

Manifestaciones Físicas de los

Desórdenes Emocionales

Observaciones del Estudio de

Estados No Ordinarios de Conciencia

Stanislav Grof, M.D.

La Puerta Interna, 9(2) 1,7-9,12, Mayo 1997

Grof escribió este artículo previamente inédito del cual el artículo, “La Respiración Holotrópica y el Síndrome de Hiperventilación” fue extraído y publicado en “La Puerta Interna” en mayo de 1997. Nos complace publicar este artículo aquí en su totalidad. Grof estudió la literatura respecto a la somatización y los desórdenes psicósomáticos y cuenta sus observaciones durante la investigación con estados no ordinarios de conciencia. Concluye que el concepto tradicional del ‘síndrome de hiperventilación’ es obsoleto y debe ser revisado para que refleje que la respiración acelerada crea una condición bioquímica en el cuerpo que facilita la aparición y resolución de antiguos bloqueos emocionales y físicos asociados con traumas psicológicos y físicos no resueltos. A la luz de las observaciones de la Respiración Holotrópica, episodios espontáneos de hiperventilación, que ocurren en los paciente psiquiátricos y la población normal, deberían considerarse como intentos del organismo de sanarse a sí mismo y deberían ser acompañados en vez de ser reprimidos.

Stanislav Grof, M.S., es un psiquiatra con más de 45 años de experiencia en la investigación de estados no ordinarios de conciencia. En el pasado, fue el Director Investigador de un programa de investigación de psicodélicos en el Instituto de Investigación Psiquiátrica en Praga, Checoslovaquia; Jefe de Investigación Psiquiátrica en el Centro de Investigaciones Psiquiátricas de Maryland; Profesor Asistente de Psiquiatría en la Universidad John Hopkins en Baltimore, Maryland, y Docente Residente del Instituto Esalen, en Big Sur, California. Actualmente es Profesor de Psicología en el Instituto de Estudios Integrales de California (CIIS siglas en inglés) y el Pacifica Graduate Institute en Santa Bárbara, California; dirige programas de formación profesional en Respiración Holotrópica y psicología transpersonal, e imparte conferencias y seminarios alrededor del mundo. Es uno de los fundadores y principales teóricos de la psicología transpersonal y presidente fundador de la Asociación Internacional Transpersonal (ITA siglas en inglés). Entre sus publicaciones existen más de 100 artículos en revistas profesionales y los libros *El Poder Curativo de la Crisis*, *El Viaje Definitivo*, *Psicoterapia con LCD*, *Psicología del Futuro*, *La Tormentosa Búsqueda del Ser*, y *Cuando Ocurre lo Imposible*. También editó los libros *Sabiduría Ancestral y Ciencia Moderna*; *Evolución de la Conciencia y Supervivencia Humana*, y *Emergencia Espiritual* (este último con Christina Grof).

Traducido por: Diana Patricia Castellanos Vega para Formación Transpersonal Grof

Así como no es apropiado curar los ojos sin la cabeza, ni la cabeza sin el cuerpo, así tampoco es apropiado curar el cuerpo sin tratar el alma.

~Sócrates

Es bien conocido que muchos desordenes emocionales, como la psiconeurosis, depresiones y psicosis, tienen distintas manifestaciones físicas como dolores de cabeza, dificultades al respirar, náuseas, pérdida de apetito, constipación o diarrea, palpitaciones del corazón, excesiva sudoración, temblores, tics, dolores musculares, trastornos vasomotores, afecciones de la piel, amenorrea, calambres mensuales, dispareunia, frigidez e impotencia. Las disfunciones sexuales pueden a menudo representar problemas primarios *sui generis* que son serios y de larga duración, en lugar de ser concomitantes transitorios de reacciones neuróticas.

En algunas psiconeurosis, los síntomas físicos son muy específicos y caracterizan y representan el rasgo predominante del trastorno. Esto es especialmente cierto con respecto a la histeria de conversión, un trastorno disociativo en el que los principales síntomas son la parálisis histérica, afonía, astasia, ceguera temporal, anestesia, vómito, convulsiones motoras con el "arco del círculo", embarazo falso (pseudociesis), e incluso estigmas. Aquí pertenece también un grupo de trastornos que los psicoanalistas clásicos denominaron neurosis pre-genitales; éste incluye varios tics, balbuceos y asma psicogénico. Están caracterizados por una estructura de personalidad obsesivo-compulsiva, pero el mecanismo de defensa básico involucrado en la formación de síntomas es la conversión como en la histeria.

También existe un conjunto de trastornos con llamativas manifestaciones físicas en las que el componente psicológico es tan obvio e importante, que incluso el modelo médico las llama enfermedades psicosomáticas. El término "psicosomático" fue utilizado por primera vez por Heinroth en 1818 cuando discutió los aspectos psicosomáticos del insomnio y luego fue popularizado por los psiquiatras alemanes Jacobi y Nasse. Con el paso de los años, el término "psicosomático" ganó considerable popularidad y ha llegado a reflejar la importancia de los factores psicológicos en la medicina y también describe una gran variedad de trastornos médicos de origen psicogénico. Aquí pertenecen las migrañas, dolores de cabeza, ciertas formas de hipertensión, úlceras pépticas, colitis, asma psicogénico, psoriasis y eczemas.

Traducido por: Diana Patricia Castellanos Vega para Formación Transpersonal Grof

En 1935, el psicoanalista Franz Alexander, considerado como el fundador de la medicina psicosomática, propuso un modelo teórico que explica el mecanismo de trastornos psicosomáticos, que sustenta gran parte del trabajo clínico y de investigación hasta nuestros días.¹ Su contribución clave fue el reconocimiento de que los síntomas psicosomáticos resultan de los concomitantes fisiológicos del conflicto y trauma psicológico. La excitación emocional durante la ansiedad aguda, la pena o la rabia dan lugar a intensas reacciones fisiológicas; esto conduce a la desarrollo de síntomas y enfermedades psicosomáticas, pero solo en aquellos individuos que están predispuestos orgánicamente, no en los sanos. Esta predisposición es un factor crucial pero variable en la génesis de la enfermedad psicosomática. Existen considerables desacuerdos en cuanto a cuál es la naturaleza de esta predisposición

Alexander diferenciaba entre reacciones de conversión y trastornos psicosomáticos, que antes se consideraban similares a las reacciones neuróticas. Aunque la fuente del estado emocional subyacente en estos trastornos puede rastrearse hasta traumas psicológicos, conflictos neuróticos y relaciones interpersonales patológicas, los síntomas no tienen un significado simbólico y no sirven como defensa contra la ansiedad (que es característica de síntomas neuróticos). Es en realidad un fallo de los mecanismos psicológicos para proteger al individuo contra la excitación afectiva excesiva.

En 1952, la Asociación Americana de Psiquiatría reconoció en su nomenclatura standard la ambigüedad del uso de la palabra "psicosomática" y acuñó la denominación "trastorno psicofisiológico, autónomico y visceral". Los síntomas de esta categoría de trastornos se consideran como resultado de un estado crónico exagerado de la expresión fisiológica normal de emociones; tales estados fisiológicos y viscerales prolongados pueden eventualmente conducir a cambios estructurales en diversos órganos. El campo de la medicina psicosomática se caracteriza por la fundamental falta de acuerdo sobre los mecanismos implicados en la psicogénesis de los síntomas somáticos y ningún modelo teórico es considerado totalmente satisfactorio.

Modelos teóricos

Existen considerables desacuerdos sobre la naturaleza de la predisposición para los trastornos psicosomáticos y la vulnerabilidad específica que determina la elección del órgano. Los modelos caen en las siguientes tres categorías: 1. "Modelos de especificidad, 2. "Modelos de no especificidad", y 3. "Modelos de especificidad de respuesta individual".

