Alejandro Parra

Psicología de las Experiencias Paranormales

INTRODUCCIÓN A LA TEORIA, INVESTIGACIÓN, Y APLICACIONES TERAPÉUTICAS

Librería **AKADIA** Editorial

Alejandro Parra

Psicólogo graduado en la Universidad Abierta Interamericana (UAI) y psicoterapeuta en la práctica privada, es profesor acreditado en Psicología en la UAI. Durante quince años (1990-2004) fue editor de la *Revista Argentina de Psicología Paranormal*, la más prestigiosa revista de parapsicología de habla-hispana. Actualmente es presidente de la Asoc. Civil "Instituto de Psicología Paranormal" y la Agencia Latinoamericana de Informacion Psi en internet (www.alipsi.com.ar). Es delegado en Argentina de la revista española *Año/Cero* y colaborador de la brasileña *Sexto Sentido*. Es miembro de una decena de asociaciones internacionales, entre ellas, la Parapsychological Association, la American Psychological Association y la Sociedad Interamericana de Psicología. Es consultado como especialista por diversos programas de radio y TV, en especial para decenas de documentales y unitarios emitidos por la señal Infinito. Es autor de *Historia de la Parapsicología en la Argentina* (Buenos Aires, 1990), Fenómenos paranormales: Una introducción a los eventos sorprendentes (Kier, 2003), e Interpretación de los Sueños (Kier, 2005). Ha ganado becas para participar en simposios y congresos de parapsicología en los Estados Unidos y varios países de Europa. Actualmente es becario de la Fundación Bial de Portugal para desarrollar investigaciones parapsicológicas.

PSICOLOGÍA DE LAS EXPERIENCIAS PARANORMALES

INTRODUCCIÓN A LA TEORÍA, INVESTIGACIÓN Y APLICACIONES TERAPÉUTICAS

PPS 137
Redemptoristen
Grenzgebiete
der Wissenschaft
Österr. Provinz
2006, 58
(B 6238)

Alejandro Parra

PSICOLOGÍA DE LAS EXPERIENCIAS PARANORMALES

INTRODUCCIÓN A LA TEORÍA, INVESTIGACIÓN Y APLICACIONES TERAPÉUTICAS

Librería **AKADIA** Editorial

Parra, Alejandro
Psicología de las experiencias paranormales - 1a ed. -
Buenos Aires : Librería Akadia Editorial, 2006.
214 p. ; 22 x 15,5 cm.

ISBN 987-570-030-4

1. Experiencias Paranormales-Psicología. I. Título
CDD 154.4

Esta nueva versión ha sido chequeada y actualizada por el autor adicionando una página al final.
Traducido del inglés por Alejandro Parra.

ISBN: 987-570-030-4

Todos los derechos reservados. Esta publicación no puede ser reproducida, archivada o transmitida en forma total o parcial, sea por medios electrónicos, mecánicos, fotocopiados o grabados, sin el permiso previo de los editores que deberá solicitarse por escrito.

© by Librería AKADIA Editorial, 2006
Paraguay 2078 (1121) Buenos Aires, Argentina
E-mail: akadia@arnet.com.ar
http://www.editorialakadia.com.ar

Hecho el depósito que marca la ley 11.723

IMPRESO EN ARGENTINA - PRINTED IN ARGENTINA

Colaboradores

Richard Bentall. Psicólogo e investigador en Psicopatología en el Departamento de Psicología de la Universidad de Manchester, en Manchester, Inglaterra. Después de su Doctorado en Psicología, obtuvo su licencia para ejercer la psicología clínica en la Universidad de Liverpool. Actuó como Psicólogo Clínico Forense en el National Health Service y fue nombrado Profesor de Psicología Clínica en la Universidad de Liverpool. En 1999, ocupó la titularidad de la Cátedra de Psicología Clínica Experimental en la Universidad de Manchester. En 1989, recibió el Premio May Davidson que otorga la British Psychological Society por sus investigaciones en el campo de la psicología clínica. Además de su interés en trastornos mentales, Bentall también estudió las diferencias en los mecanismos de aprendizaje entre seres humanos y animales y ha llevado a cabo investigación sobre el tratamiento del síndrome de fatiga crónica (*www.psych-sci.manchester.ac.uk/staff/RichardBentall*).

James Carpenter. Psicólogo graduado en la Universidad del Estado de Ohio, ha obtenido su certificación en psicología clínica en la American Academy of Clinical Psychology, donde es miembro y ha sido Secretario en dos períodos. Es editor del Boletín de la American Academy of Clinical Psychology. Después de enseñar en el Departamento de Psicología de la Universidad de Carolina del Norte, se integró a la actividad clínica privada y ha trabajado en ello durante los últimos veinte años. Ha publicado ampliamente en areas tales como el autoconocimiento, psicoterapia de grupo, problemas laborales, y desarrollo del potencial humano y promoción de la salud, incluyendo la parapsicología, en donde ha estado particularmente activo durante muchos años. Forma parte del Consejo Directivo del Rhine Research Center, del cual ha sido presidente por tres periodos. Actualmente es Profesor Asociado en Psicología Clínica en el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Carolina del Norte, y Director de Servicios en el Rhine Research Center. Su ocupación principal es la práctica privada de la psicoterapia (*jcarp@med.unc.edu*).

Daniel E. Gómez Montanelli. Psicólogo graduado en la Universidad de Buenos Aires (UBA) con postgraduación en Medicina Psicosomática (UBA), Psico-socio-oncología y Cuidados Paliativos (Universidad Nacional de La Plata)

y Bioética (FLACSO). Actúa como Psicoterapeuta de orientación humanística y transpersonal en la práctica privada certificado por el Grof Training Center, USA. Es docente de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Investigador en el área de Parapsicología Clínica. Director de la Fundación Allan Kardec. Coordinador del área de Psicología Transpersonal de la Fundación Martínez Bouquet. Ex-becario del Instituto do Cerebro (Brasil) y de la Fundación Bial (Portugal). Miembro fundador del Spiritual Emergency Network (SEN-Argentina). Miembro Asociado de la Parapsychological Association.

Keith Harary. Psicólogo. Es conocido internacionalmente por su contribución pionera a la investigación científica de los estados alterados de conciencia y la ampliación de las capacidades humanas. Doctorado en psicología con énfasis en el trabajo de consejería clínica y psicología experimental, es autor y coautor de más de cuarenta artículos sobre temas relacionados con la investigación psicológica y otras áreas. Su trabajo ha sido analizado en docenas de artículos científicos y populares y en más de dos docenas de libros. Es coautor, con Pamela Weintraub, de Experiencias extracorpóreas en 30 días y coautor del best-seller The Mind Race. Ha sido presidente y director de investigación del Institute for Advanced Psychology de Los Angeles, y director del Centro de Estudios Avanzados en Psicología, en San Francisco, California. Es autor de varios libros, algunos de los cuales se encuentran en español, sobre desarrollo psíquico y psicología transpersonal.

Harvey Irwin. Profesor adjunto en Psicología en la Escuela de Psicología de la Universidad de Nueva Inglaterra. Ha sido investigador activo en parapsicología por más de veinte años y es autor de *An Introduction to Parapsychology* (McFarland, 1994). Su interés en la investigación parapsicológica está relacionada con la creencia en lo paranormal, los fundamentos psicológicos de las creencias paranormales, y las experiencias parapsicológicas (en particular, las experiencias extrasensoriales, las experiencias fuera del cuerpo, y las experiencias cercanas a la muerte), la fenomenología de las experiencias parapsicológicas, y la parapsicología desde la perspectiva de la sociología de la ciencia. También ha publicado numerosos estudios sobre trastornos disociativos, psicología criminal, y trastornos de la alimentación. En el año 2002, la Parapsychological Association le otorgó el Premio a la Trayectoria y Prestigio Científico en reconocimiento a su trabajo de investigación empírico

y teórico en parapsicología en los últimos 25 años (*www.parapsych.org/members/h_irwin.html*).

Stanley Krippner. Psicólogo y profesor de psicología en el Saybrook Graduate School de San Francisco, en California. Fue presidente de la Parapsychological Association, la Association for Humanistic Psychology, y la Association for the Study of Dreams. Ha sido director del Laboratorio del Sueño, del Maimonides Medical Center, en Brooklyn. Es co-autor del libro *Dream Telepathy*. También ha sido editor de la serie en ocho volúmenes de *Advances in Parapsychological Research*, y co-editor de *Varieties of Anomalous Experience* y *Mitología Personal* (éste último en español). Es miembro de la American Psychological Association, la Society for Clinical and Experimental Hypnosis, y la Society for the Scientific Study of Religion (*www.stanleykrippner.com*).

Vernon M. Neppe. Médico Psiquiatra, con especialidad en psicogerontología y psiquiatría forense. Es reconocido internacionalmente como neuropsiquiatra, psicofarmacólogo, e investigador en psicología anómala (parapsicología). Es conferencista, autor y ha desarrollado trabajos de investigación en Sudáfrica, y en la Universidad de Cornell en New York. Desde 1986 vive con su esposa y dos hijos en Seattle. Actualmente es director del Pacific Neuropsychiatric Institute en Seattle. Es profesor adjunto de Psiquiatría y Comportamiento Humano en la Universidad de St. Louis, en St. Louis, Missouri. Es miembro de más de una docena de asociaciones profesionales americanas e internacionales de medicina, psiquiatría, psicología, neuropsiquiatría, epilepsia, parapsicología, psicogeriatría y psicofarmacología clínica y experimental. Ha ganado numerosos premios y distinciones (*www.pni.org*).

Adrian Parker. Psicólogo graduado en la Universidad de Edinburgo, cualificado en psicología clínica desde 1974 en la Clínica Tavistock en Londres. Actualmente es Profesor Asociado en Psicología en la Universidad de Gotenburgo, en Suecia, y Doctorado en Psicología en la Universidad de Edinburgo. Es autor y co-autor de más de 50 artículos y capítulos de libros sobre psicología clínica y parapsicología, las cuales son sus principales áreas de investigación. Parte de su tesis doctoral fue publicada en un libro titulado *States of Mind* (1976) que se ocupa de la conciencia y los fenómenos psi. Su

investigación doctoral se inició con el uso de la técnica *ganzfeld* en parapsicología como un medio para inducir experiencias paranormales en un contexto experimental. En el año 2000, formó parte de la organización del simposio sobre Parapsicología en el 27mo. Congreso Internacional de Psicología de Estocolmo. Actualmente es editor del *European Journal of Parapsychology* y miembro del Consejo Directivo de la Parapsychological Association (*www.psy.gu.se/personal/adrianparker.htm*).

Alejandro Parra. Psicólogo graduado en la Universidad Abierta Interamericana (UAI). Psicoterapeuta en la práctica privada y profesor acreditado en Psicología en la UAI. Fue editor de la *Revista Argentina de Psicología Paranormal* entre 1990-2004. Actualmente es presidente de la Asociación Civil «Instituto de Psicología Paranormal» y de la Agencia Latinoamericana de Informacion Psi. Es delegado en Argentina de la revista española *Año/Cero* y colaborador de la brasileña *Sexto Sentido*. Es miembro de una decena de asociaciones internacionales, entre ellas, la *Parapsychological Association*, la *American Psychological Association* y la *Sociedad Interamericana de Psicología*. Es consultado como especialista por diversos programas de radio y TV, en especial para decenas de documentales y unitarios emitidos por la señal *Infinito*. Es autor de *Historia de la Parapsicología en la Argentina* (Buenos Aires, 1990), *Fenómenos paranormales: Una introducción a los eventos sorprendentes* (Kier, 2003), e *Interpretación de los Sueños* (Kier, 2005). Ha ganado becas para participar en simposios y congresos de parapsicología en los Estados Unidos y varios países de Europa. Actualmente es becario de la Fundación Bial de Portugal para desarrollar investigaciones parapsicológicas (*www.alipsi.com.ar*).

D. Scott Rogo (1950-1990)†. Escritor e investigador psíquico norteamericano. Ha sido autor de varias decenas de libros de parapsicología para los lectores de divulgación popular y artículos, tanto de revisión como científicos, para revistas académicas, entre ellos *Exploring psychic phenomena* (1976), *The poltergeist experience* (1979), *On the track of the poltergeist* (1986), *Leaving the body* (1983), y *New techniques of inner healing* (1992). Traducidos al español: *El universo encantado* (1977), *En busca de lo desconocido* (1982), *El enigma de los milagros* (1988), *La existencia después de la muerte* (1990) y *El retorno del silencio* (1991). También ha sido miembro de la Parapsychological Association, entre otras asociaciones.

Dedicatoria

A Irma
Quien me enseñó tres lecciones:
Amar apasionadamente,
Cuidar aquello que se ama.
Buscar siempre nuevos desafíos.

A Romina y Sebastián
Quienes iluminan mi vida y
Guian mi camino.

A Luis Portela
Quien aún confía
en el enorme potencial
de la mente humana...

Presentación

La *Parapsicología* es el estudio que procura comprender científicamente el comportamiento del fenómeno psi, como la percepción extrasensorial (telepatía, clarividencia y precognición), la psicokinesis (influencia mental sobre la materia), y otras experiencias o anómalas, tales como los estados alterados de conciencia, sanación paranormal, poltergeist, apariciones, experiencias cercanas a la muerte y experiencias extracorpóreas, la mediumnidad o canalización y muchos otros fenómenos o casos «marginales» del conocimiento.

Aunque las experiencias parapsicológicas parezcan ser paranormales no lo son así por definición; el tema de su carácter paranormal es un problema aún por investigar. Es importante distinguir entre experiencias parapsicológicas que ocurren y los *procesos paranormales* subyacentes que son meras hipótesis de investigación científica. Todas las experiencias PES son entonces parapsicológicas, pero se requiere probar que cualquiera de ellas pudiera ser paranormal.

A pesar del hecho de que los fenómenos parapsicológicos son claramente contrarios al conocimiento científico convencional, es a través de los métodos de la ciencia que se estudian dichos fenómenos. Desde una perspectiva sociológica, la parapsicología se toma como una tarea científica sin importar su material de estudio, errores en sus procedimientos de investigación y la retórica escéptica de sus críticos. Una característica de la parapsicología moderna es que la investigación de sus fenómenos se realiza, siempre que sea posible, en ambientes controlados de laboratorios psicológicos. También se hace énfasis en el uso de la metodología científica del tipo que predominaba en los tiempos de la *investigación psíquica.*

La parapsicología está centrada en experiencias de *personas.* Los datos cuantitativos y cualitativos de las experiencias parapsicológicas de las personas son más extensos, detallados y diversos que los de los animales; el enfoque humano en la parapsicología es, por tanto, apto en relación a su base empírica y a su capacidad de productividad teórica. Al mismo tiempo, cuando los

científicos conductuales buscan explicar las experiencias de las personas en lugar de la conducta de los animales se aprecia más la dificultad de la tarea. Los factores humanos cognitivos, sociales, culturales, emocionales, motivacionales, perceptuales, neuropsicológicos, psicodinámicos, y otros factores psicológicos son tan complejos y variables que ninguna experiencia individual podría entenderse solamente en términos de una dimensión o proceso.

Aquí se define a la parapsicología como el estudio de experiencias que tienen la apariencia de estar en principio, al margen de las capacidades humanas tal como actualmente la ciencia convencional las entiende. Dentro del marco teórico de las ciencias conductuales modernas, una experiencia extrasensorial, por ejemplo, podría simplemente no haber ocurrido como tal, sin embargo la tarea del investigador no es estudiar los factores paranormales subyacentes definidos negativamente, sino por el contrario efectuar una exploración sistemática de las varias causas posibles y de las características de la investigación experimental. Es innecesario, por ejemplo, definir la experiencia extrasensorial de modo tal que se distinga de experiencias ilusorias o alucinatorias, si bien debemos admitir, que si la paranormalidad se define negativamente, en último caso también sería «en apariencia» paranormal; pero al menos no se está hablando simplemente de excluirla de una lista de procesos psicológicos aceptados.

Una *experiencia extrasensorial* es aquella en la cual parece que la mente del *experiente* (quien ha tenido la experiencia) ha adquirido información directamente, esto es en apariencia sin la mediación de los sentidos humanos reconocidos, o sin que existiera proceso alguno de inferencia lógica. A manera de ilustración, en ocasiones, algunas personas han estado pensando acerca de un amigo y de repente sus pensamientos se han interrumpido por la llamada telefónica de –precisamente– esa persona. Hasta aquí sería presuntuoso catalogar la experiencia como «extrasensorial» pero al igual que otros fenómenos parapsicológicos, estamos comprometidos solamente con las apariencias, y desde esta perspectiva el ejemplo anterior sugiere superficialmente la operación de algún enlace paranormal entre los pensamientos de la persona y la persona del amigo del ejemplo. Esto representa un tipo particular de experiencia extrasensorial que ostensiblemente incluye comunicación directa de mente a mente (*telepatía*). En algunos casos la experiencia extrasensorial se relaciona con información que no está en la mente de alguien sino que es parte del ambiente objetivo. El hecho de que una persona vea eventos que son

sensorialmente inaccesibles se lo conoce como *clarividencia*. Algunas veces, la PES está aparentemente desplazada en el tiempo. La adquisición extrasensorial de información de un evento en el futuro se la conoce como *precognición*, y si es de un evento en el pasado se lo denomina como *retrocognición*.

La experiencia extrasensorial y la PES constituyen uno de los tres dominios básicos de la investigación parapsicológica. Un segundo dominio es el conocido como *psicokinesis* (PK), una palabra que se traduce literalmente como «movimiento causado por la mente». Una experiencia de PK entraña el aparente efecto «mente sobre la materia», donde los pensamientos de una persona o sus preferencias parece que han tenido una influencia directa sobre la estructura del ambiente físico. La influencia aparentemente ocurre si la mediación de energías físicas reconocidas, particularmente aquellas que comprenden el sistema motor humano. En la visión popular uno de los mejores ejemplos de PK sería las actuaciones del doblado de cucharas del psíquico israelí Uri Geller o los desplazamientos de objetos aparentemente paranormales de la psíquica rusa Nina Kulagina. Sin embargo, las experiencias psicokinéticas no necesariamente comprenden movimientos observables; el hecho de que un reloj deje de funcionar; al momento de la muerte de un ser querido, por ejemplo, se toma comúnmente como un evento mente-sobre-materia.

Las expresiones *percepción extrasensorial* y la *psicoquinesis* se acuñaron originalmente para indicar la naturaleza ostensible de estos fenómenos, sin embargo, actualmente, estos términos no son satisfactorios técnicamente, debido a que presuponen la paranormalidad de los procesos que hipotéticamente pudieran subyacer bajo las experiencias. Considerando que la PES existe, podría ser que su operación fuera a través de alguna (todavía no descubierta) clase de modalidad sensorial, un «sexto sentido» y por lo tanto no sería extrasensorial; la PES si realmente fuera extrasensorial sería lo más parecido a la ideación que a la «percepción», y podríamos hacer objeciones similares contra el término *psicoquinesis*.

La letra griega *psi* se usa para denotar el elemento paranormal desconocido en estas experiencias, de la misma manera que la letra X representa lo desconocido en una ecuación algebraica hasta que su identidad se determina. Sin embargo, en la realidad constituye algo más que un término neutral, ya que ha desarrollado una (a veces tácita) suposición de que el elemento

paranormal en PES es el mismo que el de la PK, ya que estos dos dominios parapsicológicos comparten un mismo mecanismo o proceso subyacente. Además del estudio de los fenómenos psi, un dominio tradicional de la investigación parapsicológica, otro tipo de estudio abarca la hipótesis de la supervivencia, la noción de que hay un elemento de la existencia humana que sobrevive a la muerte física. La hipótesis de la supervivencia enfoca la comunicación entre los espíritus de los fallecidos y de los médiums durante las sesiones espiritistas. Otros fenómenos que también fueron estudiados en este contexto son las apariciones, los poltergeists, la reencarnación, y la conciencia de sí mismo estando fuera de su propio cuerpo (la experiencia extracorpórea).

El tercer problema de la investigación parapsicológica es la descripción de los fenómenos parapsicológicos desde el punto de vista del *experiente*; esto es, establecer las características del fenómeno como se experimentó realmente y estudiar el impacto de tales experiencias sobre el individuo. Esto se conoce como investigación *fenomenológica* y también es independiente del tema de la autenticidad. La fenomenología de las experiencias parapsicológicas de las personas pueden documentarse ya sea que las experiencias tengan o no una base paranormal. Por otro lado, la cuestión fenomenológica se puede ligar con la investigación orientada al proceso, ya que es totalmente posible estudiar las características fenomenológicas de las experiencias sin tener el mínimo conocimiento de los procesos subyacentes y por el contrario, estos estudios frecuentemente sugieren ideas acerca de la naturaleza de los procesos subyacentes, en otras palabras la investigación fenomenológica es útil para generar una hipótesis en la investigación *orientada al proceso.*

Objetivos

La parapsicología en particular tienen mucho que aportar a la psicología clínica.

Presentar una diversidad de experiencias que pueden aparecer en sujetos sin que estén acompañados de indicadores de disfunción psicológica o médica.

Determinar la contribución de factores transculturales de estas experiencias y la información de las mismas.

Enseñar estrategias generales para interactuar con los pacientes que describen experiencias anómalas, y para explorarlas más profundamente.

La comprensión del auto-engaño y el engaño por parte de otros.

La función de los psíquicos y pseudopsíquicos como consejeros.

Ofrecer un conocimiento de la psicología paranormal/parapsicología y la importancia de sus hallazgos para ayudar a la gente a comprender sus experiencias.

Muchos pacientes saben que sus psicólogos y los psiquiatras no les creen. Se sienten desestimados e incomprendidos y en consecuencia tienden a sobreenfatizar el componente paranormal. Algunas veces, se usan las perspectivas de la psicología transpersonal para ayudar al paciente a encontrar un significado de lo que están experimentando. Se incluirán algunos aspectos psicológicos que tropiezan con las percepciones de las experiencias de los pacientes y de sus habilidades para enfrentarlos.

Propósitos

Esta obra es apenas una introducción al estudio de las experiencias anómalo/paranormales integradas por un grupo de autores de reconocido prestigio en este campo y cuyos aportes proporcionarán al lector sugerencias y herramientas útiles para el psicólogo clínico, el psicoterapeuta, el psiquiatra, el psicoanalista, y otros profesionales de la salud y la orientación. Los lectores de este libro descubrirán que la psicología tiene mucho que ofrecer en términos de obtener y evaluar la evidencia, caracterizar variables asociadas con estos fenómenos, y describir e investigar las experiencias paranormales. A su vez, algunas experiencias paranormales podrían ofrecer mucho a la ciencia con el objeto de clarificar sus límites e identificar como la psicología, las neurociencias, y las ciencias sociales estrechan sus manos para explicar tales anomalías.

La obra se compone de diez Capítulos y dos Apéndices. Cada capítulo ha sido cuidadosamente seleccionado ya que han sido originalmente publicados en español en la *Revista Argentina de Psicología Paranormal,* publicada durante quince años en Argentina, que llegó a convertirse en la mejor y más completa

revista de investigación parapsicológica de América Latina. Aquí se han reproducido estos artículos mejorando la calidad de su traducción original e introduciendo actualizaciones escritas por sus autores para la edición de este volumen. Al final se presentan algunos de los cuestionarios comúnmente empleados en la investigación parapsicológica con el objeto de servir al terapeuta o el investigador a evaluar el tipo de experiencia paranormal y ayudarle a distinguirla de otras experiencias perceptuales inusuales o incluso de percepciones distorcionadas o patológicas.

En el Capítulo 1, *Wim Kramer* señala que las personas pueden buscar ayuda u orientación por problemas relacionados con espíritus, fuerzas misteriosas, para en ese caso de ser posible un médium confiable o un psíquico pueda contrarrestar esas fuerzas malignas y neutralizarlas. Otras personas buscan psíquicos o sanadores con la esperanza de que estas personas, con la ayuda de sus poderes, puedan resolver inmediatamente los problemas que tienen. Las razones de porque consultan a un psíquico son saber que le ocurrirá en el futuro, los problemas de relación con otras personas (especialmente, el matrimonio), y la búsqueda de personas u objetos desaparecidos. Otro grupo de personas que están bajo tratamiento psiquiátrico tienen todo tipo de problemas en la sociedad y continúan buscando ayuda y contactar con círculos alternativos en los cuales convierten en algo positivo lo que sus psiquiatras consideran «patológico». Finalmente, otro grupo de pacientes pueden ser divididos en personas que creen ser dotados paranormales y personas que han tenido experiencias inexplicables que los perturban, pero que no se consideran sensitivos, y buscan saber si sus experiencias indican si de alguna manera se están volviendo locos.

En el Capítulo 2, *Adrian Parker* presenta un modelo desde la psicología de los procesos cognitivos en cuyo amplio espectro estas experiencias incluyen creencias paranormales y bizarras, sugestión, o esquizofrenia. En una patología esquizofrénica, primero ocurre una experiencia perceptual anómala, y las ilusiones y las desviaciones del juicio derivan de ésta. Parker sostiene que una ideación mágica es una característica de error cognitivo del pensamiento de aquellos que creen y relatan experiencias paranormales. El modelo de «experiencia paranormal subjetiva» supone que existe un proceso de comunicación extrasensorial favorecido por estados de atención interna. El modelo parapsicológico –por su parte– supone que la PES funciona como un

proceso de percepción influenciada por los mecanismos de defensa de la personalidad, que están menos activos durante los estados alterados de conciencia. No es difícil pensar que algunos individuos están predispuestos a determinadas alteraciones perceptuales; algunos reaccionan a éstas positivamente mientras que otros son más defensivos y pueden ser tratados como alienados.

En el Capítulo 3, *Stanley Krippner* desarrolla un modelo tridimensional de la disociación psicológica que incluye la existencia de fenómenos paranormales desde una perspectiva transcultural. La primera dimensión del modelo focaliza una visión cuádruple, esto es: (1) si una experiencia representa un fluir controlado, (2) un fluir descontrolado, (3) una disociación controlada o (4) una disociación descontrolada. La segunda indaga si hay alteraciones en el «ego-self» (conciencia de yo), el cual puede trascender haciendo contacto con una hipotética «Unidad» de naturaleza trascendente. La tercera se pregunta si la experiencia es negativa o afirmativa. Algunas experiencias disociativas involucran más de un desvío del «ego-self», una identificación con una «Totalidad» trascendente. Otras experiencias (como la «incorporación espiritual») pueden ser anómalas en culturas occidentales, pero no en otros contextos culturales. Krippner muestra ejemplos de cada categoría con énfasis en las experiencias consideradas anómalas en las culturas occidentales.

En el Capítulo 4, *Keith Harary* sugiere que las experiencias paranormales pueden distribuirse en cinco grupos. El primer grupo está integrado por individuos que están tratando de resolver cuestiones de identidad personal; el segundo tiene una historia de experiencias paranormales, o una única experiencia, que parece tener bases verídicas; el tercero parece representar una mezcla de elementos verídicos e imaginarios, pero sus experiencias son tan inestables que alteran su sentido de realidad. El cuarto grupo lo integran personas cuyas experiencias se inician imaginativa o alucinatoriamente, pero no parecen estar sufriendo de ninguna perturbación psicológica. El quinto corresponde a aquellos que padecen una perturbación psicológica; sus experiencias a veces contienen elementos paranoicos y delirios de grandeza. El sexto y último grupo responde a individuos que tienen estas experiencias en el trascurso de su tratamiento, o personas que escuchan acerca de las experiencias de un conocido, amigo o familiar. Harary sostiene que en toda relación parece haber cierto nivel de intimidad y de verdad intrínseca que

estimula a compartir una experiencia paranormal, como una posibilidad de ayuda en el individuo que toma ese riesgo.

En el Capítulo 5, *Richard Bentall* considera que la parapsicología y la psicopatología parecen disciplinas diferentes que no se prestan atención entre sí. Este autor propone razones por las cuales ambas disciplinas podrían sacar provecho mutuo al intercambiar información. En primer lugar, tanto la parapsicología como la psicopatología estudian experiencias anómalas; segundo, ambas han encontrado muchas asociaciones estadísticas entre las experiencias paranormales y los síntomas psicopatológicos. Ha examinado numerosas investigaciones sobre la ilusión y la alucinación que sugieren que el procesamiento de información y las desviaciones en el razonamiento juegan un rol importante. También presenta modelos para discriminar entre quienes creen en el fenómeno paranormal y quienes no, y cómo procesan la información y el razonamiento, pero sostiene que estos estudios no indican la inverosimilitud de ciertas experiencias paranormales. Esto sólo debe ser evaluado mediante investigación empírica.

En el Capítulo 6, *D. Scott Rogo* examina las experiencias de tipo poltergeist o PKER. El tópico básico es cómo ayudar a la gente a comprender y enfrentar esta experiencia. Rogo examina el poltergeist porque representa un fenómeno con el que ha tenido contacto utilizando abordajes terapéuticos. La gente denuncia estos casos por una razón fundamental: sólo les interesa liberarse del problema. Como cualquier otro problema psicológico, estamos tratando en conjunto la probable situación de una familia con un problema de tipo psicokinético. El investigador tiene la responsabilidad de ayudar a las familias que buscan su asistencia, haciéndoles comprender lo que están enfrentando, tratando de saber los fundamentos psicológicos de la situación y haciendo todo lo que se pueda para «curar» el problema.

En el Capítulo 7, *Harvey Irwin* aborda las experiencias de fantasmas, entidades, y otras formas de apariciones que han sido vistas –virtualmente– en todas las culturas. El interés de los parapsicólogos por estas experiencias se remonta a los principios de la investigación psíquica. Según Irwin ha habido necesidad de entender más la experiencia aparicional y no estudiar la aparición en sí misma; esto es, explorar su perspectiva fenomenológica. Las características de las apariciones y todos sus rasgos aparentemente alucinatorios se estudian

como parte de la fenomenología de la experiencia aparicional. Estos dos tipos de características ya no se consideran –*a priori*– mutuamente excluyentes, tampoco la necesidad de que éstas se aparten de los estudios de los parapsicólogos de otras características fenomenológicas de la experiencia.

En el Capítulo 8, *Daniel Gómez Montanelli* y *Alejandro Parra* exploran las principales reacciones emocionales de las personas frente a las experiencias paranormales en el contexto de una psicoterapia de grupo. Los autores examinaron sus reacciones emocionales, el nivel de perturbación, motivo de consulta, la resignificación emocional, la comprensión emocional y racional, entre otras variables. Algunos pacientes pusieron énfasis en el miedo –en diferentes formas– como emoción predominante, así como también asombro, perplejidad, perturbación o bienestar y alegría. La mayoría expresó haber sido escuchado, aceptado, comprendido, y acompañado tanto por los coordinadores como los participantes de su grupo. Además, más de la mitad expresó que la actividad grupal contribuyó a su desarrollo personal o espiritual, otros encontraron un nuevo sentido para sus experiencias psi, o sentirse mejor emocionalmente, en sus relaciones interpersonales y/o encontró un nuevo sentido a su vida.

En el Capítulo 9, *James Carpenter* hace una analogía entre la psicoterapia y la parapsicología. Ambas comparten raíces históricas comunes, incluyendo intereses y conceptos similares que sostuvieron personas que cimentaron, con su trabajo, la piedra angular para ambas áreas. Existen características fenomenológicas en ambos campos de trabajo: para ambas lo más importante es intentar ampliar los límites de lo conocido y poner al descubierto lo que es desconocido, pero importante y deseable. Algunas experiencias psíquicas han sido descritas dentro del contexto de la psicoterapia, y se han descubierto muchas condiciones y circunstancias especialmente facilitadoras de psi en la literatura de investigación, condiciones éstas que tienen estrecha semejanza con procedimientos y condiciones similares basadas en los estudios de muchos psicoterapeutas. Una actitud y «atmósfera cuasiterapéutica» puede también ser un importante ingrediente en la investigación parapsicológica, a pesar que a menudo están fuera de la agenda de un trabajo de investigación. El autor sugiere poner más énfasis en lo que se conoce de la psicoterapia en cuanto al desarrollo experiencial y la auto-exploración, y todo lo que se podría sumar en provecho de nuestro estudio del fenómeno psi.

En el Capítulo 10, *Vernon Neppe* sostiene que la historia de la psiquiatría se desarrolló cuando el diagnóstico psiquiátrico se unificó. Hoy día los diagnósticos psiquiátricos son –en ocasiones– tierra de nadie. Observa que los sujetos «normales» que experimentan experiencias paranormales subjetivas podrían indicar síntomas del lóbulo temporal de diferentes tipos, tales como alucinaciones olfativas. Además parece que una historia familiar de epilepsia es un fenómeno bastante común entre los videntes. Neppe concluye diciendo que hay un fundamento psicodinámico para varios tipos de experiencias, que el área del cerebro más involucrada es el sistema témporo-límbico, pero que en general, la psiquiatría inapropiadamente categoriza a aquellos con experiencias paranormales subjetivas como delirantes. Aquellas que sufren experiencias paranormales funcionan bien y en forma normal en todos los niveles de su desempeño, sin embargo, saben que no deben hablar de sus experiencia a los psiquiatras o los psicólogos, a causa de que pueden ser diagnosticados por ello.

Tengo la plena convicción de que la obra será de ayuda y soporte para su actividad psicoterapéutica y cooperará en la comprensión de las experiencias paranormales contribuyendo a trazar la frontera que separa lo psicopatológico de lo normal y a introducir criterios diagnósticos más acertados y precisos a la hora de etiquetar a un paciente que experimenta eventos anómalos.

Alejandro Parra

Índice

Colaboradores V

Dedicatoria IX

Presentación XI

Capítulo 1
INTRODUCCIÓN: ORIENTACION EN PARAPSICOLOGÍA CLINICA 1
Wim Kramer

Capítulo 2
EXPERIENCIAS PARANORMALES: ¿NORMALIDAD O ANORMALIDAD? 17
Adrian Parker

Capítulo 3
LA INCLUSIÓN DE LAS EXPERIENCIAS PARANORMALES EN LA PSICOLOGIA TRANSCULTURAL 35
Stanley Krippner

Capítulo 4
LAS EXPERIENCIAS PARANORMALES: SUGERENCIAS PARA LOS PSICOLOGOS CLINICOS 57
Keith Harary

Capítulo 5
¿LAS EXPERIENCIAS PARANORMALES PUEDEN CONDUCIR A LA PSICOSIS? 81
Richard Bentall

Capítulo 6
LA EXPERIENCIA *POLTERGEIST*:
UN ABORDAJE PSICOTERAPÉUTICO 95
D. Scott Rogo

Capítulo 7
CONTACTO CON ESPIRITUS:
UNA PERSPECTIVA FENOMENOLÓGICA
DE LA EXPERIENCIA «APARICIONAL» 111
Harvey Irwin

Capítulo 8
EL PROCESAMIENTO EMOCIONAL DE
LAS EXPERIENCIAS PARANORMALES EN
PSICOTERAPIA GRUPAL 121
Daniel E. Gómez Montanelli y Alejandro Parra

Capítulo 9
CONFLUENCIA FENOMENOLÓGICA DE LA EXPERIENCIA
PARANORMAL EN UNA SESIÓN PSICOTERAPÉUTICA 139
James Carpenter

Capítulo 10
PSICOFARMACOLOGÍA Y EXPERIENCIAS
PARANORMALES EN EL CONTEXTO PSIQUIÁTRICO 153
Vernon Neppe

Apéndice I
ESCALAS E INVENTARIOS SOBRE EXPERIENCIAS
Y CREENCIAS PARANORMALES 171

Apéndice II
BIBLIOGRAFIA GENERAL AMPLIATORIA 187

Indice analítico 189

Capítulo I

INTRODUCCIÓN: ORIENTACIÓN EN PARAPSICOLOGÍA CLÍNICA[1]

Wim Kramer

Mientras que mucha gente ha hablado de experiencias paranormales, muchos otros parecen no haber sufrido estas experiencias. Por regla general, la parapsicología y los fenómenos paranormales han sido negados por las ciencias clásicas y por la medicina, los problemas emocionales relacionados con las experiencias paranormales no fueron reconocidos y con frecuencia se clasifican ya sea como una conducta exagerada o como parte de los modelos psiquiátricos clásicos y tratados en consecuencia.

Tradicionalmente, los parapsicólogos están orientados hacia la investigación y consideran que su principal objetivo es «aislar» y tener un control del fenómeno psi. Los parapsicólogos trabajan duro para encontrar las condiciones necesarias para que el experimento repetible pueda demostrar la realidad de psi. Cuando se experimenta con psíquicos los sentimientos emocionales y las necesidades de los sujetos son a menudo considerados como tan solo un desorden de los esfuerzos científicos. Y aún cuando la personalidad de un psíquico o sus necesidades emocionales son demasiado manifiestas, el parapsicólogo puede concluir que no se puede continuar haciendo experimentos y tal vez se aconseje que el psíquico vea a un psiquiatra para que trate sus problemas emocionales.

En los años 30, J.B.Rhine y sus colaboradores señalaron la importancia de las condiciones psicológicas para hacer que un sujeto manifeste en forma óptima un test de PES con cartas zener. En Holanda, fue W.H.C.Tenhaeff quien a

[1] Originalmente publicado en *Proceedings of an International Conference: Psi and Clinical Practice*, editado por Lissette Coly y Joanne D.S. McMahon bajo el título *Recent experiences in psi counceling in Holland* (pp. 124-144), en 1989. Agradecemos a Lissette Coly su gentileza por permitirnos reproducir este capítulo en la presente obra. Traducido del inglés por Alejandro Parra.

menudo insistía en la importancia de «la persona más allá del psíquico.» Tenhaeff tenía muchas sesiones con los psíquicos. Estaba convencido que en el caso de los psíquicos dotados los análisis clínicos y psico-diagnósticos podrían enseñar a los parapsicólogos mucho acerca de los modelos de personalidad de estas personas y el efecto de su funcionamiento psi.

Ha habido mucho interés en los modelos comparativos de personalidad entre los psíquicos (Heymans, Tenhaeff, Schmeidler, Rao y otros) pero como Tenhaeff, la mayoría se preguntaba: «¿Cuáles son los factores de personalidad que inducen o inhiben psi?» Psiquiatras como Eisenbud y Ehrenwald hicieron alguna investigación sobre el rol de la comunicación telepática durante la psicoterapia, pero aqui el tema central era mucho del proceso psi en si mismo.

Durante los años setenta, la parapsicología parecía estar haciendo algunos rápidos avances (la investigación ganzfeld y los experimentos de visión remota) y la opinión pública fue más proclive a aceptar lo paranormal. En consecuencia, la gente comenzó a «salir de su encierro» en relación a sus problemas emocionales y las experiencias paranormales. Todo instituto de investigación en el campo recibe llamadas pidiendo ayuda. No obstante, la mayoría de los institutos no están bien equipados para la actividad clínica. Aparte de alguna información general acerca de los fenómenos paranormales lo único que pueden ofrecer es el consejo acerca del cual, el que llama, debería tratar de encontrar a un psiquiatra o a un psicólogo interesado en el campo que pueda ser al menos «abierto» a las experiencias de su paciente.

Una excepción a esto es el estudio del fenómeno poltergeist (PKER). Es generalmente aceptado entre los parapsicólogos que el agente poltergeist es una persona que sufre de extrema presión emocional y no es capaz de contener esa presión de manera normal.

La Fundación del Parapsychologisch Adviesburo

A principios de los años setenta, el Laboratorio de Parapsicología de la Universidad de Utrecht asignó a un psicólogo clínico (Dr. Hendricus Boerenkamp) para que, como parte de su trabajo, diera información y cierto consejo elemental a la gente que llamaba al laboratorio para pedir ayuda. Esta es una aplicación en la que la parapsicologia puede ser útil para si misma

y para el público en general. A mediados de los 80, sin embargo, como resultado de una gran reorganización de las universidades holandesas, este servicio terminó a causa de que no había suficiente tiempo ni dinero para sostener este tipo de trabajo.

Por otra parte, durante el mismo período la parapsicología fue cada día más parte de la vida diaria que resultó en una vasta cantidad de programas de radio y TV, especialmente artículos en la prensa popular. En consecuencia, el «grito de auxilio» del público, en general, se incrementó y llegó a ser cada vez más intenso. No sólo personas buscaban consejo para sus propias experiencias, sino que también las instituciones de salud mental se enfrentaron a un gran número de pacientes que decían poseer habilidades paranormales. Además jefes de oficina, abogados e incluso la policía llegó a estar involucrada con personas que decían tener poderes.

Entre 1983 y 1987, la policía holandesa estuvo involucrada en casos de secuestros de importantes industriales. En ambas ocasiones, después de pocas semanas los casos parecían irreparables y las investigaciones de la policia tuvieron una dificultad insuperable. A causa del carácter «VIP» de las personas abducidas, los secuestros eran los temas más «calientes» en las noticias durante varios meses hasta que fueron resueltos. Durante ese período de incertidumbre, en 1983, la policía recibía cientos de mensajes anónimos «paranormales» del público en general así como también de psíquicos profesionales. En los secuestros de 1987, sin embargo, recibieron más de 6000 de estos mensajes anónimos. El considerable aumento del número de impresiones telepáticas enviados fue en parte debido a la oferta de una considerable cantidad de dinero como recompensa para cualquiera que pudiera decir a la policía donde hallar a la víctima, pero esto indudablemente también reflejó una gran tolerancia y aceptación del público y las autoridades respecto a estas impresiones.

En el último caso, la policía no sabía como manejar esta cantidad impresionante de información «paranormal». Se inclinaron a creer que esto era inservible pero ya que su propias investigaciones no ofrecían ninguna solución, aceptaron la oferta de unos pocos parapsicólogos para que los ayudasen a clasificar las impresiones paranormales. Para la parapsicología es una posibilidad excepcional llevar a cabo un estudio de campo sobre la validez práctica de las impresiones telepáticas. Sin embargo, en ambos casos el valor

práctico de las impresiones telepáticas prueban ser pocas (Neu, 1985). Sorprendentemente, hay un gran número de personas que tienen una fuerte sensación de «saber». En varios casos, la policía, acompañada por el psíquico, iban a buscar el sitio «visto» por el psíquico o rastreaba intensamente sobre las áreas indicadas. En ninguno de estos casos; esto tuvo resultados positivos. Con frecuencia, el psíquico reacciona al fracaso diciendo que es imposible que sus impresiones sean equivocadas. Han experimentado estas sensaciones y, de acuerdo a ellas, normalmente sus impresiones son correctas.

Explicaban el fracaso de la experiencia diciendo, por ejemplo, que los secuestradores habían tan solo descartado el lugar y «si la policía hubiera estado más activa podrían haberlos capturado» o, que el lugar debía haber estado «asociativamente» conectado con el crimen, aunque ellos no supieron como. Después que los crímenes fueron resueltos por la policía, solamente por una rutina policial intensa, aparecieron varias entrevistas en la prensa popular en las que los psíquicos decían haber sabido «todo el tiempo» donde habían estado ocultas las víctimas pero que no se atrevian a decirle a la policía fuera de lo concerniente a la vida de las víctimas, o que habían llamado a la policía pero que ésta no los había escuchado o no había comprendido su mensaje.

En Mayo de 1986, se fundó la Agencia de Aconsejamiento Parapsicológica en Utrecht. Aunque es una institución privada que opera en relación cercana al Laboratorio de Parapsicología de la Universidad de Utrecht, su objetivo era cubrir el bache que existe entre el conocimiento científico acerca de los fenómenos parapsicológicos y los problemas de la gente que aparece todos los días como resultado de sus supuestas experiencias paranormales. Estos problemas pueden ser divididos en dos categorías principales: (a) problemas individuales (intra-personales), y (b) problemas sociales (inter-personales). Además de ayudar a la gente a vencer problemas emocionales relacionados con las experiencias paranormales, la agencia estaba activamente ocupada en dar información sobre parapsicología. Las principales áreas de actividad a este respecto son: (a) proveer información a estudiantes que intenten escribir un informe sobre temas parapsicológicos y dar conferencias en escuelas secundarias y universidades; (b) entrevistas en radio/TV y periódicos acerca de la parapsicología; (c) aconsejar en casos legales y a la policía; y (d) dar consejo e información a la gente involucrada en actividades de orientación, como psiquiatras, psicólogos clínicos y trabajadores sociales.

Motivos de Consulta

De los varios tipos de investigaciones parece que hay un número de personas que dicen haber tenido una o más experiencias en su vida a las que califican como paranormales. Boerenkamp (1988b) estima que al menos el 20% de la población dice haber tenido estas experiencias. Los gráficos publicados en la literatura varían considerablemente de menos de 10 a más del 50%. De aquí, se puede concluir concretamente que estamos tratando con miles de personas en la sociedad que consideran que las experiencias paranormales son una realidad en sus vidas.

La gente se acerca a nuestra agencia con varias preguntas y pedidos relacionados a lo que consideran algo paranormal. Los pedidos pueden ser más o menos divididos en cuatro categorías:

1. *Personas con problemas relacionados con espíritus o fantasmas, fuerzas misteriosas, vudú, poderes sobrenaturales, etc.* Consideran a estas fuerzas como algo que tiene un efecto negativo en sus vidas y su primer pregunta, en general, es si podemos darle el nombre de algún médium poderoso y confiable o un psíquico para contrarrestar esas fuerzas malignas y neutralizarlas. Se puede decir que estas personas ya han hecho un diagnóstico de sus problemas y vienen a nuestra agencia solamente para tener una solución sobrenatural efectiva. La respuesta que están buscando es algún procedimiento para eliminar los poderes malignos que afectan sus vidas. Parece que están firmemente convencidos de la exactitud de su propio diagnóstico y en la creencia en los poderes de esas fuerzas malignas. Rechazan la sugerencia de una explicacion alternativa a sus problemas y, a menudo, las interpretan como un signo de que la persona que ofrece estas sugerencias no sabe lo que está hablando, y, por lo tanto, considera que son incapaces de darle la ayuda que están buscando. Los pacientes con problemas que comienzan con esta categoría son a menudo personas que originalmente vienen de culturas en las que se acepta la posible influencia de espíritus malignos. En este grupo también se encuentra un alto número de holandeses de niveles sociales e intelectuales muy bajos. Estas personas también están muy influenciadas por los programas populares de radio y TV, que dan más o menos la impresión de que las historias de fantasmas son verdaderas, pero que el gobierno o la comunidad científica quieren hacerles creer que carecen de sentido porque en realidad están «atemorizados» por tales fenómenos.

