempo después la llamada *nueva hipnosis*, cuyo desarrollo formalizado no empezará sino hacia la mitad el siglo XX.

En primer lugar, Janet ponía en duda el papel ejercido por la sugestión en la obtención de respuestas hipnóticas, considerado en cambio preeminente por

Bernheim y sus colaboradores. En *Nevroses et idées fixes*, Janet sostiene, en efecto:

«No sólo la sugestión no explica todos los hechos que tienen lugar en el tratamiento hipnótico, sino como he repetido a menudo, "exige ella misma ser explicada» (p. 33).

En 1886, cuando Janet publica el caso de Léonie, evidencia «ya sea la catarsis como mecanismo curativo, ya sea la importancia de la relación que se establece entre el hipnotizador y el paciente». Por lo tanto, está ciertamente entre los primeros en sostener, como hace en *L'automatisme psychologique*, «fundamental» de la relación entre el paciente y el hipnotizador en el proceso terapéutico.

Además; Janet, esta vez en sintonía con los principios enunciados por la Escuela de Nancy, destaca la importancia de la utilización de los recursos personales del paciente hipnótico; *este concepto* natural lista del trance es del todo parecida a lo que Milton Erickson definirá como *common everyday trance*, el estado de trance natural y fisiológico que se verifica a diario en todas las personas.

La influencia de Pierre Janet se extiende también a la hipnosis clínica americana: a principios de siglo, entre 1904 y 1906, imparte en Estados Unidos una serie de conferencias sobre sus descubrimientos. En particular, presenta los sorprendentes resultados obtenidos con la cura catártica y se declara contrario a la teoría de Freud sobre los sueños y sobre los orígenes sexuales de las neurosis. En su clásico trabajo *Las curas psicológicas* (Janet, 1919), dedica gran atención al fenómeno del *automatismo psicológico*, un estado en el que se verificaba una disociación que llevaba al desarrollo de un núcleo subconsciente, Janet denominó a este fenómeno *disociación* y creía que la hipnosis podía facilitar su aparición.

Los estudios de Janet sobre la hipnosis y sobre la disociación alimentaron las siguientes investigaciones de Morton Prince y Boris Sidis, en Boston sobre la *personalidad múltiple*. Después de Janet, sin embargo, el concepto de *disociación* y el estudio de su relación con la hipnosis fueron abandonados para ser más tarde retomados e investigados en los años setenta, por el gran hipnotizador norteamericano Ernest R. Hilgard.

Mientras tanto, a principios de 1920, empezaban a emerger en el amplio escenario de la comunidad Hipnótica norteamericana Clark R. Hull (1844-1952) y Milton Erickson (1901-1980),

Hull había escogido el camino de la metodología experimental para investigar la naturaleza de la hipnosis y de sus fenómenos. Con este fin, llevó a cabo una sorprendente serie de experimentos de laboratorio en la Universidad de Wisconsin.

Milton Erickson, que en aquella época era un estudiante suyo, se convierte enseguida en su principal colaborador.

La cooperación entre ambos estaba, sin embargo, amenazada por un profundo desacuerdo que nacía de una visión radicalmente diferente del proceso hipnótico.

Erickson no aceptaba el énfasis puesto por Hull en la figura del hipnotizador, cuyo papel éste consideraba preeminente, y en el valor de la adopción sistemática de técnicas de inducción estandarizadas para utilizar en la investigación de laboratorio. Erickson, en cambio, atribuía una importancia determinante al complejo proceso interno que se desarrollaba en la necesidad de adaptar (*tayloring*) los métodos inductivos a las características individuales de cada uno.

Milton H. Erickson y los fundamentos de la «nueva hipnosis»

El concepto ericksoniano del estado de trance introduce una profunda innovación, e igualmente innovador es el modo en que Erickson ha modificado el proceso terapéutico y las técnicas utilizadas tradicionalmente por los hipnotizadores antes que él. Esta revolución de la perspectiva hipnótica ha inducido a Daniel Araoz (1985) a definir el modelo ericksoniano como «nueva hipnosis» y numerosos autores han reconocido esta definición (Loriedo, 1999).

El nuevo concepto del trance

Como hemos visto, el estado de trance es considerado por Erickson un estado natural, que se verifica espontáneamente en diferentes momentos de la vida diaria (*common everyday trance*), y que puede ser inducida artificialmente por el hipnotizador, con igual naturalidad y en pleno respeto de las exigencias y las capacidades de la persona.

Desde sus primeras investigaciones, Erickson no concebía el trance ligado a técnicas particulares hipnóticas o a sugerencias para su inducción, sino como un estado obtenible en condiciones muy similares a las que se instauraban de forma natural cuando se desarrollan ciertas tareas. Pero, sobre todo, la adquisición de este estado, que hasta poco tiempo antes se encomendaba exclusivamente a la aparición de determinados fenómenos que constituían la «señal» del trance (y cuya ausencia indicaba, por tanto, ausencia de trance), para Erickson se basa, en cambio, en una particular modalidad de actuación de determinadas tareas.

El estado de consciencia hipnótico se considera, pues, muy diferente al sueño y, al contrario, estrechamente contiguo al de vigilia; tanto que, en algunos casos, resulta difícil distinguir claramente entre las dos condiciones (Edelstein, 1982).

Otra importante diferencia: en la nueva hipnosis, al contrario que en la hipnosis tradicional, ya no se consideran necesarios para identificar el estado de trance las señales de relajación física y mental, la desaceleración en las respuestas, la amnesia por la experiencia hipnótica y la sensación de pérdida más o menos completa del control consciente. Sin estos factores, una vez considerados típicos de la experiencia hipnótica, el trance se acerca aún más afectado de vigilia, confirmándose como un estado fisiológico del organismo.

La distinción entre esas dos condiciones no se hace menos valorable, se convierte en más sutil, únicamente gracias a pequeños detalles (*minimal cues*),

que el hipnotizador ha de conseguir para obtenerla máxima ventaja terapéutica de la variación no evidente del estado de consciencia.

Para Erickson el estado hipnótico implica «la pérdida de orientación frente a la realidad externa y el establecimiento de una nueva orientación frente a una realidad conceptual abstracta» (Erickson, 1964a). La diferencia entre el modo en que el paciente en trance responde a la propia realidad personal y aquello en que responde a la realidad no hipnótica que le rodea se convierte, pues, en el parámetro de referencia para valorar la existencia y la profundidad del trance. La nueva definición del estado hipnótico ya no está ligada a las maniobras realizadas para obtenerlo, ni a la presencia, a veces aleatoria, de fenómenos extraordinarios e insólitos, sino que tiene en cuenta la respuesta más o menos intensa de la persona a las representaciones que la hipnosis es capaz de evocar.

El cambio en el rol del hipnotizador

En la hipnosis Ericksoniana cambia también radicalmente el rol del hipnotizador, que anteriormente estaba vinculado sobre todo a su figura carismática, a su posición autoritaria o a su capacidad de producir efectos sugestivos.

Para la nueva hipnosis es fundamental restituir al paciente en trance su dignidad de persona activa y dotada de cualidad y potencial que el hipnotizador tiene el deber de investigar activamente, reconocer y respetar.

Esta redefinición de los roles comporta una participación recíproca en el trance: es esencial la presencia del rapport, la particular y selectiva relación bilateral en la que el hipnotizador está intensamente implicado, manteniendo un enfoque exclusivo frente a la persona. La determinación del rapport y la sensibilidad recíproca entre hipnotizador y paciente (Banyai, 1982) constituye la prueba de que el trance es un fenómeno relacional, antes incluso que una experiencia subjetiva inducida por el poder superior sugestivo del terapeuta.

Al contrario de lo que sucedía en la hipnosis mística, en la que era el poder del sacerdote o de la divinidad lo que provocaba la curación y en oposición al rol fundamental tradicionalmente reservado al magnetismo personal o a la fuerte personalidad del hipnotizador, el poder del terapeuta queda, de este modo, redimensionado y puesto al servicio del paciente. En este nuevo concepto del trance, en efecto, la persona consigue abandonar su propia resistencia para colaborar en la terapia solamente cuando se siente reconocida en su identidad y en sus necesidades personales.

El rol del hipnotizador, en cambio, entre otras cosas limita su intervención a las preguntas que le vienen dirigidas por el paciente sin intentar producir modificaciones no deseadas, indica también un concepto diferente del poder del terapeuta. Todo está al servicio del paciente, incluso según Erickson, este poder existe solamente en cuanto esta última, al sentir que su identidad y sus necesidades personales son reconocidas, está dispuesta a colaborar con todas sus fuerzas en una *working alliance* con el terapeuta.

Por consiguiente, también el concepto de resistencia se vuelve a proponer en una acepción completamente nueva respecto a la que predominaba en la época: Erickson la considera, de hecho, una forma de colaboración con la terapia, coherente con las necesidades del paciente. Por lo tanto, según una concepción característica del enfoque ericksoniano, la resistencia:

«Ha de ser respetada, en vez de considerarla como una intención activa y deliberada, o también inconsciente, de oponerse al terapeuta. La resistencia habrá de aceptarse abiertamente, más bien aceptada cortésmente, dado que se trata de una comunicación de esencial importancia» (Erickson, 1964b).

Según algunos seguidores de Erickson, su habilidad terapéutica tenía únicamente un aspecto directivo y manipulador, tanto que se habló de tácticas de poder del terapeuta (Haley, 1990). Sin embargo, esta habilidad, sobre la que se ha puesto mucho énfasis, es en realidad el fruto de una observación atenta, de un estudio profundo dedicado a cada paciente de forma individual para ponerla en condición de reasociar y reorganizar la propia complejidad psicológica interior y utilizar lo mejor posible, en la vida diaria, las propias capacidades personales.

Como destaca Erickson, es importante que esto suceda en función de las necesidades de la persona, prescindiendo de las satisfacciones narcisistas del terapeuta:

«Ciertamente, la sugestión directa puede provocar la alteración del comportamiento del paciente y la curación, al menos temporal, del síntoma. Sin embargo, esta "curación" es una simple respuesta a la sugestión y no comporta la reasociación y reorganización de ideas, modos de ver y recuerdos que son esenciales para la verdadera curación. Es esta experiencia de reasociación y reorganización de la propia vida experimental la que produce finalmente la curación, no la manifestación del comportamiento sensible que, en el mejor de los casos, puede satisfacer solamente al observador» (Erickson, 1948).

El rapport

La relación hipnótica es tan exclusiva que merece una denominación específica: *rapport*.

Erickson define el *rapport* de este modo:

«El estado en el cual la persona responde sólo al hipnotizador y parece incapaz de oír, ver, percibir o responder a nada, a menos de que reciba la orden suya. En la práctica, la concentración y la consciencia de la persona están dirigidas únicamente al hipnotizador y a cuanto el hipnotizador desea insertar en la situación de trance, con el efecto de disociar a la persona misma de cualquier otra cosa» (1984, p. 36),

Este estado particular típico de la relación terapéutica en curso de trance, tiene notable valor diagnóstico y terapéutico porque exalta la sensibilidad del paciente frente al hipnotizador. Gran parte de la habilidad de Erickson consiste precisamente en su capacidad de coger de inmediato la presencia del *rapport* y

utilizarlo en sentido terapéutico. Estas características del rapport especificadas por él constituyen la cualidad más significativa de la hipnosis y hacen evidente la diferencia respecto a otras formas de psicoterapia.

Erickson siempre se dio cuenta de la bilateralidad del rapport: el hipnotizador participa intensamente en el trance de la persona y mantiene a su vez un enfoque exclusivo en relación con ésta. En otras palabras, es la instauración del rapport y de la recíproca sensibilidad entre hipnotizador y paciente lo que determina, como ya se ha dicho, la naturaleza relacional, antes que personal, del trance.

La hipnosis Ericksoniana y el cambio del setting de la psicoterapia

Erickson empezó su práctica clínica a finales de los años veinte, un periodo en el que la psicoterapia estaba aún en sus albores, a la búsqueda de una estructura formal propia. Las reglas del tratamiento y el setting en que había de tener lugar, aunque todavía en vía de definición eran, al menos, los de la ortodoxia psicoanalítica y, de todas formas, acuñadas, a la observancia estrecha de un ceremonial rígido y repetitivo.

El número de sesiones, su duración, el contexto en que tenían lugar, las reglas del pago de la terapia, el comportamiento neutral del terapeuta, la actitud hacia la resistencia, la confidencialidad del contenido de las sesiones, se basaban en reglas inflexibles a las que todos los psicoterapeutas de la época tenían que atenerse.

Sin embargo, la convicción de Erickson de que el terapeuta ha de adoptar cualquier método que se demuestre útil para el paciente siempre prevaleció sobre cualquier regla preestablecida; por esto el modelo ericksoniano siempre se ha situado fuera de cualquier tipo de ortodoxia psicoterapéutica. Por otra parte, el instrumento hipnótico, gracias a su versatilidad y a la inmediatez con la que se podía obtener la respuesta deseada, se prestaba a una forma de psicoterapia ágil, breve y eficaz, más que a rituales repetitivos de larga duración.

En las intervenciones hipnoterapéuticas de Erickson, el número de sesiones, su frecuencia y su duración podían variar increíblemente: hay terapias de una sola sesión y otras en las que el tratamiento se prolonga, con intervalos muy largos, en la vida del paciente; las sesiones pueden concentrarse en una única jornada o diluirse en el tiempo, incluso a años de distancia una de la otra; pueden haber sesiones relámpago, que duran unos pocos segundos u otras de mayor duración: una de éstas parece ser que llegó a las dieciséis horas.

El tiempo ha mostrado que la hipnosis Ericksoniana ha introducido modificaciones sustanciales, que han revolucionado gradualmente el mundo de la psicoterapia, reforzando el naciente movimiento de las *psicoterapias breves*,

gracias a la introducción de una mentalidad estratégica en la elección de la forma de tratamiento más adecuada para cada paciente singular.

Otro elemento fundamental de flexibilidad deriva de la *variabilidad del contexto* en el que tenía lugar la psicoterapia. Para Erickson la sesión hipnótica podía llevarse a cabo en el hospital o en su estudio, pero también en el salón de la casa del terapeuta o en el del paciente, o incluso en la calle o en cualquier otro lugar público, indicando que la posibilidad de conseguir el cambio no debía estar sujeta a ninguna limitación de espacio. Esta adaptabilidad al contexto extremo tiene su origen en el concepto naturalista del trance, que Erickson ha hecho explícita al hablar del trance común de todos los días, y de la convicción de que el estado hipnótico expresa una eficacia terapéutica por *sí misma*, prescindiendo de la intervención del terapeuta.

Por lo que respecta a la modalidad de pago de la terapia, Erickson la consideraba un aspecto importante del tratamiento, no porque creyese este último indispensable como motivación al cambio, sino más bien porque aspiraba a hacer que el pago (y también el no pago, ya que en un buen número de casos en los que sus pacientes no tenían la posibilidad de hacerlo, Erickson decidía no pedir ningún tipo de compensación) se convirtiese también en un instrumento de la misma terapia.

Así, en algunos casos, la retribución se pedía solamente después de que el problema se hubiera resuelto, mientras que en otros el paciente tenía que pagar si no mejoraba; algunas personas fueron invitadas a firmar cheques por cifras muy importantes, con el fin de incrementar las motivaciones, mientras que para otros se trataba solamente de cantidades simbólicas o sólo tareas para llevar a cabo.

El nuevo concepto de la resistencia y la neutralidad del terapeuta

Muy a menudo Erickson conseguía permanecer escondido entre bastidores durante la terapia, dejando al paciente libre de desarrollarla a su manera, mientras que en otros casos llegaba a influenciarla directamente dándole órdenes muy precisas y ejerciendo su autoridad con toda su fuerza.

Su visión de la neutralidad del terapeuta asume características muy diferentes de las que eran compartidas generalmente por sus contemporáneos: para Erickson no existen otros límites a la directividad del terapeuta más que los que ha puesto la propia persona.

En otros términos, el actuar terapéutico puede ir desde la observación pasiva hasta prescripciones u órdenes, porque se trata siempre de comportamientos sugeridos, explícita o implícitamente, por el paciente. Si el terapeuta no sabe recoger estas sugerencias, su intervención acaba por activar la resistencia de la persona. Por lo tanto, también el concepto de resistencia se vuelve a proponer,

como ya hemos hecho notar, en una acepción completamente nueva respecto a la predominante en la época de Erickson.

La psicoterapia en general debe mucho a este estudioso y a su modo de entender la terapia hipnótica. Erickson consiguió que se aceptara universalmente el principio de la eficacia de la intervención, prescindir de la orientación teórica del terapeuta, enseñando a dar valor no tanto a las especulaciones teóricas sino, sobre todo, a los resultados obtenidos, superando todo tipo de limitación arbitraria y sometiendo las impostaciones rígidas de la psicoterapia hasta hacerlas lo suficientemente flexibles para poder respetarla individualidad de cada paciente.

La relación técnica/proceso

Las técnicas de Erickson, ya sea las formalmente hipnóticas o las que lo son sin parecerlo, son, desde luego, la parte más conocida de su trabajo, no sólo porque son innovadoras, sino porque tienen amplias posibilidades de uso, en la hipnosis o en otros enfoques psicoterapéuticos. Sin embargo, el interés suscitado por la técnica de la confusión, por la técnica de la diseminación y por las otras numerosas técnicas inventadas por Erickson han dejado en segundo piano su atención al Gestalt total de la terapia, al proceso terapéutico considerado tanto en su conjunto como en las diferentes fases que lo componen.

Un conocimiento más atento de la obra de Erickson, que se base sobre sus mismas descripciones de las intervenciones más que sobre las anécdotas no siempre fiables de algunos de sus entusiastas seguidores, puede permitir entender esta atención suya a la evolución del caso entero, antes que a los instrumentos terapéuticos utilizados.

El tiempo dedicado a la observación del paciente, el desarrollo de una sólida relación terapéutica, la paciente y meticulosa preparación de la inducción estrechamente ligada a la propia terapia, la cuidada observación de los fenómenos del trance y la utilización terapéutica de los comportamientos individuales, el cuidado dedicado a la fase del despertar y el mantenimiento del rol terapéutico hasta el momento de la despedida, testimonian esta capacidad no común de seguir constantemente la marcha del proceso terapéutico en todas sus fases, y de dirigirlo con gran maestría. Al mismo tiempo es evidente que la hipnoterapia Ericksoniana está continuamente puesta al servicio de la persona que la recibe y se lleva a cabo en armonía con la evolución personal que ésta atraviesa en el tiempo.

El verdadero interés por la persona

Los pacientes de Erickson son siempre particularmente interesantes para el observador o para el lector de sus escritos porque el autor sabe coger los puntos destacados de la personalidad y de la historia de cada paciente individual y esbozarlos sintéticamente, pero sin volverlos banales. En otras palabras, los pacientes de Erickson tienen un rol de protagonistas y están descritos con participación y benévolo interés.

La capacidad de representar al paciente individual con pocas y sencillas palabras hace a menudo imperceptible el notable trabajo de observación que Erickson sabía llevar a cabo con gran atención y paciencia. La sabia construcción de la arquitectura diagnóstica necesaria para realizar la intervención terapéutica contenía siempre no sólo la curiosidad del estudioso y del terapeuta, sino un genuino sentimiento de interés: el paciente descrito no era un simple caso clínico, sino una persona, de la que resaltaba su dimensión humana.

Sí este componente del trabajo de Erickson con los pacientes resulta evidente en sus escritos, no es difícil imaginar el efecto que su visión positiva debía tener sobre éstos: favorecía la construcción de la *working alliance*, uno de los puntos clave de la intervención terapéutica.

Por desgracia, precisamente este componente fundamental de la hipnosis Ericksoniana es el más difícil de reproducir (y ciertamente el menos reproducido), porque puede resultar creíble, y por lo tanto útil, sólo cuando es auténtico. El interés por el paciente y por la solución de sus problemas no puede ser el fruto de un artificio extemporáneo, sino que deriva de la adquisición de una profunda capacidad de empatía, que prescinde de toda forma de estrategia y está acompañada tanto por una visión del mundo razonablemente positiva, como por un equilibrio interior capaz de prevenir la competitividad y el cinismo frente al paciente.

Un buen terapeuta, utilice o no la hipnosis, no debería cansarse de cultivar estas dotes. Adquirirlas no es fácil, sin embargo, pueden revelarse mucho más importantes que aquellas técnicas sofisticadas que, en el ámbito de la terapia Ericksoniana, han acabado por asumir una importancia excesiva.

Todavía hoy no se conoce ni comprende a fondo el rol fundamental, en el modelo terapéutico de la hipnosis Ericksoniana, del interés real por el paciente; a este propósito recordamos una entrevista a Erickson, citada por Jay Haley (1973, p. 19).

Erickson explicaba alguna de las preguntas «no comunes» que había hecho a una paciente suya y, en los compases finales del coloquio, el entrevistador inquiere: «¿Cómo es que le ha hecho esta pregunta?». Erickson contesta: «Para hacerle entender que de verdad me interesaba». El entrevistador no se da por vencido e, intentando dar una explicación puramente estratégica a la intervención,

apremia: «¿Para poderse unir a usted en esta situación?», pero Erickson le rebate con convicción: «No, para hacerle entender que *de verdad me interesaba*».

Capítulo 2 Inducción hipnótica

Jeffrey Zeig

Comenzar una inducción hipnótica es un poco como, hacer que la persona se enamore.

Nadie puede suscitar un estado de enamoramiento entonando: «*Cae profundamente en el enamoramiento*» («*Y ahora, enamórate profundamente*»).

Análogamente, nadie puede estimular el estado de hipnosis dando al paciente inactivo la orden: «*Cae profundamente en trance*» («*Y ahora, profundamente, cae en trance*»).