1. "Modelos de especificidad"

Los modelos teóricos que pertenecen a esta categoría afirman que diversos síntomas y enfermedades psicosomáticos se pueden remontar a eventos psicopatológicos específicos y estados afectivos. Franz Alexander y otros psicoanalistas utilizaron en sus interpretaciones los conceptos analíticos comunes, como la dinámica inconsciente, la fijación en diversas etapas de desarrollo de la libido y el ego, problemas en las relaciones de objeto, regresiones, mecanismos de defensa psicológica, *etc.*

Según este punto de vista, diversos eventos traumáticos inducen ansiedad con regresión posterior que presenta concomitantes fisiológicos inmaduros y patógenos ("inervación regresiva" de Alexander). Por ejemplo, los pacientes con úlcera péptica muestran una fijación en el período oral del desarrollo de la libido y tienen serios conflictos inconscientes no resueltos sobre la dependencia. La regresión entonces lleva a la hipersecreción de jugos gástricos. La hipersecreción en pacientes con grandes necesidades de dependencia ha sido descrita por Arthur Mirsky.²

Otra vía en esta categoría es la de varios intentos de definir los "perfiles de personalidad" de personas conducentes a trastornos psicosomáticos específicos, una tradición iniciada por Flanders Dunbar.³ Estos estudios han vinculado, por ejemplo, al ejecutivo de manejo rígido con enfermedades cardíacas coronarias, distinguiendo personalidades tipo A y B, *etc.* Stewart Wolff y Harold Wolff desarrollaron técnicas para estudiar las correlaciones psico-fisiológicas, por ejemplo, el apego emocional y el abandono que conduce al estreñimiento y la diarrea.⁴ Conceptos similares han llegado a ser muy populares en los círculos psicoterapéuticos, lo que implica que problemas psicológicos y conflictos pueden expresarse en lenguaje corporal simbólico: dolor muscular en el cuello en personas que llevan demasiada responsabilidad, problemas estomacales en las personas que no pueden

"tragar" o "digerir" algo, dificultades respiratorias causadas por una madre que está "asfixiando" a su descendencia, sensaciones de presión en el pecho que resultan de una "pena pesada", *etc.*

Se han planteado objeciones contra las "teorías de especificidad". Pacientes con varios trastornos psicosomáticos pueden tener una amplia gama de problemas psicodinámicos y diagnósticos psiquiátricos que van desde lo "normal" a lo psicótico. Los problemas psicológicos de los pacientes no pueden predecirse a partir de la naturaleza de sus síntomas psicosomáticos y *viceversa*. Las mismas "variables etimológicas específicas" han sido postuladas para una amplia gama de trastornos psicosomáticos, por ejemplo, la dependencia patológica, la necesidad y la pérdida de una relación significativa para colitis ulcerosa, ileítis, artritis reumatoide, asma psicogénico y algunos trastornos de la piel. Además, algunos trastornos psicosomáticos pueden ser modelados en animales, tales como hipersecreción gástrica inducida por estrés no específico; naturalmente, aquí no podemos asumir el papel de las fantasías inconscientes, procesos simbólicos conflictos interpersonales, *etc.*

2. "Modelos de no especificidad"

Los modelos que pertenecen a esta categoría rechazan la noción de factores psicopatológicos específicos en la génesis de los trastornos psicosomáticos. Ellos argumentan que cualquier estímulo capaz de causar angustia psicológica puede evocar un estado afectivo difuso (ansiedad crónica) y conducen al desarrollo de un trastorno psicosomático. La naturaleza del trastorno no se puede predecir a partir del disparador psicológico. Según Mahl, los concomitantes fisiológicos serán los mismos, independientemente del factor estresante, sea este un bombardeo durante la guerra, el examen médico competitivo o el conflicto interpersonal que involucra un objeto de amor.⁵

Hans Selye demostró que existen manifestaciones universales de estrés crónico, como la activación gástrica y cardiovascular, y el aumento de hormonas esteroides suprarrenales.⁶ Sin embargo, la aparición de trastornos psicosomáticos es a menudo asociada con una ruptura psicodinámica determinada de las defensas psicológicas que normalmente protegen al individuo de la aparición de emociones intensas. La susceptibilidad de los órganos puede ser una combinación de factores constitucionales y primeras

Traducido por: Diana Patricia Castellanos Vega para Formación Transpersonal Grof

experiencias. Este modelo, aunque demasiado general, es consistente con datos clínicos y de investigación.

3. “Modelos de especificidad de respuesta individual”

Los modelos en esta categoría sugieren que el tipo de trastorno psicósomático que desarrolla el individuo depende principalmente de su patrón de respuesta específica más que de la naturaleza del estímulo. Varios individuos muestran patrones altamente característicos y consistentes de excitación emocional, que pueden ser evocados por una amplia gama de estímulos y conducir a un trastorno psicósomático específico. Existen “reactores gástricos”, “reactores cardíacos”, “reactores de hipertensión”, *etc.* Las reacciones emocionales de adultos con trastornos psicósomáticos tienden a mostrar focos específicos de activación, en contraste con las difusas e inmaduras reacciones de los infantes. El patrón de respuesta característico se desarrolla en la infancia temprana y es muy consistente a lo largo del tiempo. Esta es una teoría muy popular.

Estado actual

En general, se acepta que ningún modelo único explica satisfactoriamente todos los trastornos psicósomáticos y la opinión se inclina hacia la multi-causalidad. Los factores psicológicos juegan un papel importante, pero no son el causante determinante exclusivo. Hay que tener en cuenta también la constitución, la herencia, las patologías de los órganos, el estado nutricional, el medio ambiente, y determinantes sociales y culturales. Los fenómenos psicológicos y somáticos que anteriormente fueron vistos como discretos procesos separados ahora se ven como representantes de diferentes aspectos de un fenómeno unitario de afecto comprometido en la interacción recíproca. Adicionalmente, las estructuras cerebrales que controlan las emociones y las funciones viscerales son idénticas o están estrechamente relacionadas. El miedo, la ira, la sexualidad y el funcionamiento de las vísceras y las glándulas, están todas reguladas por el sistema límbico y las estructuras hipotalámicas (también vinculadas a los niveles de organización cortical y subcortical). La naturaleza precisa de estas interrelaciones aún no se ha establecido.

Perspectivas de la investigación de la conciencia y terapias experienciales

Las explicaciones de síntomas y enfermedades psicosomáticas que ofrecen la mayoría de las escuelas de psicología profunda generalmente no son convincentes. Estas atribuyen el rol causal a los recuerdos de eventos suscitados en la infancia o experiencias traumáticas posteriores. Interpretan el asma psicogénico como un grito para la madre o el resultado de una restrictiva "influencia ahogadora de la madre" y explican la parálisis histérica como reflejo de un conflicto por hacer algo prohibido. De manera similar, el tartamudeo es visto como resultado de la supresión de agresiones verbales y un impulso a pronunciar obscenidades, una sensación de agobio puede provocar graves dolores en el hombro y la dificultad de "digerir" algo puede producir náuseas psicógenas. En el mismo sentido, graves trastornos de la piel pueden servir como protección contra la tentación sexual, como es sugerido, por ejemplo, por el pionero temprano del psicoanálisis Wilhelm Steckel.

Ideas más convincentes sobre la naturaleza y la psicogénesis de trastornos psicosomáticos provinieron del trabajo del brillante y polémico pionero del psicoanálisis Wilhelm Reich.⁷ Él mostró que los eventos psicológicos traumáticos discutidos en el psicoanálisis no son suficientes para explicar el desarrollo de síntomas emocionales y particularmente psicosomáticos. Hizo hincapié en la interferencia y el bloqueo de cantidades significativas de bioenergía en los músculos y las vísceras como el principal factor subyacente a tales síntomas ("armadura del personaje").

Según Reich, este atasco de bioenergía resulta del conflicto entre nuestras necesidades biológicas y la sociedad represiva que no permite una libre y plena satisfacción del impulso sexual. Esta energía bloqueada encuentra expresiones desviadas en forma de perversiones, neurosis y síntomas psicosomáticos, y, en gran escala, en movimientos sociales destructivos. Reich también introdujo en la terapia, como nuevos principios, el trabajo de respiración y trabajo corporal destinado a liberar estas energías acumuladas. Sin embargo, de acuerdo con él, la liberación plena de energía emocional requería una revolución en la sociedad humana. Reich se convirtió en comunista y después de publicar su libro sobre *Psicología de Masas del Fascismo*, fue excomulgado tanto de la Asociación Psicoanalítica como del Partido Comunista.

El trabajo con estados de conciencia no ordinarios, como la terapia psicodélica, la terapia primaria, el renacimiento o la Respiración Holotrópica, revelan enormes cantidades de energía física y emocional bloqueada y atascada (bioenergía) subyacentes a diversos trastornos psicosomáticos (y también a trastornos emocionales en general). Así confirman la teoría Reichiana, pero solo en el sentido más general, no en los detalles. Mientras que Reich creía que la energía reprimida era libido reprimido, que luego fue una manifestación de la de la energía física universal (*orgon*), las nuevas observaciones revelan que gran parte de esta energía es de origen perinatal. Es el resultado de la excesiva estimulación neuronal que se genera durante el paso por el canal de parto. Además, gran parte de esta energía parece ser de origen transpersonal y se puede remontar a los dominios arquetípicos e históricos del inconsciente colectivo y memorias ancestrales, kármicas y filogenéticas.

