

MEMÒRIA CLINICA D'UN CAS EN PSICOTERÀPIA:

**Tratamiento de un caso de disociación
con Hipnosis y EMDR combinados.**

Jesús Sanfiz Mellado,

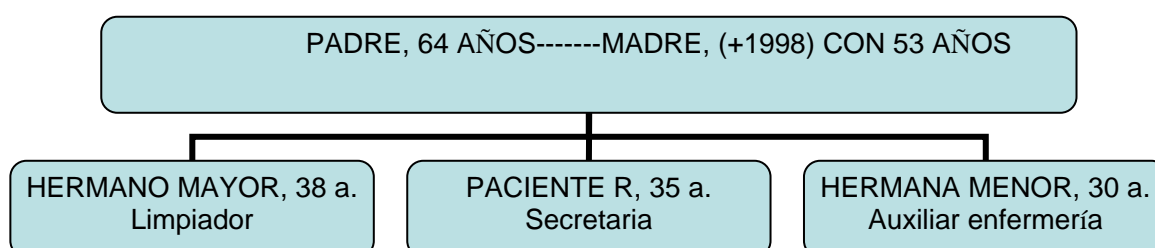
I Promoció del Postgrado de Hipnosis clínica de la
UNIVERSITAT DE BARCELONA.

DEPARTAMENT DE PERSONALITAT, AVALUACIÓ Y
TRACTAMENT PSICOLÒGICS
FACULTAT DE PSICOLOGIA

Tratamiento de un caso de disociación con Hipnosis y EMDR combinados.

1. PRESENTACIÓN DEL CASO.

1.A GENOGRAMA



1.B MOTIVO DE LA DEMANDA

La paciente, a la que llamaremos R, es una mujer de 35 años, físicamente explosiva, pide consulta por las dificultades que tiene para “sentir algo” cuando tiene relaciones sexuales con su pareja, con la que convive desde hace año y medio. Se queja de falta de deseo sexual. Cuando tiene relaciones sexuales con su pareja, siente angustia y rechazo.

Reside en Barcelona, y es hija de emigrantes. Su familia de origen se instaló en la periferia de Barcelona, donde creció con un hermano menor que ella. La familia sobrevivía como podía y prestaba muy mínima atención a los hijos; en todo caso, el hijo varón era el que recibía casi toda la atención, desarrollando una concepción del mundo muy tradicional en la España profunda. A pesar de que nadie le hiciera el mínimo caso dentro de la familia, R consiguió acabar la escuela primaria y tener una multiplicidad de trabajos (dependienta, panadera...) que le permitieron independizarse a los 18 años de su familia.

En la actualidad, trabaja de secretaria en una clínica de estética, cuestión que ha aprovechado para hacerse un par de arreglos: Labios y pechos. Cuando pide la consulta es verano y cubre su cuerpo con el mínimo tejido imprescindible. Es sexy, locuaz, extrovertida, está bien orientada.

1.A DATOS SIGNIFICATIVOS DE LA HISTORIA PERSONAL DEL PACIENTE.

La paciente R no se siente muy unida a su familia de origen. Se da cuenta que no le prestaban atención y que vivió gran parte de su infancia en la calle, y eso dió pie al origen de los problemas.

La paciente R ha tenido innumerables parejas sexuales en su vida, ella misma dice que "se pone en celo" cuando ve un chico que le gusta. Ha llegado a tener relaciones emocionales profundas con tres de sus parejas. Cuando intenta explicar sus dificultades en las relaciones sexuales le cuesta concretar y no sabe muy bien que sienten las mujeres en las relaciones sexuales. Al principio le cuesta hablar de detalles pero durante las sesiones de hipnosis se va sintiendo más cómoda y es capaz de describir sus emociones y sensaciones físicas pero sólo lo hace si se le pregunta a nivel de detalle.

Sus relaciones sexuales comienzan a los 13 años, cuando es una niña larguirucha que todavía no ha hecho el cambio de la adolescencia, y prácticamente no tiene ni pecho. En esa época tiene una relación de amistad con el "cap de colla dels castellers" de su pueblo (un individuo de 32 años) y desarrollan actividades de ocio juntos (fuera de las actividades "castelleres" y sin el control de los padres) en las que ella se siente "la escogida". Se siente mimada y alguien especial para este individuo de 32 años: por fin, alguien que le hace caso.

Una tarde de otoño, que están pasando juntos en una playa solitaria, el individuo de 32 años empieza a acariciarla y a tocarle los pechos, con cierta sorpresa por parte de ella.