He utilizado la palabra clave *estimular* porque la hipnosis es *estimulada*, no inducida (a pesar de la etiqueta «inducción»), Ernest Rossi (1976) ha expuesto sabiamente el modelo de la estimulación en numerosos libros suyos escritos en colaboración con Milton Erickson, incluido *Realidad Hipnótica*.

La palabra inducción hace pensar en un «transvase» de sugestión al interior de un paciente pasivo. La palabra *estimulación* evoca, en cambio, la esencia del proceso con el cual el hipnotizador construye las condiciones que activan o hacen emerger en el paciente componentes de trance latentes.

Hipnosis tradicional

Antes de describir la evolución del enfoque ericksoniano, examinaré el modelo tradicional, basado en 5 fases lineales: preinducción, inducción, profundidad, terapia e interrupción. La técnica escogida es la de las sugestiones directas, de la cual la descripción que sigue es solamente una simplificación.

En el estado de preinducción hipnótica, el especialista construye la relación, define el problema, desmitifica la hipnosis y utiliza las pruebas clásicas de sugestionabilidad para valorar la capacidad hipnótica i del paciente.

| En el estado de Inducción, el especialista generalmente utiliza su propio repertorio hipnótico basado al S menos en las sugestiones de relajación y fascinación.

En la fase de profundidad, el hipnotizador aumenta j la intensidad de la experiencia a través de técnicas específicas, como la sugestión directa (*Profundamente, cada vez más profundamente*), el recuento («*Ahora empezaré a contar de 1 a 10, y a medida que avance tú entrarás cada vez más en profundidad*»), la imaginería (por ejemplo, la escena de la «*playa*», la técnica de la «*escalinata*»). También son posibles; las conminaciones, por ejemplo «*Tus ojos están fuertemente cerrados; si intentas abrirlos lo notarás*».

En la fase de la terapia el hipnotizador ofrece sugerencias, directas normalmente positivas («*En el avión estarás relajado*») o negativas («*Los cigarrillos tendrán un sabor horrible*»).

En la fase de la interrupción, el hipnotizador reorienta al paciente, le ofrece sugerencias constructivas del ego («*Tú eres una buena persona, capaz de arreglártelas solo en todas las situaciones*») y restablece la relación.

En las fases de inducción, profundidad y terapia la relación se considera implícita con la mente inconsciente.

La inducción hipnótica tradicional es lineal. Es una manera de instaurar el trance.

El modelo ericksoniano, en cambio, es flexible y construido sobre el paciente, y no es lineal, sino compuesto y articulado sobre varios niveles. Para entender la evolución Ericksoniana es necesario comprender primero la fenomenología del trance.

Características del trance

Volviendo a la analogía anterior, un amante que quiera suscitar en su pareja sentimientos de amor prepara un «repertorio» propio y lo enriquece con «material escénico». Por ejemplo, un hombre podría ofrecer su amada flores o poemas, o hacer otros gestos románticos que la induzcan a experimentar tiernos sentimientos en sus relaciones.

El amor puede ser considerado una constelación específica de fenómenos, como respeto, admiración, deseo, alegría y cariño: para suscitarlos el amante prepara la escena y asume un rol muy preciso, el de enamorado.

Análogamente, puede considerarse el trabajo del hipnotizador como el de un «director de escena» que prepara el escenario en el teatro psíquico y social del paciente con el objetivo de suscitar determinados fenómenos.

La fenomenología de la hipnosis

¿Cuáles son las características fenomenológicas de la hipnosis?

Los fenómenos descritos por pacientes hipnotizados a los que se les ha pedido que especifiquen su experiencia entran en cuatro categorías principales:

- Alteraciones de la atención
- Variaciones de la intensidad
- Sensaciones de disociación
- Cambios de la sensibilidad (cf. Zeig, 1988)

De hecho, estas cuatro categorías no son del todo exhaustivas. En efecto, los pacientes que han estado bajo hipnosis relatan a menudo vivencias de otro tipo, como por ejemplo una sensación suspendida entre experiencia mística e irrealidad.

Por otra parte, un factor adicional de trance es el condicionamiento social que atañe a la definición misma de la situación como «hipnótica» (Barber, 1969), que puede influenciar el modo en que la persona hipnotizada acoge las sugerencias del hipnotizador.

Los cuatro factores destacados arriba son, de todas formas, predominantes y pueden ser considerados como la fenomenología primaria de la hipnosis; todos los demás son factores secundarios. Las características primarias y secundarias de una experiencia hipnótica dependerán de la interacción entre las tendencias del paciente y las del hipnotizador.

Para construir la inducción más eficaz el clínico debe coger la fenomenología hipnótica propia del paciente, articulada en las cuatro características fenomenológicas primarias.

Alteración de la atención

En la hipnosis, la atención de la persona se altera habitualmente de dos maneras: se dirige hacia el interior y se concentra.

Sería más apropiado hablar en plural, de «alteraciones» de la atención, porque en algunas situaciones clínicas la hipnosis puede tener mayor eficacia estimulando una atención difusa y exterior. Sin embargo, el tema nos llevaría demasiado lejos, y además la mayoría de los pacientes entrevistados, cuando habla del propio proceso de atención en hipnosis, describe explícitamente su propia atención como dirigida hacia el interior, y más bien concentrada que imprecisa.

Variaciones de intensidad

Hay dos direcciones en las que la intensidad de las percepciones puede ser alterada —se puede aumentar o bien disminuir.

Pacientes con experiencia en hipnosis refieren a menudo percepciones más vividas, como por ejemplo una profunda sensación de relajación u otras experiencias sensoriales fuertes, entre las cuales destacan cambios en la percepción táctil, visual, auditiva, propioceptiva y en los sentidos químicos del gusto y del olfato. Las sensaciones del cuerpo pueden ser más vivas y también los sonidos, la percepción del tiempo que pasa, etcétera.

Por otra parte, los pacientes hipnotizados explican a veces una remarcable ausencia de experiencia en cada esfera sensorial. Un paciente puede explicar que

no ha visto ni oído nada de lo que sucedía a su alrededor, que no ha percibido olores, sabores, sensaciones táctiles o la posición de sus propios brazos en el espacio. Las distorsiones sensoriales pueden ser también de otros tipos: sentir los brazos más grandes o más pequeños, advertir los sonidos más cercanos o más distantes de lo que son.

Disociación

Dos son los aspectos de la disociación: la sensación de estar al mismo tiempo «dentro de» y «fuera de» una experiencia, y la sensación de que ésta «sucede» de forma automática. Es común que pacientes hipnotizados relaten: distaba aquí en el despacho, pero en realidad estaba en otro lugar, absorto en mis fantasías». La automaticidad de una experiencia puede ser mental además de física: imágenes o recuerdos pueden «presentarse» exactamente como puede suceder con los movimientos, como en el caso de la levitación de un brazo.

Cambios en la sensibilidad

Los pacientes en estado de hipnosis reaccionan comúnmente también a las sugerencias más leves —la alusión y la implicación—. A este tipo de comportamiento se le ha dado el nombre de «sensibilidad a sugerencias mínimas». Por ejemplo, si el hipnotizador propone: «Durante el trance puede suceder que la cabeza se mueva hacia delante», el paciente en estado de hipnosis por acción de la sugestión podría como toda respuesta mover la cabeza hacia delante.

Además, los pacientes en estado de hipnosis activan a menudo una intensa búsqueda del significado, yendo a localizar en la conminación del hipnotizador significados profundos ligados a su propia vida interior y a su experiencia. Si por ejemplo el terapeuta cuenta una historia ambigua, las personas en estado de hipnosis tienden a personalizarla más de lo que harían en estado de vigilia.

Es difícil conocer para cada paciente la fenomenología específica capaz de conducirlo a decir «estoy hipnotizado». Se puede considerar que si en una situación hipnótica el paciente refiere fenómenos relativos a las cuatro características primarias, éste estará de acuerdo en haber alcanzado el estado de hipnosis. Algunos pacientes afirman, sin embargo, haber alcanzado el trance hipnótico aun habiendo experimentado solamente un fenómeno individual, por ejemplo la concentración de la atención hacia el interior. El arte del hipnotizador es, entre otras cosas, el de coger las características fenomenológicas apropiadas que en un paciente determinado indican la existencia de un trance. Como ya se ha

dicho, la tarea del hipnotizador es la de disponer en el escenario psicosocial del paciente el material adecuado para que éste, «jugando», pueda estimular su propia fenomenología hipnótica. Al inducir el primer trance hipnótico, el terapeuta puede disponer en la escena del paciente el material relativo a las cuatro áreas de fenómenos, dando a cada una de ellas sugerencias específicas, y observar qué juegos son particularmente irresistibles al nuevo paciente. Para esto sirven los métodos indirectos.

Métodos indirectos

La importancia fundamental de los métodos indirectos para la hipnosis es particularmente evidente en relación con el área de la fenomenología. Las dos primeras categorías de fenómenos, alteraciones de la atención, variaciones de intensidad, pueden ser evocadas mediante la sugestión directa. Para la disociación y la sensibilidad a mínimas sugerencias, en cambio, la sugestión indirecta es más eficaz. No se puede decir al paciente «*levanta una mano*» y esperar el movimiento involuntario. Se necesita un cierto grado de no directividad para provocar el automatismo.

Al construir la sensibilidad, el hipnotizador puede utilizar la sugestión directa — «*cierra los ojos*»—. Sin embargo, para favorecer respuestas a sugerencias mínimas durante el proceso de estimulación hipnótica, han de darse sugerencias cada vez más indirectas, espaciando órdenes integradas, como «*Tu puedes... levanta la mano*», con la narración de anécdotas que tengan que ver con el acto de levantar la mano, como el estudiante que hace una pregunta en clase o el niño que quiere una galleta, levantadas por una creencia, hasta que se obtiene la respuesta de la levitación del brazo.

Las sugerencias indirectas refuerzan el trance precisamente porque hacen más fácil la obtención de los fenómenos deseados. Erickson creó un muestrario de sugerencias indirectas, y sus colaboradores, como Rossi (1976) han categorizado los tipos de sugestión indirecta que éste adoptó. Citamos cuatro ejemplos de sugestión indirecta dirigidas a inducir una respuesta fenomenológica específica; consideraremos detalladamente su estructura y su valencia específica dentro del proceso de inducción.

El «yes set»

La órdenes integradas

Las afirmaciones de disociación

El causativo implícito

El «yes set»

El «yes set» se construye formulando una secuencia de verdades evidentes, por ejemplo:

«Tú puedes oír los sonidos del exterior»

«Tú puedes escuchar mi voz»

«Tú puedes sentir tu propia respiración»

«Y puedes notar cómo cambian los sonidos cuando te concentras dentro de ti»

Este método de sugestión indirecta está particularmente indicado para estimular respuestas de fenómenos de atención guiada. En el ejemplo citado, el «yes set» guía la atención a la esfera auditiva, progresivamente de la realidad exterior a la interior.

Las órdenes integradas

Creando una pausa y modulando la voz después de un verbo modal que indica permiso se puede crear la llamada *orden integrada*, especialmente en la lengua inglesa donde el verbo que sigue está en imperativo. Por lo tanto, el enunciado «Puedes entrar en trance» con la forma de orden integrada se convierte en «Puedes... entra en trance». El verbo entrar puede estar más o menos enfatizado para destacar la orden.

Las órdenes integradas corren el riesgo de confundir un poco al paciente porque trabajan en dos niveles y no siempre está claro si el terapeuta está dando informaciones o más bien, pidiendo, una respuesta.

Entre otras finalidades, las órdenes integradas pueden utilizarse para suscitar el fenómeno de variaciones de intensidad, por ejemplo «Tú puedes... vive plenamente la sensación de confort».

Las afirmaciones de disociación

Las afirmaciones de *disociación* se presentan en muchas formas, como^su mente consciente escucha mi voz mientras su mente inconsciente puede fluctuar; en efecto es tan interesante realizar experiencias diferentes».

Con las afirmaciones de disociación es posible orientar el fenómeno de la disociación, aquel por el que las cosas «suceden» y aquel en que se está al mismo tiempo «dentro de» y «fuera de» una experiencia.

El causativo implícito

El *causativo implícito* es el nexo lógico contenido en frases con esta estructura: «cuando X entonces Y», donde X puede ser un comportamiento e Y un estado, o viceversa; por ejemplo, «*cuando respires profundamente, entonces podrás entrar en trance*», o «*cuando tú entres en trance, podrás respirar profundamente*». El causativo implícito se utiliza para activar la sensibilidad, una de las cuatro características fenomenológicas primarias.

Estos cuatro ejemplos de sugestión indirecta representan de cualquier manera el lenguaje de la hipnosis y pasan a formar parte de la «inducción» como material útil para producir los fenómenos deseados. Por otra parte, las sugestiones indirectas actúan también en la inducción multinivel, activando en el paciente la búsqueda de significados personales.

Examinemos ahora la estructura de la inducción usada en la Fundación Erickson, para entender mejor cómo se utiliza el lenguaje de la hipnosis.

El modelo ARE

En el ámbito del programa de entrenamiento intensivo de la Fundación M. Erickson, Bent Geary y yo hemos desarrollado un modelo general ericksoniano. Enseñamos un procedimiento en tres fases mediante el cual se pone el material hipnótico en la escena del paciente. Hemos llamado a este procedimiento de inducción modelo ARE: A de absorber, R de ratificar y E de elicitar.

Los terapeutas pueden utilizar el modelo ARE en secuencia. La *absorción* (o implicación) es estimulada gracias a técnicas especializadas, muchas de ellas indirectas. La ratificación se realiza de un modo más directo. La estimulación también es indirecta.

La absorción

Por lo que respecta a la absorción tenemos que tratar con estrategias y con técnicas. Un posible recurso consiste en implicar al paciente en una, sensación o percepción, un fenómeno hipnótico, una fantasía o una memoria. Un clínico experto no dejará a la casualidad la elección de un recurso de la absorción, sino que lo seleccionará a partir de las características del paciente, del objetivo a alcanzar, del tipo de inducción y de la terapia. La elección de los recursos de la inducción, sin embargo, va más allá del objeto de este capítulo.

Para estimular la absorción existen numerosas técnicas primarias y secundarias. Las técnicas primarias incluyen la utilización del tiempo presente, la

elección de ciertas palabras, la exhaustividad de los detalles proporcionados. Entre las técnicas secundarias se hallan los cambios del tono de voz, las pausas y la entonación de la voz. En efecto, la distinción entre técnicas de absorción primarias y secundarias es un artificio y depende sobre todo de la mayor o menor frecuencia con que se las aplica.

Pongamos un ejemplo: el hipnotizador elige como recurso de absorción una sensación, por ejemplo el calor. Puede, por lo tanto, describir la sensación de calor, hablando en presente de los detalles y de las posibilidades.

«Apenas cierras los ojos, y te concentras, consigues percibir sensaciones de calor. No sé si sentirás este calor en la parte anterior o posterior del cuerpo, las sensaciones de calor pueden parecer fuertes o débiles... Quizás, puede parecerte que hay una especie de esterilla. Y estas sensaciones de calor podrían ser interesantes. Y tú podrías notar que estas sensaciones de calor empiezan a cambiar. Pueden empezar a moverse. Pueden empezar a desarrollarse dentro de ti. Pueden empezar a cambiar de forma... Y no es necesario que tú notes todas las sensaciones...»

Durante la fase de la absorción el hipnotizador, al describir detalles y posibilidades, enfatiza las experiencias fenomenológicas. Como hemos dicho, dispone el material escénico sobre el escenario psicológico y social del paciente. Las repeticiones redundantes de la fase de la absorción ayudan al paciente a concentrar la atención, a dirigirla hacia el interior y a vivir las sensaciones de forma más o menos vivida. Como se verá, en estas sugerencias pueden intercalarse también las de la disociación. Se nota que el hipnotizador no formula órdenes sino que sugiere al paciente la posibilidad de elección. Cuando el paciente se activa en la dirección del fenómeno sugerido, se alcanza la hipnosis.

Estrategias adicionales de absorción

La fase de la absorción hace posible maniobras posteriores. Por ejemplo, durante la fase de absorción el terapeuta puede empezar a echar semillas de la terapia con vagas alusiones que tiene en programa y con esta anticipación aumenta la respuesta al blanco terapéutico. (Para profundizar este aspecto: Zeig, 1990 y Giary, 1994)

Durante, la fase de absorción, el clínico puede adoptar técnicas al estilo individual del paciente, contribuyendo así a crear la relación. Además, puede utilizar la técnica de la conexión, explotando las conjunciones —como «y» y «o»— para crear un flujo entrelazado de ideas que refleja la real experiencia interior.

Gracias a la absorción, además, también es posible ofrecer directrices terapéuticas más allá de las expectativas. La fase de la absorción no es simplemente un medio para establecer el trance, sino que ya actúa como método de terapia. A través del emparejamiento de las técnicas y la utilización de la

comunicación concentrada el especialista ofrece una rica matriz multinivel que puede facilitar ya sea el proceso de inducción como los objetivos de la terapia. Aquí está la diferencia respecto a la inducción tradicional, que es únicamente un vehículo lineal para establecer el estado de trance.

El lenguaje de la hipnosis

Las técnicas indirectas pertenecientes al lenguaje de la hipnosis pueden ser utilizadas en las fórmulas repetitivas de la inducción para facilitar posteriormente los objetivos fenomenológicos. Por ejemplo, «la inducción del calor» puede ser modificada como sigue:

«Cuando cierras los ojos y te concentras, puedes percibir sensaciones de calor. Y no sé si notarás este calor delante o detrás de tu cuerpo. Las sensaciones pueden parecer amplias o localizadas... Quizás, cuando notes estas sensaciones de calor, puede parecerle que hay como una especie de esterilla. Y quizás te sientes como si pudieras reposar fácilmente sobre una esterilla agradable de verdad. Y puedes notar el calor en tus pies Y puedes notar el calor en tus piernas. Y puedes notar el calor en tu cuerpo. Y puedes... notas el calor que progresa, («yes set» y orden integrada). Y estas sensaciones de calor pueden ser muy interesantes. Y tú podrás notar que las sensaciones de calor empiezan a cambiar. Pueden empezar a moverse. Pueden empezar a progresar dentro de ti. Y tu mente consciente puede notar el calor mientras tu mente inconsciente puede participar de los progresos (afirmaciones de disociación). Pueden empezar a cambiar de forma... Y no es necesario que notes todas las sensaciones. Pero cuando se empieza a notar el calor, se puede respirar profundamente y sentir de verdad el confort que se va a experimentar (causativo implicado)».

Como se veja utilización del lenguaje de la hipnosis produce la inducción «multinivel» y aumenta la posibilidad de obtener la fenomenología prevista. Mezclando el lenguaje de la hipnosis con el lenguaje común, se colocan nuevos objetos fenomenológicos en la escena del paciente. Las directrices terapéuticas pueden insertarse también en la inducción utilizando las formas directas e indirectas del lenguaje.

Ratificación

Durante la fase de ratificación, el hipnotizador utiliza una serie de simples frases declarativas para ratificar el trance recapitulando los cambios producidos en el paciente desde el inicio del proceso de estimulación. Se nota que en la fase de ratificación el hipnotizador no describe más posibilidades, sino hechos. Por ejemplo, puede decir:

«Mientras yo hablaba contigo, se producían cambios; tu respiración cambiaba; tu pulso cambiaba; tu reflejo de deglución cambiaba; tu percepción de tu cuerpo puede ser distinta».

Las afirmaciones en la fase de ratificación incluyen las respuestas del paciente, que a su vez son o alteraciones «hipnóticas» o indicaciones de que el paciente está experimentando las alteraciones hipnóticas correctamente.

Estimulación

La fase de estimulación está formada por tres aspectos:

Activación de la disociación

Activación de la sensibilidad

Activación de los recursos

1. Activación de la disociación

La activación de la disociación puede producirse a través de técnicas sugestivas, como las afirmaciones disociativas. Puede también ser estimulada mediante fenómenos hipnóticos, como la levitación del brazo, la catalepsia, las alucinaciones positivas y negativas, todos estos fenómenos basados en un cierto grado de disociación, que varían para cada persona. Por ejemplo, el hipnotizador puede sugerir: «Puede parecer te que eres mente sin cuerpo... fluctuando en el espacio, fluctuando en el tiempo». Los fenómenos hipnóticos en el curso de la fase de estimulación favorecen la experiencia de la disociación, dado que esta última es parte integrante de cada fenómeno hipnótico. (Para una discusión detallada sobre fenómenos hipnóticos: Edgette & Edgette. 1995)

En la fase de estimulación se añaden las instrucciones disociativas, para que el paciente experimente aún más la disociación que, como hemos visto, se manifiesta, con alguna cosa que «sucede» y/o con la sensación de estar al mismo tiempo «dentro de» y «fuera de» alguna cosa.

2. Activación de la sensibilidad

Tras haber estimulado la disociación, el terapeuta posteriormente produce la sensibilidad. Por ejemplo, en el estilo de Erickson, el especialista podría sugerir: «Apenas haya pronunciado la palabra «ahora», puedes hacer una respiración profunda, ahora...» De este modo, estimulado la respuesta del paciente a una sugestión inesperada, el terapeuta logra construir modalidades específicas de respuesta a las propias indicaciones directas e implícitas. El mayor propósito de la

hipnosis es precisamente el de establecer un clima de cooperación en la sensibilidad.

3. Activación de los recursos

Una vez que el terapeuta ha estimulado las respuestas, especialmente a las sugerencias mínimas. ES proceso de «inducción» ha terminado. Activar los recursos es el objetivo de la hipnoterapia. Sin embargo, estas páginas se concentran en el proceso de «inducción», por lo que alargarse en la activación de los recursos estaría fuera de lugar. En general, el terapeuta puede utilizar sugerencias indirectas, como anécdotas o metáforas, para estimular los recursos latentes del paciente. Por ejemplo, pacientes con una fobia específica, como el miedo a volar, poseen muchos otros recursos que les permiten afrontar bien situaciones que para muchos resultarían difíciles. Pueden ser, por ejemplo, personas hábiles hablando en público. Los que comen demasiado tienen el recurso de saber controlar mejor los movimientos de sus manos. En general, el trabajo del terapeuta es ayudar a los pacientes a acceder a sus propios recursos latentes, experimentándolos e indagándolos hasta poder utilizarlos para resolver o afrontar el problema para el cual piden el tratamiento.