2. *La gente se acerca buscando psíquicos o sanadores.* Se encuentran esperanzados de que estas personas, con la ayuda de sus poderes paranormales, puedan resolver inmediatamente los problemas más importantes que tienen. Parece que la gente, normalmente, tiene una imagen demasiado optimista acerca de las capacidades de los psíquicos y los sanadores. Es común encontrar la creencia de que un psíquico puede «verlo» todo y, entonces, puede resolver la mayoría de los problemas complicados sólo si el psíquico lo quiere. El psíquico es a menudo considerado un auténtico mago. Las razones que la gente dá de porque consulta un psíquico son: su deseo de saber que le ocurrirá en el futuro, los problemas de relación con otras personas (especialmente el matrimonio), padecimientos crónicos, y la búsqueda de personas u objetos desaparecidos.

3. *Personas con una historia psiquiátrica o que están bajo tratamiento psiquiátrico ambulante o intra-mural.* La mayoría de los psiquiatras los han dado de alta y puesto que no hay necesidad de mantenerlo internado, regresan a sus casas. Entonces tienen todo tipo de problemas en la sociedad y continúan buscando ayuda, el tipo de ayuda que no encuentran en las instituciones clásicas. Durante este proceso, contactan con círculos alternativos en los cuales convierten en algo positivo –«especial» o «dotado»– lo que sus psiquiatras llaman «enfermo» o disfuncional. Esta gente dice estar poseída, o dice estar influída por poderes psíquicos negativos o positivos que controlan su conducta y pensamientos, o por una sensación de estar siendo vigilado desde el espacio exterior e incluso ser ellos mismos agentes extraterrestres. La característica es la alta tensión con la cual sobrellevan sus emociones y el hecho de que no sepan poner límites al contexto de su historia. Todo lo que enfrentan es una parte integral de su mundo paranormal y de todo lo que escuchan de otros, hallarán un mensaje oculto.

4. *Personas que han tenido ciertas sensaciones o experiencias subjetivas que no pueden explicar.* Este grupo de pacientes pueden ser divididos en: (a) personas que creen ser dotados paranormales y están buscando probar o confimar de algún modo que son «sensitivos» y; (b) personas que han tenido experiencias inexplicables que los perturban pero que no se consideran «sensitivos». Estas personas a menudo llaman y hablan de sensaciones de incertidumbre o se preguntan si las experiencias son una indicación de que ellos se están volviendo locos. Otras están relacionadas a estados depresivos inexplicables, sensaciones indefinibles, «sensaciones» de dolor de otras personas, sueños premonitorios y otras formas de PES espontánea, o la sensación de que ellos a menudo están

en contacto telepático con alguna otra persona aún sin quererlo. Es digno de atención que estas preguntas rara vez están relacionadas a fenómenos físicos, por ejemplo: fenómenos de poltergeist u otros tipos de fenómenos psicokinéticos. En las pocas comunicaciones telefónicas que hemos recibido acerca de fenómenos de poltergeists resultó claro en pocos minutos que el «fenómeno» generalmente era una cortina o una planta que se movía rápidamente, o un cuadro que se cayó de la pared, o un sistema de calefacción central que hacía ruido. Una vez un hombre llamó y dijo que tenía un coche con fuertes efectos psicokinéticos. Durante un viaje, todos los instrumentos del coche de repente marcaron otra dirección. Desde que había comprado el coche, varias veces regresó para que el vendedor lo revisara. El vendedor estuvo muchas horas tratando de descubrir lo que estaba descompuesto, pero no tuvo éxito. El dueño dijo que estaba confundido porque misteriosamente la PK sólo aparecía cuando manejaba el coche. Nos preguntó si seríamos tan gentiles de revisar el coche para tener la seguridad de que el coche estaba «encantado». Le dijimos que era imposible decirle algo acerca del coche con sólo telefonearnos pero que estaba invitado a venir a nuestra agencia y mostrarnos su coche y el fenómeno. Hizo una cita para hacerlo pero, desafortunadamente nunca se presentó.

Durante el período de los inicios de la agencia, en Mayo de 1986, hasta el final, a fines de 1988, tuvimos un total de 816 sesiones con más de 200 pacientes. De los pacientes, aproximadamente el 73% eran mujeres y 27% varones. Como la población holandesa se distribuye en forma equitativa entre hombres y mujeres (CBS, 1988), se puede decir que por sus problemas paranormales las mujeres piden más consejo que los hombres. Este resultado coincide con otras dos encuestas anteriores. En primer lugar, en Holanda el número de mujeres que necesitan orientación por problemas psicológicos es 2 ó 3 veces más grande que el de hombres. El otro es que las experiencias espontáneas en mujeres es más alta comparada con los hombres, y oscila entre el 55 y el 85% (ver Schouten, 1979, 1981, 1982).

La distribución de la edad de los 177 clientes con quienes hemos tenido sesiones es muy similar a la distribución etaria de la población holandesa (CBS, 1988). De aquí surge que gente de todas las edades tienen problemas relacionados con los temas paranormales, y que estos no están restringidos a ciertos períodos en la vida de la gente.

Por supuesto la agencia recibe una cantidad de llamadas, pero los que llaman no quieren hacer una cita para orientación. Por otra parte, no podemos responder a todas las preguntas. Encontramos que una cantidad de gente simplemente busca en la Guía telefónica y cuando ven la palabra «Parapsicología» simplemente llaman porque piensan que todas las preguntas que no pueden ser respondidas por otros, pueden ser respondidas por algo que se llama parapsicología. Las mujeres llaman porque sus esposos se han escapado con otra mujer y nos preguntan que podemos hacer para regresarlo o alguien nos pide si podemos hacer un hechizo para atraer a alguien que les gusta, etc.

La mayoría de las llamadas telefónicas se refieren a problemas relacionados a los problemas en las categorías uno y dos; las preguntas de estas personas son generalmente, atendidas por teléfono. La gente con problemas relacionados con la categoría tres y cuatro normalmente hacen una cita para vernos. Un número estimado de 2500 llamadas telefónicas fueron recibidas en el período comprendido entre el 1 de Mayo de 1986 al 31 de Diciembre de 1988.

Aspectos emocionales de las experiencias paranormales

La conclusión de Boerenkamp, basada en su experiencia clínica en orientar gente con problemas «paranormales» y su experiencia con los psíquicos (Boerenkamp, 1988) coincide con nuestra experiencia e investigación clínica sobre los sanadores (Kramer, 1986). En nuestras entrevistas con los sanadores encontramos que llegan a saber de sus poderes curativos después de que han atravesado por un período de profunda depresión. En general, la idea de poseer habilidades psi resulta ser un descubrimiento personal importante y los ayuda a vencer bien su presión emocional. Se abren a nuevas formas de vida. A menudo los sanadores dicen que después de que toman conciencia por primera vez de sus poderes psi, comprueban que siempre han tenido estas sensaciones, y que ya desde niños se sentían diferentes de los otros niños, eran más sensibles a los problemas sociales y emocionales. Podemos concluir que probablemente hay una correlación entre el funcionamiento emocional de un paciente y la experiencia de un supuesto fenómeno paranormal. La experiencia paranormal tiene un tremendo impacto sobre su persona y a menudo se convierte en «la única cosa» que es el foco de su atención. En analogía con el fenómeno de

poltergeist hacemos la presunción de que la experiencia de un supuesto fenómeno paranormal es también el resultado de problemas psicológico-emocionales que el paciente tuvo en algún momento. Suponemos entonces que hay una fuerte relación entre los problemas psicológicos y emocionales y las experiencias paranormales de una persona. Esta fuera del objeto de este trabajo discutir la naturaleza de esta relación. Se puede pensar, sin embargo, que en cierto nivel de inestabilidad emocional, la probabilidad de que la persona tenga una experiencia paranormal aumenta, y esta experiencia influirá fuertemente la forma en que la gente clasifica y maneja los eventos futuros emocionalmente significativos.

Técnicas de Orientación

Lo que necesitamos es un enfoque simple, y sobre todo práctico, de orientación que pueda ser usado dentro de los límites de nuestras posibilidades. Estamos limitados porque nuestro servicio no esta financiado por el gobierno. En consecuencia, los pacientes pagan su atención clinica y sus viajes. Ya que nuestra agencia es la única que existe en Holanda que provee este tipo especializado de tratamiento, personas de todas partes del país vienen hacia nosotros. Afortunadamente, Utrecht está localizada en el centro de Holanda así que los pacientes nunca tienen gastos muy grandes para trasladarse o tomarse mucho tiempo para viajar. De este modo, para reducir los costos del viaje del paciente, la terapia que ofrecemos concluye en pocas sesiones. Otra limitación es que necesitamos un modelo simple que podamos aplicar a la variedad de problemas a los que nos enfrentamos. No hay tiempo ni dinero para desarrollar distintos modelos terapéuticos y estrategias de orientación para todos los diferentes tipos de problemas que uno puede encontrar.

El primer modelo que formulamos está basado en el principio del sistema teórico de la terapia modelo. En este modelo, un análisis funcional de la relación entre los eventos de la vida y la experiencia paranormal o experiencias deberían dar la clave para la solución que le ofrecemos al paciente. Esto implica, entre otros, que nosotros no estamos demasiado interesados en la cuestión de si la supuesta experiencia paranormal es un fenómeno psi real o no. Nuestro objetivo, como orientadores, no es *investigar* experiencias paranormales, sino *servir de ayuda psicológica* al paciente frente a sus experiencias y a la interpretación de éstas. Puesto que no podemos decir con seguridad si una experiencia psi es

real o no, tenemos que dar el beneficio de la duda a nuestro paciente y tomar la experiencia como real, porque el paciente, al menos al comienzo, está convencido de su realidad. El procedimiento para el análisis de su funcionamiento es como sigue: le solicitamos al paciente escribir su primera, segunda, última y su más importante experiencia paranormal. Durante las sesiones hacemos un breve informe de la vida del paciente con un énfasis sobre los principales momentos de su vida emocional. El próximo paso es equiparar o igualar los eventos de su vida y las experiencias psi en el mismo axis. De esta forma, los pacientes ven por si mismos como en la mayoría de los casos generalmente ambos ocurren más o menos en el mismo período de su vida. Lo que tratamos de hacer es que los pacientes con este procedimiento sepan que: (a) las experiencias paranormales son experiencias humanas; (b) las experiencias paranormales pueden ocurrirle a cualquier persona; (c) las experiencias paranormales están relacionadas a veces a los eventos emocionales de la vida; (d) las experiencias paranormales están correlacionadas con la presión emocional y; (e) las experiencias paranormales no indican una enfermedad mental. Para decirlo en breves palabras: «las experiencias paranormales son experiencias humanas normales, que no indican enfermedad mental *per se*, pero que pueden ocurrirle a cualquiera que en cierta etapa de su vida este padeciendo extrema presión emocional».

Para resumir, los objetivos de nuestra estrategia de orientación fueron: (a) la reducción de la tensión emocional asociada con la experiencia y; (b) la integración de la experiencia paranormal con las otras emociones psicológicas y sensaciones que la persona tiene. El ideal es cuando la supuesta vivencia paranormal está integrada al paciente y se convierte en parte de su experiencia psicológica general, el paciente ha tenido, al menos, esta experiencia y acepta que este hecho no lo hace más o menos importante que otros seres humanos.

En la práctica, una persona llama a la agencia y concerta una cita. En el primer llamado el paciente indica el tipo de problema que padece. De cada llamada se completa un registro breve. El próximo paso es enviar a esa persona una carta conteniendo información general acerca de la agencia (por ejemplo: como encontrarla y cuanto cuesta). También se confirma día y hora de la cita y se pide un detallado relato de la principal experiencia paranormal de su vida. La persona escribe todo esto en la primera sesión.

Al comienzo de la primera sesión el paciente llena un formulario. Aquí se escriben los datos personales y la información concernientes a la naturaleza del problema, la duración del problema, contactos anteriores con otros grupos psicoterapéuticos, el uso de medicación, que asistencia espera de nuestra agencia, y como supieron de la agencia. La primera sesión se completa hablando acerca de la experiencia paranormal «más importante» del paciente. Al final de esta sesión el paciente recibe un formulario para describir su primera, segunda y última experiencia paranormal, que completa en su casa. De esta forma se obtiene información extensiva acerca de la naturaleza de las experiencias paranormales del paciente en forma eficiente y en poco tiempo. En general, la mezcla de entrevistas escritas y verbales en unas pocas sesiones es necesaria para una reestructuración cognitiva que sirve para eliminar los aspectos problemáticos de las experiencias paranormales de los pacientes.

Por supuesto, ambas fases se superponen, tanto recoger información como trabajar sobre la reconstrucción cognitiva. Gradualmente, el énfasis de la información recogida se desvía hacia la integración psicológica de los eventos de vida y la experiencia paranormal. Sin embargo, en todas las fases del proceso de orientación ambos elementos están presentes.

ooo

Aunque este modelo tiene ventajas, por ejemplo, es fácil de aprender y aplicar, toma sólo unas pocas sesiones (nuestro objetivo eran cinco como máximo), no usa ningún artilugio y es neutral respecto a la realidad del fenómeno.

1. Se requiere del paciente un cierto nivel de inteligencia y capacidad de abstracción.

2. Aún en el caso que las capacidades intelectuales estén presentes, la gente tiene una fuerte resistencia a abstraer y reflejar sus propias sensaciones.

3. El enfoque es a menudo considerado demasiado «psicológico» y a partir de aqui se siente que la naturaleza real de la experiencia paranormal no es suficientemente considerada e incluso también rechazada.

4. La diversidad de los problemas es demasiado amplia. No todos los problemas pueden ser tratados de una manera sola, que sea significativa y de suficiente valor para el paciente.

Segunda Técnica de Orientación

Este enfoque esta relacionado con la terapia humanista centrada en la persona (conocida también como «terapia rogeriana,» creada por Carl Rogers en 1950) y apunta a que el paciente encuentre su propia estructura cognitiva en su propio nivel. Esto quiere decir que usando sus propias palabras (su nivel de lenguaje), a su debido tiempo (hablando tanto tiempo como el paciente crea que lo necesita) y, lo más importante, expresando desde el inicio su visión de realidad parapsicológica y psicológica. De este modo, el consejero experimentado presenta el contexto del fenómeno paranormal, puesto que hay una estructura en donde el paciente está presentando su caso. El consejero hace preguntas y observaciones, y expone al paciente ideas constructivas sobre como «poner la piezas juntas.»

Un ejemplo clarificará este procedimiento. Un hombre jóven nos llamó y nos pidió una terapia de regresión a vidas pasadas. Estaba convencido que era la reencarnación del poeta Dylan Thomas. Había leído todos los libros y biografías de Thomas y encontró que la vida de Thomas y sus ideas acerca de la vida, en general, eran exactamente las mismas que él tenía. El problema fue que Thomas padeció un alcoholismo irrecuperable, que perjudicó toda su vida. Thomas había muerto en 1953, dejando a su esposa en la miseria. Nuestro paciente ahora tenía un sentimiento de culpa por la esposa de Thomas, que aún vivía, y como se consideraba a sí mismo la reencarnación de Thomas, sentía que tenía que verla y disculparse por la mala conducta de su encarnación anterior. Estaba tan obsesionado por la idea que desde hacía varios meses se sentía miserable y era incapaz de concentrarse en su trabajo y en su vida de relación. Pensó que lo mejor que podía hacer era someterse a una regresión hipnótica para encontrar más detalles acerca de la vida privada de Thomas de modo que cuando conociera a su viuda, tendría más información acerca de su vida anterior.

Yo le dije que en este caso la agencia no podría ofrecerle una terapia de regresión pero que le sería más útil concretar una cita para hablar acerca de sus experiencias. Me mostró una gran cantidad de libros acerca de Dylan Thomas. La primera cosa que hizo fue mostrarme una foto en la tapa de uno de los libros y señalarme su semejanza física con Thomas. Continuó con la observación de que la vida de Thomas y la suya propia se veían muy parecidas

y que cuando leía los poemas de Dylan Thomas siempre llamaba la atención el hecho de que expresaba exactamente su propia opinión «como si las cosas que estoy sintiendo estuvieran redactadas en este libro». Le dije que la cuestión de si realmente debía o no considerarse la reencarnación de Dylan Thomas no era de real importancia para decidir que acciones debía tomar. Si tomamos la reencarnación como real entonces nos podríamos preguntar, ¿porqué razón la gente reencarna? ¿La reencarnación tiene como significado regresar en el tiempo para molestarnos con todos los problemas que existieron de nuestro pasado o es algo que tal vez tenga significado para el futuro, por ejemplo, en el sentido de que es importante que las ideas de Thomas sobrevivieran, pero no sus hábitos de alcoholismo? En la sesión, que tomó unas dos horas, hablamos acerca del significado de la vida y el papel que juega la reencarnación. Al finalizar la sesión el jóven había reunido nuevas reflexiones acerca de la reencarnación y había integrado estos nuevos conocimientos a su propia filosofía.

En este caso, la cuestión de si el paciente debía o no ser considerado la reencarnación de Dylan Thomas no era el problema. Lo que importa aquí es como se siente y como se resuelve esto sin forzar al paciente a rechazar sus sensaciones con respecto a la cuestión de la reencarnación. Se acercó a nosotros como una persona «inactiva» con una compulsiva sensación de actuar, pero sin saber como. Al finalizar la sesión de orientación, se sentía absolutamente diferente acerca de los problemas que estaba encarando y encontró que las cosas por las que estaba molesto en principio, ahora se habían convertido en algo útil en su vida. De «inactivo» se transformó en activo, usando sus sensaciones acerca de Dylan Thomas y la reencarnación como un «sendero luminoso». Pocas semanas después, supe que el paciente había comenzado su propio negocio y que le iba muy bien.

En nuestra experiencia, este segundo enfoque, que es formalmente menos estructurado que el primero, trabaja bien con pacientes que comienzan nuestra categoría 4(b). Este enfoque de orientación es como un juego placentero, en el que no se aprueba ni desaprueba las sensaciones y sistemas de creencia del paciente. Es también un enfoque más difícil para trabajar que la primera técnica, porque el orientador debe tener mucho conocimiento de todos los tipos de teorías ocultistas y paranormales, necesita poder adaptar su conocimiento al nivel intelectual y al sistema de creencias del paciente.

Conclusiones

Quisiera concluir con algunos puntos que están basados en varios años de práctica en la orientación de la gente acerca de sus experiencias psi.

1. Debido al aumento del interés por la parapsicología y la creciente incorporación de lo paranormal en la sociedad, crece la necesidad para que los psicólogos y psiquiatras se entrenen en esta especialidad.

2. La especialización en problemas de orientación relacionados a lo paranormal e informa sobre tales tópicos es un campo legítimo.

3. El motivo por el cual los científicos en general juzgan a la parapsicología, sea o no justificado, es inválido cuando concierne a la orientación de pacientes con problemas atribuídos a lo paranormal.

4. Estas actividades de orientación deberían reconocerse como parte de un servicio regular de la salud mental.

5. La mayoría de los problemas de los pacientes que se consideren en relación a auténticas experiencias paranormales probablemente no involucran fenómeno paranormal alguno.

6. La razôn más frecuente de porque los pacientes atribuyen una carácter paranormal a las experiencias que los parapsicólogos no considerarían como tales serían:

   a. *Experiencias vagas acerca de lo que constituye un fenómeno paranormal.* Por ejemplo, una mujer no puede elegir si comprar un vestido rojo o verde. Ella se queda pensando el problema hasta que de repente se da cuenta que ve muchos objetos rojos y la gente usa vestidos rojos. Entonces, lo considera como un signo paranormal que indica que debería comprar el vestido rojo.

   b. *Problemas emocionales.* Frecuentemente observamos que las adolescentes escapan hacia un mundo espiritual cuando están preocupadas por sus relaciones (compañeros de escuela, padres) o por problemas sexuales (promiscuidad) acerca de las cuales no se atreven a hablar con nadie.

   c. *Casos patológicos.* Ocasionalmente los psiquiatras han enviado casos claramente psicopatológicos para tratamiento cuando su propio enfoque fracasaba. Hay casos difíciles, pero algunas veces encontramos que al menos nuestra forma desviada de toparnos con experiencias «misteriosas» creó nuevas posibilidades con estos pacientes.

7. Para este tipo de orientación, el conocimiento de psicopatología es tan importante como el conocimiento en parapsicología.

8. Para la orientación exitosa de problemas relacionados a experiencias parapsicológicas, la experiencia y el conocimiento en psicoterapia parece más importante que el conocimiento de los alcances de la investigación parapsicológica.

9. Es esencial tener buena comprensión en la organización tanto de un servicio de orientación regular así como también de círculos alternativos para ayudar al paciente en su búsqueda de estabilidad y bienestar.

10. No esperar que los pacientes con experiencias psi ofrezcan nuevos casos para coleccionar experiencias paranormales espontáneas. En la orientación usted tiene que concentrarse y estar atento a otros aspectos de la historia del paciente que cuando busca evidencia de un fenómeno psi espontáneo. En teoría, por supuesto, es posible hacer ambas cosas pero en la práctica esto no funciona de esta forma porque la gente tiene que prestarse para las sesiones y no sería ético perder el tiempo en otros aspectos que los que están directamente relacionados al bienestar del paciente. Ademas de ésto, la gente frecuentemente tiene que tomar tiempo de su trabajo para las sesiones y por lo tanto quiere «que el trabajo sea lo más rapido posible». Pero aún si el paciente esta gustoso de tener un tiempo específicamente dedicado a la investigación, el orientador tampoco tiene tiempo para esto. Esto implica que la investigación combinada sobre casos espontáneos y la orientación es sólo posible en un laboratorio de investigación donde ambos, el terapeuta y el paciente se tomen todo el tiempo que ellos necesiten.

11. En historias que parecen como fenómenos psi reales usted a menudo tendrá personas que se caractericen como personalidades «fronterizas».

BIBLIOGRAFIA

BOERENKAMP, H.G. (1988a). *Helderziendheid bekeken.* Haarlem: De toorts.

BOERENKAMP, H.G. (1988b). *A study of paranormal impressions of psychics.* Utrecht, The Nedelands: Proefschrift Utrecht.

CBS. (1988). *Statistisch zakboek 1988.* Den Haag: Staatsuitgeverij.

GERDING, J.L.F.; MILLAR, B.; MOLEWIJK, G.C.; NEU, J.G.; & VOOIS, W. (1989). Analyse van de paranormale tips in de ontvoeringszaak, G.J.Heijn. *Tijdschrift voor Parapsychologie, 57*(1-2), pp.2-71.

KRAMER, W.H. (1986). *Paranormal genezers, een klasse appart?* Disertación doctoral inédita, University of Utrecht, The Nederlands.

KRAMER, W.H. (1987). Persoonlijkheidskenmerken van paranormaal begaafden: Beknopt overzicht van onderzoek en resultaten, en *Paranormal geneeswijze anno 1987*, NVP, Utrecht, Oct. 1987.

NEU, J.G. (1985). De waarde (loosheid) van spontane Bijdragen van paragnosten: Een analyse van paranormale tips in de Heineken-affair. Algemeen Politieblad, 134(3), pp.51-59.

SCHOUTEN, S.A. (1979). Analysis of spontaneous cases as reported in «Phantasms of the living.» *European Journal of Parapsychology, 2*, pp. 408-455.

SCHOUTEN, S.A. (1981). Analysis of spontaneous cases: A replication based on the Sannwald collection. *European Journal of Parapsychology, 4*, pp. 9-48.

SCHOUTEN, S.A. (1982). Analysing spontaneous cases: A replication based on the Rhine collection. *European Journal of Parapsychology, 4*, pp. 113-158.

Capítulo II

EXPERIENCIAS PARANORMALES: ¿NORMALIDAD O ANORMALIDAD?[1]

Adrian Parker

Creo que mi título da la expresión de lo que, pienso, es una experiencia común entre los clínicos que tienen interés en las experiencias psi. Muchas personas hablan de eventos paranormales. Estas experiencias se comprenden mejor como parte de un gran trastorno de la personalidad. Incluso hay un número de sujetos aparentemente sanos que hablan de experiencias paranormales y puesto que estas experiencias perturbadoras se pueden encontrar al principio, estos individuos no parecen evidenciar alguna forma de patología. Aquí existe un tercer grupo, más difícil de acceder como consecuencia, y en algunos casos concomitantes con estas experiencias, requieren de un contexto que se asocia con varios grupos místicos u ocultos.

La cuestión central entonces es: ¿las experiencias paranormales o anormales o sólo incidentalmente están íntimamente vinculadas? Ciertamente, la parapsicología y la psicología clínica comparten una herencia común con la psicopatología. En realidad, la investigación psíquica en el pasado llegó a ser suficientemente aceptada como para ser presentada en el Primer Congreso Internacional de Psicología. Aunque sé que ningún manual standard de psicología clínica o psiquiatría hoy día hace mención a la parapsicología, han habido varios nombres importantes entre los psicoterapeutas que han declarado su interés por la parapsicología. Estoy pensando no sóo en Freud y Jung, sino también en algunos aún más contemporáneos como Jerome Frank y Carl Rogers. También es cierto que mucho de lo que los primeros investigadores

[1] Originalmente publicado en *Proceedings of an International Conference: Psi and Clinical Practice* editado por Lissette Coly y Joanne D.S. McMahon bajo el título *The normality and abnormality of paranormal experiences: Predictions from clinical, cognitive, and psi models* (pp. 163-183) organizado en Londres por la Parapsychology Foundation en 1989. Agradecemos a Lissette Coly por permitirnos reproducir este capítulo. Traducido del inglés por Alejandro Parra.

de la Society for Psychical Research reconocieron como parte de su materia subjetiva -el mesmerismo, el automatismo, la mediumnidad, y los estados disociados- ahora están correctamente clasificados como «estados alterados de conciencia». Sin embargo, incluso esta área es un tipo de tierra exótica, y cuando el término aparece en los manuales de psiquiatría, normalmente se lo considera un sinónimo de perturbación de la atención adscripto a disfunciones en el sistema activador reticular del cerebro.

De este modo, el objetivo de este informe es intentar encontrar o redescubrir un área de encuentro entre la psicología clínica y la parapsicología. Así tendré un recurso para referirme no sólo al ingreso de la investigación clínica sino también de la psicología cognitiva, aplicando la forma de la teoría de la atribución, tan entusiastamente recomendada por Susan Blackmore y James Alcock. Mi sugerencia es que probemos estos modelos junto con el modelo paranormal con el propósito de hacer predicciones diferenciales. Para hablar seriamente del modelo paranormal, la visión que tomaré aquí es que no podemos decir que está «probado» (una imposibilidad en la ciencia empírica) y que hay buenas bases para continuar trabajando en este tema (Parker, 1987). Aunque sería prematuro tener ideas firmes acerca del resultado de las predicciones de varios modelos, parece claro que podemos ganar una gran comprensión de como estas experiencias se relacionan con el funcionamiento humano y los estados de la mente. Lo que quisiera enfocar en particular es donde creo que la parapsicología ha hecho una contribución potencial a la psicología clínica. Esto concierne a las dos dimensiones que parecen más prometedoras, una observación relacionada a las experiencias paranormales de otros fenómenos psicológicos, la necesidad de absorción y defensa perceptual. Creo que estas dimensiones pueden también enseñarnos algo acerca de la naturaleza fundamental de las experiencias psicóticas.

Antes de ir al diagnóstico diferencial, puede ser útil dar algunos ejemplos ilustrativos de modelos explicativos competentes. Trabajando los últimos dos años, primero en la enseñanza y la investigación, no encontré ejemplos específicos. Después, en una conferencia dada por Robert L. Morris, coordinador de esta conferencia, durante una visita a Gothenburg, me encontré con un psicoterapeuta colega que, desde hacía dos años, había estado involucrado en el tratamiento de la madre de un niño que yo estuve atendiendo en una clínica psiquiátrica para niños. No habíamos tenido contacto desde

entonces y yo naturalmente quedé maravillado de como había pasado su vida esta paciente. Días después de regresar de Estocolmo, aprendí que esta paciente me había estado buscando y deseaba tener una consulta conmigo. Coincidencia o no, esto fue también significativo para mí, ya que me ha dado un buen ejemplo para presentar aquí.

Ahora, por supuesto, atribuir esto a algo más que una coincidencia puede ser tan solo un ejemplo de atribución de significado, como dirían Blackmore y Troscianko (1985), colocando la línea de base del azar demasiado baja para ganar control ilusorio y darle sentido a los eventos aleatorios. Sin embargo, dado que la mayoría de las poblaciones de los países occidentales donde se han llevados a cabo estudios acerca de cómo los individuos interpretan sus experiencias como paranormales, y por lo cual, frecuentemente parecen intrínsecamente improbables, parece dudoso que ésta pueda ser una explicación general. Abundan muchas otras teorías cognitivas que intentan relacionar la creencia en lo paranormal con la credulidad, la falta de pensamiento crítico, y el irracionalismo (Alcock, 1981; Zusne, 1985). Por otra parte, volviendo al argumento del epígrafe, no soy el primero que toma la hipótesis paranormal seriamente para destacar el rol del significado para proponer eventos aparentemente paranormales. Nada menos que una autoridad mundial sobre física cuántica, como David Bohm (1988), ha teorizado acerca del rol del significado del vínculo mental y los eventos físicos y en proporcionar una estructura para el fenómeno paranormal. Tal vez lo más cercano que hay es la teoría, generalmente aceptada en parapsicología, del modelo de conformidad de Rex Stanford que da un rol primario al significado y la teleología tal como el proceso de tomar decisiones. Hay aquí claramente modelos competentes.

El modelo clínico

Permítanme introducir el segundo modelo no-parapsicológico de las experiencias psi en un ejemplo clínico más reciente. Estoy en este momento respondiendo una carta (que llegó en este instante) que relata muchos casos típicos que encontré cuando trabajaba en la clínica. Se trata de un joven de 14 años que decía escuchar sonidos inexplicables y pisadas, ver formas oscuras como cruces. Hay voces que le dicen hacer ciertas cosas bajo la amenaza de castigarlo. Dice que una de las apariciones fue vista por un amigo. La carta finaliza preguntando si es una perturbación de tipo Poltergeist. Para un

psicólogo clínico estas experiencias son alarmantes ya que son indicadoras de un proceso esquizofrénico.

Este es un proceso que normalmente tiene su primera aparición en la adolescencia y esta caracterizado por la ruptura de los límites del ego dado por el surgimiento de síntomas tales como la «transferencia de pensamiento» y la «presencia de una fuerza o de personas que no estaban allí». Parecería ser verdadero en este caso y naturalmente surge la pregunta, ¿cómo reconciliamos el hecho de que muchos de los fenómenos de la parapsicología sean reconocidos como síntomas psiquiátricos? Una hojeada al DSM-IV-TR, el sistema de diagnóstico psiquiátrico actual, muestra a la psicología clínica y a la parapsicología compartir algunas de las mismas materias subjetivas.

El reporte de aparentes experiencias paranormales es de gran significado diagnóstico de acuerdo al denominado síntoma de esquizofrenia Schneideriano de primer rango. Esto tiene que ver con la ruptura de los límites del ego con ideas de invasión y transmisión de pensamiento. Los síntomas de esquizofrenia Schneideriano de primer rango forman las bases de muchos de los procedimientos de la entrevista diagnóstica usados llamados *Present State Examination* [Examen del Estado Actual] desarrollado por Wing y sus colaboradores en el Hospital Maudsley.

El problema surge cuando consideramos el porcentaje de las poblaciones de los países occidentales que hablan de experiencias paranormales o que creen en la percepción extrasensorial (Palmer, 1979; Haraldsson, 1985). En una teoría clásica de la esquizofrenia como una entidad fallecida, sería absurdo creer que entre el 55 y el 75% de la población muestra síntomas esquizofrénicos.

Entre quienes toman a la parapsicología con seriedad, han habido dos intentos por resolver este asunto. Primero, suponiendo que lo que dicen los esquizofrénicos acerca de lo cual otros estarían leyendo sus pensamientos e influenciándolos, podría realmente ser cierto, pero habría que especificar los criterios de como se puede distinguir un fenómeno paranormal genuino de otro falso, lo cual es sintomático de una perturbación. La obra de Bruce Greyson (1977) *Telepathy in mental illness: Deluge or delusion?* [«Telepatía en las enfermedades mentales: ¿Calamidad o ilusión?] indica que los experimentos empíricos de telepatía con esquizofrénicos revelan resultados que favorecen la condición

de ilusorio. Podría ocurrir (como señala Rogo, 1982) que el experimento definitivo diseñado específicamente para experimentar con estos individuos, todavía no se hizo, pero parece haber fundamentos para suponer que estamos tratando con fenómenos parapsicológicos diferentes de los fenómenos en el campo psiquiátrico. Desde esta perspectiva, varios autores (Ferguson, 1987; Neppe, 1988) han intentado identificar criterios establecidos para que una genuina experiencia paranormal pueda distinguirse de una ilusoria o de un proceso psicótico sintomático. Una complicación se apoya en el hecho de que la experiencia paranormal es con frecuencia experimentada por sujetos que se sienten amenazados o perturbados. Parece ser una característica distintiva del estado psicótico que estas experiencias se conviertan en la preocupación central del individuo, percibidas como parte de un gran sistema ilusorio de creencias, y lo peor de todo, amenazando la integridad del ser.

Un nuevo intento por resolver el problema creado por la actual proliferación de experiencias ocultas en la población normal tiene que ver con la noción de la *personalidad esquizotípica*. Esto, junto con otros disturbios de la personalidad tales como la personalidad esquizoide y la personalidad fronteriza, fue introducido en el DSM-IV-TR como una forma de conciliar la mayoría de los criterios de diagnóstico de esquizofrenia en los Estados Unidos con el criterio usado en Gran Bretaña[2]. Una personalidad esquizotípica es una supuesta esquizofrenia a la que tiende una personalidad dentro de la población normal. La evidencia carece de criterio si cualquiera de estas perturbaciones de la personalidad están más propensas a una ruptura esquizofrénica. Lo central para el diagnóstico de una personalidad esquizofrénica son las creencias paranormales, el pensamiento mágico, y las experiencias perceptuales inusuales. Los ejemplos entre los movimientos ocultistas de la expresión de la personalidad esquizotípica no son difíciles de encontrar. En base a esto, indudablemente, el místico sueco Emanuel Swedenborg, podría ser considerado como un ejemplo clásico de una personalidad esquizotípica. Sin embargo, este caso hace una petición de principio, ya que con Swedenborg hay ejemplos bien comprobados de lo que parecería ser una genuina habilidad paranormal, incluyendo la ocasión que impresionó a Immanuel Kant, cuando Swedenborg le dijo el lugar exacto

[2] Cierta vez el famoso novelista británico Arthur Koestler comentó que estaba 33 veces más en condiciones de ser diagnosticado esquizofrénico en los Estados Unidos que en Inglaterra.

de un incendio que estaba ocurriendo en Estocolmo antes que la noticia hubiera llegado a Gothenburg, donde él estaba. Un equivalente más contemporáneo a Swedenborg, se encuentra en un curioso trabajo que ha ganado actualmente popularidad conocido como *A Course of Miracles* [Un Curso de Milagros]. Es una guía apocalíptica para la iluminación del ser, dictado por una voz durante siete años a Helen Schucman y William Thetford quienes, irónicamente, fueron profesores de psicología médica en la Universidad de Columbia.

Lo importante aquí es que para los psicólogos clínicos, la introducción de los disturbios de la personalidad esquizotípica significaron la posibilidad de reemplazar la observación de la enfermedad de la esquizofrenia, con una visión dimensional de la psicosis y de las experiencias similares a la psicosis; ciertos individuos están más en peligro que otros. El trabajo de Loren Chapman y Jean Chapman (1980, 1988) de la Universidad de Wisconsin es prestigioso en este aspecto. Ambos desarrollaron escalas de aberración perceptual (especialmente, las distorciones de la imagen del cuerpo) y la ideación mágica, entonces mostraron como ésto predice que los sujetos serán considerados, en forma independiente, en base a entrevistas, y el grado de intensidad de las experiencias psicóticas o cuasi-psicóticas. Lo que puede ser observado como contencioso aquí es que la escala de ideación mágica está diseñada para medir la creencia en formas de causación» porque los modelos convencionales en nuestra cultura son inválidos, tales como la transmisión de pensamiento, los efectos psicokinéticos, la precognición, y la transferencia de energías psíquicas entre la gente». Mezclado con las preguntas standard acerca de creencias en varios tipos de fenómenos paranormales, hay ítems de naturaleza más morbida como «He tenido una momentánea sensación de que podía no ser humano».

La aberración perceptual como predictor de la psicosis no es nueva –el trabajo del grupo canadiense de Humphrey Osmond (Hoffer, Kelm, & Osmond, 1975) llegó a la misma conclusión y fue anterior a los de Chapman– pero es el hilo de relaciones que se encuentran entre la aberración perceptual, varias creencias ocultas, distorciones en la imagen del cuerpo y la aparición de episodios psicóticos. Sin embargo, aún si despreciamos la categorización patológica arbitraria dada a algunas de las experiencias, la debilidad obvia de este trabajo es la tautología inherente en algunas de sus mediciones. Por ejemplo, el puntaje de los episodios psicóticos está basado, en parte, en el grado de creencia en la transmisión del pensamiento que también está presente en la

escala de ideación mágica. Lo más importante en este contexto es la pregunta, ¿sólo meras creencias en base a fenómenos paranormales (por ejemplo: PES) mostrarían alguna relación con la más bizarra de las experiencias parapsicológicas? Para mi, el único estudio relacionado con esto, fue el llevado a cabo por Michael Thalbourne (1984) y sus resultados son particularmente interesantes y convincentes, dado que precisamente éstos fueron opuestos a sus propias expectativas. Thalbourne estudió esta tautología y eliminó los ítems relacionados con las creencias en los fenómenos paranormales de la escala de ideación mágica con la cual creó una escala de psicosis más purificada. Entonces encontró una escala de psicosis para demostrar una relación sorprendentemente más significativa con la escala standard de creencia en la PES (sheep-goats). Aunque la interrelación entre la creencia en psi y la esquizotipia no era fuerte, este hallazgo es importante para saber si sólo es la creencia en el fenómeno paranormal o en las experiencias aparentemente verídicas las que muestran dicha relación. Además, las categorías meramente psiquiátricas pueden ocultar mucha heterogeneidad. Pienso que puedo ilustrar esto mejor con mi propio «estudio de los gemelos».

Recientemente, he tenido contacto con dos hermanas gemelas suecas, una vive en Inglaterra y la otra en Suecia, y han tenido frecuentes experiencias extracorpóreas y han escrito libros acerca de ellas. La que vive en Suecia, Agneta Uppman, ha relatado al menos dos experiencias que tienen valor verídico y en una ocasión ambas gemelas parecían poder comunicarse brevemente en lo que parecía ser experiencias fuera del cuerpo que ocurrían en forma simultánea. Lo interesante en este contexto fueron las reacciones de las gemelas respecto a la interpretación de sus experiencias. Ninguna de ellas fue dogmática respecto a la interpretación de sus propias experiencias extracorpóreas. Agneta es probablemente la más agnóstica y ha rechazado a muchos de los grupos ocultistas y New Age que abundan en Suecia. Su hermana, por otra parte, parece haber tenido gran necesidad de buscar alguna estructura interpretativa para sus experiencias, y asiste a la Iglesia de Swedenborg, en Inglaterra. Es difícil afirmar si la estructura de las creencias o la experiencia llegaron primero, pero en algunos casos una experiencia paranormal puede conducir a la apertura de un amplio espectro de creencias que permitirían hacer un diagnóstico psiquiátrico. Además, no se esperan como «experiencias fuera del cuerpo,» porque el grupo de investigadores Chapman no las especifica como «distorciones de la imagen del cuerpo», sino que las considera como «otros

síntomas esquizotípicos» en el perfil general de la tendencia a la psicosis (Chapman, Edell, & Chapman, 1980). En contradicción con esto, parece claro, tanto del escrutinio de los propios datos de Chapman como del estudio de Blackmore (1986), que cuando las experiencias están cuidadosamente definidas y distinguidas de varios tipos de distorción de la imagen del cuerpo (como la despersonalización) no están presentes en una población esquizotípica o esquizofrénica.

¿Y qué ocurre con aquellos individuos con quienes se llevaron a cabo experimentos, o sea, sujetos de laboratorio con altos puntajes de PES que tienen una «habilidad» comprobada? Hay sorprendentemente poco que hacer aquí, pero parece como si una vez más lo que hubiera es mucha variación individual. Dos sujetos con quienes experimenté (Parker, 1974) hablaban de experiencias psíquicas pero preferían interpretarlas como intuiciones, y ambos comenzaron a tener miedo por «haberse descubierto». El año pasado pude entrevistar a la Srita. L.B., una sujeto con notables aciertos PES. Una estudiante de psicología que había comenzado a tener experiencias que hacían algo trivial y mundano a la PES y ahora trabaja como consejera en una fundación religiosa. Evidentemente la relación entre la experiencia, la capacidad y la creencia es algo complejo en donde las nociones de diagnósticos simplistas y causalidades lineales pueden confundir en lugar de aclarar el asunto. En vista de este medio tan incierto, el significado de la relación en las aparentes experiencias paranormales entre la personalidad esquizotípicas entre si, puede ser que también nos haga regresar a las bases y nos preguntemos lo que conocemos actualmente acerca de la esquizofrenia y la esquizotipia. En realidad, si hay un tema en las ciencias mentales que rivaliza con lo paranormal en términos de controversia, seguramente debe ser la naturaleza de la esquizofrenia –pese al enorme esfuerzo por investigar este asunto. Varias teorías y hallazgos se acumulan –desde la asimetría hemisférica del cerebro a la sospecha de una infección virósica, o el exceso de dopamina. Gran parte de la psiquiatría biológica quedó detenida en un supuesto vínculo genético entre estas anormalidades del cerebro y la conducta psicótica. Si apeláramos a esto, esta suposición no escaparía al escrutinio escéptico. Mucha de la evidencia genética tiene serias fallas metodológicas e incluso los estudios sobre gemelos como los citados por Kallnman pueden ser fraudulentos en alguna medida (Rose, Kamin & Lewontin, 1984). La más reciente fue publicada en *Nature* en 1988 por un equipo de investigadores de la Escuela de Medicina de Middlesex en

Londres. Usaron marcadores genéticos para estudiar el códico genético de cinco familias de Islandia y de Inglaterra con un alta incidencia de esquizofrenia, quienes creían haber encontrado un locus de cromosoma 5. Esto fue anunciado en la prensa como un descubrimiento revolucionario, incluso la vinculación era más fuerte cuando todos los «tipos marginales» de diagnóstico (incluyendo la personalidad esquizotípica y varios tipos de desórdenes nerviosos) eran agregados a los diagnósticos de esquizofrenia. Además, *Nature* publicó en el mismo número un estudio conjunto sueco-americano que falló al replicar estos hallazgos. La más generosa interpretación de estos descubrimientos serían en términos de un modelo de vulnerabilidad genético de perturbación mental – que contrasta con la causa genética.

El mismo mes que *Nature* culminó con estos descubrimientos, el *British Journal of Clinical Psychology* publicó lo que parecería ser el más devastador ataque incluso sobre el concepto de esquizofrenia (Bentall, Jackson, & Pilgrim, 1988) y que, en opinión de este autor, evocó una mera respuesta de conciliación de John Wing que es probablemente la más reconocida autoridad británica en esquizofrenia. La falta de coincidencia en el diagnóstico, la falta de consistencia en los hallazgos, y la falla del factor de análisis para sustanciar una entidad conductual unitaria, condujo a los críticos a concluir:

> «Dado que la esquizofrenia es una entidad que parece no tener síntomas particulares, que no tiene un seguimiento y que no responde a ningún tratamiento en particular (o tal vez a casi ninguno), tal vez no sorprenda que la investigación etiológica ha fallado de establecer que tiene alguna causa en particular».

Esto es lo mismo que decir que no se ha aprendido nada. Los autores del citado informe señalan el adelanto del trabajo efectuado por el grupo de Chapman sugiriendo que la esquizotipia o las experiencias cuasi-psicóticas pueden ser distribuídas uniformemente en la población así como otros tratamientos psicológicos. Además le da credibilidad al trabajo poco conocido iniciado por el psicólogo escocés Graham Foulds, que sugiere que la enfermedad mental es jerárquica. En lenguaje claro, habría que ser neurótico loco en extremo antes de convertirse en psicóticamente loco. Puesto todo junto, se sugiere que si hay un factor genético aquí, de lo que podemos hablar es acerca de la predisposición para las experiencias perceptuales inusuales e

incluso la disociación de la personalidad frente a la presión. No nos olvidemos que la separación o disociación fue fundamental para la conceptualizacion original de Bleuer acerca de la esquizofrenia.

Hay también un estudio que pienso que es particularmente clarificador en este contexto. Fue un estudio con bebés de madres esquizofrénicas que está bien controlado con grupos de comparación y doble-ciegos (Heston, 1966). Todos los chicos fueron adoptados en los primeros tres días después del nacimiento y crecieron sin el contacto con su madre (de este modo, la influencia del medio ambiente de los padres esquizofrénicos era mínima). Los resultados en los adultez son muy aleccionadores: el 10% fue diagnosticado como esquizofrénico (ninguno estaba entre los adoptados del grupo control) y el 55% tenían serios deterioros psicosociales. Lo que es más interesante en este contexto es que muchos que se reconocían como «normales» se los juzgaba por tener historias de vida coloridas y creativas. La habilidad de percibir el mundo en nuevas formas pueden también proveer una base para la creatividad. Otro hallazgo que pienso que es de interés aquí proviene del estudio de la Organización Mundial de la Salud (1979) acerca de la esquizofrenia en diferentes culturas. Encuentran un firme apoyo para la observación de que aunque los estados psicóticos parecen ser universales, su intensidad fue más benigna y su duración más corta en los países desarrollados. El apoyo familiar y cultural estuvo implicado como importante para la determinación del resultado.

La conclusión que extraigo de todo este trabajo es que la esquizofrenia y la esquizotipia son el resultado *perturbado* de una predisposición a percibir el mundo en formas inusuales –es decir, la habilidad para tener experiencias perceptuales inusuales–. Esta predisposición puede ser heredada genéticamente y estar distribuída en forma normal. Por supuesto, no estamos demasiado lejos de admitir que los místicos y los esquizofrénicos comparten una habilidad común para experimentar estados alterados de conciencia, pero que reaccionan a éstos en forma diferente.