Una contribución importante de la investigación de la conciencia moderna es el descubrimiento del rol crítico que juegan los traumas físicos no asimilados y no integrados en la génesis de todas las manifestaciones psicosomáticas. Las escuelas psicodinámicas tienden a ver los síntomas psicosomáticos como resultados de la somatización de los conflictos psicológicos y traumas, y fallan al no reconocer el rol crítico que desempeñan los psico-traumas físicos en su génesis. El trabajo experiencial utilizando estados no ordinarios de conciencia demuestra sin lugar a dudas que el verdadero origen de los síntomas psicosomáticos viene siempre de eventos que involucran agresión física.

Además, las situaciones traumáticas descubiertas durante el trabajo experiencial profundo no se limitan al período postnatal; a menudo incluyen el nacimiento biológico e incluso episodios que son de naturaleza transpersonal, particularmente material kármico. Por ejemplo, el trabajo terapéutico sobre el asma psicogénico inevitablemente conducirá a recuerdos no asimilados de situaciones que realmente involucraron la experiencia de asfixia, como casi ahogarse, ser estrangulado, atorarse con un objeto extraño, inspiración de sangre durante la amigdalectomía, tos ferina, neumonía infantil, nacimiento, o ser ahorcado o estrangulado en una anterior vida. Del mismo modo, el material subyacente de los dolores psicosomáticos puede incluir recuerdos de accidentes dolorosos, operaciones o enfermedades, dolor experimentado durante el proceso del

nacimiento y el sufrimiento físico relacionado con una lesión de vidas pasadas o la muerte.

Uno de los pocos sistemas que reconocen el poderoso impacto psico-traumático de los traumas físicos, ha sido la Cienciología de Ronald Hubbard.⁹ La importancia psicológica de los traumas se evalúa mediante la *auditoría*, un proceso de exploración y terapia que es guiado objetivamente por galvanómetros. El sistema teórico de la Cienciología no solo incluye los traumas físicos en la vida postnatal, pero también traumatización somática durante el parto y en vidas pasadas. Hubbard se refirió a las impresiones de las traumatizaciones físicas como *engramas* y las vio como las fuentes primarias de los problemas emocionales. En esta terminología, los traumas psicológicos son llamados *secundarios*, y de alguna manera toman prestado su poder emocional de sus asociaciones con los *engramas*. Desafortunadamente, el abuso del conocimiento cienciológico para la búsqueda de poder y dinero, ha desacreditado las importantes contribuciones teóricas de Hubbard.

Quisiera ilustrar las observaciones que conciernen a la estructura dinámica de la manifestación psicósomática en las historias resumidas de tres casos. El primero de estos involucra a Norberto, un ministro y psicólogo de 51 años que participó en uno de nuestros talleres de cinco días en el Instituto Esalen en Big Sur, California.

Durante la introducción del grupo que precedió a la primera sesión del trabajo de Respiración Holotrópica, Norberto se quejó de un dolor severo y crónico en sus hombros y músculos del pecho que le causaba un gran sufrimiento y hacía su vida miserable. Repetidos exámenes médicos, incluyendo rayos X, no habían detectado ninguna base física del problema y todos los intentos terapéuticos habían fallado. Una serie de inyecciones de procaína había traído breves momentos de alivio durante el efecto de la droga.

Al inicio de la sesión de Respiración Holotrópica, Norberto hizo un intento impulsivo de dejar la sala ya no podía tolerar la música porque sentía que lo estaba "matando". Tomó un gran esfuerzo persuadirlo de quedarse en el proceso y explorar las razones de su incomodidad. Finalmente accedió y, por casi tres horas, experimentó dolores severos en el pecho y el hombro, que se intensificaban al punto de volverse insoportables.

Traducido por: Diana Patricia Castellanos Vega para Formación Transpersonal Grof

Luchó violentamente, como si su vida estuviera seriamente amenazada, con periodos de tos, asfixia y algunos gritos altos. Después este episodio tormentoso, se calmó y estuvo relajado y en paz. Con gran sorpresa, se dio cuenta de que la experiencia había aliviado la tensión en su hombro y músculos, y que estaba libre del dolor. Retrospectivamente, Norberto reportó que hubo tres diferentes capas en esta experiencia, todas ellas relacionadas con el dolor en su hombro y asociadas a la asfixia.

En el nivel más superficial, alivió una situación miedosa de su niñez en la que casi pierde su vida. Cuando tenía unos siete años, él y sus amigos estaban cavando un túnel en una playa arenosa. Cuando el túnel estuvo terminado, Norberto se metió dentro para explorarlo. Mientras los niños saltaban alrededor, el túnel colapsó y lo enterró vivo. Estuvo cerca de morir asfixiado antes de ser rescatado.

Cuando el trabajo de Respiración fue más profundo, él revivió un episodio violento y miedoso que lo llevó de regreso a la memoria biológica del nacimiento. Su parto fue muy difícil ya que su hombro había estado atascado por largo tiempo tras del hueso púbico de su madre. Este episodio compartía con el anterior la combinación de ahogo y severo dolor en el hombro.

En la última parte de la sesión, la experiencia cambió dramáticamente. Norberto comenzó a ver uniformes militares y caballos, y reconoció que estaba involucrado en una batalla. Incluso fue capaz de identificar que era una de las batallas en Cromwell's England. En un punto, sintió un dolor agudo y se dio cuenta de que su hombro había sido perforado por una lanza. Se cayó del caballo y sintió como estar siendo pisoteado por caballos que corrían sobre su cuerpo y aplastaban su pecho.

La conciencia de Norbert se separó de su cuerpo moribundo, voló encima del campo de batalla, y observó la escena desde esta perspectiva. Siguiendo la muerte del soldado, a quien reconoció como él mismo en una encarnación previa, su conciencia retornó al presente y reconectó con su cuerpo que ahora no sentía dolor por la primera vez en muchos años de agonía. El alivio del dolor derivado de estas experiencias resultó permanente. Han pasado

más de 25 años desde esta memorable sesión y los síntomas no han retornado.

El segundo caso involucra a Tanya, una profesora de 34 años, divorciada y madre de dos niños. Sus principales razones para someterse a una terapia con psicodélicos fueron la depresión, estados de ansiedad y propensión a la fatiga. Sin embargo, una de sus sesiones con LSD le trajo una inesperada solución a un problema físico severo que ella había considerado meramente orgánico en su naturaleza.

Durante los últimos 12 años de su vida, había estado sufriendo sinusitis crónica con crisis agudas debido a resfríos o alergias. Los problemas de los senos nasales habían comenzado poco después de su boda y se convirtieron en un inconveniente severo en su vida. Los principales síntomas asociados a este problema eran dolores fuertes en la cabeza, mejillas y dientes, fiebres moderadas, fuerte congestión nasal, ataques de estornudos y dificultad para respirar. En muchas ocasiones, se despertaba con accesos de tos, y en algunas mañanas los síntomas duraban entre tres y cuatro horas.

Tanya se había realizado varias pruebas de alergias y muchos especialistas le recetaron antihistamínicos, antibióticos y limpiezas de las fosas nasales con soluciones desinfectantes. Cuando todos estos esfuerzos fallaron en traer algún resultado terapéutico, sus doctores sugirieron una operación que consistía en raspar el interior de sus fosas nasales, a lo que Tanya se negó.

En una de sus sesiones con LSD, Tanya estaba reviviendo su nacimiento y experimentaba sofoco, congestión y presión severa en la cabeza. Ella reconocía que estas sensaciones se asemejaban a los síntomas asociados con la sinusitis, aunque amplificadas. Después de varias secuencias que eran claramente de naturaleza prenatal, de repente la experiencia se abrió a revivir lo que parecía ser una memoria pasada de reencarnación. En este contexto, las experiencias de opresión, asfixia y congestión que antes habían sido parte de su trauma de nacimiento, se convirtieron en síntomas de ahogo. Tanya sentía que estaba atada y que lentamente estaba siendo empujada bajo el agua por un grupo de pueblerinos. Después de una dramática catarsis asociada con gritos, asfixia violenta, tos y una secreción de abundante, espesa y verdosa

secreción nasal, pudo finalmente reconocer el lugar, circunstancias y protagonistas relacionados con este episodio.