El primer intento de la inducción es el de poner a punto la escena para la terapia siguiente. Si el terapeuta escoge utilizar las técnicas indirectas —como metáforas, anécdotas o símbolos— para ayudar al paciente a estimular los fenómenos propios del cambio, entonces la inducción abre el camino para la estimulación indirecta de la fenomenología hipnótica.

Tres son las fenomenologías implicadas en la hipnoterapia: la del problema, la de la hipnosis y la de la solución. En la fase en que se valora la terapia, el especialista analiza el síntoma del paciente en sus específicos componentes fenomenológicos. Pensemos en un paciente depresivo. La depresión puede verse como una experiencia fenomenológica compuesta, en su conjunto, por la concentración interna de la atención, negatividad, orientación al pasado, inactividad, ausencia de esperanza y falta de objetivos. / El terapeuta construye, por lo tanto, una fenomenología nueva, formada por las características primarias y secundarias que hemos enumerado. Claramente, si el paciente es capaz de cambiar de rumbo una vez su propia fenomenología, podrá también reorientarla una segunda vez, en una dirección aún más positiva.

En la fase de la terapia hipnótica (determinación de los recursos y estimulación), el terapeuta trabaja para ayudar al paciente a construir la fenomenología de la solución.

Por ejemplo, la fenomenología de la felicidad se diferencia de la de la depresión por las características de extroversión, positividad, actividad, esperanza, capacidad de crear objetivos constructivos y orientados al futuro.

En estos términos, la inducción hipnótica es un puente entre el problema y sus soluciones. El paciente que se presenta en terapia se presenta «al revés», experimentado la fenomenología del problema. Entonces, el hipnotizador pone el material en la escena del paciente para darle la posibilidad de intentar moverse en la «neutralidad», el estado de hipnosis. El terapeuta, por tanto, ayuda al paciente a estimular «el primer engranaje» haciéndole experimentar la fenomenología del cambio o de la superación. Los «engranajes» puestos en movimiento de este modo dan al paciente el impulso para aumentar la propia satisfacción y la capacidad personal de activar a continuación los recursos en la vida cotidiana.

Capítulo 3

Hipnosis indirecta: técnicas y estrategias.

La descripción de una sesión: de las fases del proceso hipnótico a la construcción del rapport

Camilo Loriedo²

«Lo que Erickson hacía era construir la terapia paso a paso, así que cuando llegaba al punto en el que el paciente estaba preparado para cambiar, esto era sencillamente lo último de una serie de peldaños ya dispuestos previamente»
(E. Rossi)

Las fases del proceso hipnótico, a través de las cuales se puede inducir un trance, según los autores que las han descrito, son unas doce o trece. Sin embargo, según el modelo ericksoniano, para guiar el proceso un hipnotizador lleva a cabo esencialmente tres pasos: observar para identificar las «*minimal cues*» y los recursos de la persona, *utilizar los recursos* y, finalmente, crear las condiciones favorables para que, el cambio se manifieste.

En la demostración que sigue hemos intentado identificar las trece fases del proceso hipnótico y, en la medida de lo posible, también estos tres pasos. En algunos puntos, un observador atento podría identificar igualmente los puntos destacados, a través de los cuales la persona traslada gradualmente su atención de la realidad fáctica a la hipnótica y entra en hipnosis.

Lo que vamos a describir no es una intervención terapéutica, sino una demostración. A pesar de que la diferencia entre los dos tipos de hipnosis (y de implicación terapéutica) es enorme, en la *aplicación demostrativa*, de todas formas, han de quedar intactos los principios fundamentales del enfoque ericksoniano. Uno de ellos es *dejar la iniciativa en manos del paciente*; el proceso hipnótico ha de estar constantemente guiado por una cuidadosa observación del paciente y, por lo tanto, por una actitud de gran esfuerzo personal por parte del hipnotizador. Un tercer principio, fundamental también en el caso de una sencilla demostración es la atenta protección de la persona respecto a riesgos que una

² * En este capítulo ha colaborado Antonella Selvaggio.

demostración en cualquier forma comporta; un cuarto es el énfasis constante sobre sus recursos, y no sobre sus problemas y sus dificultades.

La observación

La observación es el fundamento indispensable para construir las partes más complejas del edificio hipnótico: sin ella no es posible construir una forma óptima de *rapport* con el paciente. Sin embargo, también los primeros pasos de la experiencia hipnótica, aquellos en los que se obtiene el paso gradual de la vigilia al trance, no pueden prescindir de una observación atenta, necesaria para aprovechar los cambios que un poco cada vez se instauran en la persona, hasta conseguir plenamente el estado hipnótico.

No es raro que estas pequeñas variaciones escapen a la observación del que no está entrenado a darse cuenta de los cambios mínimos del comportamiento del paciente; y no sólo esto, sino que pueden escaparse también a hipnotizadores no particularmente atentos. En semejantes casos a veces se intenta obtener un trance que ya se ha verificado, con el resultado de que se interrumpe sin darse cuenta de ello e, incluso, se cree que la persona no es hipnotizable.

Será la observación la que permita al hipnotizador identificar los recursos peculiares de cada paciente: no sólo aquellos que ya posee antes del trance, sino también los que la hipnosis hace surgir y que antes estaban profundamente calmados o sencillamente escondidos.

En la hipnosis ericksoniana se controlan con particular atención, sobretodo los comportamientos verbales y no verbales habitualmente considerados de escasa importancia, mientras que a las modificaciones imponentes y espectaculares se les atribuye menor importancia, cuando no se las mira con suspicacia.

En el caso que vamos a describir se puede notar que el trance parece llegar sin inducción o, mejor dicho, a través de una serie de intervenciones indirectas. De este modo, paradójicamente, el ingreso en el estado de trance es finalmente más rápido y la persona siente poder participar activamente en el evento, puede escoger como entrar en trance, y contribuye a la consecución de los objetivos que ella misma ha establecido. Es la persona quien dirige y, de hecho, el hipnotizador no ha de hacer más que seguirla.

Utilizar los recursos

Una vez alcanzado el trance será todavía el paciente el que dirija la danza hipnótica, a través de las indicaciones que directa o indirectamente ofrece al hipnotizador. Este último se limita a utilizar todos los datos recogidos y continúa esforzándose en observar mucho y hacer poco. Será la propia persona quien indique los objetivos e, incluso, el modo de alcanzarlos. Entre los recursos de que

dispone encontraremos, en efecto, la capacidad de comprender lo que necesita y también la de recordar cómo apareció el problema. Algunas veces este conocimiento no es accesible en el estado de vigilia, pero lo es apenas se produce el trance.

Son recursos de la persona las características de su personalidad, las costumbres, el modo de pensar, su mismo lenguaje y también la capacidad de todos estos aspectos de modificarse en el transcurso del trance, y dando lugar a una fenomenología hipnótica que es distinta para cada uno y que constituye un extraordinario punto de fuerza para orientar el cambio.

Se convierte así en accesible una gran variedad de recursos, por el simple hecho de que el trance los hace emerger de forma automática: entre estos, la amnesia, la analgesia, o bien las distorsiones temporales, las alucinaciones hipnóticas positivas y negativas, y muchas otras modificaciones de las capacidades cognitivas y conductuales ordinarias de la persona.

Crear las condiciones favorables al cambio

Alcanzada esta fase, es necesario crear las condiciones favorables para que pueda producirse el cambio que la persona desea. En la hipnosis ericksoniana éste, de hecho, es producido por la vía que ha elegido y la tarea del terapeuta es sencillamente la de *activar el inconsciente*, para que éste le devuelva los recursos necesarios para llevar a cabo el recorrido previsto.

Otro modo para crearlas *condiciones* ideales que conducen al cambio consiste en crear una fuerte expectativa de que algo importante puede suceder: en este modo, también la persona poco motivada encuentra buenas razones para activarse. Se puede alcanzar este resultado también trabajando sobre el *rapport*, la especial relación que se establece en el curso del trance y que permite el desarrollo de una fuerte sensibilidad recíproca.

Gracias al *rapport*, puede suceder que mientras el paciente ya no se da cuenta de los rumores del tráfico, de otras personas que hablan o de su misma presencia, mantenga una sintonía perfecta con la voz del hipnotizador y esté particularmente sensible a cualquier comportamiento suyo.

Para Erickson el *rapport* es un estado de plena armonía entre el paciente y el hipnotizador en el cual se desarrolla una especie, de orientación común, de limitación compartida del campo de consciencia en el curso de la cual son mucho más fáciles los cambios. Para alcanzar este estado, puede ser muy útil construir un *contexto humorístico*, de modo que terapeuta y paciente, riendo juntos, puedan desdramatizar el problema y encaminarlo hacia la solución, gracias a la interrupción del modo habitual en el que el paciente piensa en sí mismo y en sus dificultades. El humor permite, indirectamente, pensar en la vida desde un punto

de vista completamente diferente; es una manera alternativa de considerar los acontecimientos en los que se participa. Naturalmente, un humorismo que pueda definirse como terapéutico pone al terapeuta en el estado de «reír con» el paciente, en neta contraposición del «reírse de» él, que podría inducir a éste a sentirse burlado y no respetado.

La inducción y el proceso hipnótico

En la transcripción que sigue buscaremos determinar las diferentes fases del proceso hipnótico. Se trata, en este caso, de un único encuentro entre paciente e hipnotizador, pero las fases del proceso hipnótico resultan en gran medida aplicables, aunque a veces no se presentan en el orden acostumbrado.

Lo mismo ocurre en las terapias reales, en las que cada sesión tiene una estructura análoga a la del tratamiento entero, vuelve a proponer las fases y parece que es una reproducción en miniatura, más que solamente una etapa del recorrido complejo que llevará a la solución del problema.

Esta demostración está precedida por una breve introducción que ha de entenderse como una ilustración de los principios de la hipnoterapia indirecta, pero también y sobre todo como parte fundamental del procedimiento hipnótico. El discurso inicial no sólo contiene los mensajes inductivos indirectos que llevarán al trance, sino también, de forma más o menos visible, muchos de los temas que se desarrollarán en el transcurso de la sesión. Este proceso de siembra (seeding) pone las bases para la construcción del rapport y aspira a estimular el surgimiento de los recursos que serán utilizados más tarde en el trance.

LORIEDO: En esta demostración intentaremos utilizar preferentemente un enfoque indirecto. En la hipnosis ericksoniana es preferible utilizar este tipo de enfoque, principalmente porque las respuestas que se pueden obtener utilizando el lenguaje directo son muy limitadas, mientras que la gama de respuestas que se consiguen con el enfoque indirecto es casi infinita y, en mayor medida, imprevisible.

¿Hay alguien que quiera venir? [Indícala silla destinada al eventual voluntario] Podemos hacer la demostración con una sola persona o, si lo prefieren, con una familia.

En cada caso, trabajar con una persona sola no siempre significa que solamente ésta participe en el trance. Una de las características específicas del enfoque indirecto es precisamente la posibilidad de que, cuando una sola persona es inducida en hipnosis, también entren en trance otras que están a su alrededor. Hemos visto cómo sucedía durante la hipnosis de Jeffrey Zeig: alguien, en el auditorio, ha entrado en un estado de trance aún más profundo que la persona que se había ofrecido para la demostración.

La parte más importante del proceso hipnótico indirecto es el momento de la observación. Si se logra llevar a cabo un buen número de observaciones, la intervención resulta relativamente fácil. Para estas observaciones de detalles aparentemente irrelevantes, pero profundamente significativos, Erickson introdujo un concepto fundamental para la terapia ericksoniana: las llamadas *minimal cues*.

En el pasado, la hipnosis tendía a considerar relevantes sobre todo los grandes cambios, las manifestaciones hipnóticas vistosas y teatrales: el paciente no se consideraba en trance si no se comportaba de modo insólito, extraordinario. Por ejemplo, se esperaba que empezase a hablar en inglés aunque nunca lo hubiera estudiado, o que lograra tocar el piano sin haberlo hecho nunca anteriormente; en general, se intentaba inducirlo a que hiciera cosas que no pudiera hacer despierto.

Por el contrario, en la hipnosis ericksoniana la atención se concentra en los detalles mínimos, que a primera vista pueden parecer insignificantes pero que, en cambio, una vez determinados, nos dan informaciones de extraordinaria importancia para la comprensión de la persona. Otro valor de las *minimal cues* consiste en la posibilidad de reconocer de forma precoz los cambios y servirse de ellos para comprender anticipadamente qué otros cambios, más visibles, tendrán lugar a continuación.

Algunos detalles mínimos pueden ser importantísimos en la vida diaria, pero parecen tan banales que escapan a la atención del observador; no es raro que esta «invisibilidad» se convierta en una ventaja terapéutica. Por ejemplo, si una persona agorafóbica consigue desarrollar en el momento oportuno un trance que los demás no logran percibir, podrá atravesar un lugar muy frecuentado sin que nadie se dé cuenta de su estado de hipnosis y conseguir, al mismo tiempo, no experimentar ansiedad. Naturalmente, un buen hipnotizador debería, en cambio, saber distinguir, sobre la base de los detalles que los demás no observan, este estado en relación con el de vigilia.

[Mientras tanto Z, sin hablar, ha atravesado la sala y se ha sentado en la silla que estaba disponible para un eventual voluntario y desde hace unos minutos está escuchando en silencio]

Por lo tanto, en este caso...

La intervención inicial de la hipnosis ericksoniana es una fase de preparación que ha de predisponer al paciente a pensar preferentemente en el estado hipnótico (*Fase I – preparación del paciente / orientación del paciente hacia el trance*). Se constituye de este modo lo que ha sido definido como *monoideismo*: un idea que asume cada vez mayor importancia hasta convertirse en central en la mente de la persona y a ocupar buena parte de su espacio mental disponible. Ya en esta fase pueden ponerse de manifiesto maniobras útiles que tienden a *concentrar la atención en conceptos hipnóticos* (ver *Fase V*). En cada caso, el hipnotizador ha de obtener que el paciente permanezca absorto, durante un

periodo moderado, en reflexionar sobre múltiples aspectos de un mismo tema, hacia el cual acabará por orientarse intensamente. En este caso, para orientar la atención de la persona, se había de hipnosis casi por casualidad, como si el tema no le concerniera, efecto reforzado por el hecho de que el discurso parece dirigido sólo hacia el auditorio. Se crea así una especie de «lenguaje doble» que permite a la persona escuchar, pero sin estar implicada directamente en primera persona en lo que se dice.

En realidad, el paciente está sentado en la silla «adecuada» desde hace ya unos minutos y su cuerpo se está inmovilizando progresivamente. Gracias a las sugerencias indirectas, muestra fenómenos de trance aún antes de que se le pregunte su nombre e, incluso, antes de que le sea dirigida la palabra. Otro momento importante para dirigir la orientación de la persona hacia el trance será cuando, algo más adelante, el hipnotizador le pregunte: «¿Ha estado ya en hipnosis antes de esta vez?». Además de crear una evidente ilusión de alternativas, este tipo de preguntas orienta al paciente hacia el trance evocando experiencias anteriores: vuelve a proponer, en efecto, un estado ya experimentado.

LORIEDO: ¿Nuestra voluntaria, cómo se llama?

VOLUNTARIA: Z

L: Ahora les pido que observen atentamente para decirme si Z está en trance o no. Naturalmente, se han dado cuenta de que no he intentado ninguna forma de inducción, ni siquiera le he hablado y no he hecho nada de particular más que hablar de la hipnosis indirecta. Por lo que concierne a mi experiencia también una exposición muy general podría haber producido un estado de trance, por lo tanto, hemos de verificar si existe o no un estado de trance en acción.

Obviamente nuestra observación podría también hacernos concluir que no existe, pero por el momento lo que más nos interesa es llevar a cabo una observación atenta y profunda para captar la eventual presencia de fenómenos particulares reconducibles en el trance. Para ayudarle en la observación le pregunto si han notado en Z algún fenómeno que inicialmente no existía. Los detalles que hacen el comportamiento que precede al ingreso en el estado de trance diferente del que le sigue son, en general, los indicadores más interesantes para descubrir la presencia del trance. Por lo tanto, ¿qué ha cambiado en Z en el periodo en que hemos podido observarla? La Fase II, que consiste en la observación del paciente, tiene un desarrollo transversal, en el sentido de que tiene que ver con el proceso terapéutico entero. En una terapia real esta fase tiene un inicio, pero no un verdadero final, en el sentido de que se prolonga durante toda la relación terapéutica. En este punto de la entrevista que estamos refiriendo, la observación resulta evidente y es destacada por la repetida pregunta a los participantes de que determinen comportamientos específicos.

Otras veces la observación parece interrumpirse, pero en realidad resulta sencillamente menos visible. No únicamente es el apoyo indispensable de todas aquellas informaciones que el observador recoge sobre la base de los datos que percibe, sino que también es un modo importante para transmitir al paciente el propio interés y la propia participación.

UNA VOZ DEL GRUPO: Presenta una cierta inmovilidad...

L: Nos hace falta una observación aún más precisa.

¿Qué parte del cuerpo presenta inmovilidad? UN PARTICIPANTE: Ha quedado progresivamente inmovilizada de cuello para abajo.

L: Bien, podemos decir que desde hace unos minutos Z presenta una inmovilidad evidente en la parte inferior del cuerpo. Y, desde el momento en que este estado de inmovilidad antes no existía, mientras que ahora se manifiesta de forma continuada desde hace un cierto tiempo, estamos asistiendo a un fenómeno que podría tener algún valor para determinar el estado que estamos discutiendo. Además, habitualmente, la persona hipnotizada tiende a no atribuir gran importancia a las cosas que suceden en el ambiente que le rodea. Encontrándose en estado de trance, de hecho, está orientado hacia realidad hipnótica frente a la cual presenta un fuerte grado de absorción, mientras que está poco o casi nada interesado por la realidad que le rodea.

Estos dos factores están a menudo en estrecha relación el uno con el otro: se han reducido notablemente los movimientos y, puesto que estos movimientos representan los pequeños y grandes ajustes que la persona realiza, para responder al cambio de la realidad que le rodea, podemos igualmente concluir que ha disminuido la orientación hacia esta realidad.

Como sabemos, en el estado de vigilia, una persona tiende habitualmente a girar el cuerpo y a orientarse en el espacio hacia la fuente de mayor interés. Por ejemplo, si sucede cualquier cosa a mi derecha, ya sea mi mirada ya sea mi cuerpo tienden a trasladarse hacia la derecha. Esto no ocurre en una persona que ha desarrollado una condición de trance suficientemente profunda.

En el trance hipnótico el interés por la realidad externa se reduce muchísimo o cesa por completo. La persona en hipnosis está interesada sobre todo o únicamente en la realidad que forma parte de su estado hipnótico y esta variación de orientación, que los observadores no adiestrados en general no advierten, permite darse cuenta de que ha ocurrido un cambio importante.

Observadores atentos podrían, sin embargo, sostener que se trata de una hipnosis ligera porque la persona presenta todavía pequeños movimientos; bien, no estamos hablando de una hipnosis vistosa y espectacular, hacia la cual no tenemos gran interés, sino de una hipnosis no evidente y sin embargo importante y eficaz. Además, no debemos dar mucha importancia a la ausencia de movimiento, sino más bien al hecho de que los movimientos eventuales respondan a la realidad hipnótica, más que a la realidad circundante.

En la *FASE III*, se formula la diagnosis hipnótica, que permite observar que el comportamiento típico se verifica en una persona determinada. Su finalidad es captar las características esenciales de la persona y valorar si ésta prefiere guiar o ser guiada si está más orientada hacia un pensamiento concentrado o difuso, si se encuentra más a su aire con sensaciones kinestésicas, visuales, auditivas, etc. En nuestro caso se valoran las características del trance, las señales objetivas, como la inmovilidad prolongada, la orientación hacia la realidad circundante y el grado de absorción.

Más adelante el paciente proporcionará otros indicios sobre su manera de ser cuando diga: «Me gustaría notar cómo se siente uno concentrándose solamente en percepciones internas y perdiendo de vista las personas que tengo alrededor».

L: Una hipnosis en apariencia muy superficial, dada la persistencia de movimientos más o menos evidentes, puede revelarse particularmente profunda porque la persona no reacciona del todo a lo que sucede materialmente a su alrededor, sino que más bien responde a los contenidos que se desarrollan dentro de su estado de trance.

No es raro que en una observación superficial, un trance que parece profundo y altamente sensible se muestre ligero e inadecuado en conseguir un buen resultado terapéutico, mientras que un trance que ni tan siquiera se reconoce pueda demostrarse particularmente profundo y eficaz. Conocemos dos formas de hipnosis profunda: la, que produce *estupor* y la *sonambulística*. La primera, que se manifiesta en un estado que incluso se ha parangonado al coma y con un comportamiento extremadamente inhibido y pasivo, a menudo se considera deseable y como consecuencia del efecto de la inducción perfectamente conseguida. La otra, que comporta la posibilidad de mantener el movimiento y una capacidad de actuar y hablar no sustancialmente diferente de la de la persona despierta, es normalmente considerada como el efecto de una incapacidad para producir el trance o de una resistencia por parte de la persona.

Sin embargo, basta preguntarse si hay que considerar que está más profundamente hipnotizado el que consigue atravesar una calle y trabajar mientras está en trance, o el que está inmóvil, acostado y con los ojos cerrados, sin moverse y sin hablar.