El modelo cognitivo

Puede ser de interés que el énfasis en una predisposición hacia experiencias *perceptuales* inusuales está actualmente aceptado gracias a la contribución del abordaje cognitivo mencionado con anterioridad. Recientemente, los psicólogos

cognitivos han intentado aplicar los modelos a individuos racionales con creencia ilusorias. Un amplio espectro de los fenómenos anómalos son considerados juegos psicológicos, que incluyen creencias paranormales, hipnosis, y esquizofrenia. El individuo está capacitado para responder las exigencias sociales y construir un sistema de creencias temporario o permanente acerca del universo en base a los datos que estas creencias provean –y como individuos normales requieren tratamiento para cambiar su sistema de creencia. En la esquizofrenia una experiencia perceptual anómala es primaria; las ilusiones y los juicios desviados derivan de ésta (Kihlstrom y Hoyt, 1988; Maher, 1988). Hay individuos que buscan fuera eventos que son coincidencias, o eventos anómalos acerca de los cuales forman hipótesis (Blackmore y Troscianko, 1985).

Más allá de esto, es posible identificar una ideación mágica como posible característica (Zusne, 1985) cuando se intentan identificar errores cognitivos del pensamiento en aquellos que creen y relatan experiencias paranormales. Esto, naturalmente, hace una petición de principio: ¿cuál es la naturaleza de los eventos anómalos? Y además, ¿porqué algunos individuos son más propensos que otros y cómo hacen para explicar las diferentes reacciones de los individuos? Creo que esto es un serio defecto del modelo cognitivo.

Para responder a estas preguntas es necesario relatar el concepto predisposicional antes mencionado para algunos de los trabajos hechos en parapsicología, en particular lo que sabemos acerca de la absorción y la defensa perceptual y explorar las formas en que las experiencias paranormales pueden acceder. Es posible que estos factores puedan explicar mucho de la variabilidad en la experiencia humana y la conducta en esta área.

Absorción psicológica y defensa perceptual

El modelo parapsicológico de las «experiencias paranormales subjetivas» supone que existe un proceso de comunicación extrasensorial favorecido por estados de atención interna. Hay una tradición en la investigación experimental y en los estudios de casos espontáneos de PES mediante inducción de estados como la privación sensorial, el ganzfeld, y la hipnosis, que dan apoyo a esta noción. En su más simple formulación el modelo parapsicológico supone que la PES funciona como un proceso de percepción ordinaria influenciado por los mecanismos de defensa de la personalidad (Edge, Morris y Rush, 1986).

Estos mecanismos de defensa están menos activos durante los períodos de estados alterados de conciencia, por lo cual sería de interés medir la capacidad de alterar el foco de conciencia y el puntaje de defensa perceptual.

La absorción está definida como «un estado de atención total con el compromiso de los recursos perceptuales, motores, imaginativos, e ideacionales de un individuo para una representación unificada del objeto atencional» (Tellegren y Atkinson, 1974). Hay un cuestionario, diseñado para medir esta dimensión, que ha sido usado en una variedad de estudios psicológicos de absorción; una importante variable en la disociación y la conciencia del yo, la hipnosis, los sueños vívidos y el recuerdo, la percepción transmodal, y las experiencias extracorpóreas (Irwin, 1985b; Ramonth, 1985a, 1985b). Las pocas investigaciones experimentales de la PES en relación a la dimensión de absorción parecerían no concluyentes, pero en una investigación de Irwin (1985a) se encontró un fuerte asociación entre los informes de PES espontánea y la absorción. Irónicamente, muchas de las preguntas en la escala de absorción parecen tratar las mismas áreas que los clínicos usan para identificar tratamientos esquizotípicos y experiencias cuasi-psicóticas.

Algunos ejemplos de preguntas en la Escala de Aberración Perceptual relacionadas con la Escala de Absorción (en cursiva) son:

- Algunas veces he tenido la sensación de que estoy unido a un objeto cercano.
- *Algunas veces siento como si mi mente pudiera cubrir el mundo entero.*
- Algunas veces tengo la sensación de que alguna parte de mi cuerpo no me pertenece.
- *Si lo deseo, puedo imaginar que mi cuerpo es tan pesado que no puedo si quiera moverlo.*
- Algunas veces veo cosas como mesas y sillas, éstas parecen extrañas.
- *Algunas veces experimento cosas como si fueran dudosamente reales.*

Algunos criterios DMS-IV-TR de personalidad esquizotípica y la escala de absorción son:

Ideas de Referencia:
Cosas que pueden parecer sin sentido para otros a menudo tienen sentido para mí.

Creencias raras o pensamiento mágico:
Frecuentemente sé que alguien va a decir algo antes que me lo diga.
Experiencias Perceptuales Inusuales, por ejemplo: ilusiones que dan la sensación de la presencia de una fuerza o persona no presente.
A menudo siento la presencia de otra persona antes que lo vea o escuche.

Aunque estos instrumentos pueden compartir la misma dirección (por ejemplo: experiencias perceptuales inusuales y estados alterados), los aspectos verdaderamente patológicos involucran amenaza o falta de control, y en algunos casos, interpretaciones bizarras de la experiencia. En casos extremos, la experiencia puede tomar incluso una forma disociada y considerarla una alienación del ser. En este sentido, no me sorprende que la Escala de Absorción haya sido usada como una medición de la habilidad para investigar los estados disociados (Ramonth, 1985a, 1985b). ¿Qué es entonces lo que determina lo patológico o benigno, o incluso un contenido grato de la experiencia? Sospecho que esto puede estar relacionado a la defensa natural del ego dominante del individuo y el grado de conflicto emocional. Naturalmente involucra una visión de identidad, pero ésta parece ser una visión que está ganando apoyo en la psicología con el regreso del concepto de disociación y el actual interés en la personalidad fronteriza y más recientemente, en la personalidad múltiple (Rowan, 1989).

Considerando esta visión de la personalidad, no es difícil suponer que algunos individuos estén predispuestos a estas alteraciones perceptuales, bajo un concepto no auto-defensivo de apertura, que reacciona a éstos positivamente mientras que en otras son aún perceptualmente más defensivas y pueden ser tratadas y percibidas como alienadas. Mucho de esto dependerá de si estas experiencias están reforzadas o si se observaron después. En otras palabras, en esta teoría *la esquizofrenia es un estado reforzado de absorción perceptual en conflicto interno que conduce a aberraciones perceptuales que por la naturaleza de la defensividad perceptual son interpretadas como alienadas y se convierten en ilusorias.* El tercer –tal vez el grupo predominante– buscará alguna estructura conceptual para interpretar sus experiencias en algunas creencias ocultas, y éste es, por supuesto, el grupo categorizado como esquizotípico.

El instrumento que parece ser el más sensitivo para medir la defensividad

es el Test de Mecanismo de Defensa (DMT) desarrollado por Ulf Kragh y G. W. Smith en Suecia. Estrictamente hablando, es un test más perceptual que proyectivo, diseñado para evaluar como reaccionan los individuos a una imagen amenazadora en términos de la influencia de la ansiedad sobre la percepción. El DMT tiene buena reputación tanto dentro como fuera de Suecia, aunque algo controvertido rodee lo que está midiendo (Sjoberg, 1981; Cooper, 1988; Kline, 1988). El test ha sido utilizado por primera vez por Martin Johnson en la Universidad de Utrecht y Erlendur Haraldsson en la Universidad de Islandia (Johnson & Haraldsson, 1984). Sin embargo, debido a que se requiere de un técnico experto, el uso del test ha quedado limitado al equipo de Johnson-Haraldsson. Sólo se ha publicado a la fecha un estudio para considerar su valor discriminatorio en los estudios de PES durante los estados alterados (York y Morris, 1976) y aquí la carencia de una completa serie de DMT y otros problemas metodológicos parecerían impedir que se llegue a alguna conclusión (Johnson, 1989).

Aunque el DMT es un test análogo de evaluación de la defensividad en una situación amenazante, es una medida inacabada y lo mismo puede decirse de la Escala de Absorción. Es bueno recordar los comentarios de Michael Persinger acerca de cuán difícil es obtener correlaciones replicables de psi con otras variables, cuando el efecto de magnitud de psi normalmente está entre el 1 y el 5% por encima del azar. No obstante los resultados con el DMT no sólo son estimulantes sino que tienen una cierta construcción válida en relación con otras líneas de investigación que sugieren que la apertura a la experiencia puede ser un importante factor relacionado con psi (por ejemplo: Honorton y Schechter, 1987).

Predicciones

Nadie ha intentado hasta donde yo sé explorar la potencial relación entre la necesidad de absorción, la defensividad, y psi. Es posible pensar que individuos que tienen predisposición natural, e incluso la necesidad de experimentar alteraciones en la percepción y en la conciencia, estén abiertos al contenido de esto, puedan ser receptivos a la PES. En lugar de confiar en hallazgos puramente correlacionales, podría ser más efectivo evaluar como los individuos con necesidad de absorción y con un conocido perfil de defensa perceptual e ideación mágica reaccionan a un procedimiento experimental (como el

Ganzfeld) diseñado para facilitar cambios perceptuales con un posible contenido psi. La manera en que estos individuos evalúan sus experiencias después ofrecería información con la cual las predicciones de los modelos cognitivos y clínicos podrían ser susceptibles de experimentación.

Con una teoría cognitiva, podríamos esperar individuos que muestren una ideación mágica atribuirían más significado al azar, entre sus experiencias y la respuesta libre de los objetivos PES. Una teoría clínica haría una predicción similar pero con la condición de que el efecto dependiera del grado según cual los sujetos obtienen puntajes significativos de ideación mágica y aberración perceptual. Desde un punto de vista parapsicológico, parece improbable que la ideación mágica y los errores cognitivos muestren alguna relación clara del éxito de los tests de PES. Puede teorizarse que las experiencias de PES en este grupo estarían fuertemente coloridas por las necesidades personales, aunque esto no siempre puede ser así. Con la reserva antes mencionada concerniente a la insensibilidad de nuestros instrumentos, el efecto que nosotros estaríamos buscando es una relación entre la absorción, la no-defensividad, y la PES. Se podría especular mucho acerca de esto. El grupo de Osmond ya mencionado y otros estudios (Philipson & Harris, 1985) han publicado que los signos premonitorios (iniciales) de un episodio psicótico son cambios perceptuales en la forma, el color, y la profundidad. Una de las hipótesis más promisorias en parapsicología es la que dice que la PES ocurre durante un cambio en forma súbita en el estado normal o alteración de la conciencia. De acuerdo a esto, se puede razonar que cualquiera de los experimentos de habilidades paranormales de los esquizofrénicos mejora durante este período premonitorio.

Este campo está abierto a toda investigación que ayude a superar todas estas dificultades en psicología clínica como así también en parapsicología. Probablemente ahora sea un momento oportuno ya que el surgimiento y popularidad de los grupos ocultistas para explicar las experiencias paranormales exige la atención de la psiquiatría. Por otra parte se ha demostrado (Editorial de *Nature,* en Lander, 1988) que la esquizofrenia es la peor enfermedad que afecta a la humanidad casi tanto como el SIDA. Las experiencias paranormales parecen universales en todas las culturas y como hemos visto son una parte importante del cuadro diagnóstico de la psicosis. Toda comprensión permitirá un mejor entendimiento de los estados psicóticos.

BIBLIOGRAFIA

Alcock, J. (1981). *Parapsychology: Science or magic: A psychological perspective.* Buffalo, New York: Prometheus.

Bentall, R.; Jackson, H. & Pilgrim, D. (1988). Abandoning the concept of «schizophrenia»: Some implications of validity arguments for psychological research into psychotic phenomena. *British Journal of Clinical Psychology, 27*, 303 324.

Blackmore, S. (1986). Out of body experiences in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease, 174*, 615 619.

Blackmore, S., & Troscianko, T. (1985). Belief in the paranormal: Probability judgements, illusory control, and the «chance baseline shift.» *British Journal of Psychology, 76*, 459 468.

Bohm, D. (1988). A new theory of the relationship between mind and matter. *Journal of the American Society for Psychical Research, 80*, 113 136.

Chapman, L., & Chapman, J. (1980). Scales for rating psychotic and psychotic like ex-periences as continua. *Schizophrenia Bulletin, 6*, 476 489.

Chapman, L., & Chapman,J. (1988). The genesis of delusions. En T. Oltmanns & B.Maher (Eds.), *Delusional beliefs* (pp. 167 183). New York: Wiley.

Chapman, L., Edell, W., & Chapman,J. (1980). Physical anhedonia, perceptual aberration, and psychosis proneness. *Schizophrenia Bulletin, 6*, 639 653.

Cooper, C. (1988). The scientific status of the DMT. A reply to Kline. *British Journal of Medical Psychology, 61*, 381 384.

Edge, H., Morris, R., Palmer, J., & Rush, J. (1986). *Foundations of parapsychology.* London: Routledge & Kegan Paul.

Ekllund, M., & Chapman, L. (1983). Magical ideation as an indicator of schizotypy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*, 215-225.

Ferguson, M. (1987). Problems in diagnosis concerning psychopathology and psychic phenomena. *ASPR Newsletter, XIII*, p. 23.

Greyson, B. (1977). Telepathy in mental illness: Deluge or delusion. *Journal of Nervous and Mental Disease, 1665*, 184-200

Haraldsson, E. (1985). Representative surveys of psychical phenomena: Iceland, Great Britain, Sweden, USA and Gallup's multinational survey. *Journal of the Society for Psychical Research, 53*, 145-158.

Heston, L. (1966). Psychiatric disorders in foster home reared children of schizophrenic mothers. *British Journal of Psychiatry, 112*, 819-825.

Hoffer, A., Kelm, H., & Osmond, H. (1975). *Clinical and other uses of the Hoffer-Osmond Test.* New York: Krieger.

Honorton, C., & Schechter, E. (1987). Ganzfeld target retrieval with an automated testing system: A model for initial ganzfeld success. En D. Weiner & R. Nelson (Eds.) *Research in parapsychology 1986* (pp. 36-39). Metuchen, NJ: Scarecrow.

Irwin, H. (1985a). Parapsychological phenomena and the absorption domain. *Journal of the American Society for Psychical Research, 79*, 1-12.

Irwin, H. (1985b). *Flight of the mind.* Metuchen, NJ: Scarecrow.

Johnson, M. (1989). Comunicación Personal.

Johnson, M., & Haraldsson, E. (1984). The DMT as a predictor of ESP scores: Icelandic studies IV and V. *Journal of Parapsychology, 48*, 185-200.

Kilhlstrom, J., & Hoyt, I. (1988). Hypnosis and the psychology of delusions. En T. Oltmanns & B. Maher (Eds.), *Delusional beliefs* (pp. 66-109). New York: Wiley.

Kline, P. (1987). The scientific status of the DMT. *British Journal of Medical Psychology, 60*,53-59.

Kline, P. (1988). The scientific status of the DMT: A reply to Cooper. *British Journal of Medical Psychology, 61*, 385-386

Lander, E. (1988). Splitting schizophrenia. *Nature, 336*, 105-106.

Maher, B. (1988). Anomalous experience and delusional thinking: The logic of explanations. En T. Oltmanns & B. Maher (Eds.), *Delusional beliefs* (pp. 15-33). New York: Wiley.

Neppe, V. (1988). Psychopathology of psi. Part II. A new system for classification. *Parapsychology Review, 19*(6), 8-11.

Palmer,J. (1979). A community mail survey of psychic experience. *Journal of the American Society for Psychical Research, 73*, 221-252

Parker, A. (1974). Some success at screening for high scoring subjects. *Journal of the Society for Psychical Research, 47*, 336-370.

Parker, A. (1987). Psi in search of consensus. *Behavioral and Brain Sciences, 104*, 602-603.

Philipson, O., & Harris, J. (1985). Perceptual changes in schizophrenia: A questionnaire survey. *Psychological Medicine, 15*, 859-866.

Rogo, D. S. (1982). ESP and schizophrenia: An analysis from two perspectives. *Journal of the Society for Psychical Research, 51*, 329-342

Rowan, J. (1989). *Subpersonalities: The people inside us.* New York: Routledge

Råmonth, S. (1985a). Absorption in directed daydreaming. *Journal of Mental Imagery, 9*, 67-86.

Råmonth, S. (1 985b). Dissociation and self awareness in directed daydreaming. *Scandinavian Journal of Psychology, 26*, 259-276

Sjoberg, L. (198 l). Vardet av DMT vid urval av flygforare. *Nordisk Psykologi, 33*, 241-248.

Tellegen, A. (1982). *Brief manual for the differential personality questionnaire.* University of Minnesota.

Tellegen, A., & Atkinson, G. (1974). Openness to absorbing and self-altering experiences («absorption»), a trait related to hypnotic susceptibility. *Journal of Abnormal Psychology, 83*, 268-277.

Thalbourne, M. (1983). Are believers in psi more prone to schizophrenia? En R. A. White & J. Solfvin (Eds.), *Research in Parapsychology 1984* (pp. 85-88). Metuchen, NJ: Scarecrow Press.

World Health Organization. (1979). *Schizophrenia: An international follow up study.* New York: Wiley.

York, M., & Morris, R. (1976). *Perceptual defensiveness and free response clairvoyance in the ganzfeld.* Inédito.

Zusne, L. (1985). Magical thinking and parapsychology. En P. Kurtz (Ed.), *A skeptic's handbook of parapsychology* (pp. 685-700). Buffalo, NY: Prometheus.

Capítulo III

LA INCLUSIÓN DE LAS EXPERIENCIAS PARANORMALES EN LA PSICOLOGÍA TRANSCULTURAL[1]

Stanley Krippner

Tal vez, el primer texto que pueda ser llamado de «psicología anómala» fue escrito por el psicólogo danés Alfred Lehmann (1898). Habiendo recibido su doctorado en psicología experimental de parte de Wilhelm Wundt, una de las especialidades de Lehman fue la percepción. Su libro, titulado *Superstition and Magic* [Superstición y Magia], enfocaba los errores de observación, y los efectos ópticos responsables de los sistemas erróneos de creencia de la gente. Sin embargo, Lehmann reconoció que algunos fenómenos extraordinarios tendrían que esperar una explicación científica.

Desde entonces, han aparecido muchos otros libros y artículos sobre estos temas (Jastrow, 1935; Reed, 1972; Truzzi, 1971). El antropólogo Roger Wescott (1980) sugirió que el término «anómalo» sea empleado como un prefijo para denominar a cualquier disciplina que se ocupe de supuestos eventos extraordinarios inexplicables desde las actuales teorías científicas aceptadas. Leonard Zusne y Warren H. Jones (1989) emplearon este término para escribir el prefacio del título de su libro *Anomalistic Psychology* [Psicología Anómala], cuya segunda edición se subtituló «Un estudio del pensamiento mágico». Zusne y Jones sostenían que «el pensamiento mágico está arraigado, total o parcialmente, en cualquier explicación de las experiencias o conductas que violan las leyes de la naturaleza, o que sugiere, sin evidencia sostenible, la existencia de principios, fuerzas, o entidades desconocidas para la ciencia (pág. 13)». Para ellos, los «fenómenos psicológicos anómalos» son «aquellos comportamientos y experiencias que parecen violar las leyes naturales» (pág. ix).

[1] Originalmente publicado en la *Revista Argentina de Psicología Paranormal*. Diferentes versiones de este trabajo aparecieron en Krippner (1997) y en el *International Journal of Transpersonal Studies*. Traducido del inglés por Alejandro Parra y Jorge Villanueva.

El uso que sugiero para el término «experiencia anómala» adhiere más a su etimología. La palabra «anomalía» proviene del griego *anomalos* que quiere decir «irregular», «inusual», «desigual», en contraste con *homalos*, es decir, que difiere de las experiencias «comunes». De ahí que una «experiencia anómala» sea «irregular», porque difiere de la experiencia «común». Es «inusual» porque no es «lo mismo» que las experiencias «normales» u «ordinarias». Es «desigual» porque es impotente en términos de captar la misma atención que se presta a las experiencias «convencionales». De ahí que una «experiencia anómala» no sea convencional o se desvíe del paradigma explicativo dominante. No estoy proponiendo cosas tales como «errores observacionales», «identificación proyectiva», o «pensamiento mágico», para explicar estas experiencias, aunque tales atribuciones puedan ser acertadas, sino en muchas, en la mayoría de los casos. Tampoco pienso que estas experiencias «violen las leyes» de los paradigmas de las ciencias sociales y naturales.

Tampoco pienso que lo que es anómalo en una cultura esté fuera de lugar. El psicólogo ruso Boris Bratus (1990) empleó el término «anomalías de la personalidad» para describir a mucha gente que otros psicólogos consideraban «anormal». Aparte de usar criterios estadísticos o psicoanalíticos para determinar lo que es «normal», Bratus reemplazó esa terminología deshumanizante por un enfoque basado en lo extraño, actividades raras que involucran la creatividad, los valores, y el problema del significado que, no obstante, se puede adaptar a los individuos en cuestión.

Desde mi perspectiva, los estigmas son anómalos porque son raros. No necesariamente son patológicos, ni inexplicables; existen muchas explicaciones psicológicas y psicofisiológicas dentro del actual paradigma científico (Zusne y Jones, 1989, pág. 54-56). En contraste, las denominadas experiencias telepáticas, y otros ejemplos de presunto psi, son relativamente comunes (MacDonald, 1994) pero son anómalas porque su aparición exige una mejor explicación científica. En otras palabras, todas las experiencias psi son anómalas, pero no todas las experiencias anómalas encajan dentro del contexto que categoriza al término «psi».

Experiencias psi y disociación

Existe una variedad de experiencias extrasensoriales en relación con los

fenómenos disociativos. Desde el siglo XIX, se han venido reconociendo muchos elementos en común entre la mediumnidad, la escritura automática, y la disociación (Ellenberger, 1970). Para el diagnóstico de los desórdenes disociativos, se han diseñado varias preguntas que se refieren a experiencias psi. Por ejemplo, el *Dissociative Disorders Interview* contiene preguntas que hacen ligera mención a las experiencias telepáticas, precognitivas, y psicokinéticas, así como también, a supuestos recuerdos de vidas pasadas y contactos con fantasmas, espíritus, y poltergeist (Ross, Heber, Norton, Anderson, Anderson, & Barchet, 1989).

El conocimiento actual que los psicoterapeutas tienen de las experiencias disociativas se extrae más de los estudios de pacientes con variable grado de psicopatología, que de la población general, sin embargo, Ross, Joshi, y Currie (1990) demostraron también la presencia de disociación en la población en general. En ese mismo estudio se observó un vínculo entre la disociación y las experiencias anómalas (Ross, Joshi, y Currie, 1990), si bien L.E. Rhine (1962) ya lo había señalado en base a su colección de reportes anecdóticos. Más tarde, los resultados de una escala de experiencias fenomenológicas apoyó esta conjetura (Pekala, Kumar, Marcano, 1995).

Richards (1991) administró varios tests a los 184 participantes de conferencias de la Association for Research and Enlightment, en Virginia Beach, Virginia, una organización dedicada a investigar y aplicar la obra de Edgar Cayce, el conocido psíquico americano (por ejemplo: Vahle, 1987). Se administró la Escala de Experiencias Disociativas (*Dissociative Experiences Scale*, DES), un cuestionario autoadministrado de 28 ítems diseñado por Bernstein y Putnam (1986) que mide niveles de disociación en las poblaciones clínicas y no-clínicas, junto a un cuestionario para identificar experiencias psíquicas subjetivas y una medición del efecto global. Hubo una correlación significativamente alta de .51 ($p< .001$) entre la DES y el cuestionario de experiencias psíquicas subjetivas. Además hubo una correlación significativa entre la DES y un efecto positivo ($r= .17; p= .05$), pero no con efecto negativo ($r= .14$). Richards llegó a la conclusión de que las experiencias de tipo psi pueden ser marcadores de características disociativas, pero no son en sí mismas indicadoras de un desorden, una conclusión a la que también arribaron muchos otros psicoterapeutas especializados en desórdenes disociativos (por ejemplo: Ross, 1989).

Dalton, Zingrone y Alvarado (1999) administraron una forma diferente de DES a 96 participantes seleccionados en base a sus talentos artísticos o creativos. Una diferencia significativa favorece a los participantes que reportan experiencias fuera del cuerpo comparados con los que no fueron observados, demostrando otro vínculo entre la disociación y las experiencias anómalas. Otra conexión la reportaron Haraldsson, Fowler, y Mahendram (2000) quienes administraron el Test de Disociación Infantil a 27 niños que decían recordar vidas pasadas y a otros 27 que no. Encontraron una asociación significativa en comparación con el grupo de control, especialmente respecto al sueño diurno y rápidos cambios en la estructura personal.

Durante años, he observado, escuchado y leído muchos fenómenos descritos como «disociativos». Por ejemplo, en 1993, la filósofa Jean Houston recibió el Premio Gardner Murphy de la American Society for Psychical Research. En la cena en su honor, le contó a la audiencia que cierta vez, su padre, que era escritor, la llevó a ver al famoso ventrílocuo Edgar Bergen, para quien le escribía el guión de sus comedias. Houston recordaba el encuentro con Bergen, sentado de espaldas, y hablando con su muñeco Charlie McCarthy. Bergen le hacia a Charlie preguntas existenciales: «¿Cuál es el significado de la vida?» «¿Qué significa ser verdaderamente bueno?» «¿Dónde está el alma humana?» Y el muñeco parecía responder con sabiduría; su profundidad asombraba a Bergen y a los Houston.

Finalmente, Jack Houston anunció su presencia. Bergen se dió vuelta, desconcertado, y dijo, «Oh, hola, Jack y Jean». Jack Houston le preguntó a Bergen que estaba pasando. Bergen replicó, «Estoy hablando con Charlie. Es la persona más sabia que conozco». Jack Houston preguntó, «Pero Ed, esa es tu voz, tu conocimiento nos llega de la boca del muñeco». Bergen respondió: «Si, Jack, quizá sea así. Pero, ya ves, cuando le hago estas preguntas y él las responde, lo que me responde es mucho más de lo que yo sé!» (Houston, 1996, pág. 115).

Los clásicos de la literatura ofrecen a sus lectores numerosos relatos que podrían ser considerados como «disociativos». Cuando era niño, leí la novela «El extraño caso del Dr. Jekyll y Mr. Hyde» de Robert Louis Stevenson, que según el autor estaba parcialmente inspirado en una pesadilla. Erik Woody y Kenneth Bowers (1994) notaron que «Stevenson describía el proceso que lo

conducía a sus escritos, ya que sus protagonistas tomaban una vida independiente de la suya propia; parecían moverse y hablar sin ayuda» (pág. 52). Stevenson se dormía y esperaba que algo surgiera para poder venderlo a las revistas, refiriéndose a las «personitas» que hábilmente se complotaban mientras él era el observador de sus esfuerzos (Hennessey, 1974, pág. 20). En esta novela, el Dr. Jekyll es un médico que cree que la gente se destaca más por su pluralidad que por su singularidad (Stevenson, 1886/1967, pág. 68). En el laboratorio la poción despertaba potenciales que estaban siempre dentro suyo, tan espantosos como cuando el abominable Mr. Hyde asumía su personalidad.

Muchos científicos sociales y del comportamiento considerarían ejemplos de «disociación» a la transformación del Dr.Jekyll en Mr.Hyde, así como también el proceso por el cual los protagonistas toman «una vida independiente de si mismos». Lo mismo ocurre en el caso de las conversaciones filosóficas que el ventrílocuo mantenía con su muñeco Charlie.

Perspectivas transculturales de la disociación

Los occidentales tenemos la tendencia a usar términos con los que nos familiarizamos y superponerlos todas aquellas culturas a las que no estamos familiarizados. Como otras construcciones hipotéticas en las ciencias sociales, el término «disociación» es un intento de describir, explicar, o por el contrario, dar cuenta del mundo en que vivimos (Gergen, 1985, p. 266). Se han dado varias categorizaciones e interpretaciones para los así llamados fenómenos «disociativos» en diferentes eras y lugares. Etzel Cardeña (1994) comenta: «Es paradójico que en esta era, denominada posmoderna, en donde se cuestiona e incluso se rechaza el modo de conocer, constructos teóricos como la disociación... se tratan como cosas en sí mismas, en lugar de estar basados en perspectivas parcializadas... No solamente hay una ausencia de lenguaje científico puro, sino que la experiencia (o nuestros modelos teóricos de «realidad») no se puede construir sin el recurso de metáforas» (pp. 162-163). Thomas Kuhn (1970) señalaba que los académicos ya han abandonado el anhelo de realizar el ideal de lenguaje construido exclusivamente sobre datos sensoriales; el lenguaje científico inevitablemente elude el fenómeno que se pretende explicar o describir (pág. 206).

La definición que aplicó para esta comparación transcultural es más

descriptiva que filosófica, diagnóstica, teórica, o estrictamente operacional. Para mí, «disociativo» es un adjetivo que intenta describir las experiencias reportadas y las conductas observadas que parecen existir aparte, o intentan estar desconectadas del fluir de nuestro propio ser, nuestro propio repertorio comportamental, y/o nuestra propia auto-identidad. La «disociación» es un sustantivo que refiere a una persona que tiene estas experiencias o comportamientos «disociativos». El término disociación se emplea en contraste con «asociación», vinculado a conceptos y recuerdos, una noción importante que aparece en los escritos de John Locke, Edward Hume, y otros empíricos británicos de los siglos XVII y XVIII.

Un modelo para las comparaciones transculturales

En gran parte, los fenómenos disociativos son el resultado de creencias y prácticas que difieren en épocas y lugares. Estos fenómenos son complejas manifestaciones, canalizadas socialmente, que cambian con el paso del tiempo; raramente consisten de un discreto y duradero estado o proceso (Kirmayer, 1994, pp. 93-94). Para hacer comparaciones transculturales, he utilizado los términos propuestos por Ruth-Inge Heinze (1993, pp. 202-203) para estudiar el desarrollo de un estado de normal de conciencia o disociación y, al mismo tiempo, en cierto momento, observar el aumento o disminución del control volitivo. Otros escritores (por ejemplo: Braun, 1988) describen la disociación en términos de un *continuum*, y que la observación fácilmente se incorpora en este modelo respecto a los polos extremos de la conciencia normal y la disociación, el fluir versus el fluir interrumpido, el control versus la falta de control se alcanzan con menor frecuencia en cualquier momento entre ambos.

Un paciente que padece de fuga o pérdida de identidad en un hospital psiquiátrico puede experimentar una «disociación descontrolada», considerando que un sanador tribal, cuya identidad supuestamente ha sido transformada o reemplazada por «espíritus» desencarnados, sería una «disociación controlada».

Sin embargo, una persona que describe una experiencia individual se puede desviar, algunas veces en minutos. Un paciente que está siendo tratado por un trastorno por stress postraumático (TSPT) en terapia grupal puede ejercer un fluir controlado, consciente del proceso que ocurre. De repente, deliberadamente, puede «sintonizar» bien con la sesión ya que ha experimentado

un «flashback». Pero si no puede controlar esta «sintonización» disociativa, experimentará un «flashback» en el que se imaginará a si mismo en un lugar diferente. En un breve período, la experiencia ha cambiado de un (1) flujo controlado, uno (2) disociado, una (3) disociación descontrolada. Una oscilación muy diferente podría ocurrir cuando un soñador se da cuenta que está soñando y trata de ejercer control –ascendiendo, volando, flotando, o deslizándose. Abruptamente, el soñador pierde lucidez, también identidad, imaginando que se ha transformado en una «bola de fuego en el océano». El flujo controlado dentro del sueño se ha convertido en una experiencia disociativa descontrolada. Este modelo también reconoce que el control y su ausencia pueden fluctuar durante el mismo evento, y que las dos personas pueden complementarse una con otra, por ejemplo, el delirio disparatado pero sistematizado de algunos rituales shamánicos o el «esfuerzo del no-esfuerzo» en las prácticas taoístas. Las dualidades occidentales, como el control vs. la falta de control, están confundidas en las prácticas espirituales de muchas culturas.

En consecuencia con mi definición de las rupturas disociativas del fluir conciente, en el repertorio comportamental, y/o en la auto-identidad, combinaré los descriptores de Heinze con los de Rhea A. White (1997) que usa el término «ego-self», siguiendo la descripción de Cardeña de dimensión «trascendental» que logran algunos practicantes de rituales, cuando plantea lo que White llama «experiencias humanas excepcionales». Puede aparecer un reflejo de la «Totalidad» o la «Unidad» con todas las cosas en cualquiera de las cuatro variedades de la experiencia de Heinze. Una persona (1) puede estar consciente de esta «unidad» en un ritual de oración o cualquier otro procedimiento en el que el «ego-self» emerja gradualmente hacia la Totalidad, es decir, el flujo controlado. Otra persona (2) puede llegar a la Totalidad, mientras se disocia del ego-self, o como cuando se «canalizan» los mensajes de una fuente de «conocimiento universal» (es decir, la disociación controlada). Una tercera persona (3) puede sentirse momentáneamente «unida» con la naturaleza, con un niño, o con su amante, es decir, el flujo descontrolado. Finalmente, una persona (4) puede ingerir una poderosa droga y entrar en un «vacío» en el que pierde su auto-identidad, es decir, la disociación descontrolada, protegiéndolo de un terror no mitigado, felicidad trascendental, o algo entre ambos (Krippner, 1997).

Otro aspecto de este modelo es especialmente importante para los

investigadores psi, que estudian las interacciones de los organismos sobre el medioambiente (incluyendo a otros organismos) que parecen violar la comprensión que la ciencia clásica tiene sobre el tiempo, el espacio y la energía. Un libro pionero, *The Psychology of Anomalous Experience* [La psicología de la experiencia anómala] escrito por Reed (1972), plantea anomalías de la atención, la creencia y el juicio, la conciencia, el recuerdo, el reconocimiento, la percepción y la imaginación, y la resolución del conflicto que pueden ser «irregulares, desordenadas, e inusuales» (1988, pág. 9). Truzzi (1971) sostiene que los fenómenos anómalos contradicen al sentido común o al conocimiento científico y religioso institucionalizado; por lo tanto son «anomalías para nuestra cultura que generalmente acepta un almacén de verdades» (pág. 367). De ahí que este modelo también debería preguntarse si una conducta o una experiencia es altamente anómala o mínimamente anómala; la mayoría de los eventos disociativos son explicables por la ciencia clásica, no obstante unos pocos –si adecuadamente documentados– escapan a los limítes de una fácil explicación.

Presentaré un ejemplo de disociación descontrolada acompañado por desvíos del ego-self. Durante una visita a Brasil, supe de Francisco Cándido «Chico» Xavier. Nacido en 1910, Xavier tuvo su primera experiencia con la escritura automática desde 1927, y terminó su primer libro «canalizado» en 1932, *Parnaso de além túmulo* [Paraíso más allá de la tumba]. Le siguieron más de 300 libros supuestamente «escritos» por cientos de «espíritus», con Xavier actuando como médium o «control». Además de poesía, el material «dictado» consiste de romances históricos, ficción, ensayos, y enseñanzas morales. Se han vendido más de 18 millones de copias en Brasil traducidas a tres docenas de idiomas, pero Xavier ha donado todo el dinero de esta venta a obras de caridad (Severino, 1990/1994). En este caso, hubo numerosos desplazamientos del ego-self normal de Xavier, pero la disociación fue controlada y el episodio se reconoce como una experiencia positiva. Además, este ego-self representó una identidad individual, más que una identidad comunitaria.

Todos los espiritistas comparten la creencia en entidades desencarnadas (por ejemplo: parientes y amigos fallecidos, santos, deidades populares, «espíritus intranquilos» y «espíritus elementales»). La mayoría de los espiritistas creen en la reencarnación y en el papel que desempeñan sus vidas pasadas en situaciones de su vida actual. La comunicación con el «mundo espiritual» a veces ocurre en sueños pero, más a menudo, estas entidades hablan

directamente a través de médiums que están dotados de estas facultades anómalas, como la telepatía, la clarividencia, la precognición, y la habilidad para incorporar a sus «aliados». Estos médiums son un ejemplo de disociación controlada en el cual el propio ego-self está temporariamente desplazado por el «espíritu» que está por incorporar, una experiencia considerada como positiva.

Ocasionalmente, la disociación descontrolada puede dar forma a la disociación controlada. En 1913, en Missouri, Pearl Curran usaba una tabla Ouija cuando la plancheta señaló las letras que compuso el mensaje «He vivido hace muchas lunas. Ahora he regresado. Patience Worth es mi nombre». (Litvag, 1972). A partir de entonces, Curran «canalizó» los mensajes de Worth (gracias a un tipista) a través de una serie de novelas históricas, algunas de las cuales ganaron el elogio de los críticos literarios. Para escribir estas novelas, algunos escritores consideran a las sesiones de Curran como un fenómeno anómalo (por ejemplo: Hintze & Pratt, 1975).

En 1963, tuve muchas entrevistas con una mujer en Ohio que decía que estaba usando la tabla Ouija para «canalizar» mensajes de Patience Worth. Después de visitarla muchas veces en su casa, y de inspeccionar más cercanamente los textos «canalizados», llegué a la conclusión que la nueva «canalizadora» se había auto-engañado, o que buscaba llamar la atención, o que las habilidades literarias de Worth habían desaparecido con el tiempo. Años después, en el Maimónides Medical Center, hicimos un experimento de clarividencia con Tina Johnson, una presunta psíquica cuyos supuestos espíritus guías estuvieron de acuerdo en adivinar la identidad de postales artísticas en sobres cerrados. Johnson utilizaba la escritura automática para registrar lo que ella refería como sus «queridos amigos», y tales descripciones mostraron una relación más cercana con las postales que las que hacia Johnson en su estado de conciencia ordinaria. Por ejemplo, cuando se seleccionó aleatoriamente la postal titulada «El Enigma de la Llegada» de Chirico, los «queridos amigos» de Johnson describían la imagen como «personas», una de las cuales era «un joven en una habitación azul». La pintura muestra a una figura vestida de azul, pero también otra vestida de rojo (Krippner, Hickman, Auerhahn, & Harris, 1972).

Un ejemplo único de disociación controlada, con gran desvío del ego-self, es el caso de JZ Night que describió su primer encuentro con una supuesta entidad llamada Ramtha luego de una demostración del presunto «poder de la

pirámide», en 1977. Después de colocar una pirámide de papel sobre su cabeza, ella recuerda haberse dado cuenta del «destello de una luz brillante» y ver a «un hombre gigante... fulgurante» que se presentaba como «Ramtha, el Iluminado» (Knight, 1987, pp. 11-12). Después, Ramtha (1986) se describió a sí mismo como parte de una «hermandad invisible» que ama a la humanidad, diciéndole a Knight que ella era un «canal» para sus mensajes. Como Knight comenzaba a «canalizar» las palabras de Ramtha, decía que «para evitar que me adoren, no he llegado a ustedes en mi propio cuerpo. He querido hablarles a través de una entidad que fue mi amada hija cuando yo vivía en este plano... Cuando les hablo a ustedes, ella ya no está en su cuerpo, su alma y su espíritu la han abandonado por completo» (pág. 2).

Mis colegas y yo (Krippner, Wickramasekera, Wickramasekera, & Winstead, 1998) publicamos una descripción de este trabajo con Knight y seis de sus colaboradores de la Escuela Ramtha de Iluminación, que incluyó los reportes fenomenológicos de lo que podría llamarse «sanación anómala» y «clarividencia». Su puntaje, en la Escala de Experiencias Disociativas (Bernstein y Putnam, 1986), promedió 31.1. Sólo un puntaje de 30 es considerado como límite para los que son «claramente disociativos», el 17% de los individuos que obtienen este valor se los diagnostica como casos clínicos de disociación de la identidad. A causa de que los siete individuos que evaluamos funcionaban bien en la sociedad, sugerimos que el apoyo social, y la auto-regulación les permitía permanecer en la Escuela Ramtha, sin efectos colaterales adversos.

Eileen J. Garret (1968/1991), una médium irlandesa que fundó la Parapsychology Foundation en New York y había colaborado con varios investigadores, me invitó a una conferencia en el sur de Francia en 1968. Esperando que pudiera ser la oportunidad para una demostración, llevé conmigo un sobre cerrado, en el que había una fotografía desconocida para mi, preparada por un estudiante mio. Uno de los «espíritus controles» describió correctamente la imagen como un hombre arrodillado bajo una lámpara eléctrica. La fotografía mostraba a una musulmán de rodillas orando bajo un candelabro eléctrico. El «espíritu control» de Garret seguía diciendo que la persona que había preparado el sobre estaba con nosotros en la conferencia, «una persona que quiere mucho el Dr. Krippner». El espíritu seguía diciendo que «la imagen no me interesa tanto como la persona que la preparó. Es un joven brillante interesado en la ciencia. Antes de fin de mes aparecerá en los

periódicos, y antes de fin de año habrá un nuevo miembro en su familia». A mi regreso a los Estados Unidos, descubrí que los periódicos de la ciudad de New York habían publicado el nombre del ganador de un premio estudiantil. Cuando le comenté sobre la otra predicción de Garret, el estudiante me había dicho que su hermana y su esposo esperaban un bebé, pero no era sino hasta Enero. Sin embargo, el bebé se adelantó y nació el 28 de Diciembre, justo a tiempo para confirmar la otra predicción de Garret (Krippner, 1975, pp. 100-101).

Los practicantes de la glosolalia, o «hablar en lenguas» también dicen mantener contacto con la Totalidad. Mi primera observación de este fenómeno ocurrió en 1956 cuando la actriz Adriana Booth hizo una sesión privada para el staff del Laboratorio de Parapsicología en la Duke University en Durham, Carolina del Norte. Inmediatamente después, Booth se relajó, tomó varias respiraciones profundas, y entonces comenzó a pronunciar monosílabos rítmicos ininteligibles, pero caracterizados por frases, afectividad, y expresiones faciales dramáticas –todo al servicio del encuentro con lo Divino. Aunque sin relación con una lengua muerta o moderna, ocurrieron fenómenos similares en las reuniones de oración carismática. Fraser (1994, pp. 134-135) clasifica a la glosolalia como una fenómeno de disociación, pero admite que sus estudios sobre los feligreses que «hablan en lenguas» no son indicadores de que padecen de trastornos disociativos. En mi opinión, esto demuestra que el contexto de lo que se llama trastorno disociativo es problemático; lo que es negación vital en un contexto puede, en otro, ser una afirmación vital, produciendo a veces experiencias consideradas «trascendentales», «transpersonales», o «místicas».

Cierta vez fui testigo de la danza «Sanghyang» durante la cual un joven purificaba el templo «incorporando energía sagrada» mientras cabalgaba un caballo de madera saltando sobre una hoguera de cáscara de coco, golpeando furiosamente las flamas con los pies descalzos, y mostrando con orgullo que eso no le dejaba quemaduras o callosidades en su pie cuando el fuego disminuía. Estas danzas ceremoniales se practican con tanta regularidad que algunos escépticos dicen que sirven sólo como atractivo turístico, y que ni siquiera tiene que ver con una cuestión disociativa. Sin embargo, en Bali la disociación tendría que estar en todas partes, porque Picard (1990) no logró distinguir entre las danzas «turísticas» de las «auténticas». Las autoridades locales dicen

que las jóvenes bailarinas no ensayan las danzas Legong, y que los jóvenes normalmente no caminan sobre el fuego.

El psiquiatra indonesio Denny Thong (1993, pp. 77-88) ha deconstruído la palabra «trance» como un estado especial de conciencia, y lo ha reconstruído como parte de un conjunto de comportamientos aprendidos que evocan atención especial y ganancia de aprobación social (pág. 74). Su reconstrucción, para mí, elimina la dicotomía entre lo «auténtico» y lo «inventado», a menos que haya una manipulación deliberada. Incluso aquí, el problema no está bien definido; James McClenon (1994) sospecha que algunos de los conocidos «cirujanos psíquicos» que él observó practicando imposición de manos, se disociaban para bloquear las percepciones o actividades que contradecían sus creencias (pág. 114). También sugiere que en proezas arriesgadas, como caminar sobre el fuego, danzar sobre cuchillos, y penetrar la piel con objetos cortantes, los practicantes permanecen conscientes de su disociación, como un «observador oculto» protegiéndolo de algún daño (pág. 120). Podemos pensar que un comportamiento no auténtico es una forma de disociación que ataca el sentido mismo de la existencia (Mead, 1967), cuyas estrategias conducirán a una resolución interna que podrá parecer disonante para el neófito.

Algunas veces un individuo experimenta un evento anómalo involuntariamente; por ejemplo: la sensación de «abandonar el cuerpo», en el que se interrumpe el propio flujo consciente descrito a menudo como «despersonalización». Cuando el actor holandés Jean-Claude van Damme confesaba su adicción a la cocaína, recordó estar «en la esquina de una habitación. «Yo estaba muriendo» –decía. «Veía mi cuerpo físico en el piso. Me sentía frío, me sentía caliente, me sentía asustado. No me sentía ni como hombre ni como mujer. Y luego regresé a este envoltorio, que es mi cuerpo, con esta alma, y me dije, no estoy listo. Ahora sé lo que hay después de la muerte» (Garchik, 1998).

Muchos de mis estudiantes en el Saybrook Graduate School estudiaron casos de disociación descontrolada. Jack Morin (1995), cuyo trabajo se enfocó sobre la experiencia sexual, notó que los chicos y chicas abusados sexualmente, a menudo se protegían de si mismos disociándose. En consecuencia, no estaban «totalmente presentes» durante el acto de abuso; algunos «dejaban sus cuerpos», viendo el abuso con indiferencia, como si eso no les hubiera ocurrido.

Casos más o menos graves de disociación descontrolada pueden ocurrir en otras situaciones ordinarias –sueños diurnos, ensoñación, estados «crepusculares» hipnopómpicos o hipnagógicos, pesadillas, sonambulismo, distracciones, experiencias de *dejá vù*, absorción en fantasías, shock cultural, desempeñar un rol actoral, llevar a cabo dos actividades complejas al mismo tiempo, conversión religiosa, sanación carismática, ataques de ansiedad, estados depresivos, terapias maratónicas grupales, *scrying*–observación a través de espejos o bolas de cristal–, «ciberenfermedades» generadas por el abuso a la computadora en el que el *hacker* (pirata informático) se desorienta y vomita después de fijar su atención en el teclado o en la pantalla (por ejemplo: Moyer, 1996).

Los eventos disociativos pueden surgir por otros problemas, ya menos comunes, como problemas de alimentación, abuso de sustancias, abuso de rituales, lavado de cerebro y adoctrinación política, privación sensorial, auto-mutilación, efectos secundarios en desastres naturales (incendios, tornados, terremotos), efectos psicológicos por períodos de encarcelamiento (el Holocausto nazi, la represión comunista, el proceso militar en Argentina), victimización física, sexual y emocional, etc. Sin embargo, la disociación como su término indica, no viene *inevitablemente* acompañada de estas situaciones ni forma parte de muchas de las esquizofrenias u otras psicosis mayores (Steinberg, 1995, pág. 295); en estos trastornos no están suficientemente integrados los aspectos de la «prueba de realidad» de la conciencia reflexiva como para que ocurra la «despersonalización» o la «desrealización» (pág. 109). La disociación que ocurre en la mayoría de los esquizofrénicos es el flujo «escindido» o interrumpido entre los modos cognitivos y afectivos del procesamiento de información del individuo. En cuanto a la identidad de la disociación entre los esquizofrénicos estoy de acuerdo con Steinberg (1995) de que es «ligera o moderada y, normalmente, acompaña los episodios psicóticos» (pág. 236), «las personalidades que se manifiestan en las personas con trastornos de identidad carecen de claridad y complejidad» (pág. 238).