La sorpresa deviene total cuando le retira el pantalón y después de unas caricias, la penetra sin más explicaciones. A la adolescente le duele pero calla. Él estaba encima, recuerda todavía la sensación de ahogo. Se debate entre seguir siendo alguien especial para el sujeto de 32 años y la inestabilidad que le produce aquel abuso para el que no está preparada, es una relación de "medio queriendo" pero con una inocencia infantil. Al acabar, R intenta adaptar sus emociones a la situación nueva. No dice nada en casa (no la han escuchado nunca) e intenta sobrellevarlo como puede. No puede hablar con nadie e intenta asumirlo como algo que ella ha buscado.

En los siguientes meses, los contactos sexuales se suceden en sitios públicos: en una iglesia, en los locales de la asociación de castellers, en la playa...

En esa época se debate entre no fallar a "su amigo el cap de castellers", no perder la atención que le presta, y el dolor en la relación sexual, que en sí misma le resulta

incomprensible. Después de 3-4? encuentros (no puede concretar) la relación terminó, sin que pueda recordar cómo.

Durante su vida ha tenido innumerables parejas, que han durado un tiempo muy limitado; con ninguna logró tener relaciones sexuales placenteras. Con la pareja actual, con la que lleva un año y medio, siguen sus problemas y ha decidido por primera vez consultar un terapeuta.

En situaciones sociales nuevas, ha cambiado de identidad "como en un juego". Se inventaba una nueva personalidad y seguía la relación bajo otro nombre y personalidad.

Con 25 años fue tratada de depresión.

1.B SINTOMATOLOGIA Y DIAGNÓSTICO.

Deseo sexual inhibido.

Falta de sensaciones placenteras durante la relación sexual y durante la masturbación.

Ausencia de recuerdos de las relaciones sexuales en anteriores parejas.

Desconexión durante la relación sexual: "se va a otra parte".

Pérdida total de libido en el momento de pasar de los besos a caricias más íntimas.

Angustia física cuando "debe" tener relaciones sexuales con su pareja.

Le incomoda la proximidad física de de otras personas, incluso mujeres.

Temores de homosexualidad.

Toxicomanía ocasional abandonada hace 8 años.

Adicción a la cirugía estética.

Pérdida de energía, fatiga

Amnesia de largos períodos de tiempo, no relacionado con el consumo de drogas.

Flashbacks

Sensaciones de irrealidad, sin estar relacionado con el consumo de drogas.

Fuga psicógena.

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS Y CUESTIONARIOS UTILIZADOS.

Ya en la primera entrevista la paciente habló de síntomas disociativos relacionados con las relaciones sexuales, y de su ansiedad en su relación con otras personas.

Se utilizó el SCL-90-R para ver el nivel de base psicopatológico, con resultados no muy determinantes.

Se utilizó el DDIS (DISSOCIATIVE DISORDERS INTERVIEW SCHEDULE), para concretar el rango de los trastornos disociativos.

Los resultados en el DDIS fueron positivos en:

- AMNESIA DISOCIATIVA
- FUGA DISOCIATIVA
- TRASTORNO DE DESPERSONALIZACIÓN
- TRASTORNO DE DESREALIZACIÓN

Y fueron negativos en cuanto a:

- TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN
- TRASTORNO DE PERSONALIDAD BORDERLINE
- TRASTORNO DE PERSONALIDAD MÚLTIPLE
- EXISTENCIA DE ALTERS.

DIAGNÓSTICO.

El diagnóstico es de TID no especificado, con síntomas de amnesia disociativa, fuga disociativa, trastorno de despersonalización, trastorno de desrealización. Nivel entre moderado y grave.

2. TRABAJO CON EMDR+HIPNOSIS

2.1. PLANTEAMIENTO INICIAL DE TRABAJO.

El planteamiento inicial de trabajo fue la utilización de la técnica EMDR, que contempla que la desensibilización de la historia traumática del paciente y conlleva una solución de la patología o como mínimo una mejoría en la sintomatología que aqueja al paciente.

En un tratamiento estándar, el protocolo consiste en fijar una parte de la historia traumática del individuo, con la peor imagen que recuerde, la emoción que sentía en aquel momento, las sensaciones fisiológicas y la percepción cognitiva en aquel momento del sujeto, mientras se le estimula a través del movimiento de los ojos u otras técnicas de estimulación bilateral.