Creo que la hipnosis más profunda es la de la primera persona, porque aunque parece despierto consigue hacer tareas que ni siquiera pueden tomarse en consideración por una persona en estado de estupor. Por lo tanto, las personas sonámbulas tienen un trance extremadamente utilizable, pero el problema es distinguir este estado del de vigilia, al cual se parece mucho. Para realizar una distinción tan neta, es fundamental saber percibir la presencia de ciertos

comportamientos particulares que responden exclusivamente al estado de trance que se ha desarrollado.

Sobre la base de estas convicciones, podremos considerar que Z se encuentra ya, desde hace unos minutos, en un estado de trance profundo. En efecto, hemos podido observar la inmovilidad de la parte inferior de su cuerpo. la reducida movilidad de sus manos, como también de la cabeza y de la cara, pero hemos de observar que aún resulta capaz de sonreír y también de hablar con nosotros, que representamos muy poco respecto a la realidad hipnótica, predominante para ella, que está viviendo.

[Se dirige a Z] Normalmente yo no tomo en consideración, en mis demostraciones, ninguna situación terapéutica, mientras que estoy dispuesto a afrontar todo lo que hace referencia a la experiencia hipnótica, y en particular a algún fenómeno que quisiera experimentar o aprender a conseguir. Por lo tanto, si hay algo que quisiera experimentar.

PERSONA: Lo primero que me pasa por la cabeza es que quisiera adelgazar, pero quizás este sería un objetivo terapéutico...

L: Efectivamente, sería un objetivo tal vez demasiado terapéutico.

PERSONA: Tengo también un tic que me fastidia mucho.

L: También esto sería terapia.

PERSONA: Me parece que todo puede ser terapia... ¿Y entonces, qué se puede hacer?

L: No lo sé, pero tendría que tratarse de una experiencia que quisiera hacer, o de algo que quisiera aprender sobre la hipnosis...

PERSONA: Me gustaría notar cómo se siente uno concentrándose sólo en las percepciones internas y perdiendo de vista a la gente que tengo alrededor.

L: ¿Perder de vista a la gente que hay alrededor sería ya una señal de hipnosis para ti?

PERSONA: Sí.

El elemento crucial de toda sesión de hipnosis, así como de todo proceso terapéutico hipnótico, consiste en la *Fase IV*: establecer el *rapport*. El *rapport* permite al paciente sentirse comprendido y decidir, sobre la base de su propia experiencia^ qué grado de confianza puede establecerse con el hipnotizador. Naturalmente, el *rapport* es una relación en continua variación, que se modifica y consolida con el tiempo. El uso de tonos calmados y tranquilizadores y de una comunicación no verbal partícipe favorece por sí misma la instauración del *rapport*, pero en la parte recién descrita de la sesión de demostración, el *rapport* se ha preparado cuidadosamente mediante una actitud protectora hacia la persona. Esto, en efecto, propondría una auténtica intervención terapéutica, pero se induce, en cambio, con la determinación de no exponer aspectos personales ante un auditorio más bien amplio y compuesto por desconocidos.

Más adelante, para reforzar la construcción del rapport el hipnotizador detecta las contradicciones aparentes, que a menudo el mismo paciente no observa, y se las indica con comprensión y suavidad: Loriedo: ¿Querrías decirme cómo estás? ¿Qué está sucediendo? /Persona: No sé lo que está sucediendo, pero me siento tranquila. / Loriedo: ¿No sabes lo que está sucediendo y sonríes? ¿Te ocurre a menudo?/Persona: Sí. / Loriedo: ¿Sonríes a menudo sin motivo? / Persona: Quizás no soy consciente de cuál es la razón, pero me va esto de sonreír por mi cuenta...

Hemos anticipado este intercambio, que tendrá lugar más adelante en la sesión, para mostrar que la repetición de trozos de frases ya pronunciadas por la persona y la utilización de verdades evidentes contribuyen a hacer que la persona se sienta comprendida y que, por tanto, se pueda establecer el rapport.

L: [Se dirige al auditorio] ¿Les parece que Z tiene un modo de hablar particular? ¿han notado la presencia de alguna señal específica no verbal?

UN PARTICIPANTE: Tiene los ojos dirigidos hacia arriba.

L: Sí, la mirada está dirigida hacia arriba. Y el resto del cuerpo, ¿cómo se ha comportado mientras tanto?

AUDITORIO: Asentía.

L: ¡Asentía! Daba señales de asentimiento, a través de los movimientos del cuerpo. Estas señales dadas moviendo partes del cuerpo se llaman respuestas *ideomotrices*. La persona que tiene una respuesta ideomotriz está indicando algo importante. Las respuestas ideomotrices de asentimiento nos permiten comprender de inmediato qué intervenciones podemos utilizar con un paciente y cuáles serían mejor evitar. En particular Z nos ha pedido no ser consciente de las personas que tiene alrededor [se trataría de una alucinación negativa], como señal de que está en trance. Así que, habéis notado también que la mímica de la cara ahora parece menos expresiva. ¿Y qué otra cosa?

ALGUIEN DEL AUDITORIO: Z parece haber activado los canales visuales, los guiños son frecuentes.

L: Z parece mirar en una dirección precisa y los guiños son frecuentes. Sin embargo, ¿qué indica un guiño muy frecuente? Que la persona prefiere cerrar los ojos. Naturalmente podemos encontrar también pacientes que prefieren mantener el control y que, por lo tanto, prefieren tener los ojos abiertos.

Por ejemplo, recuerdo haber tenido como pacientes a dos hermanas que hacían hipnosis juntas. La menor entraba inmediatamente en trance sin ninguna dificultad, mientras que la mayor parecía mucho más resistente y quería mantener el control para verificar lo que le sucedía a su hermana. Por esto tenía los ojos bien abiertos durante toda la sesión. No quería en absoluto decir que la hermana mayor no estuviera en trance, porque al poco tiempo perdía por completo el reflejo del guiño, a veces incluso durante una hora. Esta pequeña señal me indicaba que el trance

era profundo, pero en una forma que permitía continuar mirando en una dirección específica, para mantener la certeza de que no sucedería nada indeseable a la hermana menor.

Quisiera también hacerles notar que Z presenta otro, fenómeno, que para los que están más lejos será difícil de observar. En los ojos de Z se puede notar un abundante lagrimeo que no produce llanto, pero los vuelve particularmente lúcidos. Se trata de otra señal indirecta de la presencia del trance, así como lo es el enrojecimiento de la esclerótica. Cuando la persona presenta un enrojecimiento de la esclerótica que persiste durante algunos minutos sin producir sensaciones apreciables de molestia, podemos deducir tranquilamente que está en trance. En este punto, podrían preguntarme si las señales de que disponemos son suficientes para poder intervenir. Ahora puedo responder que sí sin dudar mucho, porque hemos extraído informaciones suficientes para trabajar con nuestra persona en hipnosis. Sin embargo, dado que la persona ha adelantado una demanda específica, quizás podríamos hacer alguna cosa más...

[Se dirige de nuevo a la persona] ¿Ha estado ya en hipnosis antes de esta vez?

PERSONA: Ayer durante la clase.

L: [Dirigiéndose otra vez al auditorio] Ésta es otra pregunta que comporta una ilusión de alternativas implícita. «¿Has tenido ya una experiencia de hipnosis antes de ésta?» quiere decir que ésta ya es una experiencia hipnótica.

[Hablando de nuevo a Z] Por lo tanto, ¿cómo entraste ayer en hipnosis?

PERSONA: No sé ni tan siquiera cómo lo hice.

L: Tú misma no sabes explicar cómo sucedió...

PERSONA: Fue una experiencia que fluctuaba...

L: Algo que fluctuaba... ¿Te gustaría volver a conectarte con aquella experiencia o partir de algo completamente nuevo?

PERSONA: No, quisiera partir de algo completamente nuevo.

L: ¿Adónde te gustaría ir?

PERSONA: Arriba...

En la hipnosis tradicional la Fase V, que consiste en la concentración de la atención, se obtiene por lo general mediante la fijación de la mirada en un punto o en un objeto. Al mantener suficientemente la atención en una única dirección se puede, pues, obtener el paso gradual hacia el monoideismo que comporta la instauración del estado de trance.

En la hipnosis indirecta la fijación de un objeto o de un punto sustituida por la concentración de la atención en una idea o en un concepto abstracto, que se puede obtener también sin la indicación explícita del hipnotizador, pero sobre todo escogiendo un tema de particular interés para el paciente y tratándolo extensamente dentro de una conversación informal.

En la situación que estamos describiendo, la atención de la persona ya ha sido fijada en la fase inicial de la demostración, a través de una larga digresión

explicativa sobre la hipnosis indirecta, sobre la observación y sobre los *mínimal cues*. A continuación la atención ha sido fijada posteriormente a través de otras explicaciones detalladas sobre la hipnosis profunda y sobre las señales del trance reconocibles en el comportamiento de la persona. El hecho de que el destinatario explícito de estas mismas ilustraciones fuera el auditorio no ha quitado nada a su eficacia en atraer y concentrar la atención de la persona que, no habiéndose sentido llamada en causa directamente, ha podido escoger con toda libertad cuánta atención dedicar a los temas tratados y cuánto dejarse implicar. La posibilidad de identificarse simultáneamente con el rol de paciente y con el de un participante más, que desea observar y aprender lo más posible de la situación en curso, ha favorecido el desarrollo de comportamientos de disociación hipnótica que se están manifestando de forma cada vez más clara en la sesión.

La preparación precedente simplifica y hace mucho más rápido el presente paso recién observado, de la concentración de la atención, que sirve para llegar inmediatamente después a la inducción hipnótica más evidente.

Hemos visto que la atención ha sido atraída sobre «cómo entrar en hipnosis», tema que no puede dejar de suscitar interés a la persona que se ha ofrecido voluntariamente para la demostración y que esperando desde hacía tiempo, después de las explicaciones sobre la hipnosis y sus fenómenos, que se pueda empezar «la parte oficial» de la experiencia hipnótica.

L: Entonces, ve arriba...

PERSONA: ¿Tengo que cerrar los ojos?

L: Si quieres, si te molesta tenerlos abiertos. Puedes cerrar los ojos.

[Permanece en silencio por un instante, luego, apenas Z cierra los ojos, se dirige al auditorio]. Me he permitido decirle a la persona que cerrara los ojos porque la respuesta de querer ir «arriba» es un cierto tipo de respuesta, y porque señales como el aumento del lagrimeo y la intensa frecuencia de guiños indican que la persona prefiere cerrarlos. Quisiera que estuviera claro que, también cuando se utiliza la hipnosis indirecta, se puede emplear sin ningún problema un enfoque directo, cada vez que la persona ha hecho entender con claridad cuáles son sus deseos.

Como hemos dicho, tras una preparación indirecta tan amplia, el paso a la inducción hipnótica (*FASE VI, inducción del trance*), se vuelve mucho más sencillo y breve. Son suficientes dos órdenes directas, “*Entonces, ve arriba...*” y “*puedes cerrar los ojos*” para obtener inmediatamente el trance, En este caso el uso ocasional del *enfoque directo* permite tener respuestas más evidentes y sobre todo, más inmediatas. Sin embargo, se trata sólo de una inducción «visible»; los fenómenos de trance ya identificados demuestran que las conversaciones generales con el público ya han permitido obtener otras inducciones invisibles.

La persona responde a las dos órdenes entrando en el trance (inducción) con gran tranquilidad, pero también sin ir arriba (profundización) como había pedido. Para obtener este segundo resultado y empezar un viaje sorprendente, casi «surrealista», serán necesarios otros pasos.

L: Ahora les pido que observen con atención el comportamiento de Z. ¿Notan algo particular?

UN PARTICIPANTE: Tiene el rostro distendido y sonrío...

L: ... tiene el rostro distendido y sonrío... Ahora les pregunto si hay alguna cosa aquí entre nosotros que pueda justificar esta sonrisa.

AUDITORIO: No.

L: Por lo tanto, no puede ser otra cosa que la respuesta a una realidad hipnótica: puedo, pues, establecer que la persona está en estado de hipnosis, quizás profunda. Podemos, en efecto, valorar la profundidad del trance sobre la base de la diferencia entre la adherencia a la realidad externa y la adherencia a la realidad hipnótica. Notamos que esta persona no se muestra significativamente influenciada de lo que sucede a su alrededor, mientras que es evidente que continúa respondiendo a la realidad hipnótica, tanto que provoca los fenómenos que hemos observado.

¿Qué he hecho yo para llegar a este punto? Como han visto, nada de particular. Sencillamente he construido una relación hipnótica, el rapport que vincula a paciente e hipnoterapeuta. Es una relación particularmente fuerte, en la que existe una sensibilidad recíproca y selectiva que tiende a intensificar mucho los efectos de cada acto singular de uno respecto al otro. Por lo tanto, las cosas que me conciernen afectan a la persona mucho más intensamente que a ustedes. Podría limitarme a esto, porque se trata de una demostración, pero quiero mejorar la comunicación hipnótica y reforzar la relación... Y entonces, puedo pedir a Z: ¿qué está sucediendo en este momento? [tras algunos segundos de atenta observación, se dirige a Z para hacerle la pregunta]. ¿Querrías decirme cómo estás? ¿Qué está sucediendo? **PERSONA:** NO sé lo que está sucediendo, pero me siento tranquila.

L: ¿NO sabes lo que está sucediendo y sonrías? ¿Te sucede a menudo?

PERSONA: Sí.

L: ¿Sonrías a menudo sin motivo?

PERSONA: A veces no soy consciente de cuál es la razón, pero me va esto de sonreír por mi cuenta...

L: ... ¿te va el sonreír por tu cuenta? Por lo tanto, podría ser una experiencia de las que te va el sonreír por tu cuenta, o podría ser una experiencia debida a la hipnosis. Hay diferentes posibilidades. ¿Cómo hacemos para saber cuál es la correcta?

PERSONA: ¿Me lo ha de decir usted?

L: Te lo he de decir yo... Yo sé que te he de decir que vayas arriba y no sé si has ido.

PERSONA: NO, no he ido.

L: ¿No has ido y esto no hace que te sientas contrariada?

PERSONA: No, porque pensaba que aún no había empezado.

L: Tienes razón, porque aún no he hecho nada...

PERSONA: En efecto.

L: Esperabas una señal...

PERSONA: Sí, porque de todas formas...

L: Ha de haber un principio. Entonces, ¿vas arriba?

PERSONA: Sí.

En la fase anterior habíamos llegado a la conclusión de que se había instaurado un estado hipnótico, pero aún dudábamos de que se tratase de hipnosis profunda; aquí descubrimos, en cambio, que en realidad ya hemos entrado en la *Fase VII, la de la profundización del trance*. Sin embargo, como antes, a las primeras de cambio nos encontramos frente a una profundización invisible. En efecto, dado que la persona está sólo relajada y habla tranquilamente de su estado, podría deducirse que este estado es aún de hipnosis ligera. Sin embargo, también hemos observado que la persona está respondiendo intensamente a una realidad que no es la exterior, y esto nos hace comprender que ya hemos obtenido la hipnosis profunda. Esto será evidente enseguida, cuando aparezcan fenómenos hipnóticos de mayor importancia y empiece el «ir arriba». Se vuelve a confirmar así el rol fundamental de la observación que permite reconocer desde indicios pequeños y aparentemente irrelevantes algo que estaba escondido a una valoración superficial. Naturalmente, tras haber observado estos indicadores precoces de trance profundo el hipnotizador no se arriesgará a comprometer sus efectos y podrá pasar a aumentar la eficacia.

De todo lo que dice la persona, parece que este tipo de profundización requiere una referencia explícita: Lorio: ¿No has ido y esto no hace que te sientas contrariada? / Persona: No, porque pensaba que aún no había empezado... / Lorio: Tienes razón, porque aún no he hecho nada... / Persona: En efecto / Lorio: Esperabas una señal!... / Persona: Sí, porque de todas formas... Sin embargo, notemos que la señal ya había sido dada anteriormente y la persona parece no recordarlo: esto nos confirma que el trance ya era profundo.

L: [Dirigido al auditorio]. La persona puede pedir, como ha sucedido en este caso, una sugerencia directa y es importante que la reciba. Naturalmente, hay que tener presente que es ella quien lo pide: algunas personas necesitan que se les diga lo que tienen que hacer, aunque ellos mismos lo hayan establecido. Sin embargo, desean que alguien les diga que lo hagan. [Dirigido a Z]. ¿Consigues hablar con los ojos cerrados? ¿Dónde estás ahora?

PERSONA: Estoy casi en el techo ahora...

L: Bien, ¿Ahora cómo se hace para ir más arriba?

PERSONA: Hay un agujero...

L: ¿Estás segura de poder pasar?

PERSONA: No.

L: ¿Puedes intentarlo? ¿O es mejor primero que lo hagamos más grande?

PERSONA: Se ha agrandado.

L: ¿Se ha agrandado solo? ¿Y ahora?

PERSONA: Estoy fuera...

L: ¿Y fuera que hay?

PERSONA: Me emociono [En el rostro de Z aparece una expresión de intensa emoción].

L: ¿Te emocionas? Oyes a la gente que estaba en la habitación?

PERSONA: NO, ya no hay...

El momento en que el hipnotizador y la persona verifican que el trance está en curso corresponde a *Fase VII, la ratificación del trance*. Con algunas personas, esta fase representa también un momento particularmente significativo porque puede permitirles una nueva intuición. Por ejemplo, para un paciente que tenga problemas en ceder el control, darse cuenta, aunque sólo al abrirlos ojos por un instante, de que su brazo se encuentra en estado de levitación puede comportar una experiencia nueva de sí mismo y el inicio de una percepción diferente del propio cuerpo.

En este caso notamos que la ratificación ha sido preparada desde el principio de la sesión, pidiendo a la persona lo que deseaba experimentar en el trance: Lorado: ¿Perder de vista a las personas que tienes alrededor sería ya una señal de hipnosis para ti? / Persona: Sí.

En efecto, cuando se le pregunta: «¿Oyes a la gente que estaba en la habitación?», Z responde «No, ya no hay...». Esta respuesta corresponde a la ratificación, pero al mismo tiempo es la señal de que el objetivo de la sesión hipnótica acordado con la persona ha sido alcanzado.

L: ¿Te gusta lo que pasa allí arriba o quisieras algo diferente?

PERSONA: No lo sé...

L: ¿Necesitas alguna cosa en particular?

PERSONA: No [Empieza a llorar].

L: En definitiva, hablas sola, Horas sola, ríes sola...

PERSONA: Tengo un nudo en la garganta.

L: Tienes un nudo en la garganta, pero consigues volar igual, aunque con un nudo en la garganta.

PERSONA: Estoy en la silla.

L: Estás en la silla, y vuelas incluso con el nudo. Tú, la silla y el nudo... Sin embargo, ¿este nudo lo quieres llevar contigo o quieres librarte de él?

PERSONA: Me gustaría librarme de él.

Una vez que el trance ha sido profundizado es necesario utilizarlo pasando, por lo tanto, a la Fase IX, la de la utilización del trance. Para que el trance pueda traducirse en algo útil es necesario determinar los fenómenos hipnóticos y los recursos personales que constituirán la estructura maestra del cambio al que la hipnosis debe conducir.

En esta fase se utilizan muchos de estos fenómenos. El vuelo, el reír, el llorar, la silla, el nudo, etc. Dado el modo en que se presenta, este último podría corresponder a un área problemática de la persona, pero no por esto es necesario hacer preguntas para comprender el significado real, y tampoco se necesita interpretarlo como la expresión de un conflicto inconsciente; el «nudo» se utiliza sencillamente decidiendo qué hacer con él «*¿Sin embargo, este nudo lo quieres llevar contigo o te gustaría librarte de él?*» y, sin descifrar explícitamente el significado (*protección de la persona*) empezando a trabajar sobre las consecuencias que comporta y sobre el grado de apego que la persona muestra frente a él.

L: Entonces, dado que estás arriba... Es muy fácil librarse de algo cuando se está arriba.

PERSONA: Basta tirarlo fuera...

L: Basta tirarlo fuera. ¿Dónde queremos hacer caer este nudo?

PERSONA: En el río.

L: ¿Y a ti te gustaría tirar al río un nudo de este tipo?

PERSONA: Sí, porque el río se lo lleva...

L: ... se lo lleva. ¿Pero, estás segura de que quieres tirarlo? Me parece que le tienes cariño a este nudo.

PERSONA: ¡Eh! Quizás podría sencillamente suavizarse.

L: Entonces, ¿quieres que el nudo se suavice o te quieres librar de él? No lo he entendido.

El apego al «nudo» por parte de Z parece más evidente, después de un momento en que parecía dispuesta a librarse de él con facilidad y, por tanto, es necesario pasar a *la Fase X*, que consiste en *la modificación de los comportamientos habituales*. Es necesario dar al nudo el lugar más adecuado a los intereses personales y emocionales de la persona, para lo que se intentan una serie de soluciones que sirven para protegerla a ella y a sus elecciones, y también para hacer que el «nudo» se pueda gestionar y localizar.

PERSONA: Quiero que se suavice.

L: Lo entiendo. Quieres continuar teniéndolo.

PERSONA: [Sonríe]. Podría enterrarlo en cualquier lugar.

L: Entonces tenemos que bajar para enterrarlo.

PERSONA: Podemos enterrarlo en cualquier parte, en un agujero.

L: Al que puedes ir a buscarlo cuando quieras. Podrías decir «Hoy voy a buscar el nudo, voy a ver el agujero, en donde está el nudo». Luego podrías hablarle y decir: «Hola, nudo». Ahora escoge un punto al que podamos bajar para ir a enterrar el nudo... ¿Lo has escogido?

PERSONA: [Sonríe]. Hay un río, un árbol... Es todo muy bonito.

L: Así el nudo estará a gusto... Ahora queremos ver si el nudo puede quedarse precisamente allí... ¿En dónde quieres enterrarlo?

PERSONA: Bajo un árbol.

L: Bien, bajo un árbol. Así podemos acordarnos perfectamente donde está el nudo. El nudo ha sido enterrado bajo el árbol donde habías bajado. ¿Y el agujero es grande y profundo o apenas justo para que quepa el nudo?