La disociación descontrolada, a veces, está asociada con varias condiciones –trastornos del sueño, golpes, encefalitis, mal de Alzheimer, diversas lesiones cerebrales entre los hemisferios cerebrales, epilepsia del lóbulo temporal, etc. Esta lista puede parecer limitada, pero prefiero usar el constructo «disociación» con cautela (he limitado rigurosamente el dominio de la disociación, para asegurarme que no se encuentre en los casos de «soñar», «meditar», o

«shamanizar», tres constructos que en el pasado algunos escritores han considerado equivalentes a la disociación).

Parte del fluir controlado normalmente ocurre sin grandes cambios en el ego-self o en los encuentros con la Totalidad. Defino a la «conciencia» como el flujo constante de la percepción, la cognición, el afecto, y/o la motivación que un organismo pone de manifiesto en un punto dado en el tiempo. Cuando las personas están conscientes de ese flujo, podemos decir que están «mentalmente atentos». Swami Sivananda Radha (1993), que se refería a este proceso como «conciencia despierta», a menudo me decía que el trabajo espiritual debe ser aplicado de manera práctica en nuestra propia vida cotidiana, ya que de otra manera carecería de significado. Varias disciplinas que aplican la meditación se dedican a desarrollar y ampliar el control consciente. Sus adeptos dicen que alcanzan un nivel de afirmación vital en su práctica, durante la cual el ego-self está trascendiendo y se alcanza la Unidad, pero la mayoría de los meditantes enfatizan «el despertar consciente» (Whiteman, 1986, pág. viii). Aún cuando ocurra la denominada «experiencia mística» como resultado de estas prácticas y el practicante esté envuelto en la Totalidad, el fenómeno resultante difícilmente podría considerarse «disociativo» porque su conquista surge del flujo del participante durante la meditación, la contemplación, la oración, las artes marciales, o métodos similares de flujo controlado.

Sin embargo, estas experiencias son tan inusuales que se consideran anómalas. Whiteman (1961) comenta que las «formas de pensamiento» que parecen cuasi-humanas en naturaleza no deberían ser desestimadas. «Sostener la no existencia de tales formas de pensamiento... podría ser tentador para algunos escépticos, pero es un procedimiento absolutamente irracional» (pág. 227). Otras experiencias anómalas descritas por Whiteman incluyen el «segundo renacimiento», «el matrimonio divino», y la «forma de liberación mística», todas descritas en términos similares en todo el *corpus* de la literatura mística.

Un ejemplo de fluir descontrolado acompañado por un encuentro con la Totalidad ocurrió en un experimento de clarividencia en el Maimónides Medical Center en Brooklyn (Krippner, 1968). Se seleccionaron algunos participantes mediante procedimientos de inducción hipnótica, y a los miembros de un grupo de comparación se les dió un ejercicio de relajación. Mientras trataban de identificar el objetivo, una fotografía en un sobre cerrado seleccionado al

azar, un miembro del segundo grupo reportó varias secuencias de imágenes, una de las cuales representaba un encuentro con la Totalidad. Este participante tuvo una experiencia espontánea, cuyos resultados eran percibidos como benéficos. Su imaginería mental se centró en torno a: «... una pintura del cielo, nubes, y Dios estirando su mano y tocando el dedo de un hombre cuya mano estaba extendida también... Una chispa se dispara por el toque de Dios... me siento bien pensando en esto, como si dijera: Es esto, ahora lo he conseguido». La imagen sugiere que el hombre depende de Dios para sus descubrimientos e intuiciones. La religión y Dios, la búsqueda de algún nuevo descubrimiento en realidad, parece conectado con esta imagen y mis pensamientos. Veo espacio, las estrellas distantes, expandiéndose en el universo, las estrellas yendo de un lado a otro, y la voz de un hombre resuena, «¿Quién eres?» Me siento desconcertado por estos pensamientos como si fuera un fanático religioso. Incluso en este momento mis pensamientos llenan mi cabeza (pág. 52). Esta experiencia tomó por sorpresa al participante de la investigación; el diagnóstico de «disociación» no es una garantía, ya que la persona sintió que su experiencia era una afirmación vital.

Se puede describir a la hipnosis como un proceso en el que una persona sugiere que las experiencias de otras personas cambien en sensaciones, percepciones, pensamientos, o comportamientos. Aquellos que suscriben a la noción de que la hipnosis involucra «procesos especiales» que difieren en cierta forma de la conducta ordinaria en vigilia están enfatizando los aspectos potencialmente disociativos o «neo-disociativos» de la experiencia hipnótica (por ejemplo: Bowers, 1991, 1994; Hilgard, 1994; Woody & Farvolden, 1998), mientras que quienes ven a la hipnosis como un fenómeno «sociocognitivo» descartan su relación con la disociación (por ejemplo: Spanos y Burgess, 1994). Teniendo en cuenta el *continuum* de disociación en cada una de las categorías que he discutido para ilustrar mi modelo, debería ser evidente que los procedimientos de inducción hipnótica producirán experiencias en muchos puntos de este *continuum*. Sin embargo, incluso experiencias que son altamente sensibles con frecuencia describen a la hipnosis en la forma que McConkey (1986) interpreta, como «un estado normal de la conciencia que involucra simplemente la focalización de la atención, coherencia del pensamiento, e imaginar las sugestiones que el hipnotizador da» (pág. 314).

Muchos pacientes reportan importantes beneficios para su salud de parte

de la hipnosis; aquellos que obtienen altos puntajes en los tests de fantasía y en test de amnesia, normalmente reportan experiencias hipnóticas que parecen ser disociativas. Aquellos pacientes que están altamente motivados pueden obtener iguales beneficios de la hipnosis sin un corte en el flujo normal de su conciencia, comportamiento, y/o identidad que es suficiente para ser considerado como disociativo» (Barber, 1997).

Conclusiones

Como miembro fundador de la International Society for the Study of Dissociation, consideró a su encuentro inicial en 1984, un evento histórico para la comprensión de las experiencias disociativas. Kenny (1981) encontró que el espiritismo del siglo XIX favoreció el surgimiento de los médiums. Con la declinación de la creencia en la «posesión» espiritual fueron apareciendo cada vez menos casos.

Sin embargo, fueron pocos los académicos transpersonales que hicieron comparaciones transculturales para estudiar la identidad comunitaria. Si la propia identidad tiene que ver más con el grupo que con el propio ser, la experiencia transpersonal podrá ser más fácilmente alcanzada. Mientras tanto, Laughlin, McManus y d'Aquili (1990) afirman que el «ego Occidental» se «engaña a si mismo de su propia primacia, de su propia separatividad» (pág. 264). Además, Laughlin, McManus, y Shearer (1993) contrastan las sociedades «monofásicas» occidentales con muchas de las sociedades indígenas «polifásicas» las cuales más que limitar, amplían la experiencia y el conocimiento que sugiere que «el error de integrar la experiencia polifásica puede acabar en psicopatología» (pág. 191). Es notable que las coincidencias entre la psicología transpersonal y la parapsicología sean tan pocas, a pesar del prodigioso trabajo de Tart (1977) como una bienvenida excepción.

Para mí, la psicología transpersonal es el estudio de las conductas y experiencias que parecen trascender los constructos hipotéticos asociados con las identidades individuales y el auto-concepto, su evolución, y las implicaciones de estas conductas y experiencias en la educación, el entrenamiento, y la psicoterapia. Los sistemas de clasificación (como los de Heinze y White) basados en esta perspectiva son tan útiles cuando intentan comprender relatos como el que da Braude (1995) de una monja budista que dice que ella no tiene

self y que evita usar pronombres personales para contraponer la ilusión de que ella está caracterizada por su personalidad individual. En lugar de decir, «estoy hambrienta», dice «Hay hambre aquí» (pág. 75). En este caso, la disociación controlada aparentemente la ha conducido del ego-self a la Totalidad de modo que se considera positiva para la persona y para su grupo social.

El primer aspecto de mi modelo está basado en pensar una experiencia ya sea como un fluir controlado, o como un fluir descontrolado, o una disociación controlada, o una disociación descontrolada, en tanto se pueda reconocer las frecuentes fluctuaciones que tienen tales espectros. El segundo aspecto se pregunta si existen alteraciones en la propia identificación con el ego-self o si se trasciende el ego-self, haciendo contacto con una hipotética Totalidad. El tercer aspecto de mi modelo de experiencias disociativas está en concordancia con las descripciones que propone White (1995, 1997) de las experiencias de afirmación vital y las experiencias de negación vital. Por ejemplo, la hermana Teresa, que más tarde sería la Madre Teresa, Premio Nobel de la Paz, cuando en 1946 viajaba en tren hacia Darjeeling, decía que «escuchaba a Dios». Supuestamente Dios le dijo que iba a reconocer a la divinidad en el más pobre de los pobres para servirlos con amor por el resto de su vida.

El DSM IV (American Psychiatric Association, 1994), intentó mejorar su validación universal con la breve mención de «trastorno por trance disociativo», una categoría suplementaria de «problemas espirituales o religiosos» y un glosario de «síndromes lindantes con la cultura.» Lewis-Fernández y Kleinman (1995) admiten que este glosario en el DSM-IV es el «principal progreso clínico en la psiquiatría cultural norteamericana moderna» (pág. 437), aún cuando ambos autores consideran a la *anorexia nervosa,* «síndrome de fatiga crónica» y «trastornos lindantes con la cultura». La aplicación de las categorías del DSM a veces han sido acontextualizadas.

Otro aspecto del modelo concierne a la naturaleza anómala de la experiencia o el comportamiento observado. Algunos datos anecdóticos vinculan al supuesto psi con la disociación, pero existe una pletora de anécdotas que demuestran lo contrario. Hay muchos estudios de revisión bibliográfica que encuentran una asociación entre los estados alterados de conciencia y el psi anecdótico y el de laboratorio (por ejemplo: Honorton, 1977; Krippner y George, 1986), pero no todos los estados alterados de conciencia son

disociativos en escencia. Incluso pueden haber variables culturales importantes; en aquellas sociedades donde los ego-self tienen fuertes componentes grupales. Los límites psicológicos flexibles pueden facilitar las experiencias psi (Heinze, 1993).

La literatura sobre hipnosis contiene estudios muy bien diseñados que se pueden usar como modelos para otros procedimientos de investigación, así como también meta-análisis que demuestran la efectividad de la psicoterapia inducida por hipnosis (por ejemplo: Kirsch, 1993; Patterson y Ptacek, 1997). Pero esa misma literatura muestra la prudencia en definir términos como «histeria», usado a fines del siglo XIX; los parámetros de «disociación» pueden llegar a ser tan permeables que eventualmente pueden significar cualquier cosa –y en consecuencia nada (Tillman, Nash, Lerner, 1994, pág. 408).

Es evidente que el ser humano es extremadamente maleable. La gente puede crear identidades para defenderse a si misma contra un trauma, para adaptarse a las presiones culturales, o para satisfacer las expectativas de un psicoterapeuta, médium, o exorcista (Martínez Taboas, 1991). Esta maleabilidad puede tener aspectos adaptativos o inadaptativos, dimensiones de afirmación vital o de negación vital. Uno de los resultados benéficos del renovado interés en la disociación es el reconocimiento de su omnipresencia en la conducta humana y la experiencia. Poseerá posibilidades únicas para la investigación psi en tanto los investigadores reconozcan su variabilidad en diferentes tiempos y lugares, en diferentes niveles de desarrollo humano. Todos estos fenómenos demuestran la capacidad de disociación tanto de la actividad creativa como de la conducta censurable.

BIBLIOGRAFIA

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. rev. Washington, DC.

BARBER, T.X. (1997). A new hypnosis paradigm. *Psychological Hypnosis*, pp. 8-12.

BERNSTEIN, E.M., & PUTNAM, F.W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease, 174*, 727-735.

BOWERS, K.S. (1991). Dissociation in hypnosis and multiple personality disorder. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 40*, 253-275.

BOWERS, K.S. (1994). Temporary emotional states act like multiple personalities. En R.M. Klein & B.K. Doane (Eds.), *Psychological concepts and dissociative disorders* (pp. 207-234). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

BRATUS, B.S. (1990). *Anomalies of personality*. Orlando, FL: Paul M. Deutsch Press.

BRAUDE, S.E. (1995). *First person plural: Multiple personality and the philosophy of mind* (rev. ed.). Lanham, MD: Rowman and Littlefield.

BRAUN, B.G. (1988). The BASK model of dissociation. *Dissociation, 1*(l), 4-23.

CARDEÑA, E. (1994). False dichotomies and true metaphors: A comment on *Seth Segall's Metaphors* of agency and mechanisms inydissociation. *Dissociation, 91*, 162-163.

DALTON, K.S., ZINGRONE, N.L., & ALVARADO, C.S. (1999). Exploring out-of-body experiences, dissociation, absorption, and alterations of consciousness with a creative population in the Ganzfeld. En *Proceedings of the Parapsychological Association Convention*, Stanford University, Agosto (pp. 48-67).

ELLENBERGER, H.F. (1970). *The discovery of the unconscious: The history and evolution of dynamic psychiatry*. New York: Basic Books.

FRASER, G.A. (1994). Dissociative phenomena and disorders: Clinical presentations. En R.M. Klein & B.K. Doane (Eds.), Psychological concepts and dissociative disorders (pp. 131-15l). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

GARCHICK, L. (1998, August 31). *San Francisco Chronicle*, Personals, p. 8.

GARRETT, E. J. (1991). *Many voices: The autobiography of as medium*. New York: Time-Life Books. [Trabajo original publicado en 1968].

GERGEN, K.J. (1985). The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist, 40*, 266-275.

HEINZE, R-I. (1993). Alternate states of consciousness: Accesss to other realities. En B. Kane, J. Millay, & D. Brown (Eds.), *Silver threads: 25 years of parapsychology research* (pp.201-209). Westport, CT: Praeger.

HARALDSOON, E., FOWLER, P.C., & MAHENDRAN, B.A. (2000). Psychological characteristics of children who speak of a previous life: The role of dissociation. En F. Steinkamp (Ed.), *Proceedings of the 43th. Annual Convention of the Parapsychological Association* (pp. 100-113), Freiburg, Alemania.

HENNESSEY, J.P. (1974). *Robert Louis Stevenson*. London: Jonathan Cape.

HILGARD, E.R. (1994). Neo-dissociation theory. En S.J. Lynn & J.W.Rhue (Eds.), *Dissociation: Clinical and theoretical perspectives* (pp. 32-51). New York: Guilford Press.

HINTZE, N.A., & PRATT, J.G. (1975). *The psychic realm. What can you believe?* New York: Random House.

HONORTON, C. (1977). Psi and internal attention states. En B.B.Wollman (Ed.), *Handbook of parapsychology* (pp. 435-472). New York: Van Nostrand Reinhold.

HOUSTON, J. (1996). *A mythic life*. New York: HarperCollins.

JASTROW, J. (1935). *Wish and wisdom*. New York: Appleton-Century.

KENNY, M.G. (1981). Multiple personality and spirit possession. *Psychiatry, 44*, 337-358.

KIRMAYER, L.J. (1994). Pacing the void: Social and cultural dimensions of dissociation. En D. Spiegel (Ed.), *Dissociation: Culture, mind, and body* (pp. 91-122). Washington, DC: American Psychiatric Press.

KIRSCH, I. (1993). Cognitive-behavioral hypnotherapy. En J.W.S.Rhue, S.J. Lynn, & I. Kirsch (Eds.), *Handbook of clinical hypnosis* (pp. 151-171). Washington DC: American Psychological Association.

KNIGHT, JZ. (1987). *A state of mind: My story*. New York: Warner Books.

KRIPPNER, S. (1968). An experimental study in hypnosis and telepathy. *American Journal of Clinical Hypnosis, 11*, 45-54.

KRIPPNER, S. (1975). *Song of the siren: A parapsychological odyssey*. New York: Harper and Row.

KRIPPNER, S. (1997). Dissociation in many times and places. En S.Krippner & S.Powers (Eds.), *Broken images, broken selves: Dissociative narratives in clinical practice* (pp. 3-40). New York: Brunner/Mazel.

KRIPPNER, S., & GEORGE, L. (1986). Psi phenomena as related to altered states of consciousness. En B.B. Wolman & M. Ullman (Eds.), *Handbook of states of consciousness* (pp. 332-364). New York: Van Nostrand Reinhold.

KRIPPNER, S., HICKMAN, J., AUERHAHN, N., & HARRIS, R. (1972). Clairvoyant perception of target material in three states of consciousness. *Perceptual and Motor Skills, 35*, 439-446.

KRIPPNER, S., WICKRAMASEKERA, I., WICKRAMASEKERA, J., & WINSTEAD, C.W. (1998). The Ramtha phenomenon: Psychological, phenomenological, and geomagnetic data. *Journal of the American Society for Psychical Research, 92*, 1-24.

KUHN, T. (1970). *The structure of scientific revolution* (rev. ed.). Chicago: University of Chicago Press.

LAUGHLIN, C.D., JR., McMANUS, J., & D'AQUILI, E.G. (1990). *Brain, symbol & experience: Toward a neurophenomenology of human consciousness*. Boston: New Science Library/ Shambhala.

LAUGHLIN, C.D., JR., McMANUS, J., & SHEARER, J. (1993). Transpersonal anthropology. En R. Walsh & F. Vaughan (Eds.), *Paths beyond ego: The transpersonal vision* (pp. 190-195). Los Angeles: Jeremy P. Tarcher/Perigee.

LEHMANN, A. (1898). *Aberglaube und Zauberei* [Magia y superstición]. Stuttgart: Enke.

LEWIS-FERNÁNDEZ, R., & KLEINMAN, A. (1995). Cultural psychiatry: Theoretical, critical, and research issues. *Cultural Psychiatry, 18*, 433-448.

LITVAG, I. (1972). *Singer in the shadow*. New York: Popular Library.

MACDONALD, W.L. (1994). The popularity of paranormal experiences in the United States. *Journal of American Cultural, 17*, 35-42.

MARTÍNEZ-TABOAS, M.A. (1991). Multiple personality disorder as seen from a social constructionist standpoint. *Dissociation, 4*, 129-133

MEAD, G.H. (1967). *Mind, self, and society*. Chicago: University of Chicago Press.

McCLENON, J. (1994). *Wondrous events: Foundations of religious belief*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

McCONKEY, K.M. (1986). Opinions about hypnosis and self-hypnosis before and after hypnosis testing. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 34*, 311-319.

MORIN, J. (1995). The erotic mind: Unlocking the inner sources of sexual passion and fulfillment. New York: HarperCollins.

MOYER, L. (1996). Dissociation among computer programmers: Ask multiple case study

of presentation, application, and implications. Disertación doctoral inédita, Saybrook Institute, San Francisco, CA.

ORNSTEIN, R. (1986). *Multimind*. Boston: Houghton-Mifflin.

ATTERSON, D.R., & PTACEK, J.T. (1997). Baseline pain as a moderator of hypnotic analgesia for burn injury treatment. *Journal of Counseling and Clinical Psychology, 65*, 60-67.

PEKALA, R.J., KUMAR, V.K., & MARCANO, G. (1995). Anomalous/paranormal experiences, hypnotic susceptibility, and dissociation. *Journal of the American Society for Psychical Research, 89*, 313-332.

PICARD, M. (1990, Abril). *Cultural tourism in Bali: Cultural performances as tourist attractions*. Indonesia, pp. 37-74.

RADHA, S.S. (1993). *Kundalini: Yoga for the West* (2nd ed.). Spokane, WA: Timeless Books.

RAMTHA (1986). *Ramtha* (S.L. Weinberg, Ed.). Bellevue, WA: Sovereignty.

REED, G. (1972). *The psychology of anomalous experience*. London: Hutchinson University Library.

RHINE, L.E. (1962). Psychological processes in ESP experiences. Part 1: Waking experiences. *Journal of Parapsychology, 26*, 88-111.

RICHARDS, D.G. (1991). A study of the correlation between subjective psychic experiences and dissociative experiences. *Dissociation, 41*, 83-91.

ROSS, C.A. (1989). *Multiple personality disorder: Diagnosis clinical features, and treatment*. New York: Wiley.

ROSS, C.A., HEBER, S., NORTON, G.R., ANDERSON, D., ANDERSON, G., & BARCHET, P. (1989). The Dissociative Disorders Interview Schedule: A structured interview. *Dissociation, 2*, 169-189.

ROSS, C.A., JOSHI, S., & CURRIE, R. (1990). Dissociative experiences in the general population. *American Journal of Psychiatry, 147*, 1547-1552.

SEVERINO, P.R. (1994). *Life's triumph: Research on messages received by Chico Xavier*. São Paulo, Brazil: Editor FE. [Trabajo original publicado en 1990].

SPANOS, N., & BURGESS, C. (1994). Hypnosis and multiple personality disorder: A socio-cognitive perspective. En S.J. Lynn & J.W. Rhue (Eds.), *Dissociation: Clinical and theoretical perspectives* (pp. 136-155). New York: Guilford Press.

STEINBERG, M. (1995). *Handbook for the assessment of dissociation: A clinical guide*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

STEVENSON, R.L. (1967). *The strange case of Dr. Jekyll and Mr. Hyde*. New York: Franklin Watts. [Trabajo original publicado en 1886)

TART, C.T. (1977). *Psi: Scientific studies of the psychic realm*. New York: E.P. Dutton.

THONG, D., CARPENTER, B., & KRIPPNER, S. (1993). *A psychiatrist in paradise: Treating mental illnes n Bali*. Bangkok: White Lotus Press.

TILLMAN, J.G., NASH, M.R., & LEARNER, P.M. (1994). Does trauma cause dissociative pathology? En S.J. Lynn & J.W. Rhue (Eds.), *Dissociation: Clinical and theoretical perspectives* (pp. 395-414). New York: Guilford Press.

TRUZZI, M. (1971) Definition and dimensions of the occult: Toward a sociological perspective. *Journal of Popular Culture, 5*, 635-646.

VAHLE, N. (1987, November/December). The spiritual legacy of Edgar Cayce. *New Realities*, pp. 34-38.

WESCOTT, R. (1980). Introducing anomalistics: A new field of interdisciplinary study. *Kronos, 51*, 36-50.

WHITE, R.A. (1995). Exceptional human experiences and the experiential paradigm. *ReVision, 18*(2), 18-25.

WHITE, R.A. (1997). Dissociation, narrative, and exceptional human experiences. En S. Krippner & S. Powers (Eds.). *Broken images, broken selves: Dissociative narratives in clinical practice* (pp. 88-121). New York: Brunner/Mazel.

WHITEMAN, J.H.M. (1961). The mystical life: An outline of its nature and teachings from the evidence of direct experiencel. London: Faber and Faber.

WHITEMAN, J.H.M. (1986). Old and new evidence on the meaning of life: The mystical world-view and inner contest, Vol. 1: An introduction to scientific mysticism. Germans Cross, Buckinghamshire, England: Colin Scythe.

WOODY, E.Z., & BOWERS, K.S. (1994). A frontal assault on dissociated control. En S.J. Lynn & J.W. Rhue (Eds.), *Dissociation: Clinical and theoretical perspectives* (pp.52-79). New York: Guilford Press.

WOODY, E.Z., & FARVOLDEN, P. (1998). Dissociation in hypnosis and frontal executive function. *American Journal of Clinical Hypnosis, 40*, 206-216.

ZUSNE, L., & JONES, W.H. (1989). *Anomalistic psychology: A study of magical thinking* (2da. ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Ergo.

Capítulo IV

LAS EXPERIENCIAS PARANORMALES: SUGERENCIAS PARA LOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS[1]

Keith Harary

Cuando Darlene Moore, mi esposa, y yo llegamos a Londres por primera vez, nos instalamos en un hotel e inmediatamente fuimos a la Esquina de los Poetas en la Abadía de Westminster, donde se conservan y están inmortalizadas algunas de las más reverenciales figuras de la literatura. Como ambos somos escritores, estar en compañía de nombres como Charles Dickens, Geoffray Chaucer, y Charlotte, Anne y Emily Bronte, significó para nosotros una experiencia profundamente movilizadora. Recordamos juntos algunas líneas de estas personas tan creativas, caminando cuidadosamente para evitar pisar sobre sus tumbas. Cuán diferentes eran uno del otro que, aunque compartían el proceso creativo, el talento para expresar sus más profundos sentimientos y percepciones permitió a otros experimentar de manera tan poderosa sus más íntimas visiones.

Pienso que este proceso creativo no se diferencia en nada de lo que podríamos llamar psi. En psi, como en otras formas de expresión artística, la clave del proceso es la capacidad de traducir una experiencia interior, intangible, de manera tangible. Cualquiera sea la naturaleza de la percepción original, sea ésta un fenómeno puramente interno o uno que relaciona una interacción cuasi-sensorial con el mundo físico, solamente el percipiente podrá reconocerlo consciente, y expresarlo claramente a otros a través de un sutil y complejo proceso de comunicación intrapersonal e interpersonal. El percipiente, que es

[1] Originalmente publicado en *Psi and Clinical Practice*: Proceedings of the International Conference realizada en Londres. Editado por Lissette Coly y Joanne D.S. McMahon. Agradecemos a Lissette Coly por habernos permitido reproducir este informe. Traducido del inglés por Alejandro Parra.

como un escritor escribiendo una novela o una artista pintando un retrato, deberá desarrollar un lenguaje visual y verbal apropiado para expresarse sin distorción y en forma efectiva. Esto no quiere decir, necesariamente, que el éxito del proceso requiere de una imagen que resulte en una descripción fotográfica. Implica más bien que la perspectiva única del percipiente debe ser expresada con precisión y claridad.

Imagine lo que sería la vida de los escritores si la comunidad literaria y la sociedad en general creyeran que estos creativos están todos psicológicamente perturbados. Hay numerosos estudios científicos, y desde nuestras propias experiencias cotidianas, que demuestran que estas actitudes pueden fácilmente deformar las percepciones de quienes las tuvieron. ¿Qué pasaría si componer música fuera vista como una bendición y también se lo considerara maldito? ¿Cómo reaccionaría usted frente a aquellos que tienen grandes talentos musicales, literarios, o artísticos, e incluso a su propio impulso creativo, en este entorno cultural insalubre? Las posibilidades son que usted se sentiría ambivalente, y simultáneamente, extrayendo de la experiencia creativa un elemento primario y esencial que sobrevive en la naturaleza humana, reacio a someterse completamente a tales pretenciones y, de este modo, el riesgo que sufre por las consecuencias sociales de lo que lo rodea. Sus respuestas para quienes abiertamente emparentan a la actividad creativa podrían ser igualmente ambivalentes, absortos en iguales mediciones de abstracción y evitación. Sin embargo, si usted fuera aventurado por naturaleza, o tan apasionado por el proceso creativo que no pudiera renunciar a éste, o simplemente rebelde, podría sentirse menos ambivalente y más dispuesto a violar las fronteras de la expectación social para satisfacer su necesidad de auto-expresión. Aunque no fuera un escritor capaz, artista o músico, podría afectar el rol del artesano en un esfuerzo por alcanzar cierto nivel de reconocimiento *avant-garde*, que merece especial atención. Mucha gente insegura, en efecto, abrazaría desesperadamente el rol del artista excéntrico para sentirse más importante, sumándose al mito dominante según el cual la gente realmente creativa está psicológicamente desequilibrada.

Por supuesto, por lo general, en el mundo real, no tratamos a la gente creativa como una disfunción, aunque siempre han habido individuos y subculturas cuyo rechazo deliberado del *status quo* es un elemento fundamental para el proceso creativo, y por lo tanto se los trata como indeseables. Sin

embargo, nuestra respuesta a psi es radicalmente distinta de nuestra respuesta a cualquier otro proceso creativo, perceptual y comunicativo.

En el campo de la investigación psi, normalmente respondemos a los que reportan experiencias psi en forma ambivalente, a menudo tratándolos como pienso que son, locos e iluminados, o como si fueran objetos merecedores de un estudio, o que está tratando de engañarnos. Esta ambivalencia es pronunciada cuando respondemos a quienes parecen haber demostrado que sus experiencias psi son más que mera subjetividad, y a los que dicen haber tenido experiencias psi espontáneas con demasiada frecuencia.

Más que reflejar algún antagonismo personal hacia quienes parecen demostrar habilidades psi o que reportan frecuentes experiencia psi, por el contrario, esta reacción parecería reflejar una incomodidad más amplia de parte de muchos dentro del campo, incluyendo cierta incomodidad con el concepto de psi. Esta incomodidad puede emerger de diversas fuentes. Puede reflejar, en parte, el temor de algunos investigadores según la cual, quienes poseen psi pueden comprender mejor su naturaleza que los que intentan investigarlo desde una perspectiva puramente «objetiva», llevados por una necesidad neurótica por mantener una postura de superioridad respecto a estos individuos.

Esto también puede reflejar el comprensible temor por parte de algunos investigadores de que perderán su objetividad científica o su credibilidad, y que serán incautos si se aproximan a los que dicen tener habilidades psi muy desarrolladas o que reportan experiencias psi de una manera demasiado abierta. Entre aquellos investigadores que creen que psi es un proceso anómalo e intrínsecamente caprichoso, esta respuesta ambivalente también refleja la creencia según la cual los que reportan experiencias psi en un estilo consistente deben ser dotados por definición, o alucinados, cuando no inventar conscientemente sus afirmaciones.

Esta ambivalencia refleja incluso el temor a perder el control de psi permitiendo a psi expresarse fuera del medio ambiente controlado del laboratorio. En particular, puede representar el temor de permitir a psi expresarse libremente de manera que es inconsistente con una teoría favorable de cómo psi opera, invalidando en consecuencia las propias creencias del investigador (Harary, 1985). Pero puesto que psi no tuvo origen en el laboratorio,

y su expresión en la vida real nunca ha quedado restringida sólo para satisfacer las expectativas teóricas, filosóficas, o religiosas de determinado grupo de investigadores, este enfoque solamente se limitará al alcance de la investigación más que a limitar a psi en si mismo.

Más allá de la idiosincrática psicodinámica de psi en el laboratorio, se encuentra el medio cultural, y su impacto no sólo entre los investigadores sino también sobre la población en general. Esta población incluye a los que están respondiendo a sus propias experiencias, así como también a los que reaccionan a las experiencias psi[2] de otras personas. Probablemente la respuesta ambivalente de los investigadores psi a tales experiencias tiene sus orígenes en una respuesta igualmente ambivalente de la cultura Occidental, que también enfoca a psi en forma contradictoria, demasido sobrecargado de estereotipos negativos y mitología popular (Harary 1992b).

Nosotros no enfocamos las experiencias psi ni como investigadores ni como agentes de la cultura Occidental de una manera totalmente objetiva. Lo mismo puede decirse de la manera en que se enfocan las experiencias psi en la clínica, y la forma en que, quienes las han tenido, responden a su situación personal.

Cuando una persona habla de una experiencia psi a un investigador, un clínico, o a un amigo, normalmente esta persona está buscando una explicación. Es raro que la respuesta sea que el individuo en cuestión simplemente sufrió de una experiencia creativa convencional, o pobremente incomprendida. Por el contrario, solemos enfocar la aparente rareza de psi de maneras específicas, ya que las experiencias parecen violar nuestra actual comprensión de la naturaleza de la realidad, y emergen aterradoras preguntas en nuestra mente cuando descubrimos tal violación.

[2] En el uso del término «experiencias psi», estoy dejando abierta intencionalmente la cuestión de si una determinada experiencia puede o no estar realmente relacionada con psi. Cualquier experiencia humana es, por definición, subjetiva. Por esta razón, términos tales como «aparente experiencia psi» (Harary, 1986a) o «experiencia paranormal subjetiva» (Neppe, 1992) pueden ser vistos como internamente redundantes. Por lo tanto, he abandonado tales términos describiendo estas experiencias como «reportadas» por aquellos que las describen a los investigadores, los clínicos, u otros.

Cuando exploramos estas preguntas podemos expandir nuestra comprensión de psi y nuestro conocimiento del universo, o al menos, nos inspirará a expandir la visión de nuestro propio potencial. Estos son laudables objetivos. Pero enfocar tan duramente la aparente rareza de psi y sus explicaciones conceptuales sin primero enfocar los aspectos más básicos, nos puede hacer extraer conclusiones y desviar nuestra atención en la dirección equivocada. Podemos esperar también, dado este enfoque, llevar a cabo investigaciones que reflejen desvíos similares.

Como investigadores psi, este enfoque nos induce a hacernos preguntas desagradables de quienes parecen demostrar habilidades psi consistentes, o que reportan experiencias psi frecuentes que surgen del conocimiento que tenemos acerca de estos individuos con el mismo grado de rareza que nosotros le atribuimos a psi. De igual forma, como clínicos, este enfoque nos puede conducir a tratar a los que reportan experiencias psi como si fueran anormales, e intentar validar o invalidar sus experiencias, en lugar de desarrollar formas para dar respuesta a sus necesidades específicas. A menudo, el resultado en un laboratorio es que se considera a psi como un proceso anormal, en el que el foco de atención prueba que este proceso anormal realmente existe. Estos enfoques tienen una base estadística primaria, y a menudo minimiza la naturaleza creativa de psi, de modo tal que la distorción visual potencial del proceso mismo que está bajo investigación, estrecha su espectro de expresión. Lo vemos reflejado, por ejemplo, en la investigación de adivinación de cartas por elección forzosa, empleados por Rhine, en el que se le dice al percipiente que adivine cinco símbolos repetidos cinco veces (Rhine, 1937).

Este método experimental está adaptado a las necesidades del experimentador, pero en la vida cotidiana psi se expresa de una forma mucho más rica y en un estilo más espontáneo. Este modelo de investigación es lineal, con distinciones ambiguas entre telepatía, clarividencia, precognición, psicokinesis y otras variables del fenómeno psi. Esto no es una investigación orientada al proceso, porque este modelo se esfuerza más en un intento por distinguir entre categorías teóricas y un psi que se expresa en forma repetitiva en un estilo específico, se esfuerza más en la interrelación de psi con el universo físico que en su significado para la vida del percipiente.

Hay un restrictivo espectro de expresión de la capacidad psi que abruma al percipiente con ruido mental. Sin embargo, en lugar de establecer que la manifestación psi es, por naturaleza, errática e irreal, este «efecto de declinación» indica que el enfoque experimental en si mismo falla a causa de que éste extingue la efectiva habilidad del percipiente a los procesos de información psi. Este enfoque nada imaginativo de psi queda eliminado y se expresa en el mundo real de modo que ofrece poca introspección a los individuos que buscan una comprensión de sus experiencias psi espontáneas, o a los clínicos que intentan asistir a estas personas. De hecho, si tomamos francamente el mensaje tácito que deja la investigación, probablemente concluiremos que cualquiera que experimente algo más que una efímera relación con el psi debe ser un anormal.

Si aceptamos la noción de que psi sólo se expresa bajo circunstancias patológicas, o en personas enfermas, entonces tendremos que concluir, con lógica, que ha ocurrido algo anormal cuando alguien tiene una experiencia psi espontánea. Si llevamos esta perspectiva a un laboratorio, también podemos pensar que la forma más apropiada de estimular a psi en un entorno controlado es hacer, en un laboratorio, una experiencia lo más surrealista posible.

Vemos este enfoque reflejado más claramente en los experimentos ganzfeld actualmente en vigencia entre los investigadores psi. Estos experimentos de respuesta libre normalmente emplean un set de objetivos más creativos que los experimentos de adivinación de cartas de Rhine, y permiten a psi una amplitud de expresión mucho más creativa que los estudios de elección forzada que emplean un número limitado de símbolos. En un experimento ganzfeld, en cambio, el percipiente está colocado en un medio ambiente altamente estructurado, una combinación de privación sensorial y entrada sensorial controlada, que permiten inducir un estado no-ordinario de conciencia conductor de psi, controlando el ruido ambiente (Honorton y Harper, 1974).

Para decirlo brevemente, los percipientes en Ganzfeld están aislados en una habitación semi-insonorizada con dos media pelotitas de ping-pong sobre sus ojos, y se les pide que escuchen un ruido blanco por los auriculares mientras una luz roja baña su rostro. Se les pide que mantengan sus ojos abiertos y observen *pasivamente* sus propias imágenes hipnagógicas, espontáneamente, que se espera que el sujeto manifieste bajo estas condiciones, mientras describe verbalmente estas imágenes. El material objetivo consiste por lo general de

fotografías o video-clips breves, cuyo contenido el agente espera influir sobre la imagen hipnagógica descrita por el percipiente.

Se han efectuado muchos experimentos ganzfeld para acentuar la reciprocidad entre las verbalizaciones de las respresentaciones y el material objetivo, que permitan comparaciones estadísticas significativas entre estas representaciones y el objetivo correcto, y un montón de posibilidades para un ensayo determinado (Honorton, Berger, Varvoglis, Quant, Derr, Schechter y Ferrari, 1990). Muchos investigadores concluyen que el ganzfeld en realidad induce un estado no-ordinario de conciencia especial que es conductor de psi.

Sin embargo, esta interpretación no necesariamente es correcta. No podemos dar por sentado, por ejemplo, que todos los percipientes ganzfeld están en un idéntico estado de conciencia, o que necesariamente todos están en un estado no-ordinario. No debemos suponer que el estado mental del percipiente es específico para el ganzfeld, ni de manera alguna suponer que depende de su parafernalia. Por ejemplo, muchos percipientes bajo estimulación ganzfeld, dicen mantener sus ojos cerrados durante el procedimiento, aunque se desconoce el número exacto de los que lo hacen[3]. Además, aún si pudiéramos saber si todos los percipientes en ganzfeld se encuentran en un estado mental similar, es posible que este estado mental no sea el factor clave que influye en la manifestación de psi. Por el contrario, la dinámica social en la interacción investigador/percipiente, la atmósfera psicológica del laboratorio, el uso del ganzfeld como ritual y, lo que es tal vez más importante, *la naturaleza de los materiales objetivos usados en estos experimentos y el diseño creativo de estos materiales, pueden ser aptos para psi*; todo esto puede jugar un papel muy poderoso en el éxito de los experimentos ganzfeld, que cualquier estado de conciencia del percipiente.

La debilidad del ganzfeld no es culpa de un error para deducir psi en laboratorio. En el mejor de los casos, puede ser que el procedimiento sea innecesario y pueda conducirnos a malinterpretar el significado de un resultado experimental exitoso. Al igual que los experimentos de adivinación de cartas

[3] Un experimentador Ganzfeld intentó superar este problema colocando en los párpados cinta adhesiva pegada a las cejas del percipiente. Los percipientes experimentaron un agudo malestar durante esta serie de experimentos, y no tuvieron éxito en describir los objetivos. No obstante ello, bien pudieron haberse encontrado en un estado no-ordinario de conciencia.

de Rhine, también nos puede conducir a atribuir a psi, erróneamente, limitaciones impuestas en forma artificial por el procedimiento experimental. Este procedimiento estimula la introspección profunda del percipiente y exige a la persona describir el fluir de imágenes en forma de asociación libre, con todos los ruidos mentales internos inherentes que puedan haber empleando dicha estrategia. Si aislamos forzadamente al percipiente del entorno inmediato, y estimulamos la asociación libre, el ganzfeld resultará en el intercambio de un tipo de ruido mental por otro. Sería ilógico suponer que psi no puede extenderse a un espectro más expresivo, a una amplia variedad de condiciones, sólo porque en el laboratorio esto ya ha restringido su expresión a límites que nosotros mismos hemos trazado.

Desde una perspectiva clínica, el mensaje tácito del ganzfeld es que psi no es un proceso que el percipiente, bajo circunstancias normales, puede manejar conscientemente y con facilidad. El efecto inmediato de este mensaje en el laboratorio es que el percipiente dejará el control de este proceso al experimentador y al procedimiento en sí, y en consecuencia, se lo puede hacer sentir menos poderoso. Es casi como si el percipiente ganzfeld fuera particularmente menos relevante que el método experimental. Por lo tanto, si llevamos el mensaje implícito del ganzfeld a la clínica, concluiremos que cualquiera que diga tener un control consciente sobre sus impresiones psi en estado de vigilia tendría que ser extraordinariamente poderoso o iluso, cuando no intentar engañarnos descaradamente. Sin embargo, un mensaje más mesurado sería que el ganzfeld (como muchos otros estudios) demuestran que psi puede manifestarse en situaciones aún más peculiares, no porque estas circunstancias sean esenciales o de especial ayuda para la manifestación de psi, sino porque psi es un proceso adaptativo y creativo que penetra nuestra experiencia de vida cotidiana (Harary, 1982b).

Si enfocamos a psi como un proceso neutral y normal que sigue el modelo de otros procesos creativos, este punto de vista más balanceado también se reflejará en nuestros métodos de laboratorio. Esto tendrá implicaciones importantes para el tratamiento de las experiencias psi en la clínica. Tal vez el mejor ejemplo histórico puede encontrarse en la investigación de sueños llevada a cabo en el Maimónides Medical Center bajo la dirección del psiquiatra Montague Ullman (Ullman, Krippner, y Vaughan, 1973).

En lugar de inhibir psi limitando su expresión a símbolos repetitivos, o regular a psi controlando demasiado al percipiente, Ullman y sus colaboradores, junto al psicólogo Stanley Krippner, desarrollaron un método original para observar la expresión de psi en el contexto naturalmente creativo del sueño. En este método los investigadores se inspiraron directamente en el contexto psicoterapéutico en el que los pacientes de Ullman y sus colegas describían lo que parecían ser imágenes psi que aparecían en sus sueños nocturnos. Se pueden leer en los escritos originales de Sigmund Freud (1953/1934) descripciones de experiencias psi en el análisis.

Para estimular deliberadamente una imagen onírica relacionada con psi en el ambiente controlado de un laboratorio, Ullman y sus colaboradores establecieron que, en realidad, psi juega un poderoso papel en la influencia de nuestro contenido onírico. Esta investigación continua dejando abiertas muchas preguntas para futuros estudios, como la cuestión de si el estado onírico *en sí* es especialmente conductor de psi, o si la *significatividad* natural de la experiencia onírica proporciona un terreno especialmente fértil para la expresión creativa de psi. No obstante, si extrapolamos el mensaje de esta investigación a la clínica, debemos considerar cuidadosamente el potencial del contenido psi en la interpretación de los sueños de nuestros pacientes. Tenemos que considerar también la posibilidad de que, ya que los sueños son una experiencia omnipresente en la especie humana, las experiencias psi también podrían ser igualmente omnipresentes.

Si psi es un proceso creativo normal, que es una faceta común de la experiencia humana, y si su manifestación no requiere de un estado de conciencia especial, entonces las personas comunes también deberían poder expresar sus habilidades psi bajo condiciones relativamente prosaicas. Tal vez, la mejor evidencia que apoya esta conclusión son los estudios de la percepción extendida[4] sobre percipientes no seleccionados.

[4] En una investigación nuestra en el Institute for Advance Psychology, hemos reemplazado el antiguo término «visión remota» por uno más preciso y apropiado: «percepción extendida». Esto debido a que: (1) el proceso psi no parece limitarse solamente información visual, y (2) este término neutral sirve para comunicar nuestra visión de que el funcionamiento psi existe en toda la especie humana, e incluye todas las otras formas de percepción y comunicación. Por esta razón, encontramos de utilidad el término «percepción extendida» y un término más amplio «habilidades extendidas».

Una característica que define este enfoque es que los percipientes no están bajo ningún estado no-ordinario de conciencia. No están aislados del entorno, ni sujetos a entradas sensoriales controladas como en el Ganzfeld. En cambio, están bien despiertos y conscientes, manejando la interpretación de sus propias impresiones psi mientras distinguen estas impresiones de varias formas de ruido mental. Hacen dibujos que acompañan la descripción de estas impresiones, lo cual permite otra expresión creativa para psi. Estos estudios se han llevado a cabo exitosamente bajo una variedad de condiciones, desde el entorno ruidoso de una oficina a las silenciosas profundidades del océano, aparentemente sin declinación alguna en sus resultados. Se les pregunta a los percipientes de estos experimentos que describan una extensa clasificación de posibles objetivos, desde pinturas y objetos, a lugares y seres humanos, permitiendo un espectro de expresión creativa más amplio que aparece, incluso, en algunos experimentos ganzfeld. Se notan muchas relaciones entre las descripciones del percipiente, los dibujos y los objetivos en muchos experimentos de percepción extendida, suficientes para alcanzar comparaciones estadísticamente significativas (Targ y Harary, 1984).

La evidencia que emerge de la investigación de la percepción extendida sugiere que la habilidad psi mejora con la práctica, y que involucra ciertas habilidades instintivas y capacidades que están ampliamente distribuidas, aunque en forma variable, sobre la población general. En este sentido, psi se parece mucho más a cualquiera de las otras habilidades creativas. Si llevamos esta investigación a la clínica, nos encontraremos con quienes reportan experiencias psi como individuos, más que como estereotipos culturales. También enfocaremos más las formas –saludables o las insalubres– en las cuales estos individuos *responden* a sus experiencias, que en la aparente rareza de las experiencias en psi, y así determinar la naturaleza de su tratamiento.

Desafortunadamente, esta es una característica de nuestra respuesta a los que reportan estas experiencias que a menudo admite una perspectiva enturbiada por actitudes o preconceptos estereotipados. Estamos muchas veces tan preocupados con nuestra respuesta a las experiencias psi, en efecto, que no reconocemos las maneras significativas en las cuales el impacto de estas experiencias puede variar en cada individuo. En el laboratorio, la clínica y la vida cotidiana, normalmente seleccionamos nuestras reacciones de una Caja de Pandora cargada de preconceptos, invitando a los que comparten los detalles

íntimos de sus experiencias psi a responder preguntas que requieren tiempo para ser respondidas y pierden su perspectiva junto al resto de nosotros.