Normalmente, se produce un cambio significativo en las emociones del paciente que dejan de ser dolorosas, y una integración cognitiva de la historia en en la experiencia del sujeto en un sentido positivo.

En pocas sesiones, después de tratar las situaciones traumáticas que el paciente presente, éste deja de sentir los síntomas ansiosos actuales y las emociones dolorosas y percibe una integración del trauma en el sentido de su historia, de tal manera que ya no "hace daño".

En este caso, después de las dos primeras sesiones en las que se estableció el rapport inicial, la descripción de síntomas y el historial traumático del individuo, comenzamos la primera sesión de EMDR:

1ª SESIÓN DE EMDR.

En esta sesión no habían aparecido con claridad la sintomatología disociativa, por lo que se empezó a trabajar con EMDR su "angustia" reciente a tener relaciones sexuales con su pareja, un hecho reciente que no le provocaba demasiada emoción.

En caso de haber tenido claro que había síntomas de disociación, no se hubiera empezado a trabajar con un síntoma tan relacionado con el hecho traumático inicial, esto es, el abuso sexual, ya que el paciente, al recibir la estimulación bilateral puede conectar directamente cualquier síntoma relacionada con el trauma al momento del abuso, pudiendo recibir un aumento de dolor emocional insoportable.

Y así pasó. El primer objetivo fue la angustia que había tenido en la última relación sexual con su pareja, el día anterior: era una emoción no muy fuerte, sólo era que se sentía incómoda ya que era con su pareja... Se concentró en la imagen, recordó la emoción que había sentido, su correlato fisiológico de malestar en la boca del

estómago, la autopercepción que tenía de sí misma...después de unos momentos de estimulación bilateral estaba reviviendo muy dolorosa y ansiosamente el recuerdo de la situación como si fuera una violación. Hizo la señal de parar el proceso y paramos la estimulación.

Estaba claro que no se podía seguir por ahí, así que hicimos unos ejercicios de relajación para devolver la calma al paciente. Y seguimos la sesión.

SESIONES DE APRENDIZAJE DE RELAJACIÓN E HIPNOSIS.

Aprovechando que el paciente tenía facilidad para relajarse utilizamos ésta técnica como un aprendizaje para que el paciente se sintiera confortable y seguro en la terapia y comenzar y acabar las sesiones en las que podía haber abreacciones importantes.

Se hacía una relajación profunda a través relajación muscular, y se le presentaban inducciones relacionadas con la ansiedad que el paciente sentía.

Utilizamos escalas de desensibilización de Wolpe para trabajar los diferentes tipos de ansiedades: por la proximidad física con las personas, asertividad-autoestima, dentro de un contexto de hipnosis, con resultados muy positivos.

SESIONES DE EMDR+HIPNOSIS

En la sexta sesión, empezamos con las técnicas de relajación añadiendo la estimulación bilateral mediante sonidos. La inducción al estado hipnótico fue muy rápida, ya que el sonido bilateralizado ya es bastante hipnótico y el paciente tenía experiencia en entrar en este estado.

Previamente se hizo el protocolo básico de EMDR para tratar las escenas ansiógenas que se utilizó posteriormente durante la sesión de hipnosis-emdr. En cada

El objetivo en esta sesión era tratar las vivencias del paciente relacionadas con el sexo que le perturbaban.

1ª escena: Se sentía incómoda cuando estando en pie, exponía su cuerpo desnudo a la mirada de su pareja, aunque fuera para ir al baño.

A través de sugerencias hipnóticas –que según el marco teórico de referencia del terapeuta puede variar su denominación, llamándose imaginación guiada, condicionamiento encubierto (Covert, Cautela), entrelazado cognitivo (EMDR)- se conseguía muy rápidamente que la paciente dejara de sentir ansiedad y se pudiera visualizar realizando la escena anteriormente ansiógena de una manera cómoda, al mismo tiempo que recibía la estimulación bilateral a través del sonido.

2ª escena: ver la pareja, muy próxima, con caricias superficiales.

En buena parte de las escenas tratadas se podía establecer el protocolo estándar de EMDR, contemplando cogniciones negativas, positivas, localización de la emoción, SUDS, VOC, integración emocional. Se partía de una diana inicial en la que se había fijado el protocolo, y si surgían nuevas dianas por el camino se seguía estimulando al tiempo que se trabajaban las sugerencias hipnóticas.

El criterio de éxito era ver si durante los próximos días –antes de la visita siguiente al terapeuta- se conseguía realizar las conductas trabajadas en la sesión anterior, y si su realización conllevaba algún tipo de ansiedad, se seguía trabajando el mismo tema hasta que la ansiedad desaparecía.