PERSONA: Apenas justo para que quepa el nudo.

L: ... justo para que quepa el nudo. Ok, el nudo estará bien... Ahora, ¿quieres volver a volar? ¿Sí?... Podrías decir «Adiós nudo» y ver si hay alguna otra cosa que te gustaría hacer.

PERSONA: No. Es difícil.

L: ¿Quieres decirme que el viaje con el nudo era fácil de hacer, mientras que ahora, sin el nudo, todo ha cambiado?

PERSONA: Sí. Hay un hilo que me ata al nudo.

L: ¿LO quieres cortar o quieres dejarlo así? Por suerte no lo hemos echado al río y lo hemos puesto bajo el árbol, en un punto en que podemos volver a encontrarlo cuando quieras... ¿Eres capaz de intentar cortar el hilo?

PERSONA: Sí [Sonríe]

L: Entonces hazlo [Pausa]. Ahora el nudo está bien. Ha encontrado su sitio, bajo un árbol, en un lugar muy bonito. Y tú has logrado volar...

PERSONA: Sí [Sonríe]. Ahora estoy sobre un escollo.

L: ¿Un escollo?

PERSONA: ¡Eh! El nudo ha vuelto a subir.

L: Entonces es un nudo volador, que consigue volar fuera de su sitio, bajo el árbol...

PERSONA: NO quiere morir...

L: ¿Qué puedes hacer entonces?

PERSONA: Aún no había cortado los hilos. Ahora podría cortarlos.

L: ¿Y después?

PERSONA: Lo dejo allí.

L: ¿Y después?

PERSONA: Lo echo del escolio.

L: Entonces acabaría en el mar, no en su agujero.

PERSONA: No. También desde aquí puedo lanzarlo precisamente en su agujero.

L: Ok [Pausa]. ¿Lo has hecho? ¿Estás satisfecha?

PERSONA: Sí. Perfectamente satisfecha.

La Fase XI, *la de la reorientación del paciente*, es muy delicada porque el hipnotizador se esfuerza en conducir a la persona fuera de la experiencia de un modo que no cause «traumas» al despertar. Aquí la reorientación se hace de un modo tan indirecto que parece que casi no esté sucediendo. Además, la iniciativa de la salida y sus tiempos parecen encomendados completamente a la elección de la persona.

L: ¿Aún tienes alguna cosa que hacer? r

PERSONA: ¡No! [Lentamente vuelve a abrir los ojos]

En el momento en que la persona sale del trance, entra en la llamada Fase gris, un periodo de algunos minutos en el curso del cual mantiene todavía el *rapport* y alguno de los fenómenos hipnóticos que tenía durante el trance. Para no interferir con estos fenómenos, en la Fase XII, *de la valoración del trance y de sus resultados*, es preferible limitar las preguntas, pero puede ser oportuno recibir de la persona algún breve comentario o sacar ventaja de la parcial continuación del trance, enviando algún mensaje indirecto que pueda ser útil a los fines que el paciente se había propuesto.

L: Gracias. ¿Quieres decir algo? ¿Te duele alguna parte del cuerpo?

PERSONA: Sí, la nalga izquierda. ¿Cómo lo sabe?

L: ¿Cómo lo sé? A veces los recuerdos de una experiencia agradable dejan una señal en alguna parte del cuerpo. Sobre todo si se ha estado sentado durante cierto tiempo sobre un escollo... Gracias.

PERSONA: [Sonríe]. Gracias... [Se estrechan la mano]

Cuando una sesión concluye, se decide cómo y cuándo proseguir el tratamiento, pero dado que ésta ha sido sólo una demostración, no habrá una auténtica continuación. En cada caso, en la hipnosis indirecta, cuando se llega a la Fase XIII, *la de la despedida del paciente*, el hipnotizador tiene el deber de continuar demostrando un interés y una capacidad de observación no menores a las presentes en las fases iniciales. En este caso, el interés genuino del hipnotizador queda demostrado por la pregunta sobre la presencia eventual de un dolor en alguna parte del cuerpo. La persona queda visiblemente sorprendida por

la pregunta y por la capacidad del hipnotizador de detectar un dolor que no había mencionado, pero sobre todo parece complacida por la atención demostrada también en este momento final.

Como sucede a menudo también en terapia, la atención del hipnotizador se revela como el mejor anestésico para el dolor que puede acompañar a un cambio importante obtenido por el paciente. Finalmente, para preparar la reelaboración presente y futura de la sesión, el dolor se define, una vez más, de forma indirecta, como transitorio y como testimonio significativo de una «agradable experiencia».

Capítulo 4

Una pequeña «magia»: dejar De fumar con la hipnosis

Paul Watzlawick
Giorgio Nardone

Ésta es la transcripción literal de la demostración de una técnica específica de hipnoterapia, efectuada por Paul Watzlawick durante una conferencia. Los comentarios de la fase del tratamiento y de las maniobras par ticulares son de Giorgio Nardone.

Creemos que este ejemplo ilustra mejor que una disertación las características de una intervención hipnótica y estratégica sobre un problema tan difundido y a menudo difícil de resolver.

Fase I: preparación a la inducción hipnótica y entrevista estratégica relativa al problema y a su persistencia.

[El paciente se estira en el diván. El profesor Watzlawick está sentado a su lado en una silla]

w: Podemos comenzar, ¿verdad? ¿Cuánto tiempo hace que fuma?

P: Catorce años.

w: Catorce años. ¿Y qué es lo que ha hecho hasta ahora para dejarlo?

P: LO he intentado con los parches, luego me han dado pastillas, que he de tomar hasta seis, siete al día y luego... nada.

w: [Ríe]

P: He intentado... Me han dado una medallita para poner encima de la fotografía... pero... [Ríe],

w: [Ríe]

P: Me han dado una medalla... un piano terapeuta... para que tenga encima de la fotografía... la mía...

w: ¿Eh?

P: Pero nada. Fumo dos paquetes de cigarrillos al día.

w: ¿Dos paquetes?

P: Sí, dos.

w: ¿Por qué quiere acabar, terminar... dejarlo, ahora?

P: Porque al haber dejado de hacer una actividad deportiva, me doy cuenta de que tengo... es decir, me siento incómodo, al hacer también un poco de deporte liviano me encuentro enseguida con dificultades. Por la noche tengo a menudo

dolor de cabeza, precisamente necesito... se sabe que es malo... Lo he intentado con mucha buena voluntad, pero...

W: Precisamente, le quería preguntar precisamente esto: ¿qué ha hecho hasta ahora?

P: He hecho todo esto que le he dicho. A veces me esfuerzo y consigo fumar un paquete en lugar de dos, pero dura una semana, luego... [hace un gesto de desconsuelo con los brazos]. Me pongo nervioso... cuando disminuyo los cigarrillos... me noto muy, muy nervioso...

W: En su entorno, ¿quién le insiste más para que lo deje?

P: Sobre todo yo.

W: ¿Sí?

P: Sí.

W: ¿Y quién más?

P: Y además mi novia, mis padres, y además tengo algunos amigos médicos... que me dicen «yo lo he dejado de esta manera, yo lo he dejado de esta otra, inténtalo». Pero si los resultados no vienen...

W: ¿Entonces usted tiene mucho poder sobre su entorno?

P: Sí... en determinadas cosas sí. Sin embargo, en este caso no lo he conseguido. Por lo que respecta al tabaco lo he intentado pero no... Hace ya tres o cuatro años que lo estoy intentando de todas las maneras. El año pasado tuve una bronco pulmonía, en junio y a pesar de todo he continuado fumando. Estuve una semana con fiebre y continué fumando. Me doy cuenta de que me perjudica, pero... Está mal hablar así, pero... no lo sé, no lo consigo.

W: Si lo he entendido bien, hay personas en su vida que insisten, que intentan ayudarle, también.

P: Sí, sí, sí.

W: Bien. ¿De qué manera?

P: Me dicen que lo deje explicándome que el tabaco hace daño, ¡como si uno no lo supiera!... Incluso en casa, tengo sobrinos pequeños, me dicen «no fumes delante de los niños, que a ellos también les molesta», pero no lo consigo.

La primera fase de la inducción del trance se ha concentrado en la indagación de los intentos fallidos por resolver el problema y en hacer emerger las posibles ventajas de relación de la persistencia del mismo. Todo esto ha servido para valorar las posibles resistencias al cambio y para predisponer a la persona, gracias al contacto establecido, a confiar y a aceptar las indicaciones que seguirán. Esta fase preliminar es importante porque sirve para crear los presupuestos para el éxito de la auténtica intervención terapéutica.

Fase II: crear la expectativa del cambio

W: ¿Ya ha tenido alguna experiencia con la hipnosis?

P: No.

W: Explíqueme brevemente cómo ve usted este fenómeno.

P: Bah, he venido aquí aconsejado por el profesor Nardone. Me ha dicho que me ayudaría a resolver este problema. He venido consciente de conseguir dar este paso, ya que es la primera experiencia de hipnosis, por tanto, no sé como reaccionaré. Esto no lo sé...

W: Tampoco lo sé yo.

P: Espero de todo corazón que funcione [mueve la cabeza].

Con un rápido intercambio, Paul crea una comunicación ambivalente respecto a los posibles resultados de la intervención; de este modo moviliza la colaboración activa del paciente, aumentando las expectativas precisamente gracias a un aparente escepticismo.

Fase III: inducción al trance hipnótico

W: ¿Está cómodo?

P: Sí, sí.

W: Uno de los errores más comunes es pensar que la hipnosis es un fenómeno provocado solamente por el hipnotizador... pero no es así. El hipnotizador no tiene una fuerza capaz de cambiar el comportamiento de una persona... No, toda hipnosis es autohipnosis, «soy yo quien la hace, no él». Esto es importante porque muchísimas personas, repito, creen que el hipnotizador es un gurú que tiene fuerzas, poderes específicos o fantásticos. Yo no tengo nada de todo esto. Creo que la tarea del hipnotizador es precisamente la de demostrar cómo se puede producir un estado de autohipnosis. Bien, entonces, me gustaría empezar. [Habla muy lentamente y espera que el paciente cumpla las indicaciones]. Quisiera que usted pusiera los ojos lo más arriba posible y, dejándolos allí arriba, los cerrara lentamente. Muy lentamente, cerrar, cerrar... Y ahora respire profundamente una vez por la nariz, reténgala un poco y luego relaje los ojos y respire normalmente. Muy bien. Y con esto ya ha alcanzado un estado de relajación. Empezamos por la cabeza, permita que todos los músculos de la cabeza se relajen gradualmente, por favor, tómese todo el tiempo que necesite. Gradualmente permita que esta sensación de relajación, de gran, gran relajación, continúe hacia abajo, y entre también en los hombros y baje a los brazos, hasta llegar a la punta de los dedos y luego deje salir las tensiones a través de las manos. Después, continúa relajándose... más... más... todavía... todavía... gradualmente más... más... y deje que esta sensación agradable continúe a través de las rodillas, los pies, y cuando llegue a los pies, por favor, sin ninguna prisa, cuando llegue a los pies, permita que... la última tensión vaya hasta la punta de los pies y de allí salga por completo del cuerpo, de las suelas de los zapatos... muy bien. Y ahora por favor, con esta fuerza de autohipnosis que tú ya demuestras, por favor, imagina que la mano

izquierda empieza a moverse un poco hacia arriba... se vuelve cada vez más ligera, y gradualmente imagina que la mano izquierda empieza a levantarse, como si se hubiera convertido en más frágil que el aire, empezará gradualmente a subir, subir... muy bien. Sienta ya los primeros movimientos... muy bien, muy bien...

Fase IV: Transformación de la inducción del trance en proceso autohipnótico para hacer al paciente protagonista y responsable real de los efectos creados. Todo esto con el objetivo de prepararlo para las indicaciones posthipnóticas que ha de llevar a cabo en su vida personal.

W:... más... más, y todavía más... por favor... sí, sí, muy bien, muy bien. Y después esta sensación de ligereza la notarás también en el brazo. El codo permanece aquí, aguanta el brazo, sin embargo... la mano y el brazo se vuelven tan ligeros que la mano se levantará por completo subiendo también el brazo... Utiliza todo el tiempo que necesites... gradualmente... cada vez más ligero... sí, sí... Interesante como lo consigues ya, es evidente, que se produce este efecto. Te das cuenta de que tienes una fuerza psíquica que hace posible todo esto... más y más arriba, hasta que de forma gradual sólo el codo permanece fijo allí, en la silla... Sí, más, más, más... más y más aún. ¿Me dejas que te toque la mano para ver hasta qué punto ya ha llegado la ligereza? [El profesor Watzlawick coge la muñeca del paciente]. Todavía... así... más arriba... arriba y arriba. Mientras que la mano y el brazo izquierdo se vuelven cada vez más ligeros, te sientes más tranquilo, más relajado... y ahora te ruego que hagas una cosa que quizás será un poco más difícil: te pediré que abras los ojos; tendrás que hacer un gran esfuerzo, pero creo que lo lograrás [el paciente abre lentamente los ojos]. Bien, bien. Mira la mano izquierda en esta posición... el brazo está así... y ésta, de momento, es la posición de tu brazo, de tu mano y es la posición más deseable... tanto que cuando intente ahora bajar tu mano donde estaba antes, será contra la resistencia de la mano y del brazo. Mira, ¿ves? [Watzlawick empuja hacia abajo el brazo del paciente que, sin embargo, vuelve a subir apenas lo suelta]. Y si usted ha conseguido ponerse en un estado de autohipnosis, ahora permita a sus ojos que se cierren de nuevo [el paciente vuelve a cerrar lentamente los ojos]... sí, bien, bien...

Fase V: prescripción del ritual autohipnótico y formulación sugestiva orientada a construir sensaciones de aversión en relación al tabaco. En otras palabras, el proceso empieza con el trance para convertirse en autohipnosis y finalmente en ritual sugestivo.

W: ... y ahora quisiera decirle tres frases que usted utilizará para llegar al punto que quiere llegar, es decir, a liberarse de esta necesidad de fumar. Usted repetirá

este ejercicio y cuando llegue al punto donde está ahora, repetirá tres frases: «Para mi cuerpo, no para mí, para mi cuerpo fumar es veneno»; «Necesito mi cuerpo para disfrutar de la vida»; «Le debo a mi cuerpo este respeto y esta protección». Esto es todo lo que tiene que hacer. Esto durará menos de diez minutos y lo repetirá varias veces al día. Y después, al acabar estas... de repetir en su cabeza estas tres frases, estas tres... sí... que le acabo de decir, usted después hará un pequeño movimiento con su mano izquierda: arriba y abajo... depende... a la izquierda a la derecha... no importa... es su sensación habitual de la mano izquierda, del brazo izquierdo... volverá abajo, y usted abrirá los ojos... esperamos hasta que sea ligero este... y este es el final, el final de este ejercicio autohipnótico [el paciente baja lentamente el brazo]... bien, bien. Puede abrir los ojos. ¿Cómo se siente? [El paciente al abrir los ojos realiza una serie de movimientos como si se acabara de despertar, después de lo cual asiente con la cabeza]. ¿Sí, está bien?

P: Sí, sí... [Luego estira los brazos, sobre todo el izquierdo].

Fase VI: después de despertarse del trance, para reforzar en el paciente la sensación de poder reproducir todo esto, Paul le hace hablar de la experiencia vivida y sobre posibles cuestiones. Enfatizando el hecho de que ha sido un proceso autohipnótico que él podrá reproducir con facilidad precisamente porque depende solamente de él y no del hipnotizador.

W: Bien... [dirigido hacia el paciente]... preguntas, explicaciones...

P: ¿Cómo es que cuando me ha hecho abrir los ojos la mano había... [representa el movimiento de la mano que se levanta]... subido...

W: Sí, sí, estaba arriba...

P: ... ¿y cómo es?

W: Este es el resultado de su autohipnosis.

P: Ha ido así... [Riendo se toca el brazo, casi incrédulo].

Fase VII: repetición de la experiencia para reforzar el efecto y la sensación por parte del paciente de que tiene el control.

W: Bien, bien... Ahora repitamos una vez más y después, después de esto... [el paciente continúa tocándose la mano. Watzlawick se detiene a mirarlo].

P: Sí... controlaba... [sonriendo].

W:... ahora otra vez con los ojos abiertos, ponga los ojos lo más arriba posible, lentamente, bajando la cabeza, manteniendo los ojos arriba... bien, empieza otra vez a sentir la ligereza en su mano izquierda... muy bien... empieza a subir... y esto es para usted la indicación de que la autohipnosis ha comenzado de nuevo... ligeramente más arriba... arriba... más y más ligero... más y más ligero... bien... y...

su codo aquí en la silla, pero el brazo empieza a girar, la mano continúa, sube, sube... un poco más, un poco más... bien, bien... así usted gradualmente volverá a una elevación de casi noventa grados... más, más ligero... cada vez más, cada vez más esta sensación interesante de la ligereza de la mano, del brazo... Y así vuelve a entrar ahora en esta zona donde usted puede dar a su cuerpo instrucciones, puede cambiar ciertos hábitos: «Para mi cuerpo, no para mí, para mi cuerpo fumar es veneno»; «Necesito de mi cuerpo para disfrutar de la vida»; «Le debo a mi cuerpo respeto y protección». Esto es todo lo que tiene que hacer. Ahora, de nuevo, con los ojos cerrados, ¿ok?, ponga los ojos hacia arriba, arriba, apriete la mano, así, y deje que la mano baje, el brazo, y luego abre los ojos poco a poco y está completamente despierto, Muy bien. ¿Preguntas?

P: No [sonríe].

W: Bien, bien.

P: Noto mucho... una sensación de tranquilidad.

Fase VIII: se vuelve a conminar el ritual terapéutico anticipando sus efectos. La prescripción se formula como una profecía que se autorrealiza en virtud de la repetición del ritual sugestivo.

W: Ah, sí, sí, sí. Mire, éstas son las tres frases que debe repetir, ¿no?, y es necesario hacer este ejercicio cada dos horas.

P: Tengo que repetir estas...

W: Sí, las aprenderá de memoria y ha de repetirlas una vez que la mano empiece a subir. Usted repite estas tres frases y luego cierra la mano, la baja y se acaba. Cada dos horas. No por la noche, naturalmente, cuando se va a la cama duerme, ¿no? Cuando note que este, este deseo de encender una sola vez un cigarrillo empieza a ser menos fuerte, usted podrá prescindir de estos ejercicios, hasta que ya no fume. Le ruego que se dé cuenta de que un no fumador no es una persona que fuma sólo dos o tres cigarrillos, ¿no? Un no fumador quiere decir cero, cero, ¿no?

P: No, no, además yo... es decir... siempre he... dos-tres, dos-tres, dos-tres y después... durante algunos días, luego volvemos a las habituales...

W: No, no, ve, usted ha de tomar este momento de su vida como el final de fumar, ¿no? [Sonríe]. Cuando hayan pasado dos horas y tenga que hacer una auto-hipnosis y se esté con otras personas en el trabajo, entonces, en este caso basta con cerrar los ojos y repetir estas... estas [indica el papel con las frases]. Sin embargo, cuando sea posible ha de cumplir el ritual completo.

Algunos meses después el paciente se presentó en ¿nuestro Centro de Terapia Estratégica, con un regalo 'simbólico: su colección de cigarros.

Capítulo 5

Hipnoterapia sin trance.

Volver «mágicas» las palabras

Giorgio Nardone

Sugestiones y alteraciones perceptivas

Una vez hecha la luz sobre el fenómeno de la hipnosis y sobre sus características concretas y aplicaciones[^] reales, hace su aparición otra dimensión por explorar, que en ciertos aspectos puede ser aún más misteriosa y fascinante, la hipnosis sin trance.

Este fenómeno se presta aún más a interpretaciones esotéricas porque es un fenómeno escurridizo y mucho más difícil de circunscribir que el trance hipnótico, en cuanto no se tienen referencias fisiológicas precisas mensurables o alteraciones evidentes en el estado de la persona, sino únicamente una serie de indicadores del estado de sugestión de ésta. Serán solamente los efectos de las conminaciones sugeridas las que verifiquen si se ha obtenido el estado de hipnosis sin trance. En otras palabras, mientras que con la hipnosis con trance se pueden tener indicadores claros; concretos y rigurosos, por lo que respecta a la hipnosis sin trance, la única medida concreta está representada por su eficacia, es decir, la posibilidad de dar indicaciones y aclaraciones que la persona, si no estuviese en estado de trance, no aceptaría.

La hipnosis sin trance puede describirse como un estado de fuerte sugestión a continuación de maniobras comunicativas que permiten a la persona abandonar el estado de rigidez, dilatando su capacidad de percibir. En una observación externa, la persona en este estado se muestra con una postura relajada, sin ningún signo de agitación, con los ojos bien abiertos, las pupilas dilatadas y la presencia eventual de movimientos rítmicos en los párpados; su voz es clara; ralentizada en el ritmo y las palabras bien pronunciadas; su atención se concentra en el tema de discusión o en la acción en curso sin ninguna señal de distracción o fuga cognitiva. Sentidos y mente activados al unísono y de manera complementaria y no en oposición, Y es precisamente esta dimensión de relajación la que permite a la persona superar sus resistencias o bloqueos.

Tenga presente el lector que los grandes artistas, los grandes atletas y los grandes inventores tienen la capacidad, natural o construida, de producir este estado alterado de conciencia en el momento en que se dedican a su actuación y, gracias a esto, ir más allá de los límites ordinarios. También, en las antiguas disciplinas marciales, orientales u occidentales, existe una serie de procedimientos

para entrenarse en adquirir rápidamente este estado de autosugestión poco antes de un combate. Por ejemplo, Stanislavski indica para la formación de un actor dramático una serie de ejercicios realmente auto-sugestivos.