Ella era una niña joven en un pueblo de New England que había sido acusada por sus vecinos de brujería, al estar teniendo experiencias inusuales de carácter espiritual. Un grupo de personas de su pueblo la arrastraron una noche a un bosque de abedules, la amarraron a un tablón y la ahogaron en un estanque frío. Bajo la luz de la luna ella pudo reconocer, entre los rostros de sus ejecutores, los rostros de su padre y su exesposo en su vida actual.

En este punto, Tanya podía ver muchos elementos de su existencia actual como si fueran réplicas originales de una escena kármica. Ciertos aspectos de su vida, incluyendo patrones específicos de interacción con su esposo y su padre, de pronto empezaron a tener sentido hasta los detalles más específicos.

Esta experiencia de su drama en New England y todas las conexiones intrínsecas que Tanya pudo hacer, a pesar de ser muy convincentes a nivel subjetivo, claramente no constituyen en sí mismas una prueba histórica válida de relación causal entre dicho evento y sus problemas de sinusitis. Así como su convicción de estar repitiendo un patrón kármico tampoco es evidencia de la existencia de la reencarnación. Sin embargo, para el asombro de todos los involucrados, esta experiencia terminó con la sinusitis crónica que había azotado a Tanya por un periodo de 12 años y que había resultado ser completamente resistente al tratamiento médico convencional.

Quisiera concluir esta discusión sobre la estructura dinámica multinivel de los sistemas psicosomáticos y su conexión con el nacimiento y el nivel transpersonal, con el caso más dramático de toda mi carrera como psiquiatra. Los siguientes eventos tuvieron lugar mientras yo estaba involucrado con una investigación clínica de sustancias psicodélicas.

Mientras trabajaba en el Centro de Investigación Psiquiátrica de Maryland, fui invitado a una conferencia para el personal, en el Hospital Spring Grove State. Uno de los psiquiatras estaba presentando el caso de Flora, una paciente soltera de 28 años que había sido hospitalizada por más de 11 meses en ese entonces, en una sala cerrada. Se habían intentado con ella todas las terapias disponibles, incluyendo tranquilizantes, antidepresivos,

psicoterapia y terapia ocupacional, pero habían fallado y estaba por ser transferida a la sala de pacientes crónicos.

Flora tenía una de las combinaciones más complicadas de síntomas y problemas que jamás había visto en mi práctica psiquiátrica. Cuando ella tenía 16 años, era miembro de una banda que cometió un robo a mano armada y asesinó a un guardia. Al estar conduciendo el auto usado para escapar, Flora pasó cuatro años en prisión y fue puesta en libertad condicional por el resto de su sentencia. Durante los tormentosos años que siguieron, se volvió adicta a varias drogas. Era alcohólica y adicta a la heroína, y con frecuencia consumía altas dosis de psicoestimulantes y barbitúricos.

Sus depresiones severas estaban asociadas con tendencias suicidas violentas; con frecuencia sentía el impulso de manejar hasta un acantilado y dejarse caer, o de chocar con otros autos. Además, sufría de vómito histérico lo que ocurría fácilmente en situaciones en las que estaba emocionalmente excitada. Probablemente, la más agonizante de sus quejas era un doloroso calambre facial "tic douloureux", para el cual un neurocirujano del Hospital Johns Hopkins había sugerido una operación cerebral que consistía en amputar el nervio involucrado. Flora era lesbiana y tenía severos conflictos y culpa al respecto, y nunca había tenido relaciones heterosexuales en su vida. Y para complicar más la situación, tenía una orden de arresto porque había lastimado gravemente a su novia y compañera de cuarto al estar limpiando un arma bajo la influencia de heroína.

Al final de la conferencia del Spring Grove, el psiquiatra responsable le preguntó al Dr. Charles Savage y a mí si estaríamos dispuestos a considerar a Flora para una psicoterapia con LSD. Nos pareció una decisión extremadamente difícil, especialmente porque esto era durante el tiempo de la histeria nacional en torno al LSD. Flora ya tenía un pasado criminal, tenía acceso a armas y tendencias suicidas severas. Éramos muy conscientes de que al facilitarle una sesión de LSD en esa atmósfera, cualquiera que fuera el resultado, la culpa sería automáticamente transferida a la droga y a nuestro tratamiento, sin importar su historia. Por otro lado, todo lo demás había sido intentado sin éxito y Flora estaba a punto de pasar una vida entera en una sala para enfermos

crónicos. Después de analizarlo, decidimos tomar la oportunidad y recibirla en nuestro programa de LSD, sintiendo que su desesperada situación justificaba el riesgo.

Las primeras dos sesiones de Flora con altas dosis de LSD, no fueron muy diferentes a otras de las que había guiado en el pasado. Ella tuvo que confrontar varias situaciones de su tormentosa niñez y revivió repetidamente secuencias de lucha en el canal de nacimiento. Fue capaz de conectar sus tendencias suicidas y los calambres faciales con algunos aspectos del trauma de nacimiento, y de desahogar grandes cantidades de emociones intensas y tensión física. A pesar de esto, la ganancia terapéutica parecía ser mínima. En su tercera sesión con LSD no pasó nada extraordinario durante las primeras dos horas. De repente, comenzó a quejarse de los calambres faciales cuyo dolor se estaba volviendo insoportable. Frente a nuestros ojos los espasmos faciales se acentuaban grotescamente y su rostro se congeló en lo que podría ser descrito como una máscara de maldad.

Comenzó a hablar con una voz masculina profunda y todo en ella era tan diferente, que no podía ver ninguna conexión entre su apariencia actual y la anterior. Sus ojos tenían una expresión de increíble malicia y sus manos eran espásticas y parecían garras. La energía desconocida que tomó control sobre su cuerpo y voz se presentó como el diablo. “Él” se volvió hacia mí, ordenándome alejarme de Flora y renunciar a mis intentos de ayudarla. Ella le pertenecía y él castigaría a cualquiera que se atreviera a invadir su territorio.

Lo que siguió fue una descarga de chantaje explícito, una serie de descripciones lúgubres de lo que me pasaría a mí, a mis colegas y al programa si no obedecía. Es difícil describir la atmósfera insólita que esta escena evocaba, uno casi puede sentir la intangible presencia de algo desconocido en la habitación. El poder del chantaje fue aumentando debido al hecho que incluía información concreta a la que la paciente no podía tener acceso en su día a día.

Me encontré a mí mismo sufriendo un estrés emocional considerable y experimentando un miedo intenso de dimensiones metafísicas. Aunque había visto algunas de estas manifestaciones en algunas sesiones de LSD, nunca fueron tan realistas y

convincientes. Era difícil para mí controlar el miedo y una tendencia a entrar en lo que sentía que podría ser un combate activo con aquella presencia. Estaba tratando de pensar rápido, tratando de escoger la mejor estrategia para esta situación. En un punto, me encontré pensando seriamente que deberíamos tener un crucifijo entre nuestras herramientas terapéuticas. Mi racionalización para esta idea fue que obviamente un arquetipo Jungiano se estaba manifestando y que la cruz podría, bajo estas circunstancias, funcionar como remedio arquetípico.

Pronto fue claro para mí que mis emociones, hayan sido de miedo o agresión, estaban haciendo más real a la entidad para mí. No podía dejar de pensar en escenas de Star Trek, una serie de ciencia ficción muy popular en la que hay una entidad alienígena que se alimenta de emociones. Finalmente, me di cuenta de que era esencial que me calmara y centrara. Así que decidí ponerme en modo meditativo mientras sostenía la mano acalambrada de Flora e intentaba relacionarme con ella de la misma manera que lo hacía antes. Al mismo tiempo, intenté visualizar una cápsula de luz envolviéndonos a ambos, lo que intuitivamente pareció ser el mejor acercamiento. La situación demoró más de dos horas por reloj, pero en términos subjetivos de percepción del tiempo, esas fueron las dos horas más largas que he experimentado fuera de mis sesiones psicodélicas.

Después de ese tiempo, la mano de Flora se relajó y su rostro volvió a su apariencia usual; cambios que fueron tan abruptos como el comienzo de su condición peculiar. Pronto descubrí que ella no recordaba nada de las dos horas previas de sesión. Más adelante, en sus escritos, ella describió las dos primeras horas de la sesión y continuó con el periodo que le seguía al “estado de posesión”. Me cuestioné seriamente si debía discutir con ella el tiempo cubierto por su amnesia, pero decidí no hacerlo. No parecía haber razón alguna para introducir un tema tan macabro en su mente consiente.