Quizá el ejemplo más conocido de esta tendencia destructiva es nuestra ansiedad por etiquetar a individuos especiales como «psíquicos», y la manera en que muchas personas ambiciosas adoptan, e incluso activamente compiten, por el dudoso honor de lograr ser identificados de este modo. Dicha característica contiene, suscinta y persistentemente, una falta total de visión que caracteriza nuestro enfoque de las experiencias psi. Expresa la actitud dominante de que psi tiene más que ver con lo que un determinado individuo *hace* que lo que un individuo *es*. Esta distinción crucial diferencia completamente a la característica psíquica de otras menos cargadas de términos, cuando describen el acto creativo de una persona. Podemos pensar a los artistas, escritores, y músicos como sensitivos, apasionados, o incluso excéntricos, pero es raro que pensemos de ellos como diferentes del resto de las personas. Por otra parte, tendemos a categorizar a quienes consideramos como psíquicos precisamente en ese estilo.

En la investigación psi, esta tendencia se manifiesta en muchas formas, pero se la puede reconocer mejor en nuestra búsqueda interna de los ingredientes psicológicos que integran la personalidad psíquica mítica (Schmeidler, 1974). La búsqueda de esta fórmula es, a la investigación psi, el equivalente a la cuestión del Santo Grial. Refleja la convicción de que nuestra salvación científica no es buscar dentro nuestro para resolver el misterio de psi, sino buscar fuera, a los que han sido elegidos para cargar con este misterio. Sólo aquellos que vislumbran el Santo Grial pueden conseguir sus objetivos libres del pecado; el psíquico mítico también se lo considera, popularmente, una criatura espiritualmente más evolucionada que el resto de los mortales.

La atracción narcisística de esta atribución metafísica sin duda funciona, al menos en parte, por la ansiedad con la que mucha gente recurre al psíquico. Puede también depender de la raíz de nuestra respuesta ambivalente a quienes son, o se consideran a si mismos, psíquicos. Nos atraen simultáneamente aquellos que tienen el poder espiritual de proporcionarnos las respuestas a nuestros problemas más profundos y personales, así como nos repugnan los presumidos que se autoconsideran iluminados. Esta respuesta prevalece no sólo dentro de la comunidad de investigadores psi, sino también en muchos

niveles de la cultura Occidental. Sin duda contribuye a fenómenos sociales tan disparatados como la seducción de los líderes de los cultos religiosos que dicen haber desarrollado habilidades psíquicas (Harary, 1980) y a la beligerante renunciación a la investigación psíquica de muchos ateos religiosos (Hansen, 1992): los escépticos militantes.

En forma similar, la expresión exitosa de la habilidad psi requerirá de una combinación de capacidades observacionales y expresivas, que pueden estar determinadas usando una variedad de mediciones. Un enfoque más apropiado sería tal vez el que tiene en consideración las habilidades o talentos específicos directamente relevantes al proceso psi, y que es sensible a una manera individualista que pueda manifestarse e interactuar con otros factores de personalidad de un caso o un grupo de casos.

Resultan significativas las implicaciones del funcionamiento de psi como un proceso creativo normal y neutral, tanto en los laboratorios como en la práctica clínica. En el laboratorio, se debe considerar puntualmente cualquier debate acerca de si la habilidad psi se desarrolla a través de la práctica o solamente se hereda. En lugar de orientar nuestra investigación hacia lo aparentemente raro del fenómeno psi, enfocaríamos las formas de dilucidar el proceso psi para integrarlo en el espectro de la percepción y la comunicación. En lugar de generar datos descriptivos sobre psíquicos sospechosos, enfocaríamos el potencial latente dentro de cada uno de nosotros incorporando el conocimiento de psi en nuestro repertorio creativo. En lugar de envenenar la atmósfera con conceptos obsoletos y peleándonos los unos con los otros por clasificaciones innecesarias, nos concentraríamos en una redefinición y expansión de nuestro concepto del potencial humano. En lugar de desconocer el potencial personal del percipiente, nos enfocaríamos en el desarrollo de formas más efectivas para potencializar al percipiente mientras satisfacemos los exigentes procedimientos del método científico.

En la clínica, cuando nos encontramos con una persona que reporta una experiencia psi, respondemos a las necesidades específicas de este individuo. En lugar de asumir que ha ocurrido algo inusual a quien ha tenido una experiencia psi, y preocuparnos por desarrollar explicaciones normales vs. explicaciones anormales de la experiencia en cuestión, las integraríamos con el proceso creativo. Nuestro enfoque primario no estaría determinado en si

una experiencia en particular involucra un «verdadero» psi. Se trataría de asistir a la persona que reporta la experiencia, tratarla efectivamente e interpretar su significado personal dentro de un apropiado contexto de su propia vida.

Pese a nuestro interés porque la investigación asegure la base científica de las experiencias psi, como clínicos debemos reconocer que la importancia psicológica última de cualquier episodio no depende enteramente de si esta involucrado un fenómeno psi genuino. Depende de la forma en que el individuo interpreta y relaciona su encuentro con un sentido más expansivo del ser. En efecto, cualquier experiencia poderosamente psicológica afecta profundamente el transcurso de la vida del individuo que lo experimenta, sin que necesariamente este involucrada una experiencia psi verídica, e incluso tenga bases tangibles.

Pocas personas argumentarían, por ejemplo, que nuestros sueños representan un descenso a una realidad fantástica. Es más, pocas personas han logrado *insights* que han transformado el significado de sus sueños, precisamente porque los sueños representan expresiones creativas y espontáneas de nuestro ser interior. Desde esta perspectiva, nuestros sueños proporcionan una verdad a-nivel-de-la-tierra de nuestras experiencias del mundo real. En este sentido, nos permiten acceder a un nivel de realidad que puede ser «más real que la realidad misma» porque representan a la vida cotidiana tal como la percibimos subjetiva y simbólicamente, interpretada por el soñador.

Las experiencias psi puede construirnos un camino parecido para el ser creativo, pero solamente si reconocemos que estas experiencias no están arbitrariamente inducidas por fuerzas externas que vencen al individuo. Por el contrario, emergen desde dentro del individuo con su permiso y participación activa. Por lo tanto, no pueden ser comprendidas adecuadamente sin considerar el contexto de vida específico dentro del cual emergen en cada caso.

Si una persona tiene una experiencia en la cual parece estar en comunicación extendida, por ejemplo, con su cónyuge, supuestamente infiel, sería irresponsable para muchos clínicos enfocar la cuestión de si ha tenido lugar una comunicación literal psi sin apuntar antes a cuestiones maritales claramente puestas en juego. Aún si pudiéramos probar sin controversias que el psi funciona en esta experiencia, tendríamos que reconocer –como dijo Freud (1941/1953)–

que no se debe al azar. Por lo tanto, considerando como el individuo elige expresar sus problemas y preocupaciones, nos limitaríamos a determinar si psi está implicado específicamente en este proceso, por ejemplo: ¿puede ver a la supuesta esposa infiel en una relación amorosa con un extraño, o la persona percibió el abrazo de un nuevo e interesante romance?

Si evaluamos a estas personas con la esperanza de recibir una explicación como clínicos o como investigadores, o la validez científica para sus experiencias psi, debemos también reconocer abiertamente nuestras limitaciones. No tenemos las respuestas que estas personas están buscando. Estaríamos dañándolos por pretender que tenemos las respuestas. Tampoco estamos en una posición científica para validar o invalidar las experiencias psi, no sólo porque es imprudente pronunciarse por un fenómeno del que no hemos sido personalmente testigos, sino también porque nuestra comprensión del psi es muy limitada. Aún en el caso de las metodologías de investigación que conducen a resultados estadísticamente significativos, los efectos que observamos en los laboratorios no pueden compararse directamente con los efectos psi espontáneos que son experimentados por personas comunes en su vida cotidiana.

La ley primaria de cualquier interacción clínica es *no ofender*. Es enorme el daño potencial cuando se pretende tener respuestas que aún no existen. Considere las consecuencias clínicas, por ejemplo, si manipulamos la información en personas con problemas, o confuso porque está buscando una explicación para su experiencia psi, o varias de estas experiencias, diciendo que la persona es un psíquico. Si el individuo en cuestión toma esta sugerencia seriamente –lo cual probablemente esta determinado por nuestra postura como «expertos» en el tema– el impacto a largo plazo de esta extraña revelación puede ser destructiva. El último material que la constituye es el hecho de que la categoría de psíquica literalmente no explica nada, ya que, por definición, la investigación de cualquier ser humano como psíquico no existe.

Si le informamos a una persona que clasifique una experiencia psíquica como telepatía, clarividencia, precognición o psicokinesis, o lo que representa un encuentro con lo «paranormal», o cae bajo cualquier otra controvertida categorización, demostramos nuestra ineptitud en proporcionar una mejor explicación de lo que está pasando. En todo caso, el rótulo de la experiencia es inexplicable, pero no nos referimos a un proceso psíquico y/o psicológico

establecido. Es irracional, por lo tanto, pretender usar categorizaciones para resolver lo que el uso de tal rótulo representa. Sería mucho mejor admitir en principio que, después de más de un siglo de investigación, sabemos poco acerca de los mecanismos psicológicos o físicos específicos de una experiencia psi. Incluso no hemos resuelto el misterio de su origen físico y perceptual. Podemos saber cómo procesamos la información psi una vez que la tenemos, pero no todavía sabemos como conseguirla.

Actualmente no estamos en posición científica, por ejemplo, para alcanzar una conclusión racional acerca de cuestiones relacionadas con la posibilidad de la supervivencia después de la muerte, o la reencarnación. La explicación conservadora es que funciona un psi «ordinario» que canaliza la información más allá de la tumba, lo cual es científicamente más aceptable que aceptar una vida después de la muerte, a menos que establezcamos que psi tiene límites definidos. E incluso esta explicación conservadora de aparentes experiencias relacionadas con la supervivencia debería mantenerse en suspenso a la espera de explicaciones psicológicas, sociales y culturales más convencionales de los fenómenos observados en estos casos.

Sin embargo, esto no significa que debemos acercarnos a los que creen haberse contactado con los muertos, o que reportan otras extrañas experiencias, como si fueran candidatos potenciales a internación en un psiquiátrico. Indica que debemos ser honestos con estas personas acerca de la imposibilidad de la ciencia moderna de responder a muchas de sus preguntas. Por lo que sabemos, podrían estar en contacto con un nivel de realidad que esta más allá del alcance de la ciencia. Mientras tengamos presente que debemos tratar al individuo y no a la experiencia, admitir las limitaciones de nuestros conocimientos no necesariamente limita nuestra capacidad para intervenir clínicamente toda vez que la gente tiene problemas para enfrentar estos episodios.

En un sentido práctico, cualquier esfuerzo de intervención clínica debe ayudar a aquellos que están tratando con las experiencias psi y mantener un equilibrado sentido del ser. No debemos exigirles compartir nuestra visión filosófica. A menos que el individuo en cuestión este padeciendo un episodio psicótico, o esté peligrosamente fuera de contacto con la realidad, el juez último del significado de cualquier experiencia psi debe ser siempre la persona que lo experimentó. Después de todo, esta persona es la única que, en último término,

debe vivir con esta experiencia. Como investigadores, nosotros podemos solamente trabajar para expandir el conocimiento científico de base. Como clínicos, podemos mantener una perspectiva balanceada y racional para integrar estas experiencias a sus vidas.

Incluso si sospecháramos que una determinada persona puede estar tan desequilibrada, y tan fuera del contacto con la realidad como para requerir internación, debemos evaluar primariamente los síntomas y conductas del individuo. La forma mediante la cual la persona responde a cualquiera de las experiencias psi son más importantes que los detalles de la experiencia en si misma. Es posible que una persona esté enferma mentalmente, pero que interprete correctamente una experiencia en particular o un número de experiencias relacionadas con psi. Es posible que una persona esté psicológicamente ajustada, pero estar equivocada en interpretar correctamente la experiencia psi.

En un intento por desarrollar estrategias clínicas apropiadas para asistir a las personas con experiencias psi, encontramos seis categorías de gran utilidad, a saber:

1. *Aquellos que reportan una experiencia psi a lo largo de toda su vida que en principio parece tener base verídica.* Podemos encontrarnos con individuos que estén tratando de resolver cuestiones de identidad personal, que surgen de mensajes negativos que reciben de experiencias de otras personas, por lo general en la cultura Occidental. A menudo intentan negar sus experiencias para evitar ser juzgados como anormales o, por el contrario, enfatizan sus experiencias en un esfuerzo por reconocerse y estimular a otros a reconocer un aspecto de su existencia que ellos consideran valioso. Este énfasis, que es común entre los que se identifican a sí mismos como «psíquicos», conduce a problemas sociales, o pueden estar complicados con problemas antiguos (por ejemplo: el abuso infantil) que pudo haber precipitado la aparición de experiencias psi. Estos individuos desean encontrar una comunidad que simpatice más con las experiencias que lo que lo hace la cultura dominante, la cual puede hacerlos más vulnerables a los cultos que prometen protegerlo. Todas estas cuestiones pueden ser mitigadas por su absorción en una subcultura étnica, religiosa u otra que abiertamente simpatice hacia las experiencias psi.

2. *Aquellos que reportan una historia reciente de experiencias psi, o solamente una única experiencia, las cuales en principio parecen tener bases verídicas.* Estos individuos se encuentran tratando de responder las preguntas que pueden surgir en torno a estas experiencias, pero también pueden encontrarse con cuestiones de identidad personal. Intentan responder sus preguntas negando sus experiencias o alterando su visión de realidad y su sentido de ser, incluyendo su auto-identificación como «psíquicos». Su visión desviada del mundo y cambio de sentido conducen a problemas sociales, o complican aquellos no resueltos, haciéndolos vulnerables a las sectas. Sin embargo, estas cuestiones pueden ser mitigadas cuando su subcultura los absorbe y les proporciona un contexto positivo y contenedor para sus experiencias psi.
   Un ejemplo de mi propia experiencia clínica ocurrió en el caso de un cliente que dijo haber identificado correctamente las 25 cartas de un mazo en un experimento controlado. El cliente quedó tan asombrado por su propios resultados, y visión de realidad tan movilizada por la experiencia, que abandonó su vida tal como la había conocido y pasó más de siete años en una secta religiosa. Aunque pensó que la secta le ofrecería un contexto dentro del cual podría explorar su propio potencial, se sintió personal y financieramente explotado por los líderes de la secta mientras que nunca se trataron sus verdaderas necesidades. El cliente logró abandonar la secta, y retornó a una vida más feliz y productiva cuando supo que las experiencias psi estaban distribuidas en la población normal y que las suyas no lo hacían diferente a otras personas.
   En lugar de regresar a su perspectiva original, esta persona permitió que su experiencia (en combinación con otras experiencias) infundieran un sentido de fascinación y curiosidad en si mismo.

3. *Aquellos que reportan una historia de experiencias psi, de larga o corta data, o solamente de un tipo, las cuales parecen representar una mezcla de elementos verídicos e imaginarios.* Estos individuos se parecen a muchos de nosotros en su limitada comprensión acerca de los alcances y limitaciones de psi. Sin embargo, han descubierto que los aspectos verídicos de sus experiencias son tan inestables que alteran su sentido de la realidad. También pueden estar retornando a sus creencias relacionadas con psi y compensar problemas que deben ser resueltos en otros aspectos de su vida, o

pueden estar tratando de distraer a otros de estas dificultades diciendo ser psíquicos y/o embelleciendo las versiones de sus experiencias. A menudo se enfrentan con muchos de los mismos tipos de problemas que se encuentran en quienes reportan experiencias psi que son de naturaleza verídica.

4. *Aquellos cuyas experiencias psi se inician imaginativa o alucinatoriamente, pero que no parecen estar sufriendo de ninguna perturbación psicológica.* Las experiencias de estos individuos puede ser inducidas por drogas o conducidas psicofisiológicamente, pueden tener base social o del entorno, o simplemente ser el resultado de una imaginación hiperactiva. Estas experiencias pueden también indicar un esfuerzo por comunicarse directamente con su ser interno. De este modo, evitan confrontar directamente con ciertos pensamientos y sentimientos proyectándolos sobre una fuente «independiente» de sabiduría, o culpando a un agente «exterior», hostil y destructor.

Un ejemplo de mi propia experiencia clínica ocurrió en el caso de un grupo de trabajadores, en el Departamento de Registros Médicos de uno de los más importantes centros médicos de California, algunos de los cuales, en forma independiente, fueron testigos de una aparición. Daban descripciones similares de una supuesta aparición, que angustió a muchos de los miembros del equipo e interfirió con la rutina de trabajo. En una sesión de aconsejamiento grupal, en lugar de determinar si la supuesta aparición tenía bases verídicas, enfoqué el caso como un vehículo de la dinámica interpersonal y de las condiciones estresantes dentro del departamento. La sesión se centró en la asistencia a los miembros del equipo de trabajo, en la comprensión y expresión de sus respuestas a la aparición, en sus respuestas a sus colegas y a su medio laboral, y hacerles saber el aprecio de la gerencia por sus esfuerzos. Esta sesión les ayudó a aliviar en mucho la presión psicológica de esta situación, y generó una atmósfera en el que los psicodinamismos complejos evitaron lo que pudo haberse convertido en una suma de reportes bizarros sobre apariciones y fantasmas. No se reportó ningúna otra aparición posterior (Harary, 1982).

Otro ejemplo: Recientemente conocí a una mujer que decía oir voces. Esta mujer creía que eran espíritus que le comunicaban mensajes con información psi. Aunque las voces no parecían interferir en su vida

cotidiana, se fueron convirtiendo en un problema. No parecían proporcionarle información en forma objetiva y verificable. En efecto, la información a veces era errónea.

Aunque se intentaba invalidar –lisa y llanamente– la experiencia de esta mujer, por el contrario, yo me centraba en lo que las experiencias significaban para ella. También señalé que una experiencia así no tenía porque tener un componente psi verificable para ser una experiencia significativa, sino que lo importante era no permitir que las voces interfieran en su vida. Estimulada, esta mujer concluyó que las voces reflejaban sus propios pensamientos y preocupaciones, y prometió tratar más directamente con éstas en el futuro. Entonces le aconsejé buscar otro terapeuta que pueda ayudarla en forma más directa con sus problemas.

También observé ejemplos similares en supuestos poltergeists y fenómenos de *haunting*. Algunas veces el fenómeno parece ser el resultado de un delirio alcohólico, o el efecto de drogas sobre la percepción y la cognición. También puede ser resultado de otros fenómenos psicofisiológicos y sociales. En un caso, por ejemplo, una mujer que sufría de una crisis epiléptica dijo haber encontrado, en numerosas ocasiones, los muebles de su casa inexplicablemente cambiados de lugar. Sin embargo, otros vecinos confirmaron que la mujer misma había estado tratando de lanzarlos en el curso de uno de sus ataques, pero ella aparentemente no recordaba haber hecho algo así cuando los ataques finalizaban. En otro caso, una adolescente que no podía expresar sus sentimientos reprimidos de rabia y frustación directamente sobre sus padres, deliberadamente creó un «poltergeist» moviendo físicamente los muebles de su casa y arrojaba pequeños objetos a su alrededor cuando sus padres no la veían.

Un ejemplo final de esta fascinante categoría ocurrió en el caso de un hombre que decía escuchar voces indefinibles en su equipo de aire acondicionado, incluso parecía estar psicológicamente ajustado a este respecto. Esto producía que su aire acondicionado estuviera en mal funcionamiento, y él estaba perceptualmente interpretando los ruidos como voces bajas que estaban discurriendo de manera irreconocible. Estas curiosidades del medioambiente a veces complican las experiencias psi, especialmente las que están relacionadas con *haunting* o fenómenos poltergeist, porque se las interpreta como un aspecto

integral de estas experiencias. Por ejemplo, una mujer epiléptica dijo, al principio, que interpretaba los sonidos ecoides de una gotera de la cañería de agua en su habitación como «evidencia» de que un espíritu se había apoderado de su casa.

5. *Aquellos que padecen de una perturbación psicológica, y cuyas experiencias psi son de naturaleza patológica*: Las experiencias de estos individuos surgen directamente de una intensa perturbación psicológica, y a veces contienen elementos paranoicos y delirios de grandeza. Las mismas interfieren severamente la capacidad de enfrentar el mundo cotidiano, pero provienen de una amplia constelación de dificultades clínicas. Con frecuencia responden a una variedad de medicamentos, mega-vitaminas, anti-depresivos y otras drogas. Estas experiencias pueden tener corta o larga duración y, ocasionalmente, parecen contener algunos elementos verídicos como resultado de un reporte selectivo, o incluir eventos psi.

En otro caso de mi propia experiencia clínica, una mujer dijo escuchar voces en su mente que le proporcionaban información psi verificable acerca de cada aspecto de su existencia cotidiana. Descubrió que estas voces aumentaban toda vez que ella tomaba las mega-vitaminas prescriptas por su psiquiatra. Pero se rehusaba a tomarlas porque pensaba que; haciéndolo, equivalía a asesinar a los «espíritus» en su cabeza, que daban sentido a su existencia. Las voces, por su parte, estaban haciendo lo imposible para que la mujer mantuviera su cordura porque se preocupaban por mantener consciente sus pensamientos. Pero en lugar de enfocar la naturaleza de estas voces, e intentar probar que estaban equivocadas, u ofrecer una explicación lógica, enfoqué el deseo de la mujer de llevar una existencia más productiva y feliz. Como resultado de esta discusión, la mujer decidió continuar viendo a su psiquiatra y tomar su medicación regularmente. Un año después me escribió, diciéndome que finalmente las voces se habían silenciado por completo y que estaba feliz de llevar una vida normal.

En un ejemplo similar, el ex-miembro de un conocido grupo religioso dijo sentir la presencia constante del líder del grupo en sus pensamientos, y la interpretó como siendo «atacado psíquicamente» por haber abandonado al grupo. Esta experiencia terrorífica continuó durante todo el transcurso de un intensivo «fin de terapia» junto con

otros ex-miembros del grupo, pero no mucho después de que todo se evaporara bajo la acción de un anti-depresivo (*Anafranil®*), usado para tratar trastornos obsesivo-compulsivos. Otros ex-miembros de este grupo en particular padecieron estos mismos síntomas, empleando una medicación similar. Esta situación es sospechosa, porque se sabe que muchos cultos drogan subrepticiamente a sus miembros. También hay otras posibles explicaciones sociales, psicológicas y/o neurofisiológicas para este fenómeno.

6. *Aquellos que responden a las experiencias psi de otros*. Pueden ser investigadores involucrados profesionalmente en el estudio de la habilidad psi, clínicos cuyos clientes tienen estas experiencias en el transcurso del tratamiento, o personas que escuchan acerca de las experiencias de un conocido, amigo o familiar. En toda relación, hay cierto nivel de intimidad y verdad intrínseca en el compartir de una experiencia psi, como una posibilidad de ayuda o de perjuicio en el individuo que toma ese riesgo.

Por esta razón, especialmente como clínicos e investigadores, estamos obligados a convenir con nuestros sentimientos profundos y ambivalencias en relación con nuestras experiencias psi antes de tomarlas a nuestro cargo y aconsejar a otras personas al respecto.

También es frecuente el caso de aquellos que están expuestos a experiencias psi de otros, estén profundamente afectados en este proceso. En particular, el caso de los que están expuestos a aparentes demostraciones de habilidad psi, pueden experimentar el mismo tipo de problemas que quienes tienen experiencias psi. A veces los líderes de las sectas explotan esta particular vulnerabilidad, ya que pueden hacer demostraciones fraudulentas de sus presuntas habilidades psi para atraer seguidores a su grupo.

En el tratamiento de los ex-miembros del *Peoples Temple*, que condujo a la tragedia de Guyana, por ejemplo, supe que su líder, el Reverendo Jim Jones, hacia con frecuencia demostraciones fraudulentas de sus presuntas habilidades para sanar a los enfermos, habilidades extrasensoriales extraordinarias, e incluso el poder de resucitar a los muertos. Estas falsas demostraciones resultaban tan convincentes a sus seguidores que muchos quedaron convencidos de que Jones era la reencarnación de Dios en la Tierra (Harary, 1992a).

- La mejor defensa contra este tipo de explotación es la educación. Si consideramos a psi como una habilidad creativa normal y neutral, que está ampliamente distribuida en la población normal, más que un don excepcional que se le concede sólo a un puñado de personas evolucionadas espiritualmente, vamos a hacer mucho más difícil a semidioses como Jim Jones la tarea de atraer seguidores que perjudican a la gente. Además, si educamos a la gente sobre la naturaleza sutil de las experiencias psi, y de todo lo que sabemos de los casos espontáneos, las formas acerca de las cuales estas experiencias se manifestan en la vida cotidiana, la necesidad del rigor científico, y adoptamos el sentido común en la evaluación de los fenómenos excepcionales, podremos prevenir otro holocausto como el de Jonestown.

Las categorías antes mencionadas no deben ser consideradas absolutas, sólo proporcionan un contexto útil para desarrollar un enfoque clínico responsable y efectivo de las experiencias psi. Sin embargo, en el desarrollo de estas estrategias clínicas, es imperativo tener en mente también que las experiencias psi a veces tienen un impacto positivo en las vidas de los que las tienen.

A pesar de los obstáculos que la gente enfrenta con estas experiencias, sería un error concluir que no deben ser estudiadas. Tales experiencias son indicadoras de un continuo proceso de crecimiento personal, una búsqueda interior hacia un sentimiento de mayor interconectividad con el mundo, con las otras personas, y con nuestro propio potencial. Las experiencias psi también pueden representar una respuesta saludable a un entorno hostil y alienante, en el cual un enfoque proporcione una vía subterránea emocional a un único dominio de libertad.

Mirado en el contexto de este proceso de autorrealización (Maslow, 1964), se puede reconocer a la experiencia psi como una faceta de un proceso creativo mucho más amplio que involucra una continua redefinición y expansión de nuestro concepto de ser y nuestro lugar en el universo. Sería totalmente contraproducente que un clínico sugiera que alguien cuyas experiencias psi son indicadoras de procesos positivos es un anormal, un alucinado, o que padece cualquier otra perturbación psicológica.

Aun si el individuo en cuestión está teniendo dificultades para integrar una

experiencia psi, o varias de estas experiencias, a su auto-imagen y a su cosmovisión, ésto no quiere decir que se vaya a aconsejar al individuo a que abandone el proceso. El individuo debe ser apoyado y estimulado a actuar en un lugar confortable, en un estilo social y psicológicamente adecuado.

Alcanzar este objetivo clínico requiere del desarrollo de un enfoque psicológico evolucionado que considere el significado de la conducta humana no sólo de acuerdo a los modelos tradicionales, sino que también tome en consideración nuestra comprensión del potencial humano y la experiencia. No solamente requiere una introspección de la conducta humana, sino también de un conocimiento de las capacidades humanas, incluyendo nuestra necesidad de extendernos más allá de los límites de nuestras propias fronteras, y nuestra búsqueda de significado (Haraty, 1986b).

Para responder a la experiencia psi del individuo y no sobreenfatizar sus aparentes experiencias (la rareza de sus experiencias), debemos estimular y facilitar este proceso. Indudablemente esta estrategia también tendrá un impacto positivo sobre nuestro propio enfoque de psi, y nos encontrará transformados por esta experiencia creativa.

BIBLIOGRAFIA

FREUD, S. (1953). Dreams and the occult. En G. Devereux (Ed.), *Psychoanalysis and the occult* (pp.91-109). New York: International Universities Press.

FREUD, S. (1953). Psychoanalysis and telepathy. En G. Devereux (Ed.), *Psychoanalysis and the occult* (pp.56-68). New York: International Universities Press.

HANSEN, G. (1992). CSICOP and the skeptics: An overview. *Journal of the American Society for Psychical Research, 86*, 19-63.

HARARY, K. (1992a, March/April). The truth about Jonestown: 13 years later –why we should still be afraid. *Psychology Today*, 63-67, 72, 88.

HARARY, K. (1992b). Spontaneous psi in mass mythology, media and western culture. En B. Shapin & L. Coly (Eds:), *Spontaoneous psi, depth psychology and parapsychology* (pp. 200-219). New York: Parapsychology Foundation.

HARARY, K. (1986a). A critical analysis of experimental and clinical approaches to apparent psychic experiences. (Doctoral dissertation, The Union Institute). *University microfilms, International*, No. 8720617.

HARARY, K. (1986b). Toward an advanced psychology. Paper presented at the Arnerican Society for Psychical Research Symposium on Psi and Psychotherapy, November 8, 1986.

HARARY, K. (1985). The fear of success in psi research. En R.A.White, & J. Solfvin (Eds.), *Research in parapsychology 1984* (pp. 101-103). Metuchen, NJ: Scarecrow Ptess.

HARARY, K. (1982a). The marshmallow ghost: A group counseling approach to a cast of reported apparitions. En W.G. Roll, R.L. Morris, & R.A. While (Eds.), *Research in parapsychology 1981* (pp. 187-189). Metuchen, NJ: Scarecrow Press.

HARARY, K. (1982b). Psi as nature. *European Journal of Parapsychology, 4*, 377-392.

HARARY, K. (1980). Practical approaches to coping with unusual experiences. En W.G.Roll, (Ed.), Research in parapsychology 1979 (pp. 41-42). Metuchen, NJ: Scarecrow Press.

HONORTON, C., BERGER, R.E., VARVOGLIS, M., QUANT, M., DERR, P., SCHECHTER, E., & FERRARI, D.C. (1990). Psi communication in the ganzfeld. *Journal of Parapsychology, 54*, 99-139.

HONORTON, C., & HARPER, S. (1974). Psi-mediated imagery and ideation in an experimental procedure for regulating perceptual input. *Journal of the American Society for Psychical Research,68*, 156-168.

MASLOW, A. (1964). *Religions, values, mid peak-experiences.* Columbus: Ohio State University Press.

NEPPE, V. (1992). Anomalous experience and psychopathology. En B. Shapin & L. Coly (Eds.), *Spontaneous psi, depth psychology and parapsychology* (pp. 163-180). New York: Parapsychology Foundation.

PUTHOFF, H., & TARG, R. (1976). A perceptual channel for information transfer over kilometer distances: Historical perspective and recent research. *Proceedings of the IEEE*, 64, 329-354.

RHINE, J.B. (1937). *New frontiers of the mind.* New York: Farrar & Rinchart.

TARG, R., & HARARY, K. (1984). *The mind rate.* New York: Villard.

SCHMEIDLER, G. (1974). The psychic personality. En Mitchell (Ed.), *Psychic Exploration* (pp. 94-110). New York: Putnam's.

ULLMAN, M., KRIPPNER, S., & VAUGHAN, A. (1973). *Dream telepathy.* New York: Macmillan.

WARCOLLIER, R. (1963). *Mind to mind.* New York: Collier.

Capítulo V

¿LAS EXPERIENCIAS PARANORMALES PUEDEN CONDUCIR A LA PSICOSIS?[1]

Richard Bentall

Es fácil pensar que disciplinas como la psicopatología y la parapsicología tratan diferentes aspectos del universo. Después de todo, los libros de texto sobre psiquiatría y psicopatología modernos raramente incluyen alguna mención acerca del fenómeno parapsicológico, y en Tratados de parapsicología no es común la discusión acerca del stress o enfermedad mental, excepto tal vez al pasar. Sin embargo, hay razones para creer que ambas disciplinas podrían beneficiarse mutuamente una con la otra.

Aunque el vocabulario descriptivo empleado por ambas disciplinas difiere radicalmente, las dos enfocan su estudio sobre experiencias anómalas. Los especialistas en psicopatología tienden a describir tales experiencias como pertenecientes a distintos tipos de enfermedad mental, como la «esquizofrenia» y la «depresión maníaca». Sin embargo, estos conceptos son engañosos porque ocultan el valor de la pesada carga natural de la enfermedad mental (Bentall, 1992a; Szasz, 1960), y también a causa de que las categorías diagnósticas. como las que están establecidas en la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de la American Psychiatric Association (más conocido como DSM IV) (American Psychiatric Association, 1994) y en la décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la World Health Organization (más conocido como ICI3 10 World Health Organization, 1992), carecen de probada validez científica (Bentall, 1992b; Clarck, Watson, y Reyriolás, 1995). En efecto, hay experiencias y comportamientos peculiares por cuya causa los pacientes y sus familias exigen un modo apropiado para enfocar la consulta en

[1] Originalmente publicado en la *Revista Argentina de Psicología Paranormal.* Vol. 14, N° 1-2 (53-54), Enero-Abril 2003, pp. 57-72. Traducido del inglés por Jorge Villanueva.

psicopatología –por ejemplo, escuchar voces cuando nadie se encuentra presente, o sentirse perseguido sin causa aparente. Esta clase de experiencias y conductas comúnmente se las rotula como «patológicas» precisamente porque éstas parecen no tener explicación dentro del contexto conceptual de la psicología convencional (Horomitz, 1983).

Del mismo modo, los parapsicólogos tienden a discutir sus temas en términos de procesos hipóteticos tales como la percepción extrasensorial, la telekinesia o la precognición. Sin embargo, el fenómeno que permite la inferencia de esos procesos –por ejemplo, la comprensión de información sin procedencia cercana, la percepción de objetos moviéndose a voluntad, la asombrosa precisión de las predicciones de eventos futuros– son experiencias anómalas que parecen desafiar las explicaciones dentro de un contexto convencional, en esos casos en el contexto de la física.

Dicha conexión, entre la psicopatología y la parapsicología, se extiende más allá de una mera similitud formal. Hay estudios que indican que la gente que reporta experiencias paranormales tiene mucho más síntomas psicológicos que la gente normal (McCreery y Claridge, 1995) mientras que otros indican que los individuos que padecen enfermedades mentales rara vez reportan tener convicciones sólidas acerca de la realidad de fuerzas sobrenaturales (Eckblad y Chapman, 1983; Thalbourne 1994a; Thalbourne, 1994b). No se pueden utilizar asociaciones estadísticas de este tipo para descartar el fenómeno parapsicológico juzgado como irreal, ya que estos problemas sólo se pueden resolver mediante la investigación experimental. Los análisis de los experimentos ganzfeld que fueran llevados a cabo por Bem y Honorton (1994), deberían ser seriamente tenidos en cuenta por los especialistas en psicopatología para evitar juzgar a todo fenómeno parapsicológico como evidencia de inestabilidad mental. Sin embargo, estos autores sugieren que los especialistas en psicopatología y los parapsicólogos podrían aunar esfuerzos por compartir sus descubrimientos.

En este informe, examinaré las investigaciones psicológicas sobre delirios y alucinaciones, dos tipos de fenómenos psicopatológicos que deberían ser de particular interés para los parapsicólogos. Voy a demostrar que cada experiencia anómala –sea patológica o psi– puede ser explicada en términos de desvíos o déficits en el procesamiento de la información. Después de discutir este

fenómeno, finalizaré señalando algunas similitudes entre los más importantes descubrimientos de investigación y los resultados de investigación de las creencias en lo paranormal.

Delirios

El término «delirio» se utiliza para describir las creencias aparentemente bizarras de muchos pacientes que sufren trastornos psicóticos (el trastorno según el cual un individuo ha perdido el contacto con la realidad). Los delirios más comunes de los pacientes son el persecutorio (por ejemplo: «hay una conspiración para matarme que está siendo organizada por la CIA») o de grandeza (por ejemplo: «soy la encarnación de Dios en la tierra») aunque otros delirios menos comunes incluyen delirios de referencia (en el cual eventos aparentemente inofensivos se consideran de gran importancia para si mismo), delirios erotomaníacos (por ejemplo: «Madonna está secretamente enamorada de mí») y delirios de identificación errónea (por ejemplo: «Mi hermana ha sido reemplazada por un robot alienígena que es exactamente igual a ella»). El DSM IV define tales creencias en términos de pacientes que tienen un alto nivel de convicción, que el delirio es resistente a cualquier intento de persuación de que, quien delira, está equivocado, y la falta de una congruencia entre su creencia y el sistema de creencias que la subcultura del sujeto sostiene (American Psychiatric Association, 1994). Este último criterio nos previene de cualquier dificultad real para determinar si una creencia pueda o no ser considerada un delirio. Jaspers (1912/1963) sostenía que una característica del delirio es su «incomprensibilidad» inherente (por ejemplo, el hecho de que no pueden ser considerados como significativos en el contexto de la historia o de la personalidad individual). Sin embargo, Sims (1988) ha señalado que el criterio de incomprensibilidad es, en sí mismo, bastante subjetivo. Esta dificultad en determinar con precisión si una creencia es delirante, indudablemente indica el hecho de que el delirio se apoya en un continuo de creencias convencionales (Kendler, Glazer, y Morgenstern. 1983, Strauss, 1969). Recientes estudios acerca de las diferencias psicológicas de pacientes que experimentaban alucinaciones y otro grupo que no experimentaba alucinaciones supone que podemos confiar, al menos en cierta medida, en que el concepto de delirio no está construido socialmente en su totalidad.

Hasta hace poco, un juicio de valor acerca del problema del delirio, que

había sido aceptado por la continuidad psicológica, era el concepto según el cual el delirio es el resultado de interpretaciones racionales de experiencias perceptuales anormales (un caso paradigmático es el de un paciente que escucha una voz y que cree que la policía le ha implantado un radio receptor en su cabeza). Este relato era particularmente defendido por Maher (1974, 1992) cuando estudiaba casos de pacientes cuyos delirios parecen haber surgido de esta forma, y por quienes eran más terminantes negando que las anormalidades cognitivas no perceptuales estaban totalmente excluidas. El modelo de percepción anómalo de Maher indudablemente funciona con algunos pacientes –por ejemplo, en pacientes que padecen de delirios de identificación errónea o tienen dificultad en procesar la información de los rostros (Ellis y Young, 1990). Sin embargo, estudios llevados a cabo durante un programa de investigación que condujimos en Liverpool en la última década, indicaron que hay al menos dos clases de anormalidad cognitiva que parece ser importante en el origen del sostenimiento de algunas ideaciones delirantes.

En varios estudios hemos comprobado que pacientes con delirio persecutorio tienen desviaciones en el procesamiento de la información. Por ejemplo, utilizando el paradigma del «Stroop emocional», en el que se les pide a los sujetos que ignoren el significado de una palabra o simplemente indiquen el color con que están escritas estas palabras, descubrimos que los pacientes paranoicos eran lentos en especificar los colores de palabras que involucraban amenazas personales (Bentall y Kaney, 1989), presumiblemente a causa de que esas palabras llaman su atención. Este resultado ha sido repetido con éxito por otros investigadores (Fear, Sharp, y Healy, 1996; Kinderman, 1994; Leathead, Young y Szulecka, 1996). No es sorprendente que los pacientes paranoicos también recuerden preferentemente información relacionada con sus delirios (Bentall, Kaney y Bowen Jones, 1995; Kaney, Wollenden, Dewey y Bentall, 1992). Una segunda clase de anormalidad cognitiva, que puede ser más significativa aún en el origen y sostenimiento del delirio, es de carácter atribucional. Los seres humanos prontamente buscamos explicaciones de los hechos que nos impactan. Zullow, Oettingen, Peterson, y Selignian (1988) han estimado que se puede encontrar una declaración causal por lo general cada cien palabras más o menos, en un material escrito o expresado verbalmente. Abramsow Seligman y Teasdale (1978) sugirieron que un tipo en particular de atribución –la tendencia a atribuir eventos negativos a causas que pueden ser internas (causadas por si mismas), globales (que probablemente afecten a todas

las arcas de vida) y estables (dificiles de cambiar)– predispone a la depresión en algunos individuos. Aplicando las evaluaciones desarrolladas por Seligman y su grupo, encontramos que los pacientes con delirios persecutorios atribuían eventos negativos a causas que eran externas (culpando a otros), globales y estables (Kaney y Bentall, 1989). Este descubrimiento ha sido repetido en muchos otros estudios (Candidi y Ronmey, 1990; Fear *el al.*, 1996; Kinderman y Bentall, 1996; Lee y Won, 1998. Lyon, Kaney y Bentall, 1994), utilizando diferentes metodologías (Kaney y Bentall, 1992). Parece que los pacientes paranoicos específicamente, elaboran atribuciones extero-personales, en donde la culpa de un evento negativo se atribuye a las intenciones deliberadas de los otros, más que a, atribuciones extero circunstanciales (por ejemplo, «Lo siento, llegué tarde porque el tránsito estaba terrible») que comúnmente la mayoría de la gente manifiesta (Kinderman y Bentall, 1997).

Aunque es fácil comprender porque culpar persistentemente a los otros de nuestros propios errores podría conducirnos a delirios paranoides, no es tan fácil comprender como se desarrolla este estilo de razonamiento. En nuestro último trabajo, hemos explorado la posibilidad de que el estilo atribucional paranoico reflejaba la interacción de dos procesos separados (Bentall y Kinderman, 1998).

Primero, la tendencia a evitar atribuir la responsabilidad de los eventos negativos a sí mismo parece ser la exageración de una estrategia normal por regular la auto-estima (Bentall, Kinderman y Kaney, 1994). Siguiendo con este estudio, hemos descubierto que los pacientes paranoicos reconocen un criterio positivo de si mismos cuando se los evalua directamente (Bentall y Kaney, 1996, Kinderman, 1994, Lyon *et al.*, 1994). Nosotros creemos que este elevado nivel de defensa probablemente sea producto de una disfunción en las relaciones familiares. Confirmando esta hipótesis, recientemente encontramos que los pacientes paranoicos recuperados reportaban haber tenido relaciones no satisfactorias con sus padres desde su niñez hasta el presente (Rankin, Bentall, Hill, y Kinderman, en prensa).

Segundo, hemos dicho que la tendencia a elaborar atribuciones más extero personales que circunstanciales, refleja una incapacidad para inferir el estado mental de los otros (una habilidad a veces engañosamente descrita como «teoría de la mente» o TM, Baron Cohen, 1995). Este tipo de inferencia se observa a

menudo cuando descontamos las acciones negativas de otras personas (por ejemplo: «Probablemente estuvo rudo conmigo porque se sentía muy nervioso») atribuyéndolas a las circunstancias. De acuerdo con este argumento, algunos investigadores han observado que los pacientes paranoicos elaboran pobres TMs (por ejemplo: preguntas que sólo se pueden responder correctamente infiriendo falsas creencias en los otros) (Corcoran, Cahill y Frith, 1997; Corcoran, Frith y Mercer, 1995). Aunque estos estudios no siempre han podido ser repetidos (Drury, Robinson, Birchwood, 1998). En nuestros propios análisis, encontramos que los individuos normales que producían relativamente pobres TMs tendían a hacer excesivas atribuciones extero-personales como nuestra teoría predijo que ocurriría (Kinderman, Dunbar y Bentall. 1998). En nuestros actuales estudios estamos examinando las relaciones entre déficits cognitivos más generalizados, las TMs y las atribuciones en la práctica clínica.

Alucinaciones

Mientras que las investigaciones de las ilusiones han enfatizado el rol de los desvíos en el razonamiento motivados por la génesis de las creencias anormales, las investigaciones de las alucinaciones han puntualizado el papel de las creencias como determinantes en las experiencias perceptuales inusuales.

Es habitual dentro de la psiquiatría, considerar a las alucinaciones como evidencia de enfermedad mental. Las alucinaciones auditivas (escuchar voces) fueron consideradas como un síntoma de primer grado de esquizofrenia por el famoso psicopatólogo Kurt Schneider (1959), y estudios más recientes han demostrado que las alucinaciones, especialmente en su modalidad auditiva, son experienciadas por la mayoría de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia (Sartorius, Jablensky, Korten, Emberg, Anker, Cooper *et al.*, 1986; Sartorius, Shapiro y Jablensky, 1974). Sin embargo, un sorprendente número de individuos normales, cuando eran interrogados, reportaban una experiencia alucinatoria (Bentall y Slade, 1985a; Posey y Losch, 1983; Tien, 1990a). Además, hay evidencia de variables culturales en la propensión a tener experiencias alucinatorias (Al Issa, 1977, 1995).

Hay tres estudios que han permitido a los investigadores comprender los procesos cognitivos involucrados en las alucinaciones auditivas. Primero, es evidente que las experiencias alucinatorias ocurren más frecuentemente en

períodos de stress o cuando el individuo está expuesto a un entorno ausente de estímulo o ruido (Slade y Bentall, 1988). Segundo, las alucinaciones auditivas están acompañadas por una pequeña activación del lenguaje muscular (Gould, 1948: Green y Kinsbourne, 1990; Inouye y Shinuzu, 1970, McGuigan, 1966) y por la activación de las áreas del lenguaje en el hemisferio cerebral izquierdo (McGuire, Shah y Murray, 1993). Tercero, un individuo puede a veces inhibir alucinaciones auditivas, llevando a cabo algún tipo de tarea verbal, como por ejemplo nombrar objetos o leer (Erickson y Gustafson, 1968; Gallagher, Dinin y Baker, 1994; James, 1983, Margo, Hensley y Slade, 1981). Muchos investigadores han declarado que estas observaciones pueden ser válidas suponiendo que las alucinaciones auditivas sean atribuidas a un discurso interior (Bentall, 1990; Frith, 1992; Hoffman, 1986). Es decir, las personas que escuchan voces parecen estar hablando para si mismos de una manera relativamente normal, aunque un poco anormalmente, asumiendo que su voz interior proviene del exterior.

Las razones por las cuales algunas personas deberían estar predispuestas a estar equivocados respecto a la procedencia de su discurso interior, no están totalmente explicadas. El intento de evaluar la habilidad de los pacientes con síntomas alucinatorios para monitorear el origen de sus experiencias no ha sido suficientemente productivo en este campo de estudio (Bentall, Baker, y Havers, 1991; Bentall y Slade, 1985b, Johns y McGuire, 1999). Un dato interesante es que este déficit parece evidente cuando los pacientes intentan monitorear el origen de un estímulo emocionalmente intenso (Baker y Morrison, 1998; Morrison y Haddock, 1997).

Sin embargo, esta dificultad parece ser sólo uno de los varios factores involucrados en las alucinaciones auditivas. Hay una evidencia transcultural, citada anteriormente, que sugiere que el sistema de creencias de un individuo respecto a la realidad pueden ayudar a determinar si ellos creen que tales experiencias son generadas por ellos mismos o por otros individuos (Al Issa, 1977, 1995). Siguiendo a este informe, estudios con pacientes con alucinaciones y pacientes normales, pero que tienen antecedentes en alucinaciones, indican que su juicio perceptual podría estar considerablemente influenciado por componentes sugestivos (Haddock, Slade y Bentall, 1995; Mintz y Alpert, 1972; Young, Bentall, Slade y Dewey, 1987).

Estos estudios tienen obvias implicaciones para la práctica clínica. Aquellos pacientes que tienen creencias sólidas respecto a la omnipotencia y la sabiduría de sus voces parecen especialmente angustiados por ellas. Desafiar a estas creencias es, por lo tanto, un abordaje que a veces tiene efectos provechosos (Chadwick y Birchwood, 1994).