Milton Erickson narra que muchas veces, cuando tenía que tratar con una situación para él difícil de afrontar, se inducía un estado de autohipnosis sin trance, con el objetivo de liberar sus recursos bloqueados por la tensión.

Se trata, pues, de un estado alterado de consciencia sin la presencia de un trance hipnótico formal, representado por una dilatación de las capacidades perceptivas en un estado de relajación, por el que la persona puede influenciarse o ser influenciado con más facilidad.

Ha de quedar claro que este estado no es de por sí ni mágico ni terapéutico: será la utilización que se haga de esta dimensión particular de contacto con y uno mismo y con la realidad circundante lo que podrá conducir a efectos terapéuticos aparentemente mágicos.

La capacidad de sugestión o autosugestión se convierte en instrumento útil solo si se orientan hacia fines específicos, de otro modo son meras formas de relajación y meditación. Alejandro Magno, antes de cada batalla, procedía a una serie de rituales autosugestivos para introducirse en un estado de ampliación de sus capacidades de combate. Leonardo Da Vinci practicaba a diario ejercicios autosugestivos para ampliar sus propias percepciones. Los Maestros de las grandes religiones han utilizado estilos de comunicaciones fuertemente sugestivas al hablar a sus propios discípulos: pensemos en las parábolas de Cristo, los dilemas de Buda, las anécdotas de Mahoma al razonar con aforismos típicos en algunos textos sagrados. Estas estratagemas son conocidas desde la antigua tradición retórica, son estrategias de comunicación persuasiva, capaces de sugestionar al auditorio o al lector.

Si además se analiza el proceso de construcción de una creencia por parte de las sectas religiosas o esotéricas, podemos observar conminaciones sugestivas verbales y la ejecución de ritos de comportamiento, que refuerzan la creencia sobre la base de la cual se practican. En otras palabras, lo que podría parecer una libre elección de fe es, de hecho, el efecto de un proceso de persuasión, basado en una serie de conminaciones sugestivas y de acciones vinculadas a éstas, que en su ejecución repetida confirman y refuerzan la creencia. El mejor ejemplo lo representa la indicación de Pascal a los cristianos en crisis con su fe: «Comportaos como si creyeseis... La fe no tardará en llegar» (Elster, 1983; Watzlawick, 1980; Nardone, 1985).

En este punto, el lector podrá sentirse confundido, porque de la descripción de un fenómeno particular como la hipnosis sin trance se ha llegado a discutir de realidades tan amplias y generales como las creencias o la fe religiosa. El objetivo es poner de manifiesto que los fenómenos de sugestión hipnótica no acompañados de un estado formal de trance no son algo excepcional sino

fenómenos muy difundidos que influyen desde siempre las acciones y las convicciones humanas. Estas líneas no quieren ser un sermón polémico contra las estrategias de comunicación sugestivas y persuasivas practicadas en la historia también por el que se presenta partidario de la pureza y honestidad de espíritu y de intención, sino solamente un modo de resaltar lo importante que es conocer estos fenómenos y apropiarse de los instrumentos y de las competencias que nos permiten utilizar sus efectos o, al menos, no padecerlos.

Es evidente que describir las características de la sugestión nos lleva de forma inevitable a tratar de la comunicación y de sus efectos pragmáticos, ya sea a nivel personal, o interpersonal y social. Teniendo en cuenta que «es imposible no comunicar» (Watzlawick, 1969), es también imposible evitar influenciar o ser influenciado, así como es inevitable sugestionar o ser sugestionado. Una vez aclarado esto, se deriva que el conocimiento y la adquisición de estas técnicas de comunicación y de comportamiento representan una competencia fundamental para cualquiera que quiera mejorarse a sí mismo, a los demás o al mundo. De hecho, en cualquier campo en que me mueva, no podré eludir los efectos sugestivos de mi comunicación con los demás y conmigo mismo. Que yo sea un terapeuta o un directivo, un profesor o un investigador, la capacidad de utilizar competencias de comunicación capaces de sugestionar y sugestionarme surge como un instrumento fundamental para hacer más eficaz mi trabajo y el de aquellos que están a mí alrededor.

Antes de pasar a una exposición detallada de las técnicas, me parece importante subrayar que el fenómeno de hipnosis sin trance tiene que ver con todo lo que hace referencia a la comunicación sugestiva y persuasiva. Ambas cosas son interdependientes, dentro de este universo de reciprocidad circular que caracteriza la relación que cada uno de nosotros tiene constantemente consigo mismo, con los demás y con el mundo. Tratar de comunicación persuasiva es al mismo tiempo discutir de hipnosis e hipnoterapia sin trance, así como tratar de estrategias de comunicación orientadas a fines específicos significa discutir de la utilización estratégica hipnótica. Las técnicas de hipnosis e hipnoterapia sin trance coinciden con las técnicas de comunicación estratégica: utilizar el lenguaje verbal y no verbal, junto a procedimientos de *problem-solving*, para obtener cambios en las percepciones y en las acciones de nuestros interlocutores o de nosotros mismos. Dicho de otro modo: como volver «mágicas» las palabras.

Técnicas de comunicación sugestiva

Para explicar las técnicas que se pueden utilizar para inducir y utilizar un estado de sugestión en nosotros mismos o en los demás, creo que es útil empezar por

todo aquello que no es verbal, para después pasar a las técnicas ligadas al lenguaje y al razonamiento. Recordemos, de todas formas, que también durante un intercambio verbal los aspectos no verbales de la comunicación actúan de un modo consistente.

Durante un diálogo, la comunicación no verbal llega siempre antes que la verbal. «El efecto de la primera impresión», por ejemplo, influye fuertemente en las opiniones que tenemos sobre la persona con la cual estamos hablando.

Los estudios sobre la comunicación no verbal (Patterson, 1982; Ricci Bitti, 1983; Nardone 1994) coinciden en resaltar factores muy identificables que se pueden utilizar para influenciar la persuasión que el otro tendrá de nosotros, ya sea en los primeros contactos, como en el resto de la conversación. Lo que sigue es un breve resumen de estos actos de comunicación y de su posible uso estratégico.

Técnicas no verbales

La mirada

La mirada representa un fenómeno comunicativo que, también a los ojos del no especialista, aparece como algo realmente relevante en la interacción con el otro. Una mirada puede provocarnos, puede seducirnos, puede molestarnos, puede enfermarnos, puede crearnos dudas, puede confirmarnos certeza, etc. La lista de los posibles efectos de un intercambio de miradas es casi tan ilimitada como lo pueden ser nuestras sensaciones y, como decía Santo Tomás de Aquino. «No hay nada en el intelecto que antes no pase por los sentidos», no podemos ignorar lo importante que es la gestión de la mirada para establecer una buena relación. Uno de los primeros mitos que hay que desmontar totalmente es que el mejor contacto visual es mirar fijamente a los ojos de nuestro interlocutor con una mirada cargada de asertividad. Esta forma, no sólo no facilita un contacto agradable, sino que crea malestar en el interlocutor que, si se trata de una persona tranquila y sumisa, se sentirá sometido y casi violentado, y tenderá a evitar la relación; por el contrario, si se trata de una persona segura de sí y emprendedora, se sentirá provocada y establecerá una especie de duelo, respondiendo con una mirada directa a la recibida, creando así una oposición simétrica a la «agresión» sufrida.

Como prueba de todo esto, basta un detalle etológico: si miras fijamente a los ojos de un perro seguro de sí y con tendencia a reaccionar, éste te atacará para defenderse, porque esta comunicación representa un auténtico desafío agresivo.

Esto no quiere decir que tenga que evitarse el contacto ocular, porque si yo evito mirar a los ojos a mi interlocutor, le estoy comunicando rechazo o le muestro mi malestar. La manera más eficaz para hacer que nuestro interlocutor se sienta a gusto y hacer agradable su contacto con nosotros es mirarle alternativamente a

los ojos y a otras partes de su rostro, como cuando contemplamos la belleza de una obra de arte de la que intentamos apreciar los detalles y la globalidad. Esta atención fluctuante, sin una marcada concentración de la mirada, en las primeras fases de un contacto interpersonal hace que el otro se sienta aceptado, apreciado, pero que al mismo tiempo no "consiga «capturar» nuestra mirada y que se esfuerce en hacerlo. Sé crea de este modo una especie de intento de acercamiento y captura por parte del interlocutor, y así éste entra en un estado de sugestión agradable.

Todo esto vale, sin embargo, sólo para las primeras fases de un contacto interpersonal ya que, a continuación, durante el diálogo, una vez que se ha creado el acercamiento relacional, la mirada se podrá concentrar, más bien tendrá que serlo, sobre todo en los momentos en que se quiera enfatizar un aspecto importante o un concepto, comunicado con palabras o con gestos. Esto es particularmente importante en una situación clínica cuando, después de las primeras fases del diálogo terapéutico, se quiere aumentar el efecto evocador de una conminación. En estas situaciones, el contacto ocular ha de ser intenso y la mirada concentrada. El hecho de que el paciente mantenga el contacto ocular y muestre las señales de sugestión, indica al terapeuta que hay muchas posibilidades de que la maniobra terapéutica sea eficaz. A este respecto, en nuestro instituto (Centro de Terapia Estratégica), desde principios de los años noventa, gracias a las grabaciones en vídeo de las sesiones con los pacientes, ha sido posible estudiar algunos efectos de la comunicación no verbal asociada a la verbal y a la estrategia de solución de problemas aplicada. En otras palabras, hemos podido observar que cuando se aplicaba una técnica, como por ejemplo una reestructuración en el diálogo con el paciente o una prescripción al final de la sesión, la presencia continuada y constante del contacto ocular estaba relacionada con el cumplimiento de las indicaciones.

La misma prescripción dirigida al paciente con idéntica formulación verbal resultó cumplida al pie de la letra en los casos en que durante la prescripción hubo un contacto ocular persistente. Por el contrario, se observó una clara falta de adhesión y cumplimiento de las indicaciones en los casos en que durante la conminación no hubo un contacto ocular constante.

Esto nos indica que la mirada desarrolla un papel importante en la eficacia de una intervención terapéutica. Además, esto indica que el modo de mirar y utilizar el contacto ocular con fines sugestivos cambia dependiendo de la fase del diálogo y del objetivo. En las fases iniciales de un encuentro, la mirada no deberá ser entrometida, ni directa, como hemos descrito en las líneas anteriores y tendría que ser del mismo tipo mientras hacemos las preguntas. Tendrá que cambiar, volviéndose más concentrada e intensa en los momentos en que ordenemos alguna cosa, ya sea una paráfrasis a las respuestas recibidas, una imagen metafórica o una prescripción directa.

Está claro que la mirada y el contacto ocular deberán estar sintonizados con los demás aspectos de la comunicación para ser de verdad un instrumento eficaz para la creación de un estado de sugestión y de influencia.

Prosodia y tono de la voz

Un segundo factor de la comunicación no verbal lo representa lo que Román Jacobson define como «aspectos supra segmentales del lenguaje»>, es decir, las variaciones del tono de la voz, las pausas, el ritmo del diálogo y todos los otros tipos de interpretación, en el sentido de auténtica actuación, del enunciado verbal.

Es evidente, también para el no experto, porque es una experiencia cotidiana en todos nosotros que un mensaje verbal dado con cierto tono de voz produce efectos diferentes que si se da con un tono distinto. Si yo digo una cosa muy importante, que quisiera que quedara grabada en mi interlocutor, en un tono distendido o huidizo, muy probablemente el efecto sería contrario al deseado. Por el contrario, si quiero evitar que mi interlocutor se detenga en un tema incómodo, tendré que citarlo en un tono leve, sin ninguna importancia. Si quiero que el interlocutor preste mucha atención a lo que voy a decir, estará bien anteponer una pausa de silencio para crear en éste una expectativa: si, en cambio, quiero que no se le dé importancia, estará bien evitar pausas prosódicas.

Éstos son algunos ejemplos de cómo, durante un diálogo, los aspectos de la enunciación no puramente inherentes al lenguaje hablado, sino a su marco, pueden ampliar, reducir o incluso transformar su potencial y su efecto.

Prosémica, postura y movimientos del cuerpo

Otro aspecto importante de la comunicación no verbal lo representa el conjunto de posiciones y movimientos de todo el cuerpo, que indican el estado emocional de la persona más que la mirada o la voz, puesto que son menos controlables. Por desgraciada mayoría de los estudios solamente considera alguno de estos factores y tiende a señalar el efecto aislado en vez de la interacción de este elemento con los demás.

Analizar un solo factor y sus posibles efectos, sin considerar el contexto y su interacción con el fluir consistente del comunicar, es una operación reduccionista y poco útil al conocimiento operativo efectivo de esta parte de la comunicación no verbal. Nosotros trataremos, por lo tanto, en el mismo párrafo, algunos factores como la distancia que se asume frente al interlocutor y sus variaciones, la postura y el fluir de los movimientos del cuerpo, en particular los movimientos de las manos y de la cabeza durante el diálogo.

Lo primero que constatamos, observado en nuestros estudios sobre la eficacia en la comunicación, es precisamente el hecho de que el conjunto de estos

factores debe hacerse de manera suave, relajada y sintonizada con las diferentes fases prosódicas. En otras palabras, postura, desplazamientos, movimientos de las manos y de la cabeza tienen que armonizarse con los cambios del tono de voz, las pausas, las aceleraciones y desaceleraciones del diálogo, reforzando así los efectos sugestivos del habla y de la mirada.

Si el lector tuviese una duda sobre la real eficacia sugestiva de los elementos tratados aquí, tendría que pensar que existe una prueba verdaderamente irrefutable, la sugestión y la hipnosis aplicada a los animales en la cual la parte esencial de la inducción se hace precisamente con los movimientos del cuerpo, de las manos y de la cabeza.

El ejemplo más brillante de esto lo representan los encantadores de serpientes, que no encantan a la cobra con la música —el animal es sordo— sino con los movimientos de la cabeza. Se sabe que los movimientos oscilatorios rítmicos al cabo de un cierto tiempo crean un efecto sugestivo hipnótico en el observador.

Surge ahora un aspecto crucial: para ser capaces de sintonizar el lenguaje de nuestro cuerpo con nuestra voz y nuestra mirada, hay que ser ciertamente capaz de relajarse y liberar toda tensión durante un intercambio comunicativo; en otro caso, nuestro cuerpo indicara también la mínima forma de rigidez. Esto quiere decir que no puede haber ficción, en cuanto o de verdad se es capaz de entrar en este estado fluido y relajado, o nuestras tensiones se dejarán notar. Y con esto abrimos un tema muy apreciado en la tradición de la nueva hipnosis ericksoniana, pero aún más apreciado por la antigua tradición de la formación del sabio y del guerrero, es decir, la capacidad personal de inducir en uno mismo aquello que se quiere inducir en otro.

Dicho de otro modo, es difícil ser sugestivos sin ser capaces de autosugestionarse; tanto que, un poco en todas las antiguas tradiciones, la elevación de la persona a través del aprendizaje, la capacidad de autoinducirse un estado alterado de consciencia sin caer en un trance formal, representa desde siempre el camino para aumentar las propias capacidades sensoriales y mentales, así como la capacidad de llevar a cabo actuaciones, físicas o mentales, fuera de lo común.

La sonrisa y la mímica facial

El último de los factores está representado por la mímica facial o aquel conjunto de mensajes que se envían a través de las modificaciones de nuestra cara, empezando por la sonrisa. Es obvio afirmar que recibir una sonrisa serena atenúa las posibles tensiones y predispone al contacto interpersonal. Así como los gestos de confirmación de quien nos está escuchando nos hacen sentir seguros y gratificados. Por el contrario la mínima mueca del rostro del interlocutor nos crea

malestar o nos irrita. También en este caso como en los anteriores, vale la regla de que la mímica facial y la sonrisa han de estar armonizadas con el resto de la comunicación verbal y no verbal para que sean elementos de comunicación realmente eficaces.

Sin embargo, por lo que respecta a la mímica facial, a veces su contraste, su contradicción, o el hecho de ser paradójica respecto a la verbalización puede ser de gran impacto comunicativo.

En particular existen situaciones en que comunicar de manera ambivalente puede servir para desbloquear la rigidez del interlocutor. Como por ejemplo decir algo cortante con una sonrisa serena, un gesto relajado o una mirada dulce. Este contraste hará aceptable un mensaje que, si se hubiera comunicado de forma coherente, a nivel verbal y no verbal, probablemente hubiera sido inaceptable.

La mímica facial representa el instrumento principal de formas de comunicación ambivalentes o paradójicas, porque las señales que provienen de la expresión de nuestro rostro son recogidas al unísono con nuestras palabras y su significado.

El estudio sistemático (Rampin, Nardone, 2002) del trabajo de algunos grandes terapeutas conocidos por su capacidad de influenciar sugestivamente a sus pacientes —Milton Erickson; John Weakland, Steve de Shazer, Cloe Madanes y el propio autor de estas líneas— han evidenciado que éstos, en su comunicación, recurren a menudo a ambivalencias comunicativas, más que una constante lógica coherente.

En la aparente magia de su comunicación, según Matteo Rampin, que ha dirigido este minucioso trabajo comparando los estilos de comunicación de estos terapeutas, se ha observado precisamente la capacidad de oscilar entre coherencia y ambivalencia, contradicción y paradoja, en particular entre el significado de las palabras y los mensajes no verbales asociados.

Todo esto desmiente también una creencia muy arraigada dentro de la psicología cognitiva, o el hecho de que coherencia, congruencia o contradicción entre el significado de lo que quiere expresarse, comunicación verbal y no verbal, es la más eficaz de las formas de comunicación.

Estrategias lógicas y modelados lingüísticos

Al pasar a la exposición de los aspectos verbales de la comunicación sugestiva y estratégica, la elección ha sido la de unificar las técnicas de comunicación y los criterios lógicos adaptados. Una comunicación socio-afectiva potente en el plano de sugestión y persuasión necesita, de hecho, ser estructurada no sólo en cuanto a la forma sino también en relación con un contenido que sea estratégicamente evocador. Lo que sigue es un resumen de las estrategias fundamentales surgidas

de nuestro trabajo de investigación y clínica a lo largo de veinte años sobre técnicas sugestivas.

Sintonizarse para evocar nuevas percepciones

En la tradición de la hipnosis ericksoniana, de la terapia estratégica y de la programación neurolingüística se le ha dado mucha importancia a la técnica de aprender a utilizar el lenguaje del cliente. Bandler y Grinder la han definido como la técnica de «calzado», entendiéndolo con ello el calzar el lenguaje del interlocutor para crear un clima de relación sugestivo y prehipnótico. Otros autores utilizan el término *tracing*, refiriéndose no sólo a la codificación lingüística sino también a la lógica de la persona. De Shazer se ha referido al *joining* como el conjunto de actitudes y comportamientos, verbales o reconcentrados en crear oposición y acuerdo con el otro. John Weakland sugería asumir una *posición* relacional complementaria a la de nuestro interlocutor.

Esta lista, que podría ser aún más extensa, indica cuánta importancia se ha atribuido a la capacidad de sintonizarse con el lenguaje, las actitudes y las opiniones del interlocutor, con el fin de crear el contexto sugestivo y evitar la hipotética resistencia de éste.

Sin embargo, desde mi punto de vista, se ha puesto demasiado énfasis en recalcar el lenguaje o en «sintonizarse» en la lógica de quien queremos «capturar sugestivamente» e inducirle al cambio. A veces, de hecho, esto puede ser incluso contraproducente. Crear sintonía quiere decir acercarse al otro, pero esto puede conseguirse también asumiendo posiciones distintas y utilizando modalidades lingüísticas diferentes, complementarias respecto a las del interlocutor. No hay que olvidar que la armonía se puede crear también por la interacción entre opuestos y este tipo de armonía puede implicar mucho más que la que se da entre iguales. Goethe, no por casualidad, afirmaba que «uno asocia por afinidad» no por semejanza. Éste es un concepto muy importante y se ha de tener presente: no hay que querer parecerse a nuestro interlocutor para serle agradablemente sugestivo. Hay que utilizar un lenguaje que concuerde con el suyo y asumir actitudes que armonicen con las suyas. Si por ejemplo, estoy hablando con una persona que usa un lenguaje muy articulado y argumentaciones complejas, tendré que utilizar enunciaciones breves y fulgurantes. En efecto, si me pusiese a hacer lo mismo que él, el resultado sería un duelo de verborrea intelectual y se establecería una simetría relacional, mientras que los comentarios rápidos y tajantes penetran sugestivamente en este tipo de interlocutor. Es importante diferenciar la técnica del «sintonizarse» con las modalidades de la otra persona y asumir el lenguaje del interlocutor. Sin ella este ejemplo no funciona porque no tiene que ver con la forma sino, que es una mezcla de forma y contenido.

Si por ejemplo, tengo que tratar con un paciente deprimido que, como suelen hacer estas personas, se lamenta de su incapacidad de reaccionar a su malestar asumiendo una posición de víctima, la manera verdaderamente eficaz para inducirle a salir de su estado depresivo no será sencillamente apoyar su posición, sino declarar que su reacción comprensible a las miserias de la vida parece ser la renuncia, aunque la «renuncia es un suicidio cotidiano». Esta reestructuración de las percepciones y reacciones del paciente, primero se alinea con él para después introducir una rompedora imagen evocativa. En otras palabras, primero se apoya la visión de la persona deprimida y luego se añade algo que conduzca esta visión a una evolución autodestructiva.

El efecto será hacer sentir a nuestro paciente una fuerte sensación de aversión hacia su propio enfoque anterior frente al malestar experimentado.

En este caso se trabaja al mismo tiempo sobre el nivel sugestivo de la forma de comunicar y sobre el de los significados atribuidos a los acontecimientos. Todo ello mediante una técnica refinada que crea en la persona no sólo una posible alternativa a sus anteriores reacciones perjudiciales, sino también una inevitable reorientación de éstas hacia la dirección terapéutica.