Para mi sorpresa, esta sesión resultó ser un avance impresionante. Flora perdió sus tendencias suicidas y desarrolló un nuevo aprecio por la vida. Dejó el alcohol, la heroína y los barbitúricos, y comenzó a atender sigilosamente a las reuniones de un grupo religioso en Catonsville. Uno de los aspectos más sobresalientes de su mejora

clínica fue un alivio drástico de sus dolorosos espasmos faciales. La mayor parte del tiempo ya no tenía ningún calambre facial; la energía que escondían parecía haberse agotado durante la "máscara de maldad" que había mantenido por horas. La recurrencia ocasional del dolor fue de una intensidad insignificante y ni siquiera requería medicación. La operación de cerebro ya no era necesaria y fue cancelada.

Flora también comenzó a experimentar con relaciones heterosexuales y eventualmente se casó. Sin embargo, su ajuste sexual no fue bueno, y aunque era capaz de tener relaciones, las encontraba dolorosas y poco placenteras. El matrimonio terminó tres meses después y Flora volvió a las relaciones homosexuales; esta vez, con mucha menos culpa. Su condición había mejorado tanto que fue aceptada como taxista. Aunque en los años siguientes hubo subidas y bajadas, ella no tuvo que volver al hospital psiquiátrico que pudo haberse convertido en su casa.

Ahora podemos resumir las observaciones de las investigaciones sobre conciencia relacionadas a los desórdenes sicosomáticos y hacer uso de los resultados para clarificar algunas inconsistencias y desacuerdo acerca de su naturaleza y origen. La estructura psicodinámica que se encuentra bajo estos desórdenes tiene la forma de constelaciones multinivel de memorias de otro material inconsciente para el que he acuñado el tema de sistemas COEX (sistemas de experiencia condensada).

La más superficial de las capas de este sistema involucra episodios de la biografía posnatal, en este caso memorias de traumas físicos y psicológicos. Una capa más profunda de estos sistemas está formada por memorias relacionadas al nacimiento biológico, un evento que es, por su propia naturaleza, tanto física como psicológica. El reconocimiento del impacto patogénico del nacimiento nos ayuda entonces a resolver el conflicto entre las teorías psicológicas y biológicas de la psiquiatría. La capa más profunda de los sistemas COEX son las matrices de naturaleza transpersonal, tales como material de vida pasada, patrones arquetípicos o elementos de filogenética.

Los traumas psicológicos posnatales tienen vínculos específicos a las etapas del desarrollo del libido y el ego, a partes específicas del cuerpo y a problemas en relaciones interpersonales. También están conectados con varios mecanismos psicológicos de defensa y elaboraciones simbólicas.

Traducido por: Diana Patricia Castellanos Vega para Formación Transpersonal Grof

Mientras los traumas físicos posnatales y, particularmente, las dinámicas perinatales también involucran diferencias en el compromiso de varios órganos (ej.: sofocación en situaciones cercanas al ahogo, dolor de fracturas u operaciones, presión en la cabeza y sofocación en el nacimiento, etc.), éstas representan una forma de estrés crudo y no diferenciado.

Esto ciertamente parece relevante para el conflicto que concierne a los desencadenantes específicos y no específicos de desórdenes psicosomáticos, así como a la diferencia entre desórdenes psicosomáticos y las reacciones de conversión neurótica enfatizadas por Franz Alexander. Esto podría explicar por qué tanto el estrés específico como el no específico puede inducir a síntomas psicosomáticos, así como el hecho de que el estrés no específico puede inducir repetidamente a los mismos síntomas en un individuo particular. El nacimiento es un gran trauma psicofísico y conlleva a la primera gran pérdida de un objeto, la separación de la madre, seguido de una situación de extrema dependencia. Su relación con el génesis de los desórdenes psicosomáticos podría entonces dar cuenta del hecho de que la pérdida de una relación importante y las necesidades de extrema dependencia, son factores que juegan un rol significativo en los desórdenes psicosomáticos de varios tipos.

Las observaciones de investigaciones modernas sobre conciencia concernientes a la conexión cercana de desórdenes psicosomáticos con traumatización física y la profundidad de sus raíces, aclara que la psicoterapia que se limita a los medios verbales tiene pocas oportunidades de influencia. Las palabras solas no pueden resolver el problema de la sofocación, los espasmos musculares doloroso o la náusea severa; esto requiere un profundo trabajo experimental que involucra revivir las memorias subyacentes y desbloquear (abre accionar) las energías emocionales y físicas asociadas a éstas.

El marco de trabajo conceptual en medio del cual este proceso es llevado a cabo, debe proveer una explicación plausible y no-patológica para experiencias de extrema intensidad e incluir experiencias perinatales y transpersonales. Esto parece estar relacionado al hecho de que el desbloqueo (abre acción) durante hipnosis y narcoanálisis fue encontrado útil en tratamientos de neurosis de guerra, pero no de psiconeurosis. Los terapeutas que sabían que el cliente había estado expuesto a drásticas situaciones, fueron capaces y estuvieron dispuestos a tolerar reacciones emocionales y físicas de extrema intensidad sin miedo de que el cliente estuviera entrando en un terreno psicótico.

Traducido por: Diana Patricia Castellanos Vega para Formación Transpersonal Grof

Muy a menudo, los asistentes a charlas sobre el trabajo experiencial preguntan por qué revivir eventos traumáticos es terapéutico en lugar de causar re-traumatización. La mejor respuesta puede encontrarse en el artículo “Unexperienced Experience” (Experiencia Inexperimentada) del psiquiatra Irlandés Ivor Brown.¹⁰ El sugirió que no estamos afrontando una reproducción o repetición exacta de la situación traumática original, sino la primera experiencia completa de una reacción emocional y física apropiada para dicha situación. Adicionalmente, el individuo en cuestión ya no es más un niño indefenso y vitalmente dependiente, sino un adulto. Él o ella puede manejar los traumas que para el/la bebe o niño/a eran excesivos y abrumadores.

Manifestaciones Físicas de los Desórdenes Emocionales

Respirar es el ritmo básico de la vida.

~Hippocrates

Como he demostrado, los métodos terapéuticos que usan varias técnicas de respiración para inducir a estados no ordinarios de conciencia arrojan una luz interesante en el génesis de los desórdenes psicosomáticos. Sin embargo, también traen nuevas y revolucionarias percepciones en lo que concierne a la respuesta del cuerpo humano a una tasa de respiración aumentada. Estos ayudan a corregir la idea equivocada y profundamente engranada, encontrada en instructivos médicos sobre fisiología de la respiración, que indica que la reacción física obligada frente a la respiración rápida es un patrón estereotípico llamado 'síndrome de hiperventilación'. Las nuevas percepciones del trabajo experiencial tienen implicaciones de largo alcance para el entendimiento de la naturaleza de desórdenes psicológicos y psicosomáticos, y para estrategias terapéuticas.

Entendimiento ancestral y moderno de la respiración

Comenzaré esta discusión con algunas acotaciones generales acerca de la respiración y sus aspectos físicos, psicológicos y espirituales. En las culturas antiguas y pre-industriales el aliento y la respiración han jugado un rol muy importante en la cosmología, mitología y filosofía, así como una herramienta importante en la vida ritual y espiritual. Desde la historia más temprana, casi cualquier sistema psico-espiritual buscando comprender la naturaleza humana ha visto la respiración como un vínculo crucial entre el cuerpo, la mente y el espíritu.

En la tradición antigua de la India, el término *prana* no solo significaba respirar aire físicamente, sino también la esencia sagrada de la vida. Los ejercicios de respiración jugaban un rol extremadamente importante en el

Traducido por: Diana Patricia Castellanos Vega para Formación Transpersonal Grof

yoga y, particularmente, en el Tantra. El uso de la respiración en la práctica espiritual fue sujeto de una ciencia especial de respiración llamada *pranayama*. En la antigua Grecia, la palabra *pneuma* significaba tanto aire o aliento y espíritu, la esencia de la vida. La respiración también era vista como íntimamente relacionada con la psique; el término *phren* era usado tanto para el diafragma – el músculo más largo involucrado en la respiración –, y para la mente. En psiquiatría moderna encontramos este significado de las etiquetas de diagnóstico de oligofrenia (oligofrenia), paraphrenia (parafrenia) y schizophrenia (esquizofrenia). El desbalance en la respiración era visto como una gran causa de enfermedades físicas y mentales.