ESTABLECIMIENTO DE LA LINEA BASE DE LA RESPUESTA SEXUAL DE PACIENTE.

Se estudió con el paciente la tipología de respuesta sexual pretratamiento, durante y postratamiento.

En la situación pretratamiento, el paciente describía como su respuesta de excitación subía mientras veía acercarse el momento del contacto sexual, se producían los primeros besos y caricias superficiales –sin despojarse de la ropa-

En cuanto llegaba el momento de desnudarse, la excitación desaparecía totalmente, y había un aumento de la ansiedad.

En el momento de las caricias íntimas –sin ropa- sentía como dejaba de sentir sensaciones y desconectaba de la situación. Esto significaba, en palabras del paciente, que dejaba de sentir su cuerpo, y era capaz de verse desde el exterior de su cuerpo, como si dos personas ajenas estuvieran teniendo relaciones.

En algunas ocasiones, era capaz de percibir un “manoseamiento” de su propio cuerpo, con sensaciones desagradables y angustiosas. En estos casos, aún sin percibir sensaciones físicas, tomaba la iniciativa de la relación sexual para satisfacer lo antes posible a su pareja y acabar. Aún en esta situación, se podía percibir desde “fuera de su cuerpo”.

Durante la terapia combinada hipnosis-EMDR, fuimos tratando muy lentamente todos estos puntos, sin apresurar el tratamiento. Era muy importante que el ritmo fuera adecuado a la paciente para preservar su seguridad.

SIGUIENTES SESIONES EMDR-HIPNOSIS

Las siguientes sesiones se dedicaron progresivamente a tratar el desarrollo de la respuesta sexual de la paciente con la ansiedad que acompañaba el desempeño sexual. Nos centrábamos en imágenes donde la paciente debería tener idealmente un buen desempeño hasta conseguir que en la realidad fuera cierto; mientras ella focalizaba su atención en una situación imaginada iba recibiendo instrucciones de relajación y la estimulación bilateral. Así fuimos tratando:

Verse con su pareja teniendo caricias más profundas

Idem con relaciones sexuales y ella quieta.

Idem participando.

En todas ellas imaginando los diversos estados de excitación

Imaginando orgasmos y estado de relajación posterior.

En el tiempo entre sesión y sesión se iban viendo la adaptación de la paciente a la relación sexual y la mejora de sus respuestas sexuales adaptadas. También como las respuestas disociativas iban desapareciendo y la paciente estaba integrada en la relación sexual. Disfruta del coito y es capaz de tener una conducta activa durante la relación sexual.

Duración del tratamiento: 6 meses.

TRATAMIENTO DE LA ESCENA ORIGINAL DE LOS ABUSOS SEXUALES.

Esta escena fue tratada cuando habían pasado ya 5 meses de tratamiento. Al inicio del mismo fue imposible desensibilizarla ya que la paciente sufría un considerable aumento de la ansiedad. Cinco meses más tarde, cuando logró establecerse un buen rapport con el terapeuta, mejoras en las condiciones vitales de la paciente, en sus recursos personales, en sus habilidades de afrontamiento emocional, en sus relaciones sexuales y una disminución de los síntomas disociativos, fue posible afrontar el recuerdo traumático de los abusos.

En esa sesión se procedió con un protocolo estándar EMDR, después de una inducción hipnótica de relajamiento muscular. Se establecieron los mecanismos de "lugar seguro", cogniciones negativa y positiva, SUDS, VOC, y se le dijo a la paciente que recordara los momentos menos angustiosos antes/durante/post abuso, mientras se desensibilizaba por medio de sonido bilateral alterno con auriculares. Se iba estimulando en espacios de tiempo muy cortos, a veces 30", y se iba avanzando en los recuerdos.

La ansiedad fluctuaba durante la desensibilización hasta que desapareció. En este momento se le pidió a la paciente que recordara la historia completa, también de forma parcelada, estimulando mediante sonido bilateral muy poco tiempo. Poco a

poco, pudo repasar toda la escena original del abuso, desensibilizando las sensaciones de ansiedad.

Finalmente, pudo repasar toda la escena de abuso sin cambios emocionales aparentes, y acabó la sesión con un SUDS de dos, y un VOC de 7 (yo no tuve la culpa, él me tenía que haber cuidado, yo tengo el control). Aunque el SUDS ideal fuera cero, no se pudo conseguir rebajar.