Si esta maniobra no fuese bastante rompedora, siempre utilizando la misma estrategia sugestivo-evocadora pero incrementando su impacto, podemos añadir: «usted me recuerda a Frank Kafka cuando escribe sobre un prisionero que desde su celda ve que están construyendo un patíbulo en el patio de la prisión. Convencido de que es para él, intenta escaparse desesperadamente. Por la noche consigue salir de su celda, corre al patio, sube al patíbulo y se ahorca».

La suma de las dos reestructuraciones consigue normalmente crear en el paciente deprimido un estado de alteración perceptivo-emocional, connotado por la inducción de sugestión indicada usualmente por las señales no verbales de estado hipnótico sin trance: es decir, la persona dilata la mirada y parece un gato frente a los faros de un coche por la noche. Este estado de alteración de la posición de la persona puede permitir guiarla mediante indicaciones directas a que modifique las modalidades disfuncionales con las que gestiona su trastorno y abrir así un espacio al cambio terapéutico.

Si analizamos bien la secuencia de este acto de comunicación terapéutico, basado en el recurso de una serie de imágenes evocadoras, se puede observar que: primero se crea una sintonía y luego se añaden factores de sugestión que van a modificar la ruta hacia el cambio de las anteriores modalidades perceptivas de la persona. Las resistencias no se contrastan directamente sino que se utilizan como energía que empuje hacia la modificación de las reacciones existentes.

Queda claro que un recurso al lenguaje hipnótico sin una concreta y subyacente lógica estratégica, que guíe la selección de las formulaciones específicas de los enunciados, será solamente un mero ejercicio de capacidad sugestiva. De hecho, el paso de la hipnosis a la hipnoterapia sin trance prevé el recurso a una lógica

estratégica rigurosa. Así como el paso de la mera retórica al lenguaje terapéutico prevé una lógica del cambio que guíe la selección de las formas específicas de comunicación.

Las preguntas estratégicas

Al proceder a la descripción de las formas evolucionadas de hipnoterapia sin trance surge como aspecto crucial lo relativo no sólo a la forma de la comunicación sino también a sus contenidos y a sus efectos estratégicos.

El estudio sistemático y la prolongada experiencia en la aplicación de técnicas sugestivas nos han llevado a elaborar una síntesis evolucionada de comunicación estratégica. Este método, definido como diálogo estratégico (Nardone, Salvini, 2004), representa la formulación esencial de una forma de conversación sugestiva y evocadora orientada de forma estratégica. Una de sus particularidades es el estudio de la técnica de hacer preguntas que induzcan al interlocutor, a través de sus respuestas, a descubrir nuevas perspectivas respecto a sus asunciones anteriores. Un diálogo estratégico correctamente desarrollado conduce a la persona, a través de una especie de recorrido en forma de embudo, con preguntas calculadas sobre las respuestas, a realizar un personal y autónomo proceso evolutivo, ya que se funda sobre sus respuestas y no sobre las directrices recibidas, el cambio de sus percepciones y reacciones en relación con el problema presentado.

Es evidente que la formulación de las preguntas, ya sea en el plano de expresión sugestiva como de contenido estratégico, se convierte en un aspecto esencial.

Además, las respuestas que se obtienen, gracias a preguntas orientadas estratégicamente, reducen de modo drástico las resistencias en el interlocutor, puesto que éste no se siente forzado sino más bien el protagonista del cambio.

El primer paso en el hecho de construir preguntas de este tipo lo representa el consultar cosas lo más generales posibles respecto al problema en discusión.

Como por ejemplo: «¿su problema le implica solamente a usted o también a otras personas? ¿Este problema lo ve solamente usted o también otras personas?». De las preguntas más generales se pasará, después, a las más específicas a partir de las respuestas obtenidas, en una especie de espiral que se estrecha lentamente hasta el punto que rompe la rigidez de la persona, rigidez que alimenta la persistencia del problema. Dicho de otro modo, serán las respuestas a preguntas cada vez más específicas las que le inducirán a descubrir las alternativas de resolución.

No queriendo aquí repetir cosas ya expuestas en otros escritos (Nardone, Salvini, 2004; Nardone, 2005), remito al lector al primer ejemplo del capítulo

siguiente que proporciona un ejemplo concreto de esta técnica evolucionada. En cambio, por lo que hace referencia a la presente exposición, es importante subrayar que el arte de hacer preguntas representa una de las capacidades fundamentales para quien quiera recurrir al uso de estrategias de hipnoterapia sin trance. Preguntar antes que afirmar induce a la otra persona a participar directamente en el diálogo, creando de inmediato el contexto indispensable para la realización de una conversación sugestiva.

Además, como ha sido elaborado con la técnica del diálogo estratégico, se busca constantemente hacer emerger el acuerdo sobre las respuestas obtenidas, se constriñe una progresiva y sugestiva serie de pequeños acuerdos hasta el acuerdo mayor. Una sintonía entre los interlocutores que exalta la atmósfera de sugestión agradable en el contexto interpersonal.

A este respecto, un aforismo parece iluminador: “la diferencia entre alguien inteligente y un sabio lo representa el hecho de que el primero da respuestas correctas y el segundo hace preguntas correctas”. En nuestra elaboración de las preguntas estratégicas se ha puesto particular atención a su forma, además de su contenido y a la secuencia en forma de embudo.

Lo que ha surgido, de la experimentación empírica primero y de la prolongada aplicación después, es la extrema eficacia del recurso, en la constitución formal de las preguntas, a una muy conocida técnica del lenguaje hipnótico: la ilusión de alternativas (Watzlawick, 1979; Nardone, Watzlawick, 1990,1997,2005).

Las preguntas, antes que solicitar respuestas abiertas, proponen ya alternativas de respuesta. Como afirmaba Delacroix, parafraseando a Protágoras: «Las preguntas del hombre sabio contienen al menos la mitad de la respuestas».

Una secuencia en forma de embudo compuesta por preguntas de esta especie que guíen al interlocutor de los aspectos más generales a sus dinámicas personales más particulares, representa a todos los efectos un procedimiento de inducción autohipnótico y autopersuasivo (Servillat, 2004). Como se especificará más adelante, se tiene de esta manera el paso de formas directamente manipuladoras de comunicación hipnótica a la inducción de sugestiones y autoengaños estratégicos. La persona ya no es objeto de la influencia directa del comunicador sino que se convierte en el protagonista del proceso sugestivo y de su evolución hacia el cambio.

El lenguaje evocador

El recurso a imágenes evocadoras es una de las prerrogativas del comunicar hipnóticamente. Esta característica es crucial en la hipnoterapia sin trance. Evocar sensaciones reales durante un diálogo representa la posibilidad de hacer nacer experiencias concretas de modos nuevos y diferentes de percibir. Si esta nueva

percepción inducida está bien encaminada, conduce a una auténtica «experiencia emocional correctiva», o sea, produce un efecto terapéutico. Esto no quiere decir que toda imagen evocadora induzca cambios terapéuticos y tampoco que éstas solas sean suficientes. Para que un aforismo o una metáfora puedan ser instrumentos terapéuticos eficaces han de exponerse en el momento correcto y de la manera adecuada.

En este sentido, es muy importante alternar en el diálogo razonamientos estrictamente lógicos con ejemplos sugestivos o metafóricos. Para ser más claros: una vez alcanzado un acuerdo en el diálogo conducido a nivel lógico, se puede ofrecer al paciente una representación en clave analógica y evocadora de la misma situación. Por ejemplo, si en el diálogo ha surgido una situación en la cual la persona parece atrapada por su miedo a perder el control que le induce a esfuerzos continuos por mantenerlo sin conseguirlo plenamente, se podría representar todo ello como sigue: «Como aquel que dentro de una celda oscura se arrima con esfuerzo hacia la única ventanilla para arrebatarse un poco de luz, cuando sólo tuviera el valor de atravesar la oscuridad descubriría que la puerta está abierta

O en el caso de una persona arrebatada por su compulsión a comer, se podría representar así: «Cuando se tiene el impulso de devorar la comida, significa que hay algo dentro de nosotros que nos está devorando», abriendo así el espacio a sentir y a realizar lo que alimenta el problema.

Igualmente, en el caso de quien quisiera escapar de su realidad cotidiana como intento por liberarse de sus dificultades de relación: «Dondequiera que vaya no podrá liberarse de usted mismo... Su peor compañía no puede evitarla... "Allá donde huye el hombre siempre se lleva a sí mismo" le diría Séneca»

Filialmente, frente a una persona que se tortura con dudas continuas se puede declarar de forma evocadora: «cada vez que intenta deshacer una de sus dudas crea otra nueva... No existen respuestas correctas a preguntas incorrectas... cada vez que crea una respuesta racional a sus dudas irracionales, añade un trozo a la construcción del laberinto en el que se encuentra aprisionado»

El arte del evocar sensaciones terapéuticas está representado por la capacidad de encontrar las imágenes y las formulaciones lingüísticas que encajen a la perfección en la situación de la persona, de forma que evoquen hacia aquello que hay que cambiar y el énfasis del placer hacia aquello que ha de ser aumentado.

En otras palabras, hay que evocar de forma estratégica y no por casualidad.

Crear la armonía de las redundancias

Como dice Zeig, establecer un contacto hipnótico es como seducir. Desde la antigüedad el lenguaje de la seducción se diferencia del formal por su rico recurso a la poesía y a la musicalidad que activan el encuentro amoroso.

Una característica esencial de la música y de la poesía es la redundancia: la repetición de una melodía y la concordancia de sonidos o tonalidades. Esta estructura expresiva envuelve y encanta al oyente mediante el agradable efecto melódico de la repetición de acordes entre los sonidos y las palabras.

Si en la hipnosis la repetición de las fórmulas para inducir el trance reviste un rol fundamental, en la hipnoterapia sin trance pasa a ser crucial la utilización de un lenguaje armónicamente redundante.

Precisamente gracias al encuentro que este lenguaje crea, se construye el efecto sugestivo y evocador de un enunciado cualquiera, de otra forma poco influyente, tanto que los lingüistas definen la redundancia como un dispendio económico, en cuanto sus efectos son mucho mayores que su coste.

Son muchas las maneras de crear el efecto de la redundancia así como también son numerosos los modos de crear armonía.

Para crear efectos armónicos, ya sea en el lenguaje o en la música, a veces la disonancias estridentes producen una gran armonía y desacuerdos significativos pueden hacer sentir la fascinación del efecto del contraste. Buscar el efecto de la redundancia no significa hablar en rima sino crear una armonía musical, que tendrá que ser repetida o retomada con variaciones sobre el tema. Con este fin se puede sencillamente retomar más veces, en el curso del diálogo, una afirmación sobre la cual se haya creado un acuerdo y utilizarla como un puente para alcanzar otras asunciones. Como en el caso en que, para proponer una perspectiva nueva, vuelvo a utilizar desde el principio lo que ha sido anteriormente discutido como si fuera la trama de una historia, a la que añado una ulterior evolución posible.

O de forma más teatral, como en el caso de una técnica muy conocida para el tratamiento de compulsiones obsesivas, puedo prescribir: «Cada vez que realice uno de sus rituales obsesivos tendrá que repetirlo cinco veces, ni una más, ni una menos. Si lo hace una vez tendrá que hacerlo cinco veces, ni una vez menos, ni una vez más... Puede no hacerlo... pero si lo hace una vez tendrá que hacerlo cinco veces, ni una más, ni una menos».

En este caso el efecto de la redundancia, fuertemente hipnótico, parece más evidente. La redundancia de forma sugestiva no requiere obligatoriamente este tipo de actuación retórica y teatral. Puede ser suficiente, como en el caso de la técnica del diálogo estratégico (Nardone, Salvini, 2004), parafrasear de manera sistemática las respuestas de nuestro interlocutor partiendo siempre de la primera respuesta hasta alcanzar la última. Esto para repetir, ordenándola de forma distinta, la secuencia de las respuestas obtenidas como en una especie de estribillo con variaciones sobre el tema.

Actuando así, el efecto de la redundancia se crea sobre las mismas palabras que la persona nos ha proporcionado y no sobre las que nosotros le proponemos. El proceso de redundancia y la edificación de acuerdos se convierte en una construcción. Una partitura escrita e interpretada a cuatro manos, aunque dirigida

por el más experto de los dos autores. Para terminar debería quedar claro que no existen límites para crear redundancias sugestivas, en cuanto las posibles combinaciones poéticas y musicales son infinitas. Lo que es importante es que se haga una utilización dirigida al cambio y que no se trate de una mera expresión artística.

Redefinir resumiendo

Tras esta excursión por las prerrogativas esenciales de una comunicación sugestiva, capaz de crear un estado alterado de consciencia sin trance hipnótico formal, y sus usos terapéuticos, no queda más que ponerle el marco a este cuadro.

Creo que el mejor modo es utilizar otra técnica sugestiva, o «resumir para redefinir» (Nardone Salvini, 2004). La utilización de la hipnoterapia sin trance requiere de una notable preparación por parte del terapeuta, que ha de ser capaz de gestionar estratégicamente toda una serie de elementos de su comunicación, de su intuición y de su razonamiento. Ha de ser capaz de armonizar sus palabras y sus gestos, su mímica y los significados expresados, la forma y el contenido de sus enunciados, hacer sus palabras musicales y cargadas de significado. En otras palabras, ser intérprete y autor al mismo tiempo de la obra que se representa, al mismo tiempo director y protagonista de la escena. Sin embargo, para obtener todo esto el terapeuta debe formarse y moderarse a imagen y semejanza de su arte. Y esto prevé «convertirse en lo que queremos que sea el mundo» parafraseando las palabras de Gandhi. Esto significa que no se puede ser sólo ficción artística: por otro lado, en la antigua tradición del teatro griego se dice que el autor, a fuerza de ponerse máscaras, se convierte él mismo en la máscara y pierde su identidad. El terapeuta ha de perfeccionar a través de un entrenamiento prolongado, bajo una supervisión experta, sus capacidades utilizando al máximo sus recursos personales, para ser capaz de efectuar consigo mismo lo que quiere efectuar con otro. No es casualidad que al principio de este capítulo he hecho referencia a la importancia de saber aumentar las propias capacidades de percepción y de reacción a través de la autoinducción de un estado hipnótico sin trance.

Por lo demás, como escribe Cioran: «El psicólogo tendría que ser tan elástico que pudiera rotar constantemente en torno a su propio eje y hacer de los ejes ajenos otros tantos puntos de gravedad».

Capítulo 6

Volver «mágicas» las palabras en acción"

Tras haber descrito las características esenciales de la hipnoterapia sin trance me parece indispensable, con el fin de hacer la exposición más clara y concreta, presentar ejemplos reales.

El primero de ellos es relativo a una sesión de psicoterapia breve estratégica desarrollada como demostración pública; el segundo, en cambio, es la transcripción de una «actuación extrema» que pone a la vista el potencial realmente sorprendente que la técnica posee.

Dicho de otro modo, el primer ejemplo representa la actividad cotidiana de quien practica psicoterapia adoptando la técnica descrita; el segundo caso es una situación excepcional que requirió una prestación "extraordinaria.

Este ejemplo de hipnoterapia sin trance es la transcripción de una sesión realizada durante un seminario con una colega que se presentó para una demostración en público de la técnica.

Fase I: Indagar acerca del problema que se quiere resolver mediante preguntas estratégicas en forma de embudo.

NARDONE: ¿Cómo es que te han venido ganas de hablar conmigo?

PACIENTE: ES un problema ligado a la comida, en el sentido que descuido el hecho de comer, me olvido de comer.

N: ¿Te olvidas voluntariamente o te olvidas involuntariamente?

P: Las dos cosas.

N: ¿Y cuando decides olvidarte voluntariamente, consigues saltarte la comida?

P: Se me da muy bien el olvidarme voluntariamente.

Fase II: Paráfrasis de las respuestas para crear un acuerdo.

N: Ok... Corrígeme si me equivoco, tú eres una persona muy buena olvidándote voluntariamente de la necesidad de comer, y así te saltas continuamente las comidas.

P: A menudo me salto las comidas.

Fase III: Las preguntas se concentran más respecto a la intención de la persona con su problema.

N: ¿Y te sucede muchas veces que te obligas a comer o evitas obligarte a comer?

P: Me obligo a comer.

N: ¿Y te obligas a comer porque tienes miedo de adelgazar demasiado o porque tienes miedo de estar mal?

P: Porque tengo miedo de estar mal, no tengo suficiente energía, no le echo gasolina al cuerpo.

N: ¿Y te obligas a comer cuando notas que tu gasolina se ha acabado o te obligas antes con un rigor sistemático?

P: Ambas cosas.

Fase IV: Primera paráfrasis con reestructuración relativa al funcionamiento del problema. Nótese que el terapeuta utiliza la lógica del pariente reorientándola de forma que hace surgir su evidente sensación de fracaso respecto a los objetivos de la persona que la utiliza.

N: Por tanto... Si no estoy equivocado, si lo estoy corrígeme, tú eres una persona que consigue voluntariamente olvidarse de comer, y esto lo haces tan bien que logras saltarte muchas comidas, pero luego en ciertos momentos te asustas porque crees que tienes menos energía y te obligas a comer.

P: Precisamente así.

N: ¿Cuándo te obligas a comer experimentas placer o molestia?

Fase V: Las preguntas se concentran en las sensaciones evocadas anteriormente: miedo y placer, y su control.

P: Noto placer, no molestia. Noto placer o siento la consciencia de que estoy haciendo algo útil para mi cuerpo.

N: ¿Y qué es lo que te asusta más, cuando notas placer o cuando notas que te comportas bien con tu cuerpo?

P: Ninguna de las dos cosas me asusta.

N: ¿Estás segura?

P: Sí.

N: ¿Cuándo notas placer al comer, te lo concedes o al cabo de un poco lo has de bloquear?

P: Me lo concedo.

N: ¿Cuándo te lo concedes, lo haces hasta el punto de que comes demasiado o siempre te controlas?

P: Mi «demasiado» es una comida normal para otras personas.

Fase VI: Paráfrasis evocadora respecto a la gestión contraproducente de las sensaciones de placer y de miedo. Se nota que gradualmente se construyen acuerdos sugestivos en relación con el funcionamiento del problema y con su gestión intentada.

N: Ok, corrígeme si me equivoco, me estás diciendo que te concedes el placer de comer, pero tu placer es un placer controlado, porque lo que tú te puedes conceder, y que haces sólo a veces, es algo que los demás hacen normalmente en cada comida.

P: Sí, es así.

Fase VII: Las preguntas se orientan a hacer emerger / cómo es concretamente el intento de control que le hace perder el control.

N: Y si una persona se concede el placer controlado, según tú, ¿lo hace porque este placer le asusta o este placer es algo que le gusta mucho?

P: [No contesta, se ruboriza y se muestra agitada].

N: Quizás he hecho una pregunta demasiado difícil o demasiado entrometida.

P: No lo noto mucho.

N: Cuando experimentas placer al comer, ¿cómo es que lo frenas? ¿Tienes miedo que esto te haga engordar o tienes miedo de perder el control?

P: El estómago es pequeño, no cabe todo, es suficiente lo que como que me gusta, pero no demasiado porque no cabe todo.

Fase VIII: Resaltando la capacidad de la persona, el I terapeuta enuncia una hipótesis sobre como el equilibrio disfuncional se ha edificado y se mantiene. O el placer del control del placer.

N: Si no lo he entendido mal, de otro modo corrígeme, tú has sido tan buena controlándote, controlándote y controlándote que ahora no puedes hacer otra cosa. También tu organismo ha aprendido a hacerlo, también tu estómago y te da sensaciones de que estás llena muy rápidamente, y tú no puedes avanzar porque si no empiezas a transformar una cosa agradable en otra desagradable.

P: Ok, es así.

Fase IX: Al llegar a una serie de acuerdos e informaciones claras relativos a la formación y persistencia L del problema, se resume todo para evocar al mismo tiempo sensaciones de aversión frente a la gestión disfuncional del miedo y del placer mediante el intento de su control, así como el placer de transformar sus capacidades de fallidas en constructivas. Todo de forma que se prepara el terreno para las sugerencias siguientes orientadas al cambio.

N: Ok, déjame resumir: tú eres una persona que ha aprendido a controlarse, controlarse, controlarse con la comida, hasta aprender a olvidar comer de forma voluntaria.

P: A posponer.

N: Posponer, aplazar...

P: Como dice un proverbio zen, dormir y comer poco.

N: Ok. Por lo tanto has aprendido a aplazar, a posponer la comida y el descanso. **P:** [Asiente].

N: Así que has sido tan buena aprendiendo a controlarte y a esforzarte, a controlarte y a esforzarte, que no consigues dejar de hacerlo, y también tu organismo va en esta dirección y te envía mensajes continuos de que estás llena. Has conseguido transformar el vacío en lleno. Así que realmente lo has hecho muy bien. Y posiblemente has logrado transformar la fatiga en un estado de éxtasis, y muy buena aprendiendo a evitar concederte la relajación y el placer...

P: [Sonríe y asiente].

N: Casi nunca soy tan entrometido. ¿Así que lo he entendido bien?

P: [Asiente seriamente].

Fase X: Tras haber construido el acuerdo final se procede sugiriendo una relectura analógica y metafórica de toda la narración, pero introduciendo en la trama elementos evocadores que puedan influenciar hacia el posible cambio; todo ello desarrollando la narración sin alterar sus características de fondo.

N: Por la tanto, permíteme una imagen. Eres como uno de los antiguos guerreros que se ha construido una coraza formidable para ir a la guerra y estar segura de que queda protegida de cualquier ataque. Más bien, una coraza que hace que seas capaz de moverte mejor; no una coraza antigua sino futura, un traje de *Matrix*, que te permite hacer cosas excepcionales, cosas que muchas personas no soñarían nunca poder hacer, y has sido muy buena en esto, y esto es algo que te gusta demasiado para dejar de hacerlo. Sin embargo, esta armadura, este traje mágico, también es tu cárcel: cuanto más te protege, más te aprisiona, cuanto más te ayuda para que seas capaz de ir a la guerra, más te limita para que puedas relajarte, para que puedas concederte comer con placer.