En la antigua tradición hebrea, el aliento y el espíritu creativo *ruach* también eran vistos como idénticos. En la creación de la historia del Antiguo Testamento, es el aliento de Dios lo que le da vida a Adam: “Y Dios formó un hombre del polvo del suelo y respiró en sus fosas nasales el aliento de la vida, y el hombre se convirtió en un alma viva” (Génesis 2:7). Para los esenios, el ingreso al Reino del Cielo se daba entre la inspiración y expiración, entre respiraciones.

En la medicina china tradicional, la energía *chi* tiene dimensiones espirituales, así como biológicas y físicas. Significa la esencia cósmica y la energía de la vida, así como el aire natural que respiramos con nuestros pulmones. En Japón, la palabra correspondiente es *ki*. *Ki* juega un rol extremadamente importante en la práctica espiritual y las artes marciales.

En la ciencia occidental, la respiración fue privada de sus dimensiones sagradas y vista únicamente como una importante función fisiológica esencial para la vida. Adicionalmente, las manifestaciones físicas y fisiológicas que acompañan a varias maniobras respiratorias, como hiperventilación, retención de la respiración o una especial atención prestada a la respiración, han sido patologizadas. Aunque en el oeste las dimensiones sagradas de la respiración han sido rechazadas y desacreditadas por la ciencia, muchos investigadores enfatizan en su rol crítico en la medicina.

Uno de los investigadores más dedicados a la relación entre la respiración y varias condiciones médicas, Fired, escribió un libro llamado *The Hyperventilation Syndrome* (El Síndrome de Hiperventilación).¹¹ Según él, los médicos debían poner mucha atención en la respiración. Seres humanos estresados o no estresados se hiperventilan. La hiperventilación puede encontrarse en un 50-70% de las quejas médicas y un 90% de las

hipertensiones son anticipadas por alteraciones en la respiración. La respiración defectuosa puede ser vista como el camino etiológico común para muchos problemas.

Es bien conocido en círculos académicos que la hiperventilación está cercanamente relacionada con la ansiedad, pero no hay un acuerdo acerca de si la hiperventilación causa ansiedad o viceversa; es claramente el problema de 'huevo o la gallina'. Las personas propensas a la ansiedad se hiperventilan cuando están expuestas a estrés; quienes sufren pánico tienen con frecuencia alcalosis respiratorio. Según Goldberg,¹² "la hiperventilación es un aspecto de la reacción ansiosa y causa síntomas sicosomáticos". La hiperventilación juega un rol importante en todos los desórdenes de ansiedad y posiblemente en los desórdenes emocionales en general. Christie llamó neurosis respiratorias a las neurosis de histeria y ansiedad.¹³

Estas observaciones refutan la idea original expresada en el libro de W.B.Cannon, *The Wisdom of the Body* (La Sabiduría del Cuerpo).¹⁴ Cannon creía que la respiración, siendo tan fundamental para la vida, está tan protegida por mecanismos homeostáticos que se puede cuidar a sí misma. Desde entonces se ha visto claramente que, a pesar de su aparente automatismo, respirar no está excluido de la influencia de muchos procesos psicopatológicos y psicológicos que pueden causar interferencia. Por turnos, las anomalías de los patrones respiratorios pueden causar problemas fisiológicos y psicológicos.

El síndrome de hiperventilación

Unas 10-15% de personas hiperventilan espontáneamente. Instructivos tradicionales de fisiología describen el 'síndrome de hiperventilación', considerado como una reacción obligatoria y estereotípica a la respiración acelerada. Involucra los llamados 'espasmos carpo pedales' (tetania de las manos y los pies), enfriamiento de los pies, sudoración e hiperexcitabilidad general de las neuronas. Esto está asociado con cambios neurológicos que pueden ser detectados objetivamente. Aquí cabe el reflejo de Chvostek (hiperexcitabilidad de los músculos fáciles) y el reflejo de Trousseau (espasmos de los músculos de antebrazo y mano después de la compresión de la arteria braquial con un torniquete).

Sin embargo, hay mucha falta de claridad en la literatura médica acerca del síndrome de hiperventilación. Fried, quien condujo una investigación sistemática de los efectos de la respiración acelerada, señaló que una reacción estereotípica escrita en los instructivos de fisiología respiratoria es

Traducido por: Diana Patricia Castellanos Vega para Formación Transpersonal Grof

un agudo contraste de reportes clínicos sobre el inusual amplio rango de fenómenos que puede ocurrir en personas que se están hiperventilando. Estos varían ampliamente de persona a persona y de episodio a episodio.

Estos síntomas incluyen tetania, mareos, vértigo, vaso-espasmos, convulsiones, dolores en el pecho, tensión y dolor muscular, dolores de cabeza, síncope, varios desórdenes neuromusculares, estados de ansiedad, y un rico espectro de emociones. El rango de reacciones posibles a una respiración acelerada es tan grande que los pacientes que están hiperventilando han sido llamados 'clientes con el síndrome de la carpeta gorda' (Lum), ya que hacen frecuentes visitas a los médicos sin obtener resultados. La siguiente es una lista de síntomas que han sido atribuidos a una respiración acelerada según médicos de entrenamiento tradicional.

1. Síntomas del sistema cardiovascular

La hiperventilación tiene efecto en los vasos: puede incrementar el flujo sanguíneo en los antebrazos u otros músculos grandes y disminuirlo en las manos, pies, cerebro e intestinos. Una respiración lenta es usada en el tratamiento de alta presión sanguínea y tiende a bajarla, aunque ocasionalmente la hiperventilación puede causar una disminución de la presión sanguínea y síncope (desmayo, inconciencia). El efecto vaso-depresor puede ser causado por muchos otros factores, incluyendo distensión vaginal durante exámenes ginecológicos. Esto es visto por la medicina tradicional como paradójico y misterioso, ya que la mayoría de personas que tiene un síncope no tiene problemas el corazón.

La hiperventilación puede afectar al corazón y causar taquicardia de los senos nasales, incrementar la potencia cardíaca, y acortar ligeramente el tiempo de conducción. Ocasionalmente, la hiperventilación puede semejar un problema del corazón y desatar dolores en el pecho y pseudoangina (Prinzmetal). Cambios en el ECG son transitorios y completamente reversibles; sus interpretaciones varían.

2. Aparato muscular en hiperventilación

Muchas personas responden a la hiperventilación por tetania. La literatura tradicional médica enfatiza en la tetania de manos y pies ('espasmos carpo pedales') y la considera como una reacción estándar y obligatoria a la respiración acelerada. Sin embargo, estos espasmos pueden ocurrir en cualquier músculo o grupo de músculos del cuerpo.

3. Síntomas del metabolismo

La respiración acelerada causa cambios en el balance de acidez / alcalinidad del organismo (pH). Una eliminación más rápida del dióxido de carbono (CO₂), que es ácido, tiene a inducir alcalosis del pH de la sangre. La capacidad del pigmento de la sangre hemoglobina depende del pH de la sangre; éste atrae más oxígeno en un entorno ácido y menos oxígeno en un entorno alcalino. Este es un mecanismo homeostático compensatorio que garantiza el abastecimiento efectivo de oxígeno durante el esfuerzo físico, lo que es típicamente asociado con el incremento de producción de productos metabólicos ácidos. La alcalosis durante la respiración acelerada, conlleva entonces una reducción de la transferencia de oxígenos a los tejidos.

4. Síntomas del sistema nervioso central

La hiperventilación puede causar hiper-excitabilidad en las neuronas y cambiar el funcionamiento del córtex; algunas células se despolarizan, otras se hiper-polarizan. Puede haber un cambio al metabolismo anaeróbico con incremento del ácido láctico (un mecanismo que juega un rol importante durante el nacimiento biológico) y una reducción en los neurotransmisores. Estos cambios están relacionados a un reducido suministro de oxígeno a los tejidos, generado por la hipocapnia (reducción del nivel de dióxido de carbono en la sangre) y vasoconstricción.

En el electroencefalograma (EEG), la hiperventilación lleva a una frecuencia reducida y alto voltaje. Los picos y ondas representativos en epilépticos pueden ser incrementados tres veces en el resto del EEG. Esta observación es usada en medicina para fines de diagnóstico: si hay una sospecha de epilepsia, se le pide al cliente que hiperventile durante un examen EEG para acentuar las manifestaciones electro-fisiológicas de la epilepsia. La autorregulación de la respiración ha sido sugerida como una medida correctiva en pacientes con epilepsia.