Desvíos en el procesamiento de la información y creencia en el fenómeno paranormal

Hasta aquí he argumentado que los delirios y las alucinaciones pueden ser comprendidos en términos del procesamiento de información y las desviaciones en el razonamiento. Me pregunto si la creencia en lo sobrenatural está también influenciada por procesos similares. Tales creencias, que son comunes a todas las culturas, presentan un desafío para aquellos que creen en una simple distinción entre la creencia normal y la anormal. Por ejemplo, Gallup y Newport (1991), en una encuesta sobre 1000 americanos adultos, encontraron que cerca de un cuarto de los encuestados creía en fantasmas y que cerca de la décima parte creía haber estado en presencia de un fantasma. Cerca de un cuarto de los encuestados dijo haber tenido experiencias telepáticas y cerca de uno en siete dijo haber visto un OVNI. Las tres cuartas partes leen su horóscopo en los periódicos.

Schmeidler y McConnell (1958) acuñaron los desafortunados términos «oveja» y «cabra» para describir creyentes y no creyentes en el fenómeno paranormal, y a pesar de la aparente naturaleza peyorativa de estos términos, han sido igualmente utilizados por los parapsicólogos desde entonces. Examinando la literatura psicológica que compara a las «ovejas» con las «cabras», mucha de la cual ha utilizado cuestionarios de medición de creencia en lo paranormal, como la Escala de Creencia en lo Paranormal (Jones y Russell, 1980), French (1992) encontró abundante evidencia de que las «ovejas» presentaban desviaciones en el razonamiento y en el procesamiento de la información que refuerza sus creencias. Por ejemplo, algunos estudios han descubierto que las «ovejas» son más proclives que las «cabras» a creer que tienen un control sobre eventos aleatorios (Brugger, Regard y Landis, 1991) y que su creencia en el fenómeno paranormal está asociada con altos niveles de actividad psi en pruebas de tipo psicokinéticas (Benassi, Sweeney y Drevno, 1979). Blackmore y Troscianko (1985) observaron que la actividad psi de las «ovejas» era inferior al de las «cabras» en aquellas preguntas que medían su

capacidad para razonar probabilidades, y que ellos también tendían a tener un bajo nivel de actividad del que se podría esperar por azar en los tests parapsicológicos, con la consecuencia de que su propio funcionamiento psi les parecía mucho más alto. Russell y Jones (1980) entregaron a «ovejas» y «cabras» artículos de revistas científicas ficticias que reportaban experimentos de PES exitosos y no exitosos; aunque ambos grupos reaccionaron emocionalmente por la evidencia que parecía contrariar sus puntos de vista, las «cabras» tendieron a recordar ambos tipos de información por igual mientras que las «ovejas» recordaban con más precisión la información que se ajustaba más a sus creencias.

Las convicciones religiosas forman otra categoría de creencias las cuales pueden parecer absurdas para los no-creyentes, pero que se pueden eximir de incluirlas como delirios, sólo debido a su aparente congruencia cultural. Roberts (1991) administró dos cuestionarios de percepción de propósito y significado de la vida (el *Purpose in Life Test* [Test de Propósito en la Vida de Crumbaugh, 1968; y el *Life Regard Index* de Battista y Almond, 1973) a un grupo de pacientes paranoicos psiquiátricos, a un grupo de pacientes paranoicos recuperados, a un grupo de seminaristas anglicanos no ordenados, y a un grupo normal de enfermeras de psiquiatría. Los seminaristas anglicanos obtuvieron altos puntajes en ambos cuestionarios como así también el grupo de pacientes paranoicos, mientras que el grupo de pacientes paranoicos recuperados y las enfermeras de control obtuvieron puntajes mucho más bajos. Catorce de los 16 pacientes paranoicos reportaron que sus vidas habían mejorado siguiendo el desarrollo de su sistema de creencias porque, por ejemplo, habían encontrado un nuevo sentido de identidad o un claro sentido de obligación y responsabilidad o porque se habían sentido emocionalmente más positivos.

Conclusiones

La idea de que disciplinas como la psicopatología y la parapsicología podrían aprender una de la otra no es nueva; en los primeros años del siglo XX, psicólogos como Fredrick W.H. Myers y William McDougall implícitamente incluyeron al fenómeno paranormal como materia de investigación de la psicología anormal (Parker, 2000). Casi un siglo después que las dos disciplinas tomaran por caminos separados, ahora es posible ver nuevamente un área en común compartida por ambas.

La evidencia que existe indica la posibilidad de que la creencia en lo sobrenatural puede ser influenciada por procesos psicológicos, los cuales, aunque en algún sentido más benignos, son paralelos a los observados en pacientes paranoicos con síntomas alucinatorios. Sin embargo, como Roberts (1991) ha observado, es importante no exagerar estas semejanzas ni extraer demasiadas conclusiones de éstas. Algunas de las peculiaridades cognitivas que se observan en pacientes psicóticos, por ejemplo la teoría de déficits de la mente, nunca se observó en gente común que cree en lo paranormal, y tal vez nunca lo sea. Otras semejanzas entre personas que experimentan eventos paranormales y los pacientes psicóticos es que ambos reflejan el impacto de las experiencias paranormales sobre la salud mental (Parker, 2000). Así como Roberts, estamos de acuerdo con Jaspers (1912/1963) cuando dijo que «la experiencia religiosa permanece, tanto si ocurre en un santo como en un psicótico, o si la persona a la que le ocurre es ambas cosas a la vez».

Sin embargo, podría equivocarme al ignorar la evidencia de similitudes entre pacientes psiquiátricos y grupos de gente común en particular por temor a ofender a ésta última. En realidad, los estudios revisados en este informe se suman al gran cúmulo de evidencias según las cuales los trastornos psiquiátricos existen en un continuo con el funcionamiento normal, sin hacer división alguna entre «ellos», que están mentalmente enfermos, y «nosotros» que estamos tranquilos y sin problemas, pero sin forma alguna de poder ayudar.

BIBLIOGRAFIA

ABRAMSON, L. Y.; SELIGMAN, M. E. P., & TEASDALE, J. D. (1978). Learned belplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology, 78,* 40 74.

AL ISSA, I. (1977). Social and cultural aspects of hallucinations. *Psychological Bulletin, 84,* 570 587.

AL ISSA, I. (1995). The illusion of reality or the reality of an illusion: Hallucinations and culture. *British Journal of Psychiatry, 166,* 368 373.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). *Diagnostic and statistical manual for mental disorders, 4th edition.* Washington DC: Author.

BAKER, C. A., & MORRISON, A. P. (1998). Cognitive processes in auditory hallucinations: Atributional biases and metacognition. *Psychological Medicine, 28,* 1199 1208.

BARON COHEN, S. (1995). *Mindblindness: An essay on autism and theory of mind.* Cambridge, Mass.: MIT Press.

BATTISTA, J., & ALMOND, R. (1973). The development of meaning in life. *Psychiatry, 36,* 409 427.

BEM, D. J., & HONORTON, C. (1994). Does psi exist? Replicable evidence for an anornalous process of information transfer. *Psychological Bulletin,* 115, 4 18.

BENASSI, V. A., SWEENEY, P. D., & DREVNO, G. E. (1979). Mind over matter: Perceived success at psychokinesis. *Journal of Personality and Social Psychology, 37,* 1377 1386.

BENTALL, R. R. (1990). The illusion of reality: A review and integration of psychological rescarch on hallucinations. *Psychological Bulletin, 107,* 82 95.

BENTALL, R. P. (1992a). A proposal to classify happiness as a psychiatric disorder. *The Journal of Medical Ethics, 18,* 94--98.

BENTALL, R. P. (1992b). The classification of schizophrenia. En D. J. Kavanagh (Ed.), *The classification of Schizophrenia* (pp. 23 44). London: Champan and Haff.

BENTALL, R. P., BAKER, G. A., & HAVERS, S. (1991). Reality monitoring and psychotic hallucinations. *British Journal of Clinical Psychology, 30,* 213 222.

BENTALL, R. P. & KANEY, S. (1989). Content specific information processing and persecutory delusions: An investigation using the emotional Stroop test. *British Journal of Medical Psychology, 62,* 355 364.

BENTALL, R. P. & KANEY, S. (1996). Abnormalities of self representation and persecutory delusions. *Neurological Medicine.*

BENTALL, R. P. & KANEY, S., & BOWEN JONES, K. (1995). Persecutory delusions and recall of threat related, depression-related and neutral words. *Cognitive Therapy and Research, 19,* 331-343.

BENTALL, R. P., & KINDERMAN, P. (1998). Psychological processes and delusional beliefs: Implications for the treatment of paranoid states. En S. Lewis, N. Tarrier, & T. Wykes (Eds.), *Outcome and innovation in psychological treatment of schizophrenia* (pp. 119 144). Chichester: Wiley.

BENTALL, R. P., KINDERMAN, P., & KANEY, S. (1994). The self, attributional processes and abnormal beliefs: Towards a model of persecutory delusions. *Behaviour Research and Therapy, 32,* 331 341.

BENTALL, R. P., & SLADE, P. D. (1985a). Reality testing and auditory hallucinations: A signal detection analysis. *British Journal of Clinical Psychology, 24,* 159 169.

BENTALL, R. P., & SLADE, P. D. (1985b). Reliability of a measure of disposition towards hallucinations. *Personality and Individual Differences, 6,* 527 529.

BLACKMORE, S., & TROSCIANKO, T. (1985). Belief in the paranorrnal: Probability judgements, illusory control and the chance baseline shift. *British Journal of Psychology, 76,* 459 468.

BRUGGER, P., REGARD, M., & LANDIS, T. (1991). Belief in extrasensory perception and illusory control: A replication. *Journal of Psychology 125,* 501 502.

CANDIDO, C. L., & ROMNEY, D. M. (1990). Attributional style in paranoid vs. depressed patients. *British Journal of Medical Psychology, 63,* 355 363.

CHADWICK, P., & BIRCHWOOD, M. (1994). The omnipotence of voices: A cognitive approach to auditory hallucinations. *British Journal of Psychiatry, 164,* 190 201.

CLARK, L. A., WATSON, D., & REYNOLDS, S. (1995). Diagnosis and classification on psychopathology: Challenges to the current system and future directions. *Annual Review of Psychology, 46,* 121 153.

COREORAN, R., CAHILL, C., & FRITH, C. D. (1997). The appreciation of visual

jokes in people with schizophrenia: A study of 'mentalizing' ability. *Schizophrenia Research, 24,* 319 327.

CORCORAN, R., FRITH, C. D., & MERCER, 0. (1995). Schizophrenia, symptomatology and social inference: Investigating 'theory of mind' in people with schizophrenia. *Schizophrenia Research, 17,* 5 13.

CRUMBAUGH, J. C. (1968). Cross validation of Purpose in Life Test, *Journal of Individual Psychology, 24,* 74 81.

DRURY, V. M., ROBINSON, E. J., & BIRCHWOOD, M. (1998). 'Theory of mind' skills during an acute episode of psychosis and following recovery. *Psychological Medicine, 28,* 1101 1112.

ECKBLACK, M., & CHAPMAN, L. J. (1983). Magical ideation as an indicator of schizotypy. *Journal qf Consulting and Clinical Psychology, 51,* 215 225.

ELLIS, H. D., & YOUNG, A. W. (1990). Accounting for delusional misidentifications. *British Journal of Psychiatry, 157,* 239 248.

ERICKSON, G. D., & GUSTAFSON, G. J. (1968). Controlling auditory hallucinations. *Hospital and Community Psyquiatry,* 19, 327 329.

FEAR, C. F., SHARP, H., & HEALY, D. (1996). Cognitive processes in delusional disorder. *British Journal of Psychiatry, 168,* 61 67.

FRENCH, C. (1992). Factors underlying belief in the paranormal: Do sheep and goats think differetly? *The Psychologist, 5,* 295 299.

FRITH, C. D. (1992). *The cognitive neuropsychology of schizophrenia.* Hillsdale, NI: Lawrence Erlbaum.

GALLAGHER, A. G., DININ, T. G., & BAKER, L. J. V. (1994). The effects of varying auditory input on schizophrenic hallucinations: A replication. *British Journal of Medical Psychology, 7,* 67 76.

GALLUP, G. H., & NEWPORT, F. (1991). Belief in paranormal phenomena among adult Americans. *Skeptical Inquirer, 15,* 137 146.

GOULD, L. N. (1948). Verbal hallucinations and activity of vocal musculature. *American Journal of Psychiatry, 105,* 367 372.

GREEN, M. F. & KINSBOURNE, M. (1990). Subvocal activity and auditory hallucinations: Clues for behavioral treatments. *Schizophrenia Bulletin, 16,* 617 625.

HADDOCK, G., SLADE, P. D., & BENTALL, R. P. (1995). Auditory hallucinations and the verbal transfónnation effect: The role of suggestions. *Personality and Individual Differences,* 9, 301 306.

HOFFMAN, R. E. (1986). Verbal hallucinations and language production processes in schizophrenia. *Behavioral and Brain Differences,* 9, 503 548.

HOROWITZ, A. (1983). *A social control of mental illness.* New York: Academic Press.

INOUVE, T., & SHITNIZU, A. (1970). The electromyographic study of verbal hallucination. *Journal of Nervous and Mental Disease, 151,* 415 422.

JAMES, D. A. E. (1983). The experimental treatment of two cases of auditory hallucinations. *British Journal of Psychiatry, 143,* 515 516.

JASPERS, K. (1912/1963). *General psychopathology* (Hoenig, J. & Hamilton, M. W., Trans.). Manchester: Manchester University Press.

JOHNS L. C., & McGUIRE, P. K. (1999). Verbal self monitoring and auditory hallucinations in schizophrenia. *Lancet, 353,* 469 470.

JONES, W. H., & RUSSELL, D. W. (1980). The selective processing of belief disconfirming information. *European Journal of Social Psychology, 10,* 309 312.

KANEY, S., & BENTALL, R. P. (1989). Persecutory delusions and attributional style. *British Journal of Clinical Psychology 62,* 191 198.

KANEY, S., & BENTALL, R. P. (1992). Persecutory delusions and the self serving bias. *Journal of Nervous and Mental Disease, 180,* 773 780.

KANEY, S., WOLFENDEN, M., DEWEY, M. E., & BENTALL, R. P. (1992). Persecutory delusions and the recall of threatening and non threatening propositions. *British Journal of Clinical Psychology, 31,* 85 87.

KENDLER, K. S., GLAZER, W., & MORGENSTEM, H. (1983). Dimensions of delusional experience. *American Journal of Psychiatry,* 140, 466 469.

KINDERMAN, P. (1994). Attentional bias, persecutory delusions and the self concept. *British Journal of Clinical Psychology,* 67, 53 06.

KINDERMAN, P., & BENTALL, R. P. (1996). SeIf <Iíscrepancies and persecutory delusions: Evidence for a defensive model of paranoid ideation. *Journal of Abnormal Psychology, 105,* 106 114.

KINDERMAN, P., & BENTALL, R. P. (1997). Causal attributions in paranoia: Intemal, personal and situational attributions for negative events. *Journal of Abnormal Psychology, 106,* 341 345.

KINDERMAN, P., DUNBAR, R. M., & BENTALL, R. P. (1998). Theory of mind deficits and causal attributions. *British Journal of Psychology, 71,* 339 349.

LEATHEAD, K. M., YOUNG, A. W., & SZULECKA, T. K. (1996). Delusions demand attention. *Cognitive Neuropsychiatry, 1,* 5 16.

LEE, H. J., & WON, H. T. (1998). The self concepts, the other concepts, and attributional style in paranoia and depression. *Korean Journal of Clinical Psychology, 17,* 105 125.

LYON, H. M., KANEY, S., & BENTALL, R. P. (1994). The defensive function of persecutory delusions: Evidence from attribution tasks. *British Journal of Psychiatry, 164,* 637 646.

MAHER, B. A. (1974). Delusional thinking and perceptual disorder. *Journal of Individual Psychology,* 30, 98 113.

MAHER, B. A. (1992). Models and methods for the study of reasoning in delusions. *Revue Europeenne de Psychologie Apliquee,* 42, 97 102.

MARGO, A., HEMSLEY, D. R., & SLADE, P. D. (1981). The effects of varying auditory input on schizophrenic hallucinations. *British Journal of Psychiatry, 139,* 122 127.

McCREERY, C., & CLARIDGE, G. S. (1995). Out of the body experiences and personality. *Journal of the Society for Psychical Research, 60,* 129 148.

McGUIGAN, F. J. (1966). Covert oral behavior and auditory hallucinations. *Psychophysiology,* 3, 73 80.

McGUIRE, P. K., SHAH, G. M. S. & MURRAY, R. M. (1993). Inercased blood flow in Broca's arca during auditon hallucinations. *Lancet,* 342, 703 706.

MINTZ, S., & ALPERT, M. (1972). Imagery vividness, reality testing and schizophrenic hallucinations. *Journal of Abnormal and Social Psychology,* 19, 310 316.

MORRISON, A. P., & HADDOCK, G. (1997). Cognitive factors in source monitoring and auditory hallucinations. *Psychological Medicine,* 27, 669 679.

PARKER, A. (2000). Introduction. En C. S. Alvarado (Ed.), *Clinical Psychology and Parapsychology*. New York: Parapsychology Foundation.

POSEY, T. B., & LOSCH, M. E. (1983). Auditory hallucinations of hearing voices in 375 normal subjects. *Imagination, Cognition and Personality,* 2, 99 113.

RANKIN, P., BENTALL, R.P., HILL, J., & KINDERMAN, P. (en prensa). Parental relationships and paranoid delusion. Comparisons of currently, remitted and normal people.

ROBERTS, G. (1991). Delusional belief systems and meaning in life: A preferred reality? *British Journal of Psychiatry,* 159, Supplement 14, 19 28.

RUSSELL, D. W., & JONES, W. H. (1980). When superstition fails: Reactions to disconfirmation of paranormal beliefs. *Personality and Social Psychology Bulletin,* 6, 83 88.

SARTORIUS, N., JABIENSKY, A., KORTEN, A., EMBERG, G., ANKER, M., COOPER, J. E., & DAY, R. (1986). Early manifestations and first contact incidence of schizophrenia in different cultures. *Psychological Medicine,* 16, 909 928.

SARTORIUS, N., SHAPIRO, R., & JABLENSKY, A. (1974). The international pilot study of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin,* 1, 21 25.

SCHMEIDLER, G. R., & McCORNELL, R. A. (1958). *ESP and personality patterns.* New Haven: Yale University Press.

SCHNEIDER, K. (1959). *Clinical Psychopathology.* New York.: Grune & Stratton.

SIMS, A. (1988). *Symptoms in the mind.* London: Bailliere Tindall.

SLADE, P. D. & BENTALL, R. P. (1988). *Sensory Deception: A scientific analysis of hallutinations.* London: Croom Helin.

STRAUSS, J. S. (1969). Hallucinations and delusions as points on continua function: Rating scale evidence. *Archives of General Psychiatry,* 21, 581 586.

SZASZ, T. S. (1960). The myth of mental illness. *American Psychologist,* 15, 564 580.

TIEN, A. Y. (1991). Distribution of hallucinations in the population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology,* 26, 287 292.

THALBOURNE, M. A. (1994a). Belief in the paranormal and its relationship to schizophrenia relevant measures: A confirmatory study. *British Journal of Clinical Psychology,* 33, 78 80.

THALBOURNE, M. A. (1994b). A common thread underlying belief in the paranormal, creative personality, mystical experience and psychopathology. *Journal of Parapsychology, 58,* 3 38.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1992). ICD 10. *International statistical classification of diseases and related health problems* (10th revision ed.). Geneva: World Health Organization.

YOUNG, H. F., BENTALL, R. P., SLADE, P. D., & DEWEY, M. E. (1987). The role of brief instructions and suggestibility in the elicitation of hallucinations in normal and psychiatric *subjects. Journal of Nervous and Mentall Disease, 175,* 41 48.

ZULLOW, H. M., OETTINGEN, G., PETERSON, C., & SELIGMAN, M. E. P. (1988). Pessimistic explanatory style in the historical record: Caveing LBJ, Presidential candidates, and East versus West Berlin. *American Psychologist,* 43, 673 682.

Capítulo VI

LA EXPERIENCIA *POLTERGEIST*: UN ABORDAJE PSICOTERAPÉUTICO[1]

Scott Rogo

Mientras que, por lo general, los parapsicólogos e investigadores psi buscan en vano el fenómeno psi, los individuos que han tenido experiencias psi a menudo se sienten molestos y aterrorizados. Como decía el trágico héroe de *1984*, la célebre obra literaria de Orwell, «preferiría que ésto le suceda a otra persona, pero no a mí». En parapsicología ha existido la tendencia de observar psi desde un punto de vista conductista. En línea con una orientación parapsicológica experimentalista, desafortunadamente no tomamos en consideración que deberíamos estar siempre interesados por el impacto psicológico de la experiencia psi de los individuos involucrados. Al igual que otras experiencias, el psi tendrá cierto efecto sobre la personalidad. Personas como nosotros, fascinados por psi, encontraremos la experiencia como un tema para el crecimiento interior. Pero la mayoría de los individuos que experimentan un incidente psi tiene un modo diferente de reacción psicológica para estos eventos– les temen, tratan de negarlos, racionalizarlos, y sienten inquietud por su causa. Como otras experiencias espontáneas, a menudo psi se transforma en un problema para el individuo, a menos que, apelando a mecanismos de defensa, puedan superar la ansiedad. Como Jule Eisenbud nos hizo notar, existe una antigua tradición de recursos mágicos para obstruir lo paranormal cuando ésto ocurre (Eisenbud, 1972).

Me gustaría adoptar una perspectiva un poco diferente del fenómeno psi. Pienso que como parapsicólogos tenemos la responsabilidad de ayudar a quienes se sienten afectados por las manifestaciones psi que no pueden enfrentar. Debido a que aceptamos el carácter genuino de estos fenómenos, nosotros más que ningún otro tipo de profesional (como los psiquiatras o los

[1] Originalmente publicado en el *Journal of the Society for Psychical Research* (Vol. 47, No.761, Septiembre 1974). Traducido del inglés por Jorge Villanueva.

psicólogos clínicos) deberíamos estar capacitados para ayudar a las personas involucradas en tales problemas.

El tópico básico de cómo ayudar a la gente a comprender y enfrentar las muy bizarras y mal comprendidas experiencias es enorme y no se puede cubrir en su totalidad, excepto después de mucho tiempo. Por lo tanto, me limitaré a las manifestaciones del fenómeno poltergeist (RSPK), que representa una de las más horripilantes experiencias que un individuo o una familia puede enfrentar. He elegido el poltergeist porque representa un fenómeno con el que he tenido contacto utilizando abordajes terapéuticos básicos que presentaré aquí. Como todo investigador sabe, la gente denuncia casos poltergeist a instituciones o universidades por una razón fundamental: sólo les interesa liberarse del problema. No quieren investigar el caso, ni buscan a parapsicólogos que estén dando vuelta en todos los lugares de sus casas en busca de esas criaturas escurridizas. Sólo desean un alivio o una explicación.

Para ello se necesita un abordaje diferente, es decir, un psicoterapeuta. Por supuesto, me encantaría ver más investigaciones de primera mano sobre brotes PKER y, al menos, sentir que estamos totalmente capacitados para estudiar las manifestaciones poltergeists gracias a estas investigaciones, caso contrario nunca conoceremos a fondo el misterio de su naturaleza. Sin embargo, deberíamos recordar que la actividad poltergeist implica una condición psicológica muy inestable. Las recientes investigaciones de Roll parecen establecer la teoría de que, en algunos casos poltergeists, un tipo de factor causal es la hostilidad reprimida la cual, ante las dificultades de comunicación verbal del agente y/o de reprimir, se manifiesta por medio de la energía PK (Roll, 1968, 1969). Como cualquier otro problema psicológico, estamos tratando en conjunto la probable situación de una familia con un problema de tipo PK. Muchas escuelas psicológicas han encontrado que es más provechoso concentrarse en la familia que en el individuo (Midelfort, 1957) y la parapsicología podría muy bien adoptar este abordaje también. Si así se hiciera el investigador tendría la responsabilidad, no sólo de estudiar estos supuestos hechos y hacer todo lo posible a través de la investigación y la observación, sino también ayudar a las familias que buscan su asistencia, haciéndoles comprender lo que están enfrentando, tratando de saber los fundamentos psicológicos de la situación y haciendo todo lo que se pueda para «curar» el problema con lo mejor de su talento. No necesito decir, explorando el marco

psicológico que ha dado motivo al brote de poltergeist, que se trata de un área de investigación novedosa e informativa.

Para comenzar, me gustaría ofrecer, en términos generales, una teoría de lo que parece ser un poltergeist. Hasta ahora, la evidencia sugiere que durante una situación de perturbación familiar, aparecen la frustración y la hostilidad que no pueden encontrar una válvula de escape normal. Por el contrario, esta hostilidad se proyecta de manera similar a los mecanismos psicológicos del *acting-out* y el «desplazamiento de la agresión», pero no a nivel psicológico, sino parapsicológico. Esta ruptura de la hostilidad reprimida toma entonces la forma de PK que obra sobre las frustraciones, etc. del agente, sin que éste se de cuenta de ello. El brote alivia las intensas frustraciones y tensiones que, indudablemente, podrían causar daño a las personas involucradas, a menos que éstas se puedan resolver de algún modo. Así, los fenómenos poltergeists son, en parte, terapéuticos, lo cual explica porque tales brotes tienen corta vida.

Hay muchas evidencias de esta teoría «psicopatológica» del poltergeist. Los más notable son los estudios psicológicos de Roll sobre agentes poltergeists. Por ejemplo, en su estudio del poltergeist de Newark, la cualidad más notable de Arnold, alrededor de quien se centraban los disturbios, fue servirse de su represión y la negación como mecanismos psicológicos ya que tenía escasa habilidad verbal para expresar su ira (Roll, 1969). En otro caso, Roll cita un ejemplo similar de probables agentes que negaban sus sentimentos de hostilidad (Roll, 1968). En estos casos, que representan dos de los pocos ejemplos en donde ha sido posible realizar una correcta evaluación psicodiagnóstica, los observadores indicaron que, como se había señalado, los brotes poltergeists se comprenden mejor en analogía con los mecanismos de *acting-out* en psicología clásica. Permítanme agregar que los sentimientos de hostilidad reprimidos o stress hacia figuras emocionalmente relacionadas, como los padres, también representan caldo de cultivo para el desarrollo de psicopatologías, como ha señalado Bateson (1956) en su teoría del doble-ciego.

De acuerdo a esto, es evidente que los poltergeists constituyen tanto un problema psicopatológico e interpersonal como de tipo psíquico. Esta teoría se confirma en dos casos que se han examinado dentro del dispositivo de la psicoterapia (Roll ha sugerido algo similar en la naturaleza de los poltergeists de Miami y Newark).

El primero fue reportado por la psicoanalista jungiana Mary Williams (Williams, 1964). El paciente y víctima, que se estaba recuperando de un episodio psicótico, era un hombre de 32 años que declaró haber sido acosado por un poltergeist. El supuesto poltergeist no era una mera ilusión. Invadió incluso la privacidad del consultorio de la psicoterapeuta, donde ella misma observó raps y telekinesias. Esto ocurría durante el transcurso de la terapia, en especial, durante algunas severas perturbaciones en la transferencia y contra-transferencia, lo cual marcaba el punto integral de la terapia y parecía estar representando una protesta contra el analista. Los raps y otros fenómenos que se podrían considerar como manifestaciones PK absolutamente carentes de sentido, mostraban un propósito definido e intencional cuando los analizamos en relación con el vínculo paciente-terapeuta. Incluso aún después de meses de tratamiento, el fenómeno poltergeist no se eliminó, tal vez porque la terapia no estuvo orientada a ayudar al paciente a comprender y enfrentar este problema en particular. El caso muestra el hecho de que al menos el brote poltergeist se explique por sí solo (como parecen lograrlo un alto porcentaje de problemas psicológicos de acuerdo a un estudio de Eysenck), la terapia debe estar dirigida directamente a tratar con éstos.

Mi segundo caso es menos conocido. Aparece en los reportes de Elwood Worcester (1938) un investigador que trató de combinar medicina con religión, y posteriormente parapsicología. Worcester estaba fascinado por las investigaciones de James Hyslop y Titus Bull que estaban tratando de encontrar factores psíquicos subyacentes en la enfermedad mental. Worcester intentó curar a un adicto a las drogas que creía estar «poseído» por un doctor ya fallecido. Durante la terapia, el paciente entraba en trance y en otra ocasión se escuchaban «raps» en una sesión. Ya sea que un espíritu obsesor fuese el factor causal o no, la adicción a las drogas es una cuestión demasiado compleja para debatirla aquí. Sin embargo, resulta psicológicamente significativo que los raps ocurriesen cuando el vínculo paciente-terapeuta era óptima. Por otra parte, es interesante la base patológica de un brote poltergeist, que se va a desencadenar en una situación psicoactiva. Se podría escribir todo un informe sobre casos poltergeist en donde la víctima cree estar siendo poseída por una entidad demoniaca. Lo que sea que esta asociación represente, la evidencia de la existencia de una posesión demoníaca o alguna forma bizarra de perturbación psicológica, como la histeria en el caso Aquiles de Pierre Janet (Janet, 1888), que utiliza psi como recurso para reforzar el engaño, es otra área que necesita más investigación.

Reitero que todos estos datos ponen en evidencia una característica subyacente: que los poltergeists son una manifestación parapsicológica más apropiadamente comprendida dentro del contexto de la psicopatología, y más específicamente dentro del contexto de las relaciones interpersonales. Si coincidimos con que el fenómeno poltergeist indica cierto tipo de problema, ¿cómo se hace para abordar a quienes están sufriendo a causa de estos fenómenos? El «curar» un poltergeist es un tema que a pocos investigadores ha preocupado: Obviamente, la mayoría de ellos podría estar más interesados, naturalmente, en ser espectadores de un PKER, que en ayudar a una familia a superar este problema. Por supuesto, esto es comprensible. Pero debemos tener en mente que en la mayoría de los casos se convoca a los parapsicólogos para hacer desaparecer el poltergeist; la familia involucrada los invita a su casa y ellos deben ayudarlos de cualquier forma posible a tratar esta inquietante situación.

El método más antiguo para tratar un caso poltergeist ha sido el exorcismo religioso. Desde un punto de vista meramente empírico y psicológico, se puede considerar al exorcismo como un método terapéutico. Ha sido efectivo para tratar los poltergeists en algunos casos y la razón de ello debería ser mejor investigada. Herbert Thurston cita un caso de poltergeist en la India que fue exorcizado con buen resultado (Thurston, 1954). El famoso haunting–poltergeist encantado del Castillo de Calvados fue, en parte, reducido mediante ritos religiosos (Flammarion, 1924), y un reciente poltergeist en Nueva Zelanda investigado por Raymond Bayless cesó luego de un exorcismo (Bayless, 1967). Por supuesto, en el exorcismo, como en el caso de cualquier método terapéutico, hay éxitos, fracasos y regresiones.

Desde un punto de vista psicológico, ¿porqué el exorcismo hace efecto en el brote poltergeist? Comprender esto y la naturaleza del poder curativo de los ritos religiosos nos ayudaría a entender como los poltergeists podrían ser mejor abordados junto a los métodos más convencionales de psicoterapia. El número de presuntos exorcismos tiene un efecto terapéutico sobre el sistema de creencia de los percipientes. La posición de la víctima respecto al exorcista o al parapsicólogo es similar a la relación paciente–terapeuta donde, a menudo, el terapeuta es automáticamente considerado como aquel que tiene la capacidad de comprender las verdades ocultas y posee facultades curativas. La sola presencia del terapeuta tiene un beneficio clínico, como se puede ver en los informes de Rosenthal y Frank (1956), que demostraron que cualquier clase

de psicoterapia puede contener efectos placebo. El rol mismo de los ritos religiosos podría crear este efecto placebo, especialmente porque el exorcista, como el terapeuta, son depositarios de la fe de parte de aquellos a quienes están tratando de ayudar. Una relación similar existe cuando está involucrado un parapsicólogo. Esto se podría comparar con los estudios de Eysenck, que sostiene que la gente espera que dicha asistencia mejore su estado psicológico (Eysenck, 1952).

Es interesante también señalar que, como cualquier otro sistema convencional de terapia, el exorcista o parapsicólogo proporciona una situación confiable no invasiva donde el «paciente» puede expresar sus temores y sus ansiedades sin sentir temor al rechazo o al desprecio y, de este modo, encontrarse él mismo en una sólida posición con respecto a su situación.

La necesidad de sentirse seguro es la piedra angular de muchos sistemas de psicoterapia y el rito del exorcismo coopera en esta necesidad. Aún si la familia no es abiertamente religiosa, el exorcismo podría ser visto como una regresión a lo primitivo, una modalidad intituiva de observar el Universo que ha sido evocado por la ocurrencia del poltergeist. Una familia que enfrenta un fenómeno poltergeist es drásticamente desviada desde una perspectiva positivista y materialista a una forma intuitiva de mirar las cosas, característica de las culturas primitivas y de los niños. Una antigua manera de combatir la magia era utilizando la magia misma. Los hechizos se cortaban mediante contra-hechizos o evitándolos con talismanes. Hay estudios antropológicos que demuestran que la sugestión juega un papel importante en los efectos psicosomáticos de las prácticas mágicas y que la mejor forma de superar estos efectos es por medio de una contra-sugestión (como se practicaba en las culturas primitivas). No hay duda de que tales rituales, placebos *per se*, tienen un efecto terapéutico válido. Los rituales religiosos pueden incidentalmente servir para el mismo propósito. Si se observa un brote poltergeist como un fenómeno sobrenatural, la utilización de los rituales exorcistas representan un combate mágico recurriendo a la oración (también un proceso sobrenatural) y de este modo aliviar la hostilidad y la frustración que hace explosión en la PK.

Para comprender la dinámica del poltergeist como un síndrome psicopatológico, que se vale de la PK como vehículo, y entender los ritos religiosos desde un ángulo terapéutico, los parapsicólogos deberían buscar en

las orientaciones psicológicas de asistencia más tradicionales. El origen de los casos de PK están comenzando a ser comprendidos vía los recientes datos revelados administrando tests psicométricos, como los llevados a cabo por Roll y sus colegas sobre aquellos sujetos involucrados en tales casos.

Habiendo ahora reseñado lo que –pienso– es el mecanismo psicológico subyacente del poltergeist y de su posible indicador de estrategia clínica para tal fenómeno, me gustaría ilustrar el carácter práctico de este acercamiento y considerar más a fondo la forma mediante la cual se puede abordar mejor el poltergeist a nivel clínico.

El 2 de Febrero de 1973 recibí un llamado telefónico de parte de Thelma Moss del Instituto Neuropsiquiátrico de la U.C.L.A. solicitándome examinar un presunto caso de poltergeist que había llegado al Instituto. Una familia en el Valle de San Fernando, un suburbio de Los Angeles, California, denunció una serie de acontecimientos inexplicables, presumiblemente paranormales.

Me comuniqué telefónicamente con la familia y por la tarde hice mi primer visita a la casa para escuchar el testimonio de los testigos. La familia estaba compuesta por un ingeniero industrial brasilero, su esposa y cinco hijos (un sexto hijo estuvo fuera del estado durante todo el período de la investigación). Las edades de los hijos eran las siguientes: Carol, 17; Sharon, 16; Stan, 14; Mark, 13; y Pauline, 11. En este informe escribiré usando pseudónimos y llamaré así a la familia Carter. Durante mi primer visita, que finalizó en una hora, interrogué a la señora Carter y a Sharon, Carol y Mark. Esa misma tarde retorné a la casa junto a mi colega, el parapsicólogo y escritor Raymond Bayless, retomando el testimonio original y además interrogué al señor Carter y a los niños. En ningún momento fuimos testigos de ningún hecho paranormal.

La familia era católica romana, de clase media alta, y vivían desde hacia trece años en su casa, compuesta de cuatro dormitorios. El matrimonio Carter nos pareció personas muy inteligentes, adultos sinceros que aparentaban ser testigos genuinos y confiables. Aunque el señor Carter no había sido testigo él mismo, de ninguno de los incidentes, era propenso a creer en la actividad poltergeist. Todos los niños parecían ser alegres y estar interesados, aunque temerosos de lo ocurrido. Las dos hijas mayores fueron las principales testigos. Todos los niños habían observado lo que ellos percibían como episodios

paranormales, como los que experimentó algunas veces la señora Carter cuando se hallaba sola en la casa y otras veces cuando estaba en compañía de alguno de sus hijos. Nunca durante nuestra entrevista grabada hubo algún testimonio, de parte de los muchos testigos, que fuera contradictorio; todos los informes concordaban y se confirmaban unos con otros. Ninguno de los niños manifestó «rivalidad entre hermanos», que es tan frecuente en aquellos casos donde se trata de inventar la mejor «historia de fantasmas», que a menudo siembran dudas en los informes poltergeists. Nos impresionó la falta de exageración en este caso, incluso traté de persuadir a la familia a admitir experiencias atípicas en los casos poltergeist, pero ellos no aceptaron la sugestión. Esto nos causó impresión dado que en los casos poltergeists de dudosa veracidad, los testigos están ansiosos por inventar experiencias por sugerencias de parte del investigador.

Es difícil construir una cronología exacta del caso ya que la familia estaba un poco confundida en cuanto al orden de los eventos. Aparentemente, los incidentes habían comenzado cerca de dos meses antes y se habían hecho más frecuentes hasta que un gran número de éstos, en la mañana del 2 de Febrero, hizo que la familia consultara a un pariente acerca del problema quien a su vez, se comunicó con la U.C.L.A. Los incidentes de esa mañana fueron tan intensos que, de común acuerdo, todos los miembros de la familia que estaban presentes, se reunieron en un cuarto de la casa, aterrorizados. La familia sabía algo de parapsicología y tenían un leve, pero bien fundado, interés por la PES, aunque tenían muy poco conocimiento al respecto. El señor Carter tenía mucha curiosidad acerca de nuestros grados académicos.

El primer incidente ocurrió en Noviembre de 1972. La hija más joven, Pauline, observó que un pequeño perro de lana que había en su cuarto estaba actuando de manera extraña. Ese perro de lana, de cerca de un pie de alto, tenía una oreja colgante que comenzó a moverse por si sola. Dos semanas después, mientras Sharon y Pauline estaban en el mismo dormitorio conversando, mientras Pauline tenía agarrado al mismo animal, éste saltó de entre sus manos y golpeó contra la pared junto a la cama donde ella estaba descansando. Ambas jóvenes fueron testigos.

Muchos miembros de la familia solían escuchar el sonido de una respiración y ruido de pasos; cierta vez la señora Carter sintió una brisa helada en su

rostro sin causa normal. Carol, dos noches antes de que se iniciara nuestra investigación, había escuchado ruido de pasos y respiración en el vestíbulo de su casa, situada próxima a todos los dormitorios, y ella pensó que era un ladrón. Finalmente, aunque investigó no vió nada, pero continuó escuchando el sonido de la respiración y aterrorizada, despertó a su madre. La señora Carter verificó el incidente aunque no escuchó ningún sonido inusual. Stan y Mark también informaron de los ruidos.

La señora Carter nos dijo que unos días atrás, mientras hacia sus tareas domésticas en la mañana y los niños aún dormían, una radio portátil que ella tenía en la cocina repentinamente cambió de estación y subió de volumen. Cuando la señora Carter arregló esto y retornó a sus tareas, el fenómeno volvió a repetirse. Sharon dijo que ella había tenido un incidente similar y que había observado el dial de la radio moverse por si sólo.

Un día antes de nuestra investigación, Sharon había estado escuchando radio en el cuarto de baño cuando el dial cambió a una estación diferente. Apagó la radio, pero ésta se encendió nuevamente de inmediato. Ella comunicó esto a su madre quien nos confirmó el hecho.

La noche anterior a nuestra llegada, Mark había visto una forma semejante a una sombra que se trasladaba desde su dormitorio al de Sharon, que estaba junto al suyo. Mark pensó que la sombra era la de un ladrón y cuando la figura abandonó su cuarto escuchó ruido de pies arrastrándose por el suelo desde el cuarto de su hermana. Stan también percibió una sombra parecida. A la mañana siguiente. Sharon descubrió que su armario había sido revuelto; las prendas estaban desordenadas, y muchas perchas estaban colocadas en un ángulo de 45° hacia fuera desde el armario, en lugar de estar colgadas normalmente. La familia no movió las perchas y me las hizo ver en mi primer visita. Todas las perchas sin ropa colgada se habían posicionado de ese modo.

Estas sombras son interesantes ya que la mañana posterior a que los muchachos las vieron, Sharon y Carol vieron la aparición de pies en el vestíbulo moviéndose hacia atrás y hacia delante, y al mismo tiempo la señora Carter observó una figura amorfa. Carol entonces tomó un crucifijo y ordenó a la figura que se marchara. El próximo evento, que ocurrió justo antes de mi visita, puso los pelos de punta a la familia y precipitó el llamado a la U.C.L.A.

Mark, mientras estaba sentado en su dormitorio junto a Pauline escuchando radio, de repente ésta aumentó el volumen. Mark se había quedado con Pauline porque estaba muy asustada por los incidentes que habían sucedido en la casa. Este hecho alarmó tanto a la familia que todos los niños se amontonaron junto a la madre en su dormitorio. Luego la radio se apagó. En la investigación se descubrió que el enchufe había sido arrancado de la pared. Todos los miembros de la familia que estuvieron presentes nos confirmaron este incidente.

A las 11:45 de la mañana hablé por teléfono con la señora Carter y concerté una cita para la 1 de la tarde. Entretanto, ocurrieron dos hechos extraños. Sharon y Mark estaban jugando al ajedrez cuando percibieron un fuerte aroma de loción para después de afeitarse. Al ir hacia el baño, Sharon encontró un recipiente de loción de su padre con su tapa quitada. El señor Carter admitió que era muy cuidadoso de poner las tapas nuevamente en los frascos, y además nos dijo que no había usado loción ese día. Cuando el cuarto de baño se desocupó, el lavatorio comenzó a llenarse de agua inexplicablemente y, hasta iniciar la investigación los que estaban presentes encontraron que la parte de arriba del tanque del lavatorio se había desplazado.

Luego de mi entrevista inicial esa tarde, la señora Carter había telefoneado a su madre, y mientras hablaba vio una sábana que estaba ondeando, colgada de un estante, aunque no había corriente de aire en el cuarto. La señora Carter la observó por cinco minutos, pero cesó cuando Sharon entró al cuarto.

Otro fenómeno observado durante la actividad PKER es la desaparición de una pequeña alcancía. En otros dos incidentes estuvieron involucrados más de un testigo. En el primero Sharon y Pauline estaban en el dormitorio trasero, sentadas en camas separadas. Sharon advirtió que su hermana se estaba sacudiendo y torciendo el cuello, después de lo cual se quejaba de que alguien le estaba tirando del pelo. En otra ocasión, Carol se quejaba que alguien le golpeaba el muslo mientras hablaba por teléfono con Richard, su novio. Richard llegó esa tarde a la casa de los Carter durante nuestra entrevista y confirmó que mientras estaba en el teléfono Carol había dado un grito y le dijo que estaba siendo golpeada por alguien desconocido. Pauline tenía un armario cuya puerta se cerró de golpe apretándole sus dedos mientras buscaba un plato para la merienda en la escuela. Como el señor Carter nos dijo, esa fue una de las pocas veces que ellos no tuvieron dificultad para que Pauline fuera a horario a la escuela.

Después que tomamos el testimonio completo hablamos de los incidentes con la familia y de como se sentían respecto a este asunto. Les explicamos un poco acerca de la dinámica y la naturaleza del fenómeno PKER y les dimos algunos consejos acerca de cómo manejar la situación. De alguna manera, fue similar a cualquier encuentro terapéutico con una familia en problemas. Es obvio que la familia buscaba liberarse del poltergeist y consideramos como nuestra responsabilidad ayudarlos de cualquier manera.

La sola presencia de un parapsicólogo puede tener un efecto tranquilizador en la situación. Aunque algunos investigadores, como Barrett (1911) y Lombroso (1909), pudieron observar la actividad poltergeist en toda su intensidad, todos los investigadores modernos saben bien que los fenómenos PK pueden cesar inmediatamente después de su aparición. A menudo, esto ha sido visto como una evidencia de un fraude o una mala observación del origen de los disturbios. También podría ocurrir que, por alguna razón, los fenómenos de PK espontáneos, como el psi en laboratorio, desaparecen cuando un observador se presenta al experimento (como han advertido muchos experimentadores, como Thouless, 1972). Si así fuera, los poltergeists siguen el patrón básico del psi experimental. Sin embargo, esto sugiere que hay razones psicológicas más profundas para que ocurra en el contexto familiar: Primera, el efecto placebo de tener a un parapsicólogo presente en quien la familia pueda confiar y hacia quien probablemente tengan una actitud «mágica». Existe una antigua y primitiva tradición mágica de que si alguien conoce el nombre oculto de un objeto, ejerce un control sobre éste. En esto se basan muchas ceremonias mágicas. Una familia puede tener esta actitud subyacente hacia el parapsicólogo; si él/ella comprende el fenómeno o los conoce, puede controlar el poltergeist. Su presencia, por lo tanto, podría poner a la familia en un estado mental a través del cual, como una profecía auto-cumplida, el incidente finalice. No estoy diciendo que esto siempre ocurra así, pero podría explicar porque los poltergeists a menudo se «retiran», a pesar del investigador. Una segunda razón, complementaria a la primera, es consecuencia de considerar que un poltergeist no se puede comprender en su totalidad a menos que se lo aborde como resultado global de una situación familiar. Aquí, la sola presencia de un investigador podría alterar completamente la dinámica familiar que produce la PK. La familia queda cautivada por el investigador y su investigación. Esto, momentáneamente, calma las tensiones que ha generado el poltergeist, lo cual podría explicar porque hay PK recurrentes después que se retiran los investigadores.

En el caso de los Carter, luego de la charla inicial con la mayoría de la familia, hubo sólo un fenómeno de PK. No creo que esto fuera accidental ya que después de mi charla con esta familia aquella tarde, había funcionado como un alivio al problema con métodos psicoterapéuticos. Aquella tarde, cuando Bayless y yo regresamos, hablé nuevamente con ellos de todo lo relacionado con el fenómeno. Días después llamé a los Carter y me informaron que no había habido ningún fenómeno anómalo. Tres días después fui a su casa y hablé con la señora Carter. Nuevamente me comunicaron que desde nuestra visita no hubo más problemas en su hogar. No se produjeron recurrencias desde entonces.