P: Sí, es cierto.

Fase XI: Búsqueda de acuerdo sobre la necesidad de cambio, evidenciando las dotes de la persona con dulzura y provocación, o hacer de la prescripción un descubrimiento conjunto más que una directriz.

N: Lo que me gustaría pedirte es... ¿crees que podrías ser también tan buena en otra dirección?

P: Of course.

Fase XII: Confección metafórica de la prescripción terapéutica.

N: Se trata de construirse una armadura nueva. Tú sabes que en la Edad Media y en la antigua China utilizaban armaduras pesadísimas que protegían pero aprisionaban. Si un guerrero se caía al agua se ahogaba a causa del peso de su armadura; cuando los caballeros fueron a proteger el templo sagrado y atravesaron desiertos, murieron abrasados dentro de sus armaduras. Así que las armaduras han cambiado, se han convertido en chalecos de cuero, no de metal, capaces de proteger de los cortes dejando el cuerpo libre para moverse, y sin apretarlo en algo que les aprisione. De este modo los caballeros pueden atravesar desiertos sin quemarse y caer al agua sin ahogarse.

Fase XIII: Utilización de la provocación paradójica para evocar la reactividad terapéutica.

N: Tendremos que hacer algo parecido contigo, pero esto requiere mucho esfuerzo, mucha diligencia, mucha constancia y yo no sé si tu serás capaz. Es cierto que has sido muy buena en una dirección. Quizás podrías también serlo en la otra, pero no puedo saber si lo serás.

P: Normalmente consigo hacerlo que quiero.

Fase XIV: Tras haberse puesto se acuerdo sobre la necesidad del cambio y haber creado de forma inevitable la puesta en acción del modo para llevarlo a cabo, se sugiere una prescripción construida a medida para el paciente y su problema.

N: Para empezar a construir esta armadura nueva quisiera pedirte que hicieras un experimento diario: buscar en tu jornada, tres veces, cada mañana, cada mediodía y cada noche, una pequeña trasgresión a tu orden. Tú sabes que el orden demasiado metódico es un sistema que se muere porque no evoluciona; todo sistema necesita un pequeño desorden para evolucionar hacia un orden superior. Es lo que llamamos entropía de los sistemas vivientes, y tú la conoces bien. Quisiera pedirte que introdujeras en tu orden algún desorden pequeñísimo, tres desordenes pequeños al día. Sin embargo, hay un truco, porque hay que utilizar una estratagema con tu mente, y estoy convencido de que puedes usarla, porque eres muy buena olvidando voluntariamente.

Dos trasgresiones tendrán que ser voluntarias y una involuntaria.

Escoges con la comida una trasgresión pequeña y agradable, y otra pequeña trasgresión con el descanso. Sin embargo, la más importante será la involuntaria. Así que quisiera dos pequeñas transgresiones: concédete una pequeñísima trasgresión alimentaria con algo que te guste mucho, voluntariamente; una trasgresión a tu orden, a tu fatiga, voluntariamente. Por ejemplo, concédete una chocolatina o un postre que te guste, o algo salado, algo que te guste mucho, en un momento alejado de las, comidas, voluntariamente cada día, así como escoge voluntariamente evitar cumplir una tarea, stop, por un momento evita hacer algo que tendrías que hacer como obligación, voluntariamente. Cuando hayas hecho estas dos cosas voluntariamente, presta mucha atención durante el resto del día para cuando llegue espontáneamente el que tú faltes a tu obligación, cuando un pequeño desorden aparezca de forma espontánea.

P: Ok, el experimento me gusta.

Fase XV: Se ha utilizado la necesidad de control poniéndolo contra el intento fallido de control, creando al mismo tiempo una alternativa que ofrece un tipo de control más elevado. Sin embargo, esta nueva modalidad lleva al descubrimiento del placer de la espontaneidad y del placer mismo como elementos fundamentales para el control de las propias sensaciones y emociones. En términos metafóricos y del arte de la estratagema se ha «creado de la nada» y se ha hecho «subir al enemigo al desván para después quitarle la escalera».

Nuestra colega nos ha enviado un correo electrónico después de algunas semanas: «Gracias por haberme hecho capaz de tener una coraza elástica y agradable de llevar».

Este ejemplo requiere, para no ser malinterpretado, una breve introducción. Hace algunos años fui contratado por la RAI para participar en una retransmisión dedicada a los deportes extremos y a experiencias de este tipo.

Mi rol tenía que ser el de hablar del miedo a la altura, la llamada acrofobia, explicar su estructura e ilustrarlos modos de superarla.

El capítulo del programa se desarrollaba en la terraza de la Torre Carnegie en Nueva York a más de trescientos metros de altura.

Algunos atletas de deportes de riesgo participaron en el capítulo exhibiéndose en sus especialidades: trepar por las paredes del rascacielos o tirarse al vacío para en el último momento abrir un paracaídas, o caminar por una cuerda colocada entre las dos Torres Gemelas.

La casualidad quiso que uno de los dos presentadores estuviese afectado precisamente de acrofobia y quedase paralizado por el miedo, incapaz de asomarse a la terraza ni de acercarse a la barandilla.

Probablemente la presencia de todos estos deportistas de riesgo me sugestionó hasta tal punto que intenté una terapia también de riesgo. Los directores quedaron muy contentos con el cambio en el programa que haría el capítulo más espectacular, tanto si yo lo conseguía como si fracasaba.

Por lo que parece, mi estado de sugestión funcionó muy bien: lo que sigue es la transcripción literal de la intervención estratégica sobre la presentadora, que fue transmitida en directo.

PACIENTE: Bien... yo ahora tengo... tengo que pedir un momento algo al doctor Nardone. Doctor Nardone, creo que le necesito verdaderamente en este momento porque...

NARDONE: Veamos si puedo hacer alguna cosa.

P: En, hoy le he requerido muchas veces porque he vivido emociones muy fuertes, cuando he visto a Jimbo y a Andrew de pie allí... allí fuera. No sé si usted también los ha visto...

N: Sí.

P: Seguramente... me sentía muy mal. Casi tenía dolor de estómago. Precisamente dolores aquí, muy fuertes. Además, Mauricio, Mauricio cuando... cuando ha subido... ahí de verdad que tenía miedo de morirme. Es decir, tenía una sensación casi, era casi un deseo de tirarme abajo, pero no conseguía verlo precisamente... era una cosa tremenda...

Fase I: Comunicación tranquilizadora pero ambivalente. El objetivo de esta maniobra inicial es la captura sugestiva de la persona y la movilización de su participación activa en el evento sugestivo.

N: Quizás puedo ayudarle.

P: ¿Sí?

N: Quizás. Sólo si está dispuesta a hacer algo muy extraño ahora. Algo que en apariencia es ilógico, que después le explicaré.

Fase II: Inicio de la inducción hipnótica sin trance mediante un ritual de acción en apariencia absurdo. El objetivo es el de trasladar la atención de la persona de la escucha de su miedo a los efectos de esta extraña situación.

N: Por ejemplo, cruce los dedos así, bien, como yo. Vea que el pulgar va encima. Gírelo, ponga el otro pulgar debajo, y ahora empiece a apretar con fuerza, fuerte, fuerte, hasta que le duela. Y ahora, hablando, venga conmigo... [Giorgio Nardone y la presentadora se dirigen del centro de la terraza hasta el borde. La presentadora camina con las manos cruzadas apretándolos dedos como le ha sido prescrito].

P: No siento ni el frío que hace.

Fase III: Conminación de fantasía paradójica. Sobre la base de la experiencia en el tratamiento de las fobias y del pánico, el terapeuta aplica una técnica definida como «la peor fantasía»^{3*}, para inducir el efecto paradójico de calmar el miedo buscando evocarlo voluntariamente.

N: Empezamos a imaginar que se está asomando, que ve el vacío debajo suyo, que tiene miedo, miedo. Imagínese lo peor que puede sucederle: que es atraída por el vacío, que se tira, que puede lanzarse... y mientras tanto comenzamos a ir hacia...

P: Tengo que imaginarme las cosas peores...

N: Cierto, las cosas peores. Vamos y veamos si logramos hacer algo distinto [Se dirigen hacia la barandilla]. Bien.

P: Del tipo... ¿no será que quiere que me tire?

N: No, no, no. Sólo quiero hacer una terapia extrema, se lo dije. Así que puede bajar, bien...

P: ¿Tengo que apretar siempre así, eh?

Fase IV: Una posterior estratagema sugestiva. Para incrementar su estado de hipnosis sin trance, el terapeuta añade otro ritual en apariencia sin sentido.

N: Sí, sí, sí. Bien. Apriete fuerte, fuerte. Ahora, cuando baje el último escalón, dese la vuelta, dese la vuelta porque tiene que andar hacia atrás. Bien, sígame, hacia atrás, hacia atrás, todavía, todavía, bien, bien, muy bien, todavía, todavía, todavía...

P: ¿Pero he de cerrar los ojos o tenerlos abiertos?

N: No, como quiera, como quiera. Ahora, apóyese, apóyese, hemos llegado a la barandilla.

P: Eh.

Fase V: Conminación del ritual sugestivo unido a la técnica de peor fantasía. En el momento crucial en el que la persona tendrá que experimentar la experiencia emocional correctiva del miedo, se carga al máximo la sugestión uniendo las dos técnicas utilizadas: la de desviar la atención y la de la conminación paradójica.

³ * Para una detallada descripción de la técnica de «la peor fantasía» se remite a Nardone (1993,2001,2003).

N: Ahora puede hacer una respiración profunda, apriete, apriete, apriete, apriete, apriete, apriete, y piense en todo lo peor que podría sucederle: que el vacío le atrae, que se tira...

P: Sí, pero yo siento que la pared no está.

N: Bien, ahora...

P: ¿Está seguro de que estoy cerca de la pared?

Fase VI: Primera experiencia de contacto con la realidad amenazadora. Giorgio Nardone desvía la atención pidiéndole permiso para pasar del Usted al Tú en el diálogo, con la doble finalidad de distraer y reforzar la relación con la persona que se está confiando.

N: Sí. Un poco más cerca [la lleva a que toque la barandilla], toquémosla. Ahora puede darse la vuelta. ¿Puedo tratarte de tú?

P: Sí.

Fase VII: Inicio del ritual de paso de la sensación de pánico al placer del descubrimiento de mirar desde lo alto. O la construcción de la experiencia emocional correctiva.

N: Bien, Bárbara, ahora puedes darte la vuelta, puedes mirar recto hacia el horizonte [Ella se da la vuelta con los ojos cerrados]. Bien, muy bien.

P: Ahora tengo que mirar.

Fase VIII: posterior ritual sugestivo de descubrimiento de sensaciones agradables.

N: Si, cierto. Pero quisiera que antes mirases hacia delante... A la derecha... A la izquierda... luego podrás bajar la mirada y ver lo bonito que es desde aquí arriba...

P: Pero es una locura. No, es realmente extraño... yo... yo... consigo mirar. Veo los coches abajo. Es increíble. Es la primera vez en mi vida que miro hacia abajo, ¡eh!

Fase IX: Estabilización y concretización de la nueva percepción. Tras haber provocado el cambio de sensaciones, se concretizan en el plano de consciencia cognitiva.

N: Y sin miedo, ¿verdad?

P: Sí, Sí... sin miedo.

N: ¿Y te gusta mirar los coches?

P: ¡SÍ! LOS techos de los coches.

N: Muy bien, muy bien.

P: Es increíble esto. ¿Pero cómo es posible? ¿Ahora me puedo animar?

Fase X: Se cumple el ritual y se hace repetir la experiencia sin sugestión. El objetivo es el de hacer que la persona sea la protagonista real de la experiencia de cambio.

N: Cierto. Ahora puede liberar las manos.

P: Sí.

N: Bien. Puede abrir las manos...

P: Pero, dice que si ahora abro las manos y miro, ¿lo conseguiré?

N: Sí, creo que sí. [Bárbara se asoma y mira hacia abajo tranquila y complacida].

Fase XI: Prescripción de repetición de la experiencia. Para evitar que vuelva el pánico y consolidar el resultado obtenido.

N: De ahora en adelante siempre podrá hacerlo, basta que se entrene de vez en cuando.

P: O sea, que de vez en cuando me he de acordar de hacerlo, de asomarme desde lo alto.

N: Sí, sí.

P: ¿Qué es lo que me ha hecho? ¿Qué es, desviar la atención...? Porque no lo entiendo...

Fase XII: Explicación de la técnica utilizada para despejar el campo de cualquier idea de magia y, sobre todo, para que la persona sea consciente de sus recursos reales antes bloqueados por el pánico.

N: No es magia. Es una estratagema terapéutica que utilizamos desde hace muchos años para los miedos más graves, para las fobias que bloquean, como los ataques de pánico, el miedo al vacío, la agorafobia; todas aquellas fobias que hacen que la persona sea incapaz de hacer algo. Hay que desviar la atención de la persona hacia una tarea en apariencia ilógica, absurda, pero que requiera mucho esfuerzo y que, por tanto, no dé motivo a la persona para que desencadene su miedo, y se convierta en pánico.

P: Cierto.

N: Como decía antes el especialista...

P: Como decía antes el especialista, que...

Fase XIII: Normalización de la experiencia. Se explica aún más detalladamente lo que ha ocurrido y cómo se ha producido.

N: Tener miedo es racional, el pánico inmoviliza. En otras palabras, he utilizado un poco de sugestión: como te has dado cuenta he hablado de una cierta manera, te he guiado de una cierta manera, he utilizado un lenguaje y he puesto en funcionamiento lo que los antiguos chinos llamaban «surcar el mar sin que el cielo lo sepa». He desviado tu atención hacia la tarea y tú ya no has tenido la reacción fóbica que normalmente tenías. **P:** Me gustaría saber... sabía que normalmente estos miedos vienen de experiencias traumáticas, ¿no? Como yo...

Fase XIV: De la experiencia vivida se pasa a hablar de aspectos más generales del miedo. Se implica al otro presentador, que al ser un «deportista de riesgo», permite añadir el marco final al ritual del paso realizado que ha conducido a Bárbara del miedo al placer de mirar desde ía altura.

N: En nuestro Centro de Terapia Estratégica de Arezzo, desde hace más de diez años, investigamos sobre formas graves de miedo con la intención de poner a punto tratamientos específicos para este tipo de trastornos, así que hemos estudiado las fobias generalizadas más importantes y hemos observado que en su formación el trauma existe solamente en poquísimos casos.

P: De hecho., yo no he padecido traumas, es decir, no es que...

N: En la mayoría de los casos las personas comienzan a tener la duda: «Podría tener miedo, o podría ser atraída por el vacío, o podría tirarme, o podría... podría, sucederme algo. Siguiéndolos pasos de esta duda empiezan a poner en acción intentos para controlar las propias reacciones. Estos intentos por controlarlas crean una auténtica paradoja por lo que las reacciones, en cambio, se acrecientan.

P: Exacto. Una última cosa, ¿cómo es que en la montaña no me sucede, en cambio me ocurre en estos... en los edificios o en las escaleras?

N: Sencillamente porque en la montaña la extensión del espacio te da una percepción diferente. Aquí existe la percepción de «podrías tirarte abajo», «podrías ser atraída»; es una percepción particular. Es muy interesante también reflexionar sobre el hecho de que vosotros, personas que lleváis a cabo experiencias muy particulares y, por tanto, definidas como personas valientes que van más allá de los límites, no creo que no tengáis miedo, creo que lo tenéis pero que lo conseguís al prescribiros un porcentaje de ir más allá y transformar a veces los escalofríos del miedo en escalofríos de excitación agradable.

P: ¿Es así Robert?

R: Seguro que es así, también nosotros tenemos miedo como todo el mundo, pero quizás logramos gestionarlo un poco mejor porque lo conocemos, le damos un nombre, un cuerpo.

N: Lo concedo, si superarlo y yendo más allá luego resulta agradable.

Algunas semanas después de esta experiencia, Bárbara descendió al vacío, permaneciendo sujeta a una cuerda junto a un espeleólogo, en una profunda gruta de más de cuarenta metros. Contactó conmigo para darme las gracias diciendo que siempre se acordaría de mí y de aquella extraña experiencia en la Torre Carnegie de Nueva York.

Epílogo

Llegados al final de este viaje al interior del universo de la sugestión, de la hipnosis y de su aplicación terapéutica, surge una duda: ¿habremos sido realmente capaces de alcanzar nuestro objetivo? ¿habremos desmontado los mitos y desvelado los misterios del arte hipnótico?

Lo que es cierto es que hemos intentado sacar a la luz las características de esta realidad y las técnicas más evolucionadas para utilizarlas con fines terapéuticos.

Hemos omitido polemizar y criticar los usos y los abusos de la hipnosis como instrumento de espectáculo o de manipulación fraudulenta de una persona, no por olvido, sino porque creemos que hablar de ello ya es darle una importancia que no merece. Por lo tanto, la elección de presentar la mitad iluminada de la luna es una manera de exaltar sus aspectos de encanto poético, de positiva fascinación y de concreta utilidad, evitando de este modo hacer su oscuridad morbosamente atractiva.

Quizás la mejor manera de disentir realmente de alguna cosa no es criticar sino callar, hacer que descienda sobre ella un sugestivo silencio.

Giorgio Nardone

Referencias bibliográficas

- Araoz, D. (1985), *The New Hypnosis*, Jasón Aronson, Northvale.
- Banyai, E. L. Meszaros, I, Csokay, L. (1982), Internet between Hypnotist and Subject A social psychophysiological approach, in *International Journal of Clinical and experimental Hypnosis*, 30, pp. 193-201. Bini, L, Bazzi, (1954), *Psicología Medica*, Vallardi, Milano, p. 460.
- Bottacin, G., Brondino, G., Perón, M. (1979), *Ipnosi senza riniti. Un studio sulla fenomenología della realtà hipnótica*. Ed. Mediterranee, Roma.
- Chauchard, P. (1966), *Hypnose et sugestión* (traducción italiana, *Ipnosi e suggestione*, Ed. Mediteranee, Roma, 1964).
- Chertok, L. (1965), *L'Hypnose. Les problemes theoriques et praiiques. La technique* (traducción italiana de Bonarelii, S., *L'ipnosi. Teoriapraticatecnica*, Ed. Mediterranee, Roma, 1971).
- Edlestein, M.G. (1982), *Trauma, trance e trasformazione; guida clínica aU'ipnoterapia*, Astrolabio, Roma.
- Edgette J. & Edgeíte, J. (1995), *77bé? handbook o/Hypnotic Phenomena in Psychoterapy*, Ed. Brunncr/Mazel, Pennsylvania. Ellenbcrcger, H. F. (1976), *la scoperta dell'inconscio: storia delta psiquiatria dinámica*, Vol. I y II, Boringhieri, Torino. Elster, j. (1983) *Ulises e le sirene: indagini sulla racionalita e l'irrazionalita*. W Mulino, Bologna. Erickson, M.H. (1948), *Hypnotic Psychoterapy*, in *The medical clinics of NorhAmerica*, 5, pp. 571-583. Erickson, M. H. (1964a), *Initial experiments investi gating the nature of hypnósis*, in *Am. Journ. Clin. Hypn.*, 7, pp. 152-162. Erickson, M. H. (1964b), *An hypnotic technique for resistant patients, The patient, the technique and its rationale ans field experiments*, in *Am. Journ, Clin. Hypn.*, 7, pp. 832. Erickson, M. H. (1978), *Le nuove vie dett'ipnosi*, (a cura di Rossi, E. L.), Astrolabio, Roma. Erickson, M.H. (1984), *L'ipnosi in medicina*, in *Opere*, Astrolabio, Roma, Vo. IV. Erickson, M. H., Rossi, E., & Rossi S. (1976, 1979), *Tec niche di suggestione hipnótica*, Astrolabio. Roma. Estabroocks, G. H. (1964), *Hypnotism*, Dutton, New York.
- Guantieri, G. (1973), *f'ipnosi*, Rizzoli, Milano.
- Gravitz, M.A. (1991), *Early theories of hypnósis: a clínica I perspective*, in Jay Linn, S., Rué, J. W. (Eds.), *Theories of Hypnosis: cuirent models and perspectives*, Guilford, New York.

Gulotta, G (1980), *Ipnosi Aspetti psicologici, clinici, legali e criminologici*, Giuffrè, Varese.

Haley J. (1973), *Uncommon tbera/jp tbe psychiatric techniques of Milton Erickson*, Norton, New York.

Hailey, J. (a cura di) (1978), *le nune vie dell'ipnosz*, AstroJabio, Roma.

Haley, J. (1990), *Strategies of psychotherapy*, Triangle Press, Norton, New York.

Janet, P. (1996), *Neuroses et idées fixes, I. Etudes experimentales sur les troubles de l'@ volonté, de la mémoire, sur les émotions, les idées obsédantes et leur traitement*, cap. XII, 1914 (1898) en Pierre Janet. *La passion sonamhulim e altri scritti*, Iguori, Napoli.

Janet, P. (1919), *Les médications psychologiques*, Alean, Paris.

Laurence, J. R., Perry, C. (1988), *Hypnosis, Will and memory. A psycholegal history*. Guilford, New York.

Loriedo, C. (2002), *The new hypnosis in the old hypnosis: memories of the future*, in Loriedo, C., Peter, B. (eds), *The New Hypnosis: The utilization of personal resources ericksonian practice and training*, Hypnosis international monographs, Munich.

Loriedo, C, Nardone, G., Watzlawick, P.; Zeig, J. K. (2002), *Strategie e strategie della psicoterapia*, Franco Angeli, Milano.

Mesmer, F.A. (1779), *Mémoire sur la découverte du magnétisme animal*, par Mesmer, docteur en médecine de la faculté de Vienne, Didot, Genève and Paris.