En sujetos normales la hiperventilación aumenta la incidencia de las ondas alfa, en pacientes psiquiátricos y epilépticos las reduce, y en epilépticos reduce las beta. Los pacientes psiquiátricos pueden o no mostrar una elevación de las theta. Como en los estudios con LSD, esto podría estar correlacionado con el material activado y el estado psicológico resultante, en lugar de con unas características psico-fisiológicas de estos grupos.

El LSD no tiene un efecto predecible en el EEG y los cambios que causa son independientes de la dosis y etapa de la sesión. Episodios experienciales

caracterizados por confusión emocional y excitación psicomotriz son asociados con ondas cerebrales más rápidas, mientras episodios de relajación y paz interior normalmente muestran ondas cerebrales bajas. Claramente, necesitamos nuevos estudios EEG que no estén basados en el modelo mecánico simplista actual y tomar en consideración las complejas variables psicosomáticas que gobiernan los cambios durante la respiración acelerada.

Hiperventilación y diagnóstico médico

Tradicionalmente, la hiperventilación es vista como un síntoma en lugar de como un factor contribuyente. Lo clínicos usualmente no creen que algo tan simple como la hiperventilación puede causar cambios tan intensos y diversos, y tienden a buscar otras causas. Según Huey y Schrest, quienes estudiaron a 150 pacientes hiperventilando, la hiperventilación puede semejar los siguientes diagnósticos médicos (de hecho éstos fueron prescritos inicialmente a los pacientes):¹⁵

1. Cardiovasculares: enfermedad coronaria, enfermedad reumática del corazón, enfermedad cardíaca hipertensiva, enfermedad cardíaca congénita, fiebre reumática aguda, cor pulmonale, taquicardia auricular paroxismal
2. Respiratorios: asma, enfisema, infección del tracto respiratorio
3. Gastrointestinales: cardioespasmos, úlcera péptica, colecistitis, colelitiasis (cálculos en la vesícula)
4. Musculoesqueléticos: fibrosis, miositis, artritis
5. Endócrinos: tumor de células insulares del páncreas, feocromocitoma, hipertiroidismo, reacción a la insulina, 'glándulas'
6. Inmunobiológicos: reacción alérgica, eczema
7. Neurológicos: epilepsia, tumor cerebral, poliomeilitis, accidentes cardiovasculares
8. Psiquiátricos: neurosis, 'nervios', 'desorden funcional'

Hiperventilación y pacientes psiquiátricos

Episodios espontáneos de hiperventilación ocurren con frecuencia en pacientes neuróticos y particularmente histéricos. Freud describió, en una cantidad de historias de casos, el sentimiento extremo de sofocación y marcado estrés respiratorio que ocurre en los ataques de pánico. Por esto es que se entretuvo por un tiempo en la idea de que el trauma del nacimiento, al estar relacionado con la sofocación, podría ser la causa y

Traducido por: Diana Patricia Castellanos Vega para Formación Transpersonal Grof

prototipo para todas las ansiedades futuras. Klein llamó a estos sentimientos de sofocación que acompañaban a los ataques de pánico ‘falsa alarma de sofocación’¹⁶. Este pánico no puede ser aliviado por respirar 5% de dióxido de carbono, lo que debería prevenir cualquier alcalosis respiratoria.

Se ha notado que en los pacientes psiquiátricos los síntomas inducidos por la respiración rápida son más intensos, coloridos y variados. Pacientes con anormalidades del sistema nervioso central muestran una gran diversidad de síntomas, y personas sufriendo de dolor tienen un límite más bajo de hiperventilación. En pacientes psiquiátricos, la hiperventilación tiende a producir lo que ha sido descrito como un ‘arranque impresionante de síntomas sensoriales, emocionales y psicósomáticos’.

Esta larga lista incluye mareos, desmayos, aprehensión, depresión, ansiedad, pánico, fobia, dolor del pecho, espasmos musculares, varias sensaciones físicas, dolores de cabezas, temblores, retorcijones, visión borrosa, náusea, vómito, ‘hinchazón en la garganta’ y muchos otros. Estos síntomas no son explicables en términos médicos tradicionales y pueden semejar a varias enfermedades orgánicas. Fried también encontró que la tasa media de respiración en grupos de control es más baja (12 respiraciones por minuto) que la de pacientes psiquiátricos (17 por minuto) y pacientes con convulsiones (17 por minuto).

Hiperventilación y Respiración Holotrópica

La hiperventilación tiende a agravar muchos síntomas y desórdenes, como la enfermedad de Raynaud, migrañas, angina de pecho y el trastorno de pánico. Por lo tanto, Fried sugirió un acercamiento a estos desórdenes que enseña a estos clientes una respiración más lenta como ‘medida terapéutica’. Esto es exactamente opuesto a la práctica de Respiración Holotrópica basada en la observación de que la hiperventilación continuada puede resolver el problema al exteriorizarlo por completo y traerlo a la conciencia. La psiquiatría trata el síndrome de hiperventilación por medio de intervenciones que apuntan a calmar al paciente, reduciendo la alcalosis e incrementando el contenido de CO₂ en las vías respiratorias. Esto es logrado con inyecciones de tranquilizantes, calcio intravenoso y poniendo una bolsa de papel sobre la boca.

Los practicantes de Respiración Holotrópica tienen una oportunidad única de estudiar los efectos psicológicos y somáticos de la respiración acelerada, ya que observan los cambios diariamente *in statu nascendi*. En este contexto, solo una pequeña porción de los clientes experimenta una

Traducido por: Diana Patricia Castellanos Vega para Formación Transpersonal Grof

respuesta que los instructivos de respiración fisiológica describen como típicos y, de alguna manera, obligatorios (espasmos carpo pedales, frío en los pies, etc.) En su lugar, las observaciones de este trabajo muestran que la respiración acelerada produce un espectro extraordinariamente rico de síntomas emocionales y psicosomáticos. Estos soportan entonces la crítica de Fried de un entendimiento simplista del síndrome de hiperventilación.

Para Fried, quien observa este ‘arranque impresionante de síntomas’ desde el punto de vista de la medicina tradicional, “sigue siendo un misterio cómo una función fisiológica tan simple como respirar puede producir tal espectro de síntomas”. La práctica de Respiración Holotrópica provee aportes profundos a las dinámicas del ‘síndrome de hiperventilación’ y ofrece una solución simple a este ‘misterio’. Ésta muestra que la riqueza de la respuesta a la respiración acelerada no puede ser entendida en simples términos fisiológicos, porque es un fenómeno psicosomático complejo que refleja la total historia psicobiológica e incluso espiritual del individuo.

Los síntomas inducidos por la respiración acelerada pueden aparecer en todas las áreas del cuerpo y en todas las posibles combinaciones. El estudio sistemático de estas reacciones muestra que representan la intensificación de síntomas psicosomáticos pre-existentes y la exteriorización de varios síntomas latentes. La respiración acelerada continuada, hace posible rastrear estos síntomas a sus fuentes inconscientes hasta memorias de eventos traumáticos del pasado, nacimiento biológico, traumas prenatales e, incluso, varios ‘gestalts’ transpersonales (ej.: memorias filogenéticas, experiencias de vidas pasadas y motivos arquetípicos).

Esto es real incluso en algunos fenómenos físicos extremos que pueden ocasionalmente ser observados durante la Respiración Holotrópica, tales como actividad similar a convulsiones, apnea, cianosis, ataques de asma, o diversas manifestaciones dramáticas de la piel. Este fenómeno representa la exteriorización de determinadas huellas históricas que están asociadas con eventos específicos como experiencias cercanas al ahogo, accidentes serios, operaciones, difteria infantil, tos ferina, nacimiento biológico, crisis prenatales, o experiencias de vidas pasadas. Por precarias que puedan parecer, no son peligrosas si estamos trabajando con personas físicamente saludables, que pueden tolerar el estrés emocional y físico involucrado en la evocación. Naturalmente, es importante respetar las contraindicaciones para el profundo trabajo experiencial y monitorear a personas con problemas serios, particularmente con serios desórdenes cardiovasculares.

Otro resultado sorprendente pero consistente del trabajo terapéutico con respiración acelerada, es que inicialmente los síntomas siguen incrementando su intensidad, pero la respiración continuada de hecho conlleva a su resolución y desaparición permanente. Este hecho está en conflicto directo con la suposición de que los síntomas sicosomáticos son una respuesta psico-química obligada a la hiperventilación. La desaparición permanente de estos síntomas tras la aparición total del material inconsciente con el que están conectados, muestra que son psicodinámicos en naturaleza y no simples manifestaciones psicológicas. Vemos en nuestro trabajo a mucha gente que no desarrolla ninguna tensión durante varias horas de respiración intensa. Este tipo de reacción aumenta con el número de sesiones holotrópicas y eventualmente se convierte en una regla más que una excepción.