Para conducirse en una situación de este tipo lo más importante es conseguir que la familia hable entre sí de estos hechos anómalos, y con el terapeuta, ayudando a la familia a comprender la etiología del poltergeist y hacer que los demás miembros de la familia lo consideren como una de las muchas formas de «expresión». Hablamos de las teorías acerca de los poltergeists enfatizando la de la psicodinámica de la PKER como resultado de la negación, la frustración y la hostilidad.

Esta técnica no es novedosa para la psicología clínica y es, en mucho, una adaptación del sistema psicoterapéutico de B. Karpman (1949). En la «terapia focalizada» se procura ayudar al paciente a comprender su propio problema, esperando que el *insight* tenga un efecto terapéutico. Esto comienza con una entrevista inicial del terapeuta, que pregunta al paciente acerca de sus experiencias. Karpman también ha sugerido el uso de «biblioterapia» donde al paciente se le proporciona literatura que guarde relación con su propio problema. En un informe anterior hice referencia al caso de una joven mujer preocupada por la ansiedad y culpa por una supuesta experiencia psi a quien se le asistió significativamente mediante la lectura de tales experiencias, que resultó una prueba de que su comportamiento no era anormal (Rogo, 1974). Pienso que una técnica similar sería el mejor camino para ayudar a tratar problemas psicológicos provocados por experiencias psíquicas mal comprendidas. En el caso de los Carter nosotros les hablamos acerca de los poltergeists y de las experiencias vividas y de esta manera la familia pudo alcanzar un mayor conocimiento de su problema. Enfatizamos ésto hasta que toda la familia se puso de acuerdo en la naturaleza psicológica del fenómeno. Puesto que no puedo evaluar la eficacia de la terapia focalizada de Karpman

para tratar con los problemas psicológicos emergentes, me parece que este abordaje tiene grandes posibilidades de funcionar en situaciones donde muchos parapsicólogos no dudan en enfrentar. El objetivo del *insight* se emplea en muchos métodos psicoterapéuticos, en especial en los dispositivos psicoanalíticos, sin embargo, la terapia focalizada de Karpman y la biblioterapia resultan ser métodos atractivos a corto plazo si uno tiene que ayudar e investigar casos poltergeists. Tal vez, por este motivo, no es casual que en la terapia focalizada se evite un contacto cercano entre paciente y terapeuta; situación similar que ocurre durante la investigación psíquica.

Esta técnica es sólo el inicio ya que, aún cuando se produzca el final de los incidentes, no se podría eliminar necesariamente la psicodinámica que ha hecho surgir el brote poltergeist. Esto no sólo exige un abordaje psicológico mucho más sofisticado, sino también un sólido conocimiento clínico que el parapsicólogo puede o no puede haber alcanzado. En el caso de los Carter, nuestro éxito en poner punto final al poltergeist resultó, no solamente del *insight* por parte de la familia sino también por el hecho de que la familia fuera capaz de verbalizar las frustraciones que fueron la causa del problema. Hablaremos de esto más adelante.

Es mi opinión, aún cuando puede haber un médium–poltergeist en muchos casos de PKER, el poltergeist representa un problema familiar mucho más complejo. A este respecto, creo que es similar al modelo de Bateson y de otros teóricos que consideran que problemas mentales severos, como la esquizofrenia, son consecuencia de una anormalidad más familiar que individual (Bateson, 1956), que se concentra entonces en un miembro de la familia. En el caso de los Carter parecía no haber un agente específico, si bien mucha de la actividad poltergeist estaba centrada en Sharon, la hija de 16 años. El resto de los miembros de la familia habían sido testigos de los hechos independientemente unos de otros y la señora Carter había observado disturbios cuando ningún otro estaba presente o cuando los demás estaban durmiendo. Durante nuestras entrevistas no hubo señales de que alguno de los miembros de la familia estuviera alterado. En realidad, parecía que toda la familia estuviera canalizando colectivamente el evento.

Aún cuando estoy seguro de que podemos encontrar una respuesta a esta «familia» poltergeist examinando la interacción familiar en línea con la terapia–

familiar, podemos aplicar aquí la opinión de C. F. Midelfort (1957), un pionero en terapia familiar. El objetivo del modelo de Midelfort es permitir que los miembros pasivos de la familia expresen sus impulsos más libremente. Como se señala en este informe, y como lo hacen otros teóricos, la actividad poltergeist es una forma de expresión cuando los modos normales, como el «acting-out» o la expresión verbal, están bloqueados. En el caso de los Carter, yo esperaba que cualquier frustración puesta en palabras podría acabar con el poltergeist. Afortunadamente, la familia Carter en si misma parecía saber de mi propósito y nos dió la pista de lo que creía que era la causa de los disturbios.

Durante las charlas con la familia se hizo evidente que todo el grupo familiar no se encontraba a gusto en esa casa. El señor Carter había nacido en Brasil y, él y su familia habían viajado a México y a Brasil. Todos estaban deseosos de dejar Los Angeles y residir en uno de esos dos países latinoamericanos. Desgraciadamente, los esfuerzos del señor Carter por mudarse habían fracasado. Admitió su frustración y su familia compartió este sentimiento. A mi juicio, esta circunstancia desconcertante, al encontrarse reprimida, liberó la actividad poltergeist. En este caso, los sentimientos de hostilidad, frustración, etc. eran comunes en todos los miembros de la familia. Por desgracia, no hubo un método efectivo para acabar con esos sentimientos, y atreverse al desafío. Psicodinámicamente, a nivel inconsciente, se produjo un poltergeist para liberar tensiones y agredir simbólicamente a la casa que ellos querían abandonar. No es extraño que después la toda la familia estuviera de acuerdo con esta conclusión, aceptándola como la etiología del fenómeno, haciendo desaparecer los disturbios. Lo más interesante del caso de los Carter es que mientras el padre de familia parecía ser el único a quién la mayoría identificaba con la hostilidad, y considerarlo como el agente, no fue testigo de ninguno de los fenómenos, ya que se encontraba en su trabajo cuando ocurrian estos eventos. En cambio, su esposa e hijos parecían ser los agentes colectivos, especialmente los niños. No veo un dilema particular en esto, ¿no podrían ser los niños, que compartían la frustración, quienes inconscientemente estaban tratando de satisfacer al padre participando dinámicamente en su disgusto? Hay evidencias de que los niños pueden usar psi para complacer a las figuras parentales (Schwartz, 1971).

En este informe he intentado delinear un abordaje psicoterapéutico del poltergeist. En lugar de examinarlo únicamente como una manifestación de

psi, necesitamos comprender que el poltergeist es un medio de expresión para tratar de descubrir que es lo que se está tratando de expresar.

En este tipo de enfoque he sugerido que se lo puede abordar solo exploratoriamente, porque es claro que nuestra sociedad moderna tiene más familias perturbadas que poltergeists. Sin embargo, he descubierto que este abordaje tiene beneficios directos para los involucrados. Puede parecer extraño sostener que estas técnicas puedan funcionar con poltergeists probablemente verdaderos o falsos, ya que tal vez ambos compartan una misma psicodinámica similar, especialmente cuando están involucrados los niños. En un caso se manifesta PK real, en otro el niño exhibe su frustración fabricando incidentes. Este punto también ha sido señalado por W. G. Roll.

Esto demuestra porqué, en algunos casos que son genuinos, el niño recurre a golpes premeditados en las paredes y al lanzamiento de objetos hacia el entorno, ¿hace ésto para llamar la atención, para desconcertar, o está obedeciendo a una pulsión que libere su hostilidad apelando al mismo medio por cual utilizaría un poltergeist? Recordemos las sesiones de Eusapia Palladino donde se manifestaban fenómenos de telekinesis *después* que ella había tratado de mover objetos normalmente. Luego que se la reprimía, los objetos se movían de manera paranormal (Carrington, 1909). ¿No podrían ser los poltergeists un equivalente psicológico invertido? En el caso de los Carter la validez de la evidencias, la confirmación de las declaraciones y las verificaciones nos ofrecen cierta seguridad de que estamos tratando con un verdadero poltergeist perturbando a una familia. Creo que a través de la comprensión de la dinámica familiar de tales casos podremos conocer mejor al evento poltergeist, su etiología y su tratamiento.

BIBLIOGRAFIA

BARRETT, W. (1911). Poltergeists: Old and new. *Proceedings of the Society for Psychical Research, 25.*

BATESON, G. *et al.* (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science, 1,* 251-264.

BAYLESS, R. (1967). *The enigma of the Polt ergeist.* West Nyack, NY: Parker Publishing.

CARRINGTON, H. (1909). *Eusapia Palladino and her phenomena.* New York, NY: Dodge.

CRISTIANI, L. (1959). *Evidence of Satan in the modern world.* Toronto: Macmillan.

EISENBUD, J. (1972). Some notes on the psychology of the paranormal. *Journal of the American Society for Psychical Research, 66,* 27-41.

EYSENCK, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology, 16,* 319-324.

FLAMMARION, C. (1924). *Haunted houses.* New York, NY: Appleton.

JANET, P. (1888). *L'Automatism psychologique.* Alcan: Paris.

KARPMAN, B. (1949). Objective pychotherapy. *Journal of Clinical Psychology, 5,* 193-342.

LOMBROSO, C. (1909) *After death —What?* Boston, MA: Small, Maynard & Co.

MIDELFORT, C. F. (1957). *The family in psychotherapy.* New York, NY: Mc.Graw.

ROGO, D. S. (1974). Psi in the clinical framework of abnormal psychology. En A.Angoff & B.Shapin (Eds.), *Parapsychology and the Sciences. Proceedings of an International Conference.* New York, NY: Parapsychology Foundation.

ROLL, W. G. (1969). The Newark disturbances, *Journal of the American Society for Psychical Research, 63,* pp. 123-174.

ROLL, W. G. (1968). Some physical and psychological aspects of a series of Poltergeist phenomena. *Journal of the American Society for Psychical Research, 62,* 263—308.

ROSENTHAL, D. & FRANK, J. D. (1956). Psychotherapy and the placebo effect. *Psychological Bulletin, 53,* 294-302.

SCHWARZ, B. (1971). *Parent-Child Telepathy.* New York, NY: Garrett Publications.

THURSTON, H. (1954). *Ghosts and poltergeists.* Chicago, Ill.: Henry Regnery.

THOULESS, R. H. (1972). *From anecdote to experiment in psychical research.* London, UK: Routledge and Kegan Paul.

WILLIAMS, M. (1964). The Poltergeist Man. International *Journal of Parapsychology, 6,* 424-454.

WORCESTER, E. & McCOMB, S. (1938). *Body, mind and spirit.* New York, NY: Charles Scribner's Sons.

Capítulo VII

CONTACTO CON ESPÍRITUS: UNA PERSPECTIVA FENOMENOLÓGICA DE LA «EXPERIENCIA APARICIONAL» [1]

Harvey Irwin

Las experiencias de fantasmas, entidades, y otras formas de apariciones han sido vistas –virtualmente– en todas las culturas (Rosenblatt, Walsh, y Jackson, 1976). El interés de los parapsicólogos por estas experiencias se remonta a los principios de la investigación psíquica, aunque parte del problema estuvo enfocado en la cuestión de si las imágenes aparicionales eran objetivas o alucinatorias. Como observó Karlis Osis (1986a), este trabajo quedó inconcluso y sustancialmente improductivo. Más recientemente ha habido una necesidad de entender más la experiencia aparicional y no estudiar la aparición en si misma; esto es, explorar la perspectiva fenomenológica que ha venido surgiendo últimamente. De ahí que las características de las apariciones aparentemente objetivas y todas sus características en apariencia alucinatorias, se estudian simplemente como una característica de la fenomenología de la experiencia aparicional. Estos dos tipos de características ya no se consideran –*a priori*– mutuamente excluyentes, tampoco la necesidad de que éstas se aparten de los estudios de los parapsicólogos de otras características fenomenológicas de la experiencia.

A pesar del número de antologías de ficción de «historias verdaderas de fantasmas», hay una escasa recopilación de casos científicamente coleccionados de experiencias aparicionales que sirvan para un análisis fenomenológico. Una

[1] Esta reproducción corresponde al Capítulo «The Phenomenology of Parapsychological Experiences» de Harvey J.Irwin tomado del libro *Advances in Parapsychological Research* 7, editado por Stanley Krippner (Jefferson, NC: McFarland, 1994). Traducido del inglés por Jorge Villanueva.

de las primeras colecciones cuantificadas de casos fue el «Censo de Alucinaciones» de la Society for Psychical Research (SPR) (Sidgwick et al., 1894), pero ésta se refería específicamente a las apariciones de personas en el momento de su muerte, o en torno a ésta.

El análisis de Tyrrell (1965) en su libro *Apariciones* estuvo basado en un reducido número de casos investigados por la SPR. Uno de los pocos, pero hasta ahora el mejor estudio de experiencias aparicionales, es *Apparitions* de Green y McCreery (1975), una encuesta de experiencias no investigadas. Haraldsson (1991) también ha llevado a cabo una importante estudio de apariciones de personas fallecidas. La naturaleza de las experiencias aparicionales estudiadas por estos investigadores y el criterio para la aceptación de tales casos son tan dispares que ninguno de ellos pueden ser considerados repetibles.

Frecuencia

De acuerdo a las investigaciones de Palmer (1979) en Charlottesville, con residentes y universitarios de Virginia, el 7% había tenido una experiencia aparicional y, de este porcentaje, casi tres cuartos informaron haber tenido más de una experiencia (Irwin, 1985b). El 20% de una muestra de estudiantes universitarios de Australia recordó la experiencia. Una encuesta en Islandia llevada a cabo por Haraldsson, Gudmundsdottir, Ragnarsson, Loftsson, y Jonsson (1977) encontró que el 31% había tenido una experiencia aparicional de una persona fallecida y 11% informó de la aparición de una persona viva. En una investigación de Persinger (1974, pág. 69) en Canadá, el 32% reportó una experiencia aparicional relacionada con una persona o con un animal.

En ciertos casos, una experiencia aparicional es «compartida» por distintas personas en el lugar del acontecimiento, esto es, más de una persona dice haber «sido testigo» de la aparición. Green y McCreery (1975, pág. 41) informaron de ocho personas que experimentaron una aparición en forma simultánea. De los experimentos de Palmer (1979) y los estudios de Haraldsson (1991) una cuarta parte manifestó que la experiencia había sido colectiva. En los casos estudiados por Sidgwick *et al* (1894) y Tyrrell (1942/1963), en los que la persona que experimentó la aparición estuvo acompañada de otras personas, cerca de un tercio reconoció la relativa incidencia de casos colectivos. Por lo general, de acuerdo a Green y McCreery, no se ha establecido satisfactoriamente

que la impresión de cada experiente (la persona que experimentó la aparición) fuera coherente con su posición (1975, pág. 41).

Duración

La duración estimada de la experiencia aparicional es variable. En la investigación de Green y McCreery (1975, pág. 143) cerca del 20% de las respuestas dice que duró quince segundos o menos, cerca de la mitad consideró su duración en más de un minuto, y el 20% consideró una duración de cinco minutos o más. Un pequeño número de experiencias aparicionales podría extenderse durante unas pocas horas, si bien el percipiente pudo no haber estado continuamente enterado de la presencia durante todo ese tiempo.

Forma

Una manera de clasificar las experiencias aparicionales es en términos de sus modalidades sensoriales. Según Green y McCreery (1975, pág. 81) el 61% de sus casos fueron de una modalidad única, con un adicional de 25% limitado a dos sentidos. Para una gran mayoría (84%) fue visual (ver también Haraldsson, 1991; Sidgwick *et al.*, 1894). Cerca de un tercio de los casos de Green y McCreery tuvieron un componente auditivo, pero sólo el 14% fue totalmente una experiencia auditiva.

Sin embargo, la dominancia de la modalidad visual no se repitió en las investigaciones de Palmer (1979, pág. 228), un número mayor de sus sujetos habían escuchado a la aparición en lugar de verla. En el 8% de las muestras de Green y McCreery (1975, pág. 118) y el 10% de las muestras de Haraldsson (1991) las experiencias aparicionales fueron asensoriales, que consistían de una impresión intuitiva de «presencia» cercana, si bien la sensación de presencia no debería ser –en sentido estricto– clasificada como una experiencia aparicional.

Otra manera de clasificar las experiencias aparicionales es en términos del nivel de relación de la persona referente, esto es, el individuo con el cual la figura aparicional se relaciona. Como vimos anteriormente, la persona referente en ocasiones es una persona fallecida, y en otras, viva. Tyrrell (1942/1963, p.35ss.) definió esta distinción dentro de una taxonomía más detallada. Propuso

cuatro tipos de experiencias aparicionales: casos experimentales, casos en crisis, casos *post mortem*, casos de fantasmas y casos de apariciones.

En las experiencias aparicionales experimentales, una persona viva deliberadamente hace una aparición de si misma ante una persona elegida. Se dice que algunas de las más famosas experiencias experimentales fueron realizadas por S. H. Beard (Gurney, Myers, y Podmore, 1886, Vol.1, pp. 93-94). A causa de su extrema rareza, es muy difícil generalizar acerca de este tipo de casos, aunque parecen ocurrir cuando la persona referente está dormida o en un estado similar al trance. Además, los experientes regularmente informan que la figura aparicional daba la impresión de estar enterada del experiente y/o del ambiente circundante.

En los casos de crisis aparicional, la persona de referencia está padeciendo algún tipo de crisis en el momento de la experiencia. Por convención, se considera a una experiencia aparicional como un caso de crisis sólo si la experiencia ocurrió dentro de las doce horas de la crisis. Frecuentemente un tipo de crisis es la muerte, por lo cual se considera a la figura aparicional como una aparición. La relativa incidencia de los casos de crisis varía dependiendo de los tipos de informe. Cuando se aplicaba el criterio de aceptación de los casos de la SPR, esta forma era más comun que ninguna otra (Gauld, 1977, pág. 602), pero cuando no se cumplía con un criterio de veracidad, los casos de crisis resultaban una minoría (Green y McCreery, 1975, pág. 178-179; Haraldsson, 1991; Persinger, 1974, pág. 150). En una experiencia de crisis aparicional, la figura aparecida inicialmente se la considera como una persona real. Incluso en el momento de la experiencia, el experiente normalmente no está pensando en el individuo de referencia.

Las experiencias de apariciones *postmortem* están vinculadas a la aparición de una persona que ha fallecido, por lo menos, doce horas antes. Cerca del 60 al 70% de las imágenes percibidas de apariciones son de personas muertas, al menos en los casos no investigados (Dale, 1951; Green y McCreery, 1975, pág. 188; Haraldsson, 1985, 1991; Persinger, 1974, pág. 150).

Según el experiente, en muchos casos *postmortem*, la aparicion trató de comunicar información específica que el experiente ignoraba. La aparición pareciera estar con vida y su aparición es repentina e inesperada (Haraldsson, 1985, 1991; Persinger, 1974, pág. 150).

Los denominados fantasmas o apariciones son experiencias recurrentes; esto es, se percibe la misma aparición en el mismo lugar en varias ocasiones. Las experiencias de fantasmas parecen pasar por alto a los experientes y al entorno que los rodea, cosa que no ocurre con otras figuras aparicionales. Los fantasmas también parecen sonámbulos en sus movimientos. Algunos fantasmas ejecutan las mismas acciones en el mismo lugar en cada ocasión. Las experiencias aparicionales recurrentes menos estereotipadas involucran a un pariente o un amigo fallecido como la persona referente (Green y McCreery, 1975, pág. 63).

El sistema taxonómico de Tyrrell ha ganado cierto grado de aceptación, aunque algunos parapsicólogos han sugerido modificaciones secundarias. Gauld (1982, pág. 226) advierte la necesidad de clasificar las experiencias de apariciones de los vivos que no son ni casos de crisis ni son calificados por la cualidad volicional de los casos experimentales. Persinger (1974, pp. 151-154) nota que algunas experiencias aparicionales se relacionan con eventos pasados o futuros, y propone categorías de apariciones precognitivas y retrocognitivas. Además, Bayless presta atención en otro tipo más inusual de experiencia aparicional que incluye apariciones de animales y manifestaciones luminosas, tales como discos de luz o una figura en un círculo de luz.

Cualidades de figuras aparicionales

Las características fenomenológicas de las figuras aparicionales están basadas en la colección de casos. Tyrrell (1965) señaló las siguientes características. Las figuras parecen ser sólidas y reales. Su apariencia cambia en perspectiva segun como se mueva el experiente. Las apariciones aparentemente tapan a los objetos que se encuentran frente a ellas y las que se hallan detrás de ellas. Pueden proyectar una sombra y sus reflejos a veces se pueden ver en un espejo (en este aspecto, las figuras aparicionales evidentemente difieren de la transparente y brumosa forma tal como se la populariza en la ficción). El comportamiento de la mayoría de las figuras aparicionales (excepto tal vez el de los fantasmas) se caracteriza por que éstas parecen estar conscientes del entorno en donde se encuentran. Por ejemplo, si el experiente se mueve en la habitación, la cabeza de la aparición se mueve siguiendo sus movimientos. Además, a menudo abandonan la habitación por la puerta en vez de pasar a través de la pared.

Los ruidos asociados con las figuras aparicionales parecen reales, esto es, los experientes pueden oir el crujir de ropas o arrastrar de pies (en vez de ruido de cadenas o lúgubres lamentos). En ocasiones se ha informado que una aparición ha hablado, aunque siempre la comunicación tiende a limitarse a unas pocas palabras. Si el experiente se encuentra cerca de la aparición puede sentir una sensación de frío. Los intentos por tocar a una figura aparicional usualmente no son exitosos, aunque mucha gente dice haber pasado su mano a través de la aparición. Se puede ver a la figura aparicional moviendo un objeto o abriendo una puerta cuando objetivamente nada se ha movido de su lugar. Las apariciones no dejan huellas físicas, como pisadas, ni pueden ser fotografiadas ni grabadas en cinta, dice Tyrrell.

Hay muchas otras características fenomenológicas sugeridas por Green y McCreery (1975) en su encuesta de casos. La formación de una figura aparicional puede corresponder a una realidad objetiva o se puede modificar en algunos aspectos. Usualmente no hay discontinuidad o «apagón» al comienzo y al final de la experiencia aparicional, como ocurre en algunas experiencias extracorpóreas, por ejemplo. Para la figura aparicional es más común aparecer en forma completa en vez de componerse por partes o solidificándose frente al experiente. Al finalizar la experiencia la figura por lo general desaparece instantáneamente, aunque en algunos casos puede desaparecer gradualmente, y otras veces simplemente abandona el cuarto (por ejemplo: camina atravesando la puerta). Muchas de estas tendencias fenomenológicas se confirmaron en la investigación de Persinger en Canadá (1974, pp. 159-161).

Más recientemente, Haraldsson ha señalado que una considerable proporción (30%) de figuras aparicionales en Islandia provienen de personas que murieron en forma violenta. Haraldsson también ha descubierto en sus observaciones que una mayoría (67%) de las figuras aparicionales son masculinas.

Circunstancias de la ocurrencia

Las personas describen a su experiencia aparicional como no esperada. No obstante hay algunas correspondencias en las circunstancias de la ocurrencia del fenómeno. La mayoría de las experiencias se originan en un entorno familiar, en la propia casa del experiente (Persinger, 1974, pág. 157). En la encuesta de

Green y McCreery (1975, p.123) sólo el 12% de los casos ocurrió en un lugar en el cual el experiente nunca antes había estado. La gran mayoría de las experiencias aparicionales también tuvieron lugar puertas adentro (Green y McCreery 1975; Persinger, 1974, pp. 157-158) y a la luz del dia o con luz artificial razonablemente buena (Haraldsson, 1991).

La mayoría de las experiencias aparicionales se presentan cuando el experiente se encuentra físicamente inactivo. Green y McCreery (1975, p.124) descubrieron que las actividades previas del experiente fueron estar acostados (38%), sentados (23%), quietos (19%), caminando (18%), y otras (2%). Campbell (1987) y Persinger (1974, pág. 158) confirman la tendencia de las personas a una actividad física mínima o «automática». Persinger también señala la tendencia de percibir apariciones *postmortem* en las primeras horas de la mañana, cuando el experiente despertó súbitamente del sueño (pp. 155-158). Como Thouless (citado por MacKenzie, 1982, pág. 28) también ha observado, las actividades previas de los experientes de apariciones sugieren que tales experiencias se producen tanto en momentos de abstraerse en una representación mental o por personas con necesidad de absorción psicológica.

El experiente de la aparición

La mayoría de las variables demográficas no permiten diferenciar a los experientes de los no-experientes de las apariciones. Palmer (1979) no encontró correlaciones con sexo, raza, edad, y religión. Sin embargo, sí hubo dos que mostraron una significación estadística. Las experiencias aparicionales eran más frecuentemente reportadas por gente con bajo nivel educacional y por viudas. La «sensación de presencia» o experiencia aparicional asensorial es relativamente común entre personas que han enviudado recientemente (Simon-Buller, Christopherson, y Jones, 1988).

Quizá la cultura pueda tener impacto en las experiencias aparicionales. Varios investigadores (Bennett, 1987; Davidson y Russell, 1981; Emmons, 1982; Finucane, 1984; Thomas, 1971) han señalado la notable variedad de la experiencia en diferentes períodos históricos y en todas las sociedades de acuerdo a la función social que alimente la creencia en apariciones. Sin embargo, no hay certeza total de si tales variedades existen por la experiencia aparicional en sí misma o solamente por la reconstrucción cognitiva de los experientes y

la descripción en la narrativa de la experiencia. Gauld (1984) por su parte señala que los casos de experiencia aparicional anteriores al siglo XVII están pobremente documentados y no se los puede considerar muestra representativa de experiencias en sus respectivos períodos históricos. Los primeros relatos de experiencias aparicionales, generalmente, los escribieron personas dedicadas a promover sus propias motivaciones particulares, tanto de índole filosóficas como teológicas.

Hay pocos datos sobre el perfil de personalidad de los experientes. McCreery (1986) publicó puntajes de psicoticismo, neuroticismo, y extraversión en las personas que tuvieron la experiencia cuando se los comparaba con los baremos de los tests de personalidad, aunque no utilizó un grupo de comparación de personas que no tuvieron la experiencia.

Se le ha prestado poca atención a las habilidades cognitivas de los experientes. Aun cuando hay nuevas investigaciones que lo confirman, hay muy pocos indicios de que la imaginería contribuya sustancialmente a la experiencia aparicional (para un análisis de este tópico, ver Irwin, 1989). Experientes y no experientes evidentemente no difieren en su capacidad de absorción psicológica (Campbell, 1987), aunque algunos experientes mostraron una notable falta de absorción (Irwin, 1985). Los más recientes estudios coinciden con las observaciones de Palmer (1979) en el sentido de que los experientes de apariciones, comúnmente analizan sus propios sueños y practican meditación. La tendencia a la fantasía surge como una característica importante: como grupo, los experientes parecen ser muy propensos a la fantasía (Cameron y Roll, 1983; Campbell, 1987; Myers y Austrin, 1985, Osis, 1986b; Wilson y Barber, 1983).

Comentarios Finales

Un único y relativamente reciente estudio a gran escala de la fenomenología de experiencias aparicionales lo realizó Green y McCreery (1975) con una muestra de británicos y Haraldsson (1991) en Islandia. Evidentemente, se necesita de una base de datos más amplia. La mayor parte de los psicólogos modernos asocian –desafortunadamente– el estudio de «fantasmas» con burdas supersticiones, con lo cual desalientan cualquier investigación sobre apariciones en jóvenes estudiantes de ciencias sociales.

La experiencia aparicional asensorial o «sensación de presencia» puede ser una perspectiva productiva para futuros estudios. La frecuencia de esta impresión entre personas que han enviudado debería facilitar la investigación, y este contexto también podría ayudar a discernir la psicodinámica subyacente de las experiencias aparicionales.

La psicología de estas personas exige una mayor investigación. Los correlatos de personalidad en la experiencia no se han estudiado satisfactoriamente, e investigaciones previas de los correlatos cognitivos señalan el potencial de tales variables. El rol de las creencias previas también debe ser investigado.

BIBLIOGRAFIA

BENNET, G. (1987). *Traditions of belief: Women and the supernatural*. London: Penguin Books.

CAMERON, T. & ROLL, W.G. (1983). An investigation of apparitional experiences. *Theta, 11*, pp.74-78.

CAMPBELL, J. (1987). *Cognition and the apparitional experience: An exploratory study*. Tesis para Master no-publicada; University of New England, Armidale, Australia.

DALE, L.A. (1951). A series of spontaneous cases in the tradition of Phantasms of the Living. *Journal of the American Society for Psychical Research, 45*, 85-101.

DAVIDSON, H.R.E. & RUSSELL, W.M.S. (Eds.) (1981). *The folklore of ghosts*. Cambridge, England. Brewer.

EMMONS, C.F. (1982). Chinese ghost and ESP: A study of paranormal beliefs and experiences. Metuchen, NJ: Scarecrow Press.

FINUCANE, R.C. (1984). Appareances of the dead: A cultural history of ghosts. Buffalo, NY: Prometheus Books.

GAULD, A. (1977). Discarnate survival. En B.B.Wolman (Ed.), *Handbook of parapsychology* (pp.577-630). New York: Van Nostrand Reinhold.

GAULD, A. (1984). Review of Appearances of the dead: A cultural history of ghosts by R.C.Finucane. *Journal of the Society for Psychical Research, 52*, 330-333.

GREEN, C. & McCREERY, C. (1975). *Apparitions*. London: Hamish Hamilton.

HARALDSSON, E. (1985). Representative national surveys of psychic phenomena: Iceland, Great Britain, Sweden, USA and Gallup's multinational survey. *Journal of Society for Psychical Research, 53*, 145-158.

HARALDSSON, E. (1991). Apparitions of the dead: Analyses of a new collection of 350 reports. Inforem presentado en la 34th Annual Convention de la Parapsychological Association, Heidelberg, Alemania.

HARALDSSON, E.; GUDMUNDSDOTTIR, A.; RAGNARSSON, A., LOFTSSON, J.; & JONSSON, S. (1977). National survey of psychical experiences and attitudes toward

the paranormal in Iceland. En J.D.Morris, W.G.Roll, & R.L.Morris (Eds), *Research in Parapsychology 1976* (pp.182-186).

IRWIN, H.J. (1985). Parapsychological phenomena and the absorption domain. *Journal of the American Society for Psychical Research, 79*, 1-11.

IRWIN, H.J. (1989). *An introduction to parapsychology*. Jefferson, NC: McFarland.

MACKENZIE, A. (1982). *Hauntings and apparitions*. London: Heinemann.

McCREERY, C. (1986). *Spontaneous experiences and the Eysenck Personality Questionnaire* (EPQ). Informe presentado en la 10ma. Conferencia de la Society for Psychical Research, Trinity College, Cambridge, England.

MYERS, S.A. & AUSTRIN, H.R. (1985). Distal eidetic technology: Further characteristics of the fantasy-prone personality. *Journal of Mental Imagery, 9*, 57-66.

OSIS, K. (1986a). Apparitions old and new. En K.R.Rao (Ed.), *Case studies in parapsychology* (pp.74-86). Jefferson, NC: McFarland.

OSIS, K. (1986b). Characteristics of purposeful action in an apparition case. *Journal of the American Society for Psychical Research, 80*, 175-193.

PALMER, J. (1979). A community mail survey of psychic experiences. *Journal of the American Society for Psychical Research, 73*, 221-252.-

PERSINGER, M.A. (1974). *The paranormal: Part I*. Patterns. New York: MSS Information Corporation.

ROSENBLAT, P.C.; WALSH, R.P. & JACKSON, D.A. (1976). *Grief and mourning in cross-cultural perspectives*. New Haven, CT: HRAF Press.

SIDGWICK, *ET AL*. (1894). Report of the Census of Hallutinations. *Proceedings of the Society for Psychical Research, 10*, 25-422.

SIMON-BULLER, S. CHRISTOPHERSON, V.A. & JONES, R.A. (1988). Correlates of sensing the presence of a deceased spouse. *Omega, 19*, 21-30.

THOMAS, K. (1970). *Religion and the decline of magic*. London: Weinfeld & Nicolson.

TYRRELL, G.N.M. (1965). *Apariciones*. Buenos Aires: Paidós.

WILSON, S.C. & BARBER, T.X. (1983). The fantasy-prone personality: Implications for understanding imagery, hypnosis, and parapsychological phenomena. En A.A.Sheikh (Ed.), *Imagery: Current theory, research, and application* (pp. 340-387). New York: Wiley.

Capítulo VIII

EL PROCESAMIENTO EMOCIONAL DE LAS EXPERIENCIAS PARANORMALES EN PSICOTERAPIA GRUPAL[1]

Daniel Gómez Montanelli y Alejandro Parra

La parapsicología ha tenido su origen a partir del estudio de casos espontáneos. Los pioneros de la investigación psíquica a través de colecciones de casos, encuestas y estudios de campo llevaron a cabo una labor formidable en la recopilación y clasificación de tales eventos. No obstante estas clasificaciones varían de autor en autor (ver Alvarado, 1996; Klimo, 1998; Rhine, 1981) y en su larga lista pueden incluirse movimiento de objetos, visión del aura o energía humana, comunicación con los muertos, recuerdo de vidas pasadas, casas encantadas, experiencias fuera del cuerpo, apariciones de fantasmas y percepción extrasensorial en sueños o en vigilia. La encuesta, específicamente hablando, ha sido un instrumento útil para cuantificar y evaluar la ocurrencia y la frecuencia de las experiencias parapsicológicas. Comprenden desde muestras de miles de personas –representativas de la población general– hasta otras más pequeñas, algunas de las cuales incluyen la exploración de fenómenos específicos, tales como las experiencias fuera del cuerpo o las apariciones.

Sin embargo, fue a partir del surgimiento del paradigma rhineano, en los años treinta, que la investigación tomó un nuevo rumbo. Influidos por la orientación conductista dominante, los investigadores pos-rhineanos limitaron en mucho su campo de observación y estudio, poniendo énfasis sobre el control experimental de psi en un intento por «probar» su existencia. Este estrechamiento vino acompañado por ventajas y desventajas. El éxito de los estudios experimentales del paradigma rhineano contribuyó en mucho al

[1] Originalmente publicado en la *Revista Argentina de Psicología Paranormal*, Vol. 14, No. 1-2 (53-54), Enero-Abril 2003, pp. 9-27.

reconocimiento académico de la parapsicología, pero silenció el interés por el estudio de las experiencias psi espontáneas.

Como consecuencia de la difusión pública de la labor científica iniciada por J.B.Rhine en el Laboratorio de Parapsicología de la Duke University, su esposa Louisa (Rhine, 1961, 1975) observó en la correspondencia recibida que muchas personas escribían relatando sus experiencias no-ordinarias. Ella recopiló y clasificó miles de estas experiencias. Naturalmente, L.E. Rhine sugirió que si bien tales experiencias no podían constituir *per se* una evidencia científica, no obstante, estaban demostrando su enorme impacto en las personas que las experimentaban. Por ejemplo, muchas personas presentaban explícitamente dudas e inquietudes semejantes, tales como: ¿qué significa esto? o ¿cómo puede ser explicado? mostrando su deseo por obtener información confiable que les permitiera comprenderlas. L.E.Rhine concluye diciendo que las personas que han experimentado psi necesitan entender qué fue lo que les pasó.

Para mostrar la naturaleza intensa de psi, en contraste con la evidencia experimental, los investigadores de casos espontáneos, pusieron más énfasis en evaluar y medir la naturaleza, propiedades de tales eventos que en sus características cognitivas y emocionales. Carlos S. Alvarado (1996), en su discurso presidencial para la Parapsychological Association (PA), dijo: «¿Cuántas veces se nos ha pedido a todos explicar las experiencias y no hemos tenido ni idea sobre qué decirles, excepto ofrecerles las regulares clasificaciones virtualmente inútiles? Me he encontrado en esta situación muchas veces... Primero decimos que se ha realizado muy poca investigación sobre el tema. O, si somos honestos, simplemente decimos que no sabemos. En segundo lugar, pasamos revista a las explicaciones normales, enfatizando que ni los espíritus ni psi están necesariamente implicados, y así continuamos. La parte más frustrante de todo esto es no saber qué decir porque nosotros mismos hemos decidido permanecer ignorantes en este campo».

En efecto, su crítica se aplica a todo instituto de parapsicología que recibe llamadas de personas pidiendo ayuda. La mayoría de éstos no están preparados para la actividad clínica. Fuera de alguna información general lo único que pueden hacer es tratar de derivar a la persona a un psiquiatra o un psicólogo que tenga interés en el tema y que sea más o menos «abierto» hacia este tipo de experiencias. El estudio del fenómeno poltergeist (PKER) es una excepción:

es generalmente aceptado entre los parapsicólogos que la personalidad del agente poltergeist sufre de extrema presión emocional y no es capaz de contener esa presión de una manera normal (Martínez Taboas, 1980; Palmer, 1974; Rogo, 1974, 1982; Roll, 1970a, 1970b).

El abordaje terapéutico de las experiencias parapsicológicas ha sido un tema de enorme interés por parte de muchos psicólogos clínicos. Los psicoanalistas inauguraron un enfoque psicodinámico para tales experiencias, principalmente sobre la transferencia y el rol de la comunicación telepática en la psicoterapia y en «transferencia» analítica (Carvalho, 1996; Tornatore, 1977; Devereux, 1953; Ehrenwald, 1954a, 1954b), la relación padres-hijos y la PES (Ehrenwald, 1954c) y los sueños telepáticos (Ehrenwald, 1948a, 1948b; Servadio, 1953). Otros estudios han incluido observaciones o abordajes clínicos de las experiencias parapsicológicas (Caratelli, 1996; Fodor, 1959; Si Ahmed, 1990), análisis teóricos de casos espontáneos (Ehrenwald, 1956), e incluso el desempeño de los psíquicos como consejeros o terapeutas (Connell y Cummins, 1957; Criswell y Herzog, 1977).

Las personas que han experimentado situaciones o experiencias sugestivas de psi, al buscar al parapsicólogo, traen sus dudas sobre aquello que les ha ocurrido, así como también el tipo de reacción que –de algún modo u otro– han tenido frente a dichas experiencias (Hastings, 1993). La forma mediante la cual la persona reacciona a cualquiera de estas experiencias puede ser más relevante que los detalles de la experiencia misma. Cuando una persona relata una experiencia psi espontánea, básicamente está buscando alguna explicación (Harary, 1993; Pallú, 1996). En efecto, desde hace dos décadas existe un creciente interés por organizar conocimientos dentro de una perspectiva clínica, tanto por el número de instituciones especializadas[2] como por el abordaje

[2] Debemos mencionar los intentos pioneros del *Spiritual Emergency Network* (SEN), con orientación en psicología transpersonal, coordinado por Christine y Stanislav Grof desde 1980. Jon Klimo ha desarrollado un programa educacional para formar psicoterapeutas entrenados en el tratamiento de experiencias extraordinarias. La *Organization for Paranormal Understanding and Support* y el *Neurobehavioral and Psychological Institute* de Jerry Solfvin, Virginia Bennet y Pam Health, la *Office of Paranormal Investigations* de Lloyd Auberbach, el *Program for Extraordinary Experience Research* de Hellen Billings y el *Center for Treatment and Research of Experienced Anomalous Trauma* de Rima Laibow en los Estados Unidos, el *Instituto do Cerebro* de Núbor O. Facure en Brasil y el *Institute für Grenzgebiete der Psychologie* de Johannes Mischo en Alemania son todas organizaciones que brindan servicios de referencia, educación e información a quienes tienen experiencias paranormales emocionalmente intensas, así como a otros profesionales, y a familiares y amigos de estas personas.

clínico aplicado. Este último incluye desde la psicoterapia psicoanalítica (Eisenbud, 1970, 1972, 1982; Si Ahmed, 1990), rogeriana (Kramer, 1993) hasta enfoques cognitivos (Harary, 1993; Parker, 1993; Belz-Merk, 2000).

La terapia grupal ha focalizado experiencias tales como la abducción extraterrestre, las experiencias cercanas a la muerte (Furn, 1987; Klimo, 1998), y las apariciones (Harary, 1993). Otros estudios incluyen desde un enfoque psicoterapéutico para familias victimizadas por eventos de tipo *poltergeist* (Rogo, 1974; Snoyman, 1985) hasta la optimización de los puntajes extrasensoriales mediante la interacción grupal (Bononcini y Rosa, 1987; Carpenter, 1988). Sin embargo, el estudio de las características emocionales de las experiencias parapsicológicas espontáneas aplicando estrategias de encuentro, ha sido un territorio poco explorado.

La psicología y la psicoterapia de grupo tienen una extensa e importante tradición en Argentina, principalmente para el tratamiento por abuso de sustancias, alcoholismo, fobias, ataques de pánico, depresión, víctimas de accidentes, duelos, intentos de suicidio, maltrato físico, sexual y emocional, y una diversidad de otras disfunciones psicológicas y físicas. Las primeras experiencias sobre psicoterapia grupal comenzaron a partir de 1950 con Enrique Pichon Rivière (Pichon Rivière, 1985) y principalmente a mediados de los años cincuenta con la publicación de *Psicoterapia de Grupo* (Grinberg, Langer, y Rodrigué, 1956). Esto fue seguido por un importante desarrollo del psicodrama de Iacov Moreno (Bustos, 1978; Rojas Bermúdez, 1968) y del psicodrama psicoanalítico (Martínez Bouquet, Moccio y Pavlovsky, 1969).

Martínez Bouquet en Argentina inició, desde 1989, los primeros grupos de diálogos para personas con emergencias espirituales en el *Spiritual Emergency Network* (SEN) de Argentina. Esta actividad ha sido mantenida hasta el presente. A partir de la experiencia de uno de nosotros (DGM) en el SEN de Argentina y en el Instituto do Cérebro de Brasil, convocamos a personas que tuvieron experiencias psi y relacionadas con psi espontáneas –con especial énfasis en personas cuyas experiencias aparecieron acompañadas por un alto nivel de ansiedad– con el objeto de organizar grupos de reflexión desde un enfoque humanístico-transpersonal.

Paralelamente a la actividad clínica fue llevado a cabo un estudio exploratorio

y descriptivo de las reacciones emocionales y cognitivas, de las características psicológicas predominantes de estas personas hacia sus experiencias y su procesamiento. Pensamos que su enfoque clínico posiblemente proporcionará información valiosa a la parapsicología sobre el psicodinamismo de psi.

La muestra comprendió 32 participantes de ambos sexos (60% mujeres y 40% varones), cuyas edades oscilan entre los 19 y los 83 años (media= 43.16; SD= 14.96). Aunque logramos convocar 47 participantes, once (23.40%) abandonaron los grupos y cuatro (8.51%) no presentaron típicas experiencias psi o relacionadas con psi [3]. Los 32 (68.08%) restantes han experimentado –al menos– una experiencia psi o relacionada con psi. Debemos advertir que quedaron excluídos de este estudio aquellos quienes decían estar siendo victimizados por sectas satánicas o «dañados» a distancia, pacientes psiquiátricos, o quienes recurrieron a nosotros para controlar o desarrollar sus habilidades psi. Aunque todos ellos pueden ser de gran interés para la parapsicología clínica no constituyeron para nosotros el tipo de población que estamos estudiando. Con el objeto de explorar el motivo de consulta, el resultado de nuestro desempeño clínico, y los principales cambios emocionales y cognitivos de los participantes en los grupos de reflexión hacia sus experiencias psi o relacionadas con psi, diseñamos un cuestionario de transformación emocional y cognitiva. El Cuestionario de Transformación Emocional y Cognitiva (CTE&C) es un cuestionario autoadministrado de once ítems. Contiene dos preguntas cuyas respuestas deben ser indicadas marcando con una equis la/s respuesta/s correcta/s (la pregunta 1 y 9), dos preguntas presentan una escala (las preguntas 10 y 11) donde 0 es ausencia y 1–9 mide el grado de malestar emocional, seis preguntas (las preguntas 3, 4, 5, 6, 7 y 8) con escalas ordinales (Ninguna, Baja, Medianamente, Alta, Muy Alta), y una pregunta (la pregunta 2) de respuesta libre. Los ítems del CTE&C son descritos como sigue:

Reacciones emocionales: Esta pregunta fue diseñada para señalar las reacciones emocionales tuvieron frente a las experiencias psi o relacionadas con psi.

Motivo de consulta: Esta pregunta fue diseñada para expresar cuál fue el motivo de consulta y cuáles eran las expectativas (en términos de ansiedades, deseos,

[3] Este 8.51% presentaba disfunciones psicológicas no-resueltas y fueron derivados para recibir orientación psicoterapéutica.

fantasías, o creencias) al momento de acercarse al grupo. La respuesta para esta pregunta era libre para el encuestado.

Satisfacción del motivo de consulta: Esta pregunta fue diseñada para indicar en qué medida la actividad del grupo satisfizo las expectativas iniciales.

Resignificación emocional: Esta pregunta fue diseñada para auto-evaluar la transformación emocional que el encuestado experimentó respecto a su experiencia psi o relacionada con psi como consecuencia de su desempeño en el grupo.

Comprensión racional: Esta pregunta fue diseñada para auto-evaluar la comprensión racional que el encuestado experimentó respecto a su experiencia psi o relacionada con psi como consecuencia de su desempeño en el grupo.

Procesamiento: Esta pregunta –que sintetiza los dos procesos anteriores– fue diseñada para auto-evaluar el nivel de procesamiento (asimilación emocional, comprensión racional, y búsqueda de sentido) que el encuestado alcanzó a través de la actividad del grupo.

Contención emocional del grupo: Esta pregunta fue diseñada para auto-evaluar en qué medida el encuestado sintió contención emocional (siendo escuchado, aceptado, comprendido, y acompañado) por los participantes del grupo.

Contención emocional de la coordinación: Esta pregunta fue diseñada para auto-evaluar en qué medida el encuestado sintió contención emocional (siendo escuchado, aceptado, comprendido, y acompañado) por la coordinación del grupo.

Beneficios secundarios: Esta pregunta fue diseñada para auto-evaluar los eventuales efectos o necesidades que fueron satisfechas con respecto a la/s experiencia/s psi o relacionada/s con psi, o bien en otras áreas de la vida del participante durante la actividad del grupo.

Conflictividad antes de participar en el grupo: Esta pregunta fue diseñada para auto-evaluar, en caso que el encuestado haya tenido alguna/s experiencia/s psi o relacionada/s de psi conflictiva/s o traumática/s, el grado de conflictividad emocional antes de iniciar la actividad del grupo.

Conflictividad después de participar en el grupo: Esta pregunta fue diseñada para auto-evaluar, en caso que el encuestado haya tenido alguna/s experiencia/s psi o relacionada/s de psi conflictiva/s o traumática/s, el grado de conflictividad emocional al finalizar la actividad del grupo.