EVALUACIÓN POSTRATAMIENTO 6 MESES.

La paciente manifiesta que su vida ha cambiado. Se siente más cómoda e integrada en la relación con las personas, y en consecuencia, en sus relaciones personales se siente más tranquila y relajada. No ha tenido cambios de personalidad ni de personaje cuando trata a desconocidos, como antes del tratamiento sí le pasaba.

Ha cambiado de pareja y disfruta de la relación sexual. Puede ser activa sexualmente. No hay síntomas de disociación en la relación sexual.

No hay síntomas de disociación en su vida cotidiana.

3 VALORACIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS.

En el caso de la paciente tratada, el resultado es espectacular para el tiempo de 6 meses de tratamiento. La paciente nota un cambio cualitativo en su relación con las personas, no nota la tensión que tenía antes, y disfruta y se siente relajada en las relaciones sociales. Los síntomas de disociación han desaparecido y puede disfrutar relajadamente de sus relaciones sexuales.

4. VALORACION DEL PROPIO TRABAJO Y DE LAS TÉCNICAS UTILIZADAS.

1 En Europa no es frecuente que haya diagnósticos de TID, Trastorno de Identidad Disociativa, al contrario que en EEUU, donde hay una mayor formación de los clínicos en esta patología.

2 En España no es raro ver diagnósticos de esquizofrenia o crisis psicóticas en personas que sufren TID.

3 Es frecuente que los tratamientos de TID se prolonguen más allá de dos años. Algunos autores preveen tratamientos de 2 a 5 años y otros hasta nueve años.

4 En los casos de TID que he tratado con EMDR, el tratamiento no se ha alargado más de 15 meses, con buena resolución, desaparición de los síntomas, integración de los elementos disociados.

5 La combinación HIPNOSIS + EMDR se manifiesta como una potente arma terapéutica para TID. Trabaja muy eficazmente las patologías de ansiedad y logra integrar los elementos disociados. Ayuda a establecer un buen rapport paciente-terapeuta.

BIBLIOGRAFIA.

Davidson, P.R., & Parker, K.C.H. (2001). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 305-316.

Dolan, Y.M. (1991): Resolving Sexual Abuse: solution-focused Therapy and Ericksonian hypnosis for Adult Survivors, Nueva York, Norton.

Echeburúa, E. y Guerricaichevarría, C. (1999): Abuso sexual en la infancia: conceptos, factores de riesgo y efectos psicopatológicos. En J. Sanmartín (ed) *Violencia contra niños*, Barcelona, Ariel.

Echeburúa, E. Corral, P. Zubizarreta, I. y Sarasua, B (1995). Trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de agresiones sexuales. A Coruña, Fundación Paideia.

Foa, E. B. y Rothbaum, B.O. (1998): Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD, New York, Guilford Press.

Foa, T. M., Keaney y M.J. Friedman, (2003): Tratamiento del estrés postraumático, Barcelona, Ariel.

Giannantonio, M: (2002): Trauma, psicopatología e psicoterapia: L'efficacia della psicoterapia ipnotica e dell'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) *Attualità in Psicologia*", Volume 15, n. 3, Luglio-Settembre 2000: 336-345

Hammond, C.D. (2002): Hypnosis in the treatment of dissociative identity disorder, en B.M. Cohen –editor-: *Multiple Personality Disorder: Continuum of Care*, New York, Brunner/Mazel.

Maxfield, L., & Hyer, L.A. (2002). The relationship between efficacy and methodology in studies investigating EMDR treatment of PTSD. *Journal of Clinical Psychology, 58*, 23-41

Power, K.G., McGoldrick, T., Brown, K., et al. (2002). A controlled comparison of eye movement desensitization and reprocessing versus exposure plus cognitive restructuring, versus waiting list in the treatment of post-traumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychology and Psychotherapy, 9*, 299-318.

Shapiro, Francine: (2004): EMDR, principios básicos, protocolos y procedimientos, México, Editorial Pax

Spiegel, D., (1989): Hynosis in the treatment of victims of sexual abuse.
Psychiatric Clinics of North America, 12, 295-305

Steinbert, Marlene, (2002): ¿Quién soy realmente? Barcelona, Ed. Vergara

Van Etten, M., & Taylor, S. (1998). Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder: A meta-analysis. Clinical Psychology and Psychotherapy, 5, 126-144.

Watkins, J.G. y H. Watkins: (1997): Ego States: Theory and Therapy, Norton, Nueva York.