Incluso la vasoconstricción que ocurre en varias partes del cuerpo como resultado de una respiración acelerada no es un efecto invariable y obligado de la hiperventilación. Las observaciones del trabajo con Respiración Holotrópica muestran que el bloqueo bio-energético en una cierta área puede ser un trauma psicológico o físico de la historia posnatal, el trauma del nacimiento, o matrices transpersonales. La respiración acelerada tiende a traer a la superficie material subconsciente y a soltar este bloqueo después de una intensificación temporal; esto es típicamente seguido por la apertura de circulación en el área afectada.

Un ejemplo extremo es la enfermedad Raynaud, una interrupción severa de la circulación periférica en las manos, asociada con sensaciones de frío e incluso a cambios tróficos en la piel. He tenido la oportunidad de trabajar con una cantidad de personas sufriendo esta condición que fueron capaces de sanar este desorden a través de la Respiración Holotrópica. En sus sesiones Holotrópicas iniciales, todos mostraron tetania extrema y dolorosa en las manos y antebrazos. Con la hiperventilación continuada, estos calambres fueron liberados de repente y reemplazados por experiencias de un poderoso flujo de energía cálida y campos energéticos tangibles que envolvían las manos como guantes gigantes. Después de estas experiencias, la circulación periférica permaneció abierta permanentemente.

También he observado repetidamente que el mismo mecanismo puede jugar un papel crítico en muchas infecciones crónicas, como la sinusitis, faringitis, tonsilitis, bronquitis o cistitis, que tradicionalmente han sido considerados como problemas puramente médicos. Estas condiciones son usualmente causadas por bacterias que habitan normalmente esas áreas

(Neumococo, Escherichia coli), y no por la invasión de microbios viciosos y exóticos. La causa real de estas condiciones es la reducida vitalidad de estos tejidos debido a bloqueos bio-energéticos y al consiguiente flujo sanguíneo inadecuado, más no a la presencia de la bacteria.

Estos tejidos no pueden protegerse a sí mismos en contra de la bacteria porque el bloqueo bio-energético de estas áreas causa vasoconstricción. Esto significa una inadecuada presencia de leucocitos, linfocitos, anticuerpos y otros factores que juegan un rol importante en la defensa inmunológica. Si tenemos éxito en la liberación del bloqueo bio-energético, la circulación se abre y estas 'infecciones crónicas' se despejan como por arte de magia. También es concebible que el mismo mecanismo esté involucrado en la génesis de úlceras pépticas o duodenales y de colitis ulcerosa. La vitalidad de las membranas mucosas gástricas o intestinales que no tienen buena circulación podría comprometerse a tal punto, que no pueden protegerse a sí mismas frente a los efectos del ácido hidróclórico y las enzimas digestivas.

Estas observaciones muestran que en muchas instancias, la enfermedad está relacionada con bloqueos emocionales o físicos de energía que resultan en la fragmentación, mientras el funcionamiento saludable está relacionado con un flujo libre de energía y una integración. Esto está relacionado con un aspecto del término 'holotrópico' que, literalmente, significa 'movimiento hacia la integración' o 'apuntando a la integración'. Estos hallazgos son consistentes con los principios básicos de la medicina china y la homeopatía. También están relacionados con el concepto moderno de 'medicina energética'. Los representantes de dicha orientación afirman que la medicina sería mucho más efectiva si complementara o incluso reemplazara su estrategia órgano-patológica con el acercamiento basado en el entendimiento y uso de las dinámicas bioenergéticas del cuerpo.

Conclusiones

Estas experiencias y observaciones del trabajo con Respiración Holotrópica muestran que el concepto tradicional del 'síndrome de hiperventilación' es obsoleto y debe ser revisado. Las tensiones que se desarrollan como resultado de la respiración acelerada no tienen que involucrar manos y pies, ya que pueden ocurrir en cualquier parte del cuerpo. La respiración continuada lleva normalmente a la culminación y resolución de dichas tensiones. Éstas también pueden ser removidas fácilmente por desbloques (abre acción) emocionales y físicos. La repetición de sesiones tiende a eliminar la ocurrencia de estas tensiones.

Algunas personas pueden respirar por horas sin mostrar ningún signo de tensión; de hecho, progresivamente se vuelven más relajadas y eufóricas.

Lo que parece suceder es que la respiración acelerada crea una situación bioquímica en el cuerpo que facilita la emergencia de antiguas tensiones emocionales y físicas, relacionadas con traumas psicológicos y físicos no resueltos. El hecho de que durante la respiración acelerada los síntomas emerjan y se manifiesten, no es un fenómeno patológico como tradicionalmente se lo entiende. De hecho, esta situación representa una oportunidad única para la sanación. Lo que emerge bajo estas circunstancias es material inconsciente con una carga emocional fuerte que está más que listo para ser procesado. Este entendimiento de los síntomas de la hiperventilación da cuenta de la enorme variabilidad de respuestas inter e intra-individuales a la hiperventilación. Esto parece ser análogo a la situación concerniente a la extraordinaria riqueza y variabilidad del contenido experiencial de las sesiones psicodélicas.

A la luz de las observaciones del trabajo de Respiración Holotrópica, episodios espontáneos de hiperventilación que ocurren en pacientes y la población normal, deberían ser vistos como intentos del organismo de sanarse a sí mismo, y deberían ser apoyados en lugar de suprimidos. Con un apoyo habilidoso y guianza, la aparición de síntomas durante la hiperventilación puede resultar en la sanación de problemas emocionales y psicosomáticos, transformación positiva de la personalidad y evolución de la conciencia. Contrariamente, la práctica actual de suprimir síntomas puede ser visto como una interferencia con un importante proceso de sanación espontáneo que involucra a la psiquis y el cuerpo.

Notas finales

- ¹ Alexander, F. (1950). *Medicina psicosomática*. Nueva York: W.W. Norton.
- ² Mirsky, IA (1958). Determinantes fisiológicos, psicológicos y sociales en la etiología de la úlcera duodenal. *Amer. J. Dig. Dis.* 3: 285.
- ³ Dunbar, HF (1954). *Emociones y cambios corporales*. Nueva York: Universidad de Columbia Prensa.
- ⁴ Wolff, S. y Wolff, H. (1947). *Función gástrica humana*. Londres: Universidad de Oxford Prensa.
- ⁵ Mahl, GF (1949). El efecto del miedo crónico sobre la secreción gástrica. *Medicina Psicosomática*. 11:30.
- ⁶ Selye H. (1950). *La fisiología y patología de la exposición al estrés*. Montreal: Acta.
- ⁷ Reich, W. (1949). *Análisis de personajes*. Nueva York: Noonday Press.
- ⁸ Reich, W. (1970). *La psicología de masas del fascismo*. Nueva York: Simon y Schuster.
- ⁹ Hubbard, LR (1950). *Dianética: la ciencia moderna de la salud mental*. East Grinstead, Sussex, Inglaterra.
- ¹⁰ Brown, I. (1990). Trauma psicológico, o experiencia inexperta. *Re-Vision Journal*.12 (4) 21-34.
- ¹¹ Fried, R. (1982). *El síndrome de hiperventilación: investigación y tratamiento clínico*. Serie Johns Hopkins en Medicina Contemporánea y Salud Pública.
- ¹² Goldberg, GJ (1958). Aspectos psiquiátricos de la hiperventilación. *South African Med. J* 32 : 447-49.
- ¹³ Christie, RV (1935). Algunos tipos de respiración en las neurosis. *Quart J Med* 16 : 427-32.
- ¹⁴ Cañón, WB (1932). *Sabiduría del cuerpo*. Nueva York: Norton.
- ¹⁵ Huey, SR y Sechrest, L. (1981). *Síndrome de hiperventilación y psicopatología*. Centro de Investigación sobre la Utilización del Conocimiento Científico, Instituto para la Investigación Social, Universidad de Michigan (manuscrito).
- ¹⁶ Klein, D.F., Zitrin C.M., and Woerner, M. (1978) Antidepresivos, ansiedad, pánico y fobia. En *Psicofarmacología: una generación en progreso*. (M.A. Lipton. A. DiMascio & K. F. Killiam, Eds.). New York: Rave Press.