La Consultoría en Parapsicología Clínica del Instituto de Psicología Paranormal organizó, entre Abril de 1999 y Noviembre de 2000, diez grupos de reflexión no-arancelados para personas que experimentaron eventos psi espontáneos –no necesariamente traumáticos o conflictivos. Nuestra muestra incluyó a personas que querían obtener más información sobre el proceso que habían vivido o que estaban vivenciando, y a quienes querían compartir sus experiencias (especialmente aquellos para quienes tales experiencias fueron emocionalmente intensas o significativas para su vida). El objetivo de estos grupos fue compartir experiencias parapsicológicas, reflexionar sobre éstas, e intercambiar conocimientos e informaciones con el grupo y sus coordinadores[4].

Una carta era enviada por correo postal, correo electrónico, o por fax, anunciando una conferencia pública y gratuita. Organizamos regularmente nueve conferencias, públicas y gratuitas, anunciadas en medios de prensa[5]. Esta difusión también atrajo numerosas consultas y pedidos de información de nuestra actividad. La modalidad de trabajo de la consultoría fue dividida en dos etapas: (1) conferencia informativa, y (2) grupos de reflexión:

1. *Conferencia informativa*: Decidimos que todos los interesados debían asistir a una conferencia, antes de tomar parte en los grupos de reflexión. Durante cada conferencia, ambos autores explicaban los conceptos usuales en parapsicología, el resultado de encuestas que reportaban que más de la mitad de la población había tenido experiencias psi espontáneas, los tipos de reacciones más comunes

[4] Periódicamente, la Consultoría informaba de sus actividades a las personas que habían reportado sus datos en un cuestionario de experiencias extrasensoriales. En la encuesta, el carácter conflictivo o traumático para cada experiencia, era dado por el propio sujeto. Durante la actividad de los grupos, el grado de conflictividad de las experiencias era revisado para una mejor evaluación de éstas, tanto de las que habían sido reportadas como tales y de las que no. En tal contexto, fue aplicado un criterio más introspectivo que el que proporciona una medición sociométrica.

[5] Uno de nosotros (AP) participó regularmente en varios programas de radio y TV.

frente a las experiencias psi (miedo, ansiedad, angustia), el enfoque tradicional de la psicología y de la psiquiatría, el propósito de las actividades de la Consultoría del IPP y el funcionamiento de los grupos. Asistieron entre 20 a 50 personas por conferencia. De común acuerdo, los coordinadores y todos aquellos interesados convenían un día y un horario a elección para un encuentro semanal, a lo largo de aproximadamente diez a doce semanas. Una vez iniciado el grupo, éste no recibía nuevos miembros. Toda otra persona que tuviese interés en participar de un grupo era convocada a una nueva conferencia, para la cual eran constituidos uno o más nuevos grupos.

2. *Grupos de reflexión*: Cada grupo fue coordinado por DGM. AP participó como observador. AP llevó también un registro en audio del relato de cada experiencia. El tiempo de cada encuentro fue de noventa minutos. El número de participantes osciló entre dos a siete personas por grupo. El tiempo promedio de encuentro de cada grupo fue de 6.4 meses (aproximadamente 45.5 horas mensuales). La dinámica de los grupos comprendía tres etapas: (a) sostén y procesamiento emocional, (b) interpretación y procesamiento cognitivo, y (c) cierre de la actividad grupal y devolución de la evaluación psicológica.

   a. *Sostén y procesamiento emocional*: Las primeras reuniones permitieron crear un ámbito de sostén y contención emocional. Durante esta etapa, nosotros esperamos que cada participante pudiera sentirse respetado, escuchado y acompañado empáticamente durante la narración de su experiencia. Invitábamos a que cada participante pudiese compartir su experiencia incluyendo sus reacciones emocionales –actuales y pasadas, temores o dudas, evitando en lo posible todo tipo de análisis interpretativo. Tanto nosotros como los miembros del grupo podían pedir más detalles acerca de la naturaleza de la experiencia o sus reacciones emocionales. Este proceso fue conducido dentro de un contexto apropiado de cordialidad, apertura y respeto.

   b. *Interpretación y procesamiento cognitivo*: Luego que finalizara la narración de todas las experiencias de los miembros, la segunda etapa era iniciada. AP leía la narrativa de la experiencia que había sido ya compartida. Todos los errores u omisiones que podía contener como consecuencia de su desgrabación eran corregidos. Más detalles sobre la experiencia o sus reacciones emocionales podían ser requeridas por nosotros. Cada participante era invitado a dar su opinión respecto a aquello que creía que le había sucedido. A continuación, los demás miembros también expresaban su opinión. Luego, proporcionábamos hipótesis presuntivas desde nuestra formación en parapsicología o en psicología transpersonal. Según el caso, podíamos recomendar lecturas sobre el tema, en tanto la persona demostrara interés en obtener mayor información. Finalmente, el participante hacía su propia síntesis a partir de las reflexiones y de las informaciones que acababa de escuchar.

   c. Cierre de la actividad grupal y devolución de la evaluación psicológica: A lo largo de las dos etapas anteriores los participantes debían completar los siguientes tests: Eysenck Personality Inventory, Psychiatric Epidemiological Research Interview, Progressive Matrices Test, Minnessotta Multiphasic Personality Inventory-2, Dissociative Experiences Scale, y Cuestionario Desiderativo. También fue administrado un cuestionario diseñado por DGM para medir signos y síntomas fisiológicos, psicológicos y transpersonales asociados a las experiencias psi y relacionadas con psi (ver Conclusiones: Tercera Parte). Una vez finalizada la segunda fase, cada participante era entrevistado individualmente por DGM para una devolución de los resultados de la evaluación psicológica. Finalmente, una reunión de cierre para la actividad grupal era organizada por nosotros. Durante la reunión de cierre, administramos el cuestionario de transformación emocional y cognitiva.

Reacciones emocionales a psi: Entre las opciones presentadas en el Cuestionario de Transformación Emocional y Cognitiva (TE&C), el porcentaje global de miedo fue 88.8%, que incluye miedo a lo desconocido (33.3%), miedo a no ser comprendido por los otros (22.2%), miedo a no poder controlar la

experiencia (18.5%), miedo a perder la razón (11.1%), y miedo a morir (3.7%). Asombro (55.6%), perplejidad (sensación de no poder comprender lo que sucedió) (48.1%) y sentimiento de bienestar o plenitud (37 %) fueron también reportados por los participantes de los grupos.

Motivo de consulta: Agrupamos las respuestas en ocho categorías, que incluyen comprender mis experiencias (40.8%), curiosidad (20.2%), escuchar las experiencias de otras personas (9%), ser comprendido por otras personas (9%), necesidad de recibir sostén emocional por mis experiencias (9%), necesidad de un diagnóstico diferencial (4%), necesidad de encontrar un sentido a mis experiencias (4%), y deseos de cooperar con el proyecto de investigación (4%).

Satisfacción del motivo de consulta: El 44.4% de los participantes indicó que el grupo había satisfecho sus expectativas iniciales en un nivel alto, el 29.7% en un nivel medio y el 25.9% en un nivel muy alto.

Resignificación emocional: El 44.4% de los participantes indicó que el grupo de reflexión le ayudó a tener un cambio emocional más saludable y benigno para sus experiencias en un nivel alto, el 29.7 % en un nivel medio y el 25.9% en un nivel muy alto.

Comprensión racional: El 48.2% de los participantes indicó que el grupo de reflexión le ayudó a tener una alta comprensión racional de sus experiencias, el 29.6% un nivel medio, el 18.5% un nivel muy alto y el 3.7% un nivel bajo.

Procesamiento: El 51.9% de los participantes indicó haber tenido un alto nivel de procesamiento, el 25.9% un nivel medio y el 22.2 % un nivel muy alto.

Contención emocional del grupo: El 51.9% de los participantes dijeron haber sentido contención emocional del grupo en un nivel muy alto, el 37.0 % en un nivel alto y el 11.1 % en un nivel medio.

Contención emocional de la coordinación: El 51.9% de los participantes de los grupos de reflexión dijeron haber sentido contención emocional de la coordinación en un nivel muy alto y el 44.4% en un nivel alto.

Beneficios secundarios: El 51.9% de los participantes manifestó que el grupo

contribuyó a su desarrollo personal o espiritual, el 40.7% manifestó haber encontrado un nuevo sentido a sus experiencias psi y el 33.3% dijo sentirse mejor emocionalmente gracias a su participación en el grupo. El 29.6% indicó sentirse mejor en sus relaciones interpersonales. Este mismo porcentaje manifestó haber encontrado un sentido a su vida y el 18.5% indicó mejor desenvolvimiento en su trabajo o en otras áreas de su vida.

Conflictividad antes de participar en el grupo: La media de la muestra para malestar emocional antes de iniciar la actividad grupal fue de 4.85.

Conflictividad después de participar del grupo: La media de la muestra para malestar emocional al terminar la actividad grupal fue de 1.70.

Conclusiones

Las reacciones emocionales de las experiencias extrasensoriales están muy pobremente documentadas en la literatura parapsicológica (Sannwald, 1963; Stevenson, 1970. Para una revisión ver Irwin, 1994). En este estudio encontramos que, sobre una muestra de 32 participantes, sus *reacciones emocionales* hacia las experiencias psi espontáneas fueron: miedo –en diversas formas– por casi las tres terceras partes de la muestra (88.8%), que incluye miedo a lo desconocido (33.3%), a no ser comprendido (22.2%), a no poder controlar la experiencia (18.5%), a perder la razón (11.1%) y a morir (3.7%) (ver Tabla 4). El «temor a psi» como variable actitudinal ha sido destacada en la literatura parapsicológica. Es posible que el temor a psi sea parte tanto del *error-psi* en los estudios experimentales de la PES, especialmente las «cabras» en términos de Schmeidler (en el efecto «cabra-oveja»), como también un componente en el rechazo sistemático que algunos escépticos sostienen contra la parapsicología (Irwin, 1985; Tart, 1984; Tart y Labore, 1986).

Después de miedo, encontramos que más de la mitad reportó asombro (55.6%) y perplejidad, sensación de no entender lo que sucedió, casi la mitad de la muestra (48.1%). Creemos que mientras que el miedo es, posiblemente, una emoción básica de defensa frente a psi, el asombro y la perplejidad probablemente están más relacionados con el procesamiento cognitivo de las experiencias psi espontáneas.

A continuación, en orden decreciente, el sentimiento de bienestar o plenitud fue reportado por más de la tercera parte (37%) en contraposición con otros sentimientos displacenteros, tales como ansiedad (22.2%), angustia (11.1%) y malestar físico (7.4%). Estos resultados sostienen la observación de Keith Harary, quien dice que es importante tener en cuenta que las experiencias psi espontáneas a menudo tienen un impacto positivo en la vida de la persona y que son indicadoras de un continuo proceso de crecimiento personal y un mayor sentimiento de conexión con el mundo, con las otras personas, y con el propio potencial. Las experiencias psi también podrían representar una respuesta saludable a un entorno hostil y alienante (Harary, 1993). En un estudio, Irwin (1989a) incluyó un ítem de sentimientos inmediatamente después de la experiencia: el 18% reportó estar feliz o alegre, el 25% ansiedad, el 5% depresión, y el 52% restante manifestó asombro, curiosidad y perplejidad. Estas proporciones tienen cierta relación con las obtenidas por nosotros.

En relación con el *motivo de consulta*, el 40.8% de los participantes manifestó interés por tratar de comprender sus experiencias y el 20.2% consultó por curiosidad. El 40.8% coincide con la observación señalada por otros autores (Alvarado, 1996; Harary, 1993; Hastings, 1993; Pallú, 1996; Rhine, 1961, 1975), según la cual estas personas necesitan comprender que fue lo que les ocurrió. Algunos autores encontraron que sus encuestados reportaban haber tenido en ocasiones experiencias telepáticas con otras personas con quienes tenían una relación emocional. Otros reportaron casos donde las experiencias psi y relacionadas con psi (PES o premoniciones en sueño y en vigilia, o apariciones) tenían relación con crisis personales (enfermedades o accidentes), con la muerte de alguien querido, u otros eventos de importancia para el participante (Green, 1960; Irwin, 1989a, 1989b; Prasad y Stevenson, 1968; Rhine, 1964; Sannwald, 1963; Schouten, 1981, 1982).

Más de dos tercios de la muestra (70.3%) indicaron que *sus expectativas iniciales* fueron satisfechas en un nivel alto y muy alto, y una cuarta parte (25.9%) en un nivel medio. Debemos destacar que estos datos son altamente consistentes con los porcentajes que señalan el nivel de procesamiento de sus experiencias.

En todos los grupos, el número de experiencias informadas, su intensidad emocional, y el tiempo psicológico necesario para su procesamiento nos obligó a aumentar el número de 6–8 reuniones originariamente previstas a

10–12, no obstante el encuadre se mantuvo firme (reuniones semanales de noventa minutos) y la coordinación focalizó su desempeño sólo en torno a las experiencias psi y relacionadas con psi. Somos conscientes que sin desatender los objetivos de la investigación, esta circunstancia hizo que durante este período nuestro desempeño haya sido más rico desde el punto de vista cualitativo que cuantitativo.

Nuestro objetivo fue trabajar sobre el procesamiento emocional y cognitivo de las experiencias psi y relacionadas con psi. Entendemos que el procesamiento emocional es una condición necesaria para su procesamiento intelectual. Las dos primeras etapas de la actividad grupal sirvieron a este propósito: La primera estuvo centrada en el procesamiento de las emociones aplicando un enfoque humanístico-transpersonal; mientras que la segunda, estuvo orientada hacia una comprensión intelectual de las experiencias, semejante a la noción de construcción en psicoanálisis (Freud, 1937), aplicando los conocimientos provenientes de la parapsicología y de la psicología transpersonal. En consecuencia, decidimos evaluar tanto estas dos etapas como la síntesis final de las mismas, es decir, la capacidad de los participantes para integrar las experiencias a su vida cotidiana.

La distinción antes mencionada entre *procesamiento emocional, cognitivo* y la *síntesis resultante de ambos* puede ser también vista desde la percepción de los propios participantes. Si los datos reportados son comparados con las tres etapas descritas en *Procedimiento* las diferencias podrán ser observadas: el 70.3% de los encuestados expresó haber alcanzado un nivel alto y muy alto de *resignificación emocional* para sus experiencias parapsicológicas y el 29.7% un nivel medio. Con respecto a la *comprensión racional* de sus experiencias, los índices fueron próximos pero no iguales: el 66.6% dijo haber alcanzado estos resultados en un nivel alto y muy alto, el 29.6% en un nivel medio y el 3.7% en un nivel bajo. Si bien las diferencias fueron pequeñas, revelan un mayor grado de satisfacción de los participantes en relación con la primera etapa más que con la segunda. Respecto a la *síntesis del proceso,* 74.1% manifestó haber podido integrar sus experiencias en la vida cotidiana en un nivel alto y muy alto, y el 25.9% en un nivel medio. Es interesante notar también que la síntesis final presenta índices superiores a los de las dos etapas anteriores. Nos preguntamos si en la síntesis del proceso no intervendrán tal vez otras variables –aunque aparentemente en menor medida– que las variables por nosotros reportadas (procesamiento emocional y cognitivo).

Casi las tres terceras partes de la muestra (88.9%) expresaron haber sido escuchados, aceptados, comprendidos y acompañados (*contención emocional del grupo*) por sus compañeros del grupo en un nivel alto y muy alto. Esto revela no sólo el «buen clima» experimentado en los grupos, sino también la importancia que la psicología y la psicoterapia de grupo pueden tener para la parapsicología clínica.

Al momento de comenzar la actividad con los grupos de reflexión, la media de *conflictividad* de la muestra para sus experiencias psi y relacionadas con psi en una escala de 0 a 9, era de 4.85, y al finalizar fue 1.70. Tales puntajes parecen ser buenos indicadores desde el punto de vista clínico. Además resultan consistentes con los datos reportados anteriormente sobre los distintos niveles de procesamiento. La media de conflictividad antes mencionada refiere al sentimiento global de malestar emocional que algunas personas expresaron como consecuencia de una o más experiencias psi. Sin embargo, para este informe, no hemos evaluado la media de conflictividad reportada por cada experiencia en particular.

Casi el cien por ciento (96.3%) de la muestra expresó haber sido escuchado, aceptado, comprendido, y acompañado (*contención emocional de la coordinación*) por la coordinación en un nivel alto y muy alto. Pensamos que este resultado está en relación con el enfoque humanístico y transpersonal con el que funcionó la coordinación[6].

Concluyendo, queremos destacar el nivel de asistencia y compromiso con la actividad del grupo por parte de la mayoría de los participantes. A excepción de las personas que abandonaron, las demás han manifestado su alto grado de satisfacción, no sólo por la comprensión y la asimilación de sus experiencias

[6] Debemos mencionar que los participantes también podían solicitar una sesión individual –en caso que así lo desearán–, o si tal vez tenía la necesidad de compartir una experiencia de carácter más privado, o si ésta resultaba emocionalmente muy intensa. Sólo un participante solicitó una sesión individual. Del mismo modo, la coordinación podía ofrecerle a un participante una o más sesiones en forma individual –en caso de observar tal circunstancia. En aquellos casos en que la coordinación detectaba que un participante debía recibir atención psicológica (N=4), tal recomendación era sugerida cuidadosamente y en forma absolutamente reservada. Por otra parte, las personas que, habiendo pasado por un grupo, sintieran la necesidad de continuar compartiendo nuevas experiencias, podían volver a formar parte de nuevos grupos. Hasta el presente esto no ha acontecido.

parapsicológicas espontáneas, sino también por el *beneficio secundario* que esto les ha reportado. Más de la mitad (51.9%) expresó que la actividad grupal contribuyó a su desarrollo personal o espiritual. Más de la tercera parte encontró un nuevo sentido para sus experiencias psi (40.7%), o manifestó sentirse mejor emocionalmente (33.3%). Casi la tercera parte (29.6%) se sintió mejor en sus relaciones interpersonales y/o encontró un nuevo sentido a su vida.

BIBLIOGRAFIA

ALVARADO, C.S. (1996). The place of spontaneous cases in parapsychology. *Journal of the American Society for Psychical Research, 90*, 1-35.

ARGIBAY, J.C. & LASSI, A.S. (1996). *Baremos de Capital Federal y Gran Buenos Aires y estudios estadísticos del Eysenck Personality Inventory*. Manuscrito no-publicado [Expuesto para las Terceras Jornadas de Investigación, Diciembre 12-13, 1996. Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires].

BELZ-MERK, M. (2000). Counceling and therapy for people who claim exceptional experience. En F.Steinkamp (Ed.), *The Parapsychological Association 43rd Annual Convention* (pp.14-32). Parapsychological Association: Freiburg, West Germany.

BONONCINI, A. & ROSA, R. (1987). Manifestazioni ESP e stati emotivi in un gruppo di psicoterapia: Una ricerca di correlazioni. *Quaderni di Parapsicologia, 18*, 14-26.

BRODBECK, T.J. (1969). ESP and personality. *Journal of the Society for Psychical Research, 45*, 31-32.

BUSTOS, D. (1974). *El Psicodrama*. Buenos Aires: Plus Ultra.

CARATELLI, G. (1996). *Psicología, psicoanalisi, parapsicología*. Roma: Sovera Multimedia.

CARPENTER, J.C. (1988). Quasi-therapeutic group process and ESP. *Journal of Parapsychology, 52*, 279-304.

CARVALHO, A. P. (1996). Transference and possible spontaneous psi phenomena in psychotherapy. *Journal of the Society for Psychical Research, 61*, 18-25.

CRISWELL, E. & HERZOG, L. (1976) Psychic councelling: Two councelors define the way of dealing with people's problems. *Psychic 7*(6), 42-46.

DEVEREUX, G. [Ed.] (1953). *Psychoanalysis and the occult*. New York: International University Press.

DOHRENWEND, B.P.; YAGER, T. *et al.* (1978). The psychiatric status schedule as a measure of dimensions of psychopathology in general population. *Archives General of Psychiatry, 35*, 345-372.

DOHRENWEND, B.P.; SHROUT, P. *et al.* (1980). Non-especific psychological distress and other dimensions of psychopathology. *Archives General of Psychiatry, 37*, 45-61.

DOHRENWEND, B.P. & SNELL, B. (1982). Perspectives on the past and future of psychiatric epidemiology. *American Journal of Public Health, 72*, 1234-1267.

EHRENWALD, J. (1948a). *Telepathy and medical psychology*. New York, NY: Norton.

EHRENWALD, J. (1948b). Psychiatry and parapsychology. *Journal of Parapsychology, 12*, 6-11.

EHRENWALD, J. (1954a). Principles et premiers enseignements de l'approche psychoanalytique. *Revue Metapsychique,* No.31/32, 86-92.

EHRENWALD, J. (1954b). *New dimensions of deep analysis.* New York: Grune & Stratton.

EHRENWALD, J. (1954c). Telepathy and the child-parents relationship. *Journal of the American Society for Psychical Research, 48,* 43-55.

EHRENWALD, J. (1956). How can psychiatry help in the study of spontaneous phenomena? *Journal of the American Society for Psychical Research, 50,* 89-98.

EISENBUD, J. (1970). *Psi and Psychoanalysis.* New York, NY: Grune & Stratton.

EISENBUD, J. (1972). Some notes on the psychology of the paranormal. *Journal of the American Society for Psychical Research, 66,* 27-41.

EISENBUD, J. (1982). *Paranormal foreknowledge.* New York: Human Sciences Press.

FODOR, N. (1959). *The haunted mind: A psychoanalyst looks at the supernatural.* Helix Press: New York.

FREEMAN, J.A. (1970). Mood, personality, and attitude in precognition tests. *Proceedings of the Parapsychological Association, 7,* 53-54.

FREEMAN, J.A. & NIELSEN, W. (1964). Precognition score deviation as related to anxiety levels. *Journal of Parapsychology, 28,* 239-249.

FREUD, S. (1937). Construcciones en psicoanálisis. En *Obras Completas V. XXIII.* Buenos Aires: Amorrortu.

FREUD, A. (1966). *El yo y los mecanismos de defensa, 12da. edición.* Buenos Aires: Paidós.

FURN, B.G. (1987). Adjustment and the near-death experience: A conceptual and therapeutic model. *Journal of Near-Death Studies, 6,* 4-19.

GREEN, C. (1960). Analysis of the spontaneous cases. *Proceedings of the Society for Psychical Research, 53,* 97-161.

GREEN, C. (1966a). Extrasensory perception and the Maudsley Personality Inventory. *Journal of the Society for Psychical Research, 43,* 337.

GREEN, C. (1966b). Extrasensory perception and the Maudsley Personality Inventory. *Journal of the Society for Psychical Research, 43,* 285-286.

GRINBERG, L., LANGER, M.; & RODRIGUÉ, E. (1956). *Psicoterapia de Grupo.* Buenos Aires. Paidós.

HARARY, K. (1993). Clinical approaches to reported psi experiences: The research implications. En L.Coly, & J.D.S. McMahon (Eds.), *Psi and clinical practice* (pp. 20-51). New York, NY: Parapsychology Foundation.

HASTINGS, A. (1993). A counseling approach to parapsychological experience. *Journal of Transpersonal Psychology, 15,* 147-167.

IRWIN, H. (1985). Fear of psi and attitude to parapsychological research. *Parapsychology Review, 16*(6), 1-4.

IRWIN, H. (1989a). *An introduction to parapsychology.* Jefferson, NC: McFarland.

IRWIN, H, (1989b). Extrasensory experiences and the need for absorption. *Parapsychology Review, 20*(6), 9-10.

IRWIN, H.J. (1994). The phenomenology of the parapsychological experiences. En S.Krippner (Ed.), *Advances in Parapsychological Research 7* (pp. 10-76). Jefferson, NC: McFarland.

KLIMO, J. (1998). Parapsicología clínica: Un programa frente a las experiencias traumáticas anómalas. *Revista Argentina de Psicología Paranormal, 32,* 263-276.

KRAMER, W.M. (1993). Recent experiences with psi counseling in Holland. En L.Coly, & J.D.S. McMahon (Eds.), *Psi and clinical practice* (pp. 124-138). New York, NY: Parapsychology Foundation.

MARTINEZ BOUQUET, C. M.; MOCCIO, F.; & PAVLOVSKY, E. (1970) *Psicodrama psicoanalítico en grupos.* Buenos Aires: Kagierman.

MARTINEZ TABOAS, A. (1980). The psychopatological model of poltergeist phenomena: Some criticism and suggestion, *Parapsychology Review 11*(2), 24-27.

NIELSEN, N. (1970). Relationship between precognition scoring level and mood. *Journal of Parapsychology, 34,* 93-116.

NIELSEN, N. & FREEMAN, J.A. (1965). Consistency of relationship between ESP and emotional variables. *Journal of Parapsychology, 29,* 75-88.

OSIS, K.; TURNER, M.E.; & CARLSON, M.L. (1971). ESP over distance: Research on the ESP channel. *Journal of the American Society for Psychical Research, 65,* 245-288.

PALLÚ, T. (1996). *Orientação em parapsicologia: Aplicação prática.* Curitiba, PR: Author.

PALMER, J. (1974). A case of RSPK involving a ten year old boy: The Powhatan Poltergeist. *Journal of the American Society for Psychical Research, 68,* 1-33.

PARKER, A. (1993). The normality and abnormality of paranormal experiences: Predictions from clinical, cognitive, and psi models. En L.Coly & J.D.S.McMahon (Eds.). *Psi and Clinical Practice* (pp. 163-183). New York, NY: Parapsychology Foundation.

PARRA, A. & VILLANUEVA, J. (2000). Dimensiones de personalidad y PES durante sesiones de ganzfeld. *Revista Argentina de Psicología Paranormal, 11,* 9-27.

PICHÓN RIVIÈRE, E. (1985). *El proceso grupal: del psicoanálisis a la psicología social.* Buenos Aires: Nueva Visión.

PRASAD, J. & STEVENSON, I. (1968). A survey of spontaneous psychical experiences in school children of Uttar Pradesh, India. *International Journal of Parapsychology, 10,* 241-261.

RHINE, L.E. (1961). *Hidden channels of the mind.* New York, NY: William Sloane.

RHINE, L.E. (1964). Factor influencing the range of information in ESP experiences. *Journal of Parapsychology, 28,* 176-122.

RHINE, L.E. (1975). *Psi: What is it? Who has it? What does it mean? How to test it?* New York, NY: Harper & Row.

RHINE, L.E. (1981). *The invisible picture: A study of psychic experiences.* Mc.Farland, NJ: Jefferson.

ROGO, D. S. (1974). Psychoterapy and the poltergeist. *Journal of the Society for Psychical Research 47,* 433-447.

ROGO, D. S. (1982). The poltergeist and family dynamics: A report on a investigation. *Journal of the Society for Psychical Research, 51,* 233-237.

ROJAS BERMÚDEZ, J. (1968) *¿Qué es el Psicodrama?* Buenos Aires: Genitor.

ROLL, W.G. (1970a). The Poltergeist psychoanalyzed. *Psychiatrist Quaterly, 22,* 195-202.

ROLL, W. G. (1970b). Poltergeist phenomena and interpersonal relations. *Journal of the American Society for Psychical Research, 64,* 66-99.

ROSS, C.A., JOSHI, S., & CURRIE, R. (1990). Dissociative experiences in the general population. *American Journal of Psychiatry, 147,* 1547-1552.

SANNWALD, G. (1963). On the psychology of spontaneous paranormal phenomena. *International Journal of Parapsychology, 5,* 274-292.

SCHOUTEN, S. (1981). Analysing spontaneous cases: A replication based on the Sannwald collection. *European Journal of Parapsychology, 4,* 9-48.

SCHOUTEN, S. (1982). Analysing spontaneous cases: A replication based on the Rhine collection. *European Journal of Parapsychology, 4,* 113-158.

SERVADIO, E. (1953). Psychoanalisis and telepathy. En G.Devereux (Ed.), *Psychoanalysis and the Occult* (pp. 210-222). New York, NY: International University Press.

SI AHMED, D. (1990). *Parapsychologie et psychoanalyse.* Dunod: Paris.

SNOYMAN, P. (1985). Family therapy in a case of alleged RSPK. *Parapsychological Journal of South Africa, 6,* 75-90.

STEVENSON, I. (1970). *Telepathic impressions: A review and report of thirty-five new cases.* Charlottesville, VA: University Press of Virginia.

TART, C. (1984). Acknowledge and dealing with the fear of psi. *Journal of the American Society for Psychical Research, 78,* 133-144.

TART, C. & LABORE, C.M. (1986). Attitudes toward strongly functioning psi: A preliminary survey. *Journal of the American Society for Psychical Research, 80,* 163-173.

TORNATORE, N. (1977). The paranormal event in psychotherapy: A survey of 609 psychiatrist. *Psychic Magazine* (July), 34-37.

VAN DE CASTLE, R.L. (1953). An exploratory study of some personality correlates associated with PK performance. *Journal of the American Society for Psychical Research, 52,* 134-150.

VERNON, S & ROBERTS, R. (1981). Measuring nonspecific psychological distress and other dimensions of Psychopathology.» *Archives General Psychiatry, 38,* 456-478.

Capítulo IX

CONFLUENCIA FENOMENOLÓGICA DE LA EXPERIENCIA PARANORMAL EN UNA SESIÓN PSICOTERAPÉUTICA[1]

James Carpenter

Después de mucho tiempo de estar involucrado tanto en parapsicología como en psicoterapia, he descubierto que se puede inferir una analogía entre el intento de obtener información por PES en un experimento parapsicológico y el intento por obtener una información de calidad, útil y comprensiva –al menos en lo personal– de una sesión psicoterapéutica. Existe un paralelismo histórico y fenomenológico entre ambas.

El antecesor de la psicoterapia contemporánea es el psicoanálisis, y el precursor de la parapsicología contemporánea es la investigación psíquica. Estas disciplinas crecieron y se desarrollaron casi al mismo tiempo, en un mismo entorno cultural, y por gente que compartía los mismos intereses. Tanto S. Freud como F. W. H. Myers, el primer investigador psíquico, desde muy temprano sintieron interés por la hipnosis y la histeria. Por entonces, se había descubierto que con la hipnosis se podía inducir a una persona a manifestar conductas, e incluso respuestas fisiológicas involuntarias que eran aparentemente provocadas por la sugestión hipnótica, aunque estuvieran fuera de la atención consciente y la voluntad de los sujetos. En la histeria, las conductas y respuestas fisiológicas, similares a las causadas por la hipnosis, aparentemente, ocurrían en forma espontánea, por caso, algunas partes del cuerpo se tornaban disfuncionales o actuaban involuntariamente, se experienciaban alteraciones bizarras de la conciencia y se observaban disfunciones sensoriales.

[1] Originalmente publicado en el *Journal of Parapsychology* (Vol. 53, No.3, Septiembre 1988, pp. 213-224). Agradecemos a su editor, John Palmer, el permiso para reproducir el artículo en la *RAPP*. Traducido del inglés por Jorge Villanueva.

Por lo general, no se menospreciaba a los mediums por sus experiencias cuasi-histéricas si bien, la mayoría de ellos, se comportaban exhibiendo fenómenos claramente disociativos tales como la escritura automática, hablar con voces de otras personalidades, o manifestar otras alteraciones durante la experiencia. La aparente conexión entre estos fenómenos se hizo más notable cuando se supo que la hipnosis podía ser utilizada para alterar la histeria y la mediumnidad. A veces los síntomas podían disminuirse, alterarse, o sustituirse; y las experiencias mediúmnicas, a menudo inducirse por medio del trance hipnótico y la sugestión. Tanto Myers como Freud fueron observadores extraordinarios y creativos. Ambos se enfrentaron a estos fenómenos y desarrollaron concepciones de la mente que tenían bastante similitud entre sí. Vieron a la mente humana como una película que se proyecta sobre una región mucho más extensa, llamada mente subliminal por Myers e inconsciente por Freud. Para ambos, esta profundidad no consciente era considerada mucho más dilatada, en extensión e importancia, que la película consciente.

Existieron también analogías importantes en la forma en que estos dos hombres pensaban que se podía tener acceso a esas regiones no conscientes. Myers (1961) enfatizaba la importancia de lo que él denominaba automatismo sensorio-motor, y lo definió como:

> «El término bajo el cual se incluye el rango de las emergencias subliminales de la vida ordinaria. Los productos de la visión o la audición interna externalizadas como cuasi-perceptos –esas formas son las que he llamado automatismos sensoriales. Los mensajes que se transmiten mediante el movimiento de los miembros del cuerpo o por el lenguaje, comienzan en un impulso interior más allá de la voluntad consciente –son los que yo llamo automatismos motores. Y digo que cuando éstos se hayan investigado en su totalidad, entonces se reconocerá su analogía esencial bajo una gran diversidad de formas. Serán tenidos en cuenta como mensajes desde el yo subliminal al yo supraliminal; intentos –conscientes o inconscientes– de nuestra personalidad profunda por emerger en nuestra conciencia normal, fragmentos de pensamientos de un saber que nuestra conciencia es incapaz de conseguir».

Algunos de los automatismos sensoriales más importantes que Myers planteaba eran las alucinaciones inducidas por hipnosis, la imaginería mediante la visión en cristales u objetos similares, o mediante el sueño. Freud también prestaba atención a modos de acceder a la mente inconsciente. Luego de desilusionarse con la aplicación de la hipnosis, cambió hacia un método menos directivo: la asociación libre. Ernest Jones (1961) subrayó este acto decisivo de Freud como: «algo desde lo cual emanaron todos sus descubrimientos». Pidiendo simplemente a un paciente que revele sus pensamientos libremente, sin censura, escuchando pacientemente, y sin emitir juicio, los síntomas podían conducir a recuerdos para tratar de explicarlos, aún cuando el paciente mismo no logre asociarlos. Este libre encadenamiento de ideas, aparentemente sin sentido, así como las azarosas imágenes de las esferas de cristal de Myers, prometían ir en línea recta hacia lo profundo del inconsciente y revelar sus más íntimos secretos. Freud pronto descubrió que la resistencia a la asociación libre prometía ser más reveladora que la asociación en si misma. También encontró un gran significado en los actos fallidos, esas conductas pequeñas, inintencionales e inadvertidas que le ocurren con frecuencia a todas las personas y que, por lo general, pasan como algo carente de sentido, demostraron a Freud la existencia de fuerzas inconscientes que entran en juego en la vida cotidiana de la gente normal. Y finalmente los sueños llegaron a ser para Freud (1965), pero más que para Myers, «el camino real al inconsciente». Si se los comprende correctamente, los sueños ofrecen la manifestación más directa de todos los dramas del inconsciente.

Por supuesto, hasta aquí he pasado por alto las grandes diferencias entre estas dos concepciones. Aunque ambas se consideraban a si mismas como científicas, tuvieron puntos de vista y propósitos diferentes. Sin embargo, quisiera solamente mencionar las diferencias. Para esto, voy a poner el énfasis en un punto de vista fenomenológico, lo cual nos permitirá no sólo tener en mente las similitudes entre Myers y Freud evitando un distanciamiento conceptual entre la psicoterapia y la parapsicología, sino también resaltar los desarrollos para ambos campos en las últimas décadas.

La fenomenología procura ser la clase más radical de empirismo, poniendo entre paréntesis todas las suposiciones teóricas y creencias abstractas para observar simplemente lo que es dado por la experiencia. La existencia humana, como experiencia, posee una realidad previa de la que toda persona puede

sacar deducciones. Hay un sinnúmero de abstracciones que uno puede inferir de la vida e innumerables creencias que uno puede imponer sobre ésta, pero todas ellas están por encima de la vida misma, fundamentalmente son creaciones arbitrarias y no definen a la realidad misma, sólo limitan nuestra capacidad para percibirla. Es lo que Sartre quiso significar diciendo «la existencia precede a la esencia». Puede parecer fácil acceder a la experiencia libre de toda suposición, pero no es así, y en realidad la mayoría de nosotros no lo consideramos para nada deseable. Si caremos de nuestras más íntimas suposiciones nos sentiremos desorientados, confundidos y desamparados.

¿Por qué deberíamos desearlo? Para alcanzar mayor libertad. Nuestras suposiciones nos aprisionan. En realidad, este encierro tiene mucho que ver con la clase de enfermedad que la psicoterapia existencial intenta curar. También creo que vivimos en un mundo en donde los fenómenos parapsicológicos son conceptualmente invisibles. Voy a explicar esto simple y brevemente. Nuestro mundo está revestido de una mentalidad en la que el sujeto está separado del objeto, el observador de lo observado, yo de mi mismo, yo de usted, usted de los otros. Las imágenes dominantes que parecen estructurar nuestro trabajo intelectual son de máquinas y mecanismos. Como Freud, tendemos a definir la realidad de acuerdo con nuestra imagen de la ciencia, y nuestra imagen de la ciencia está basada en la física y en el innegable poder de la tecnología. Los fenómenos parapsicológicos son invisibles porque hemos formado la imagen de que una persona es una clase de cosa, una «mente-en-una-caja», con canales de entrada y salida como los de una computadora o las de un lavadero de coches. Con semejante imagen, tenemos que imaginarnos algo que se puede introducir en la caja antes que sea reconocido por la persona, y para imaginar como podría entrar en la caja, necesitamos imágenes mecanicistas de como entró, a través de qué medios, y cómo llegó ahí. Ni siquiera podemos imaginar ese modelo en aquellos estudios altamente significativos de PES que están bien controlados, sencillamente porque no se pueden «ver». Pero desde el punto de vista de la psicoterapia existencial, una persona no es una mente-en-una-caja, sino que es, parafraseando a Medard Boss (1963), «un mundo iluminando el reino de la transparencia». Cada uno de nosotros es un círculo de luz, rodeado por la oscuridad, lleno de cuestiones, estados de ánimo y proyectos, y cada uno de nosotros conteniendo al otro. Sé que no puedo, en forma breve, hacer razonable este punto de vista a aquellos que no estén familiarizados con este problema. Sin embargo, tengo la esperanza de explicar,

al menos en parte, las ventajas si aplicamos esta perspectiva en los problemas que atañen tanto a la psicoterapia y a la parapsicología.

Cuando se estudia con apertura fenomenológica las primeras observaciones de Freud y de Myers, se ponen de relieve algunas similitudes. En primer lugar, ambos estaban dispuestos a poner una cuidadosa y respetuosa atención a las experiencias y a las conductas que eran y, por lo general aún hoy se las continua considerando triviales e insignificantes. En segundo lugar, ambos sintieron estar realizando algo importante, incluso revolucionario, cuando llevaban a cabo descubrimientos y trabajaban en sus distintas áreas. Donde Breuer, el maestro de Freud, veía solamente disfunciones neurológicas incidentales, Freud escuchaba el murmullo de una poderosa inteligencia implícita. Cuanto más examinaba el método de asociación libre, las resistencias, los sueños y los síntomas de sus pacientes, más encontraba evidencias de los poderosos deseos y los miedos olvidados que ellos aparentemente manejaban para expresarse pero sin hacerse cargo de éstas. Cuando Myers estudiaba cuidadosamente las producciones de los automatismos sensoriales y motores como si fueran mensajes codificados que provenían de una nación inmensa y poderosa, en lugar de juzgarlos como un farfulleo absurdo y trivial, como aparentaban ser, Myers descubrió en ellos lo que parecía ser una evidencia categórica de un conocimiento que la persona no poseía por la adquisición de recursos sensoriales. Por supuesto, tanto Myers como Freud tenían presunciones filosóficas y compromisos teóricos que limitaban e infuenciaban sus respectivas observaciones. En los términos de la dicotomía sujeto-objeto que los existencialistas trataban de evitar, ambos fueron seducidos implícitamente por la imagen de una persona que tiene una mente-en-un-cuerpo. Si nos posicionamos en la dicotomía subjetivista, Myers veía mentes activas, mentes que escapaban al concepto de tiempo y espacio, mentes que se intercomunicaban una con otra sin obstáculo alguno, mentes que prometían trascender la muerte física como tal. Si nos posicionamos en la dicotomía objetivista, Freud veía una dramática colisión y alianza de energías y contraenergías.

En la actualidad, ¿hasta dónde han llegado la psicoterapia y la parapsicología? Aunque no siempre bien comprendida y respetada, la psicoterapia ha tenido un desarrollo importante y es ahora un campo de trabajo complejo y altamente elaborado, con gran cantidad de profesionales y voces competentes. La Parapsicología es mucho más pequeña y humilde, operando en las márgenes de la vida intelectual, y dotada de –apenas– dudosa validez. ¿Alguna ha impactado sobre la otra a lo largo de estos años? Creo que es evidente que el

movimiento psicoterapéutico ha tenido un significativo impacto en la parapsicología, aunque también puede haber ocurrido lo contrario. Recuerdo dos líneas importantes de investigación. Se puede evaluar a ambas si retrocedemos hasta los tiempos de la inspiración fundamental de Freud. El psicoanalista Montague Ullman (1973), un prominente innovador en la utilización de los sueños en psicoterapia, ha estudiado las implicaciones parapsicológicas de los sueños. Utilizando métodos modernos de detección de sueños y un apropiado control experimental y análisis, su equipo de trabajo demostró que el soñador puede comunicar el contenido onírico que no ha revelado cuando es observado por un «agente» en un lugar distante en el momento del sueño. Esto significaría que los sueños pueden demostrar la PES. La segunda línea de trabajo se inició gracias a Charles Honorton (1977) y un equipo de colaboradores que exploraron la importancia parapsicológica del estado de cuasi-sueño conocido como ganzfeld.

El método ganzfeld fue introducido por los psicólogos Bertini, Lewis, y Witkin (1964) como un método experimental para el estudio del estado hipnagógico. En ganzfeld, se coloca al sujeto en una posición relajada y confortable. Por medio de auriculares se le hace escuchar un ruido blanco a un nivel adecuado, y se colocan dos media pelotitas de ping pong sobre sus ojos. Este material tiene el efecto de proporcionar una «estimulación homogénea y relativamente constante» o «ganzfeld». Estas manipulaciones sensoriales normalmente se presentan como los aspectos definitivos de su metodología, y sin duda son importantes y contribuyen al flujo inusual de la imaginería semiautónoma que los sujetos experimentan. Otra parte importante del experimento, creo, está basada en las instrucciones con las cuales los experimentadores estructuran la experiencia. Luego de describir al sujeto los aspectos físicos de la metodología, los autores expresan: «Lo que me gustaría que usted haga, cuando estemos preparados, es comenzar a hablar y continuar hablando. Hable sobre cualquier cosa que a usted le guste, cualquier cosa que usted vea, cualquier cosa que usted sienta en su cuerpo. Lo importante es que usted hable continuamente. ¿Hay alguna pregunta que quisiera hacer?» Esta situación nos recuerda bastante a la situación del diván y del silencio del consultorio de Freud, con su regla fundamental de asociación libre: «Por favor, diga cualquier cosa que venga a su mente, sin censura». Esos investigadores debieron haber tenido un conocimiento subliminal de esas famosas palabras. Con todo, fueron lo suficientemente inteligentes como para darse cuenta de la

similitud que había con la asociación libre. Los sujetos experimentaban gran cantidad de recuerdos personales, algunos no evocados en mucho tiempo, otros con gran carga emocional. Estos sujetos se permitieron a sí mismos revelar al investigador recuerdos de sorprendente intensidad, y muchos se sintieron emocionalmente mejor después de la experiencia.

Otros también desarrollaron una viva preocupación por el experimentador: un fenómeno que los investigadores llaman «*budding transference*».[2] Bertini *et al.* empleó originalmente la situación ganzfeld para estudiar los efectos sobre la imaginería de experiencias previamente vistas pero luego descartadas de la conciencia en vigilia. A un grupo de sujetos se les presentaba films antes del ganzfeld y luego hacían referencias indirectas y alusiones respecto al film durante la imaginería, aún cuando los films no estaban siendo evocados conscientemente. Honorton vió al ganzfeld como el candidato perfecto para una situación en la cual también se pudiera expresar la información extrasensorial. Una experiencia olvidada es, después de todo, fenomenológicamente idéntica a un objetivo PES que no está presente en la conciencia, aunque a veces ésta también parece influenciarlo. La corazonada de Honorton demostró ser cierta en grado sumo. Como el caso de los sueños de los sujetos de Ullman, la imaginería de los sujetos en el ganzfeld de Honorton mostraron relaciones significativas con el objetivo comparado con el material de control, y esto se llevó a cabo en un innegable nivel de significación estadística.

El sueño y los estudios ganzfeld de PES son ejemplos de conocimiento y técnica psicoterapéutica que tienen relación en el trabajo parapsicológico. Evidentemente, tanto los sueños como la asociación libre pueden producir PES, así como la información –relevante y curativa– de las necesidades y los conflictos del inconsciente. ¿Es posible tal impacto?

Antes de intentar responder, quisiera desarrollar lo que creo es lo más importante: definir las características de la psicoterapia de orientación experiencial. Por «experiencial», quiero destacar la inclusión de todos aquellos abordajes que enfaticen la comunicación, la relación, y la auto-exploración como ingredientes del proceso curativo. En esta discusión, trataré de limitarme

[2] Transferencia o relación empática entre personas que han pasado por la misma experiencia o dolor y que procuran ayudar a otros a superarlo.

a una perspectiva fenomenológica, evitando compromisos teóricos, e ir más allá de Freud para también incluir referencias al trabajo de otros terapeutas más actuales a quienes aprecio.

¿Qué es la psicoterapia? En términos fenomenológicos básicos, la psicoterapia es un relación íntima, humana, pero no recíproca, que se forma en torno al dolor y frustración de una persona que se responsabiliza del cuidado y desarrollo existencial de esa persona. Cuando tiene éxito, esta persona abandona la relación terapéutica y es más libre, feliz, y más segura de lo que era antes que la relación comenzara. Normalmente, el terapeuta también ha evolucionado en forma similar. ¿Cómo se constituye el proceso terapéutico? Básicamente, creo que las respuestas provienen de dos aspectos: la formación de una relación y el entorno en el que se hace posible un trabajo terapéutico, y el trabajo terapéutico en si mismo.

Si el trabajo terapéutico por si sólo bastara, hace tiempo hubiéramos podido prescindir de nuevos terapeutas y, en su lugar, volver a manuales que nos enseñen lo que necesitamos conocer y hacer. La auto-ayuda, la meditación, llevar apuntes personales, entre otros, harían el resto. Aún cuando todo esto sea de utilidad, no son suficiente. Como Martin Buber (1965) expresara, «es de un hombre a otro que se puede pasar el pan celestial». Evidentemente, nos necesitamos el uno al otro para llegar a lo que podemos ser.

¿Qué clase de ser es específicamente terapéutico y sostiene el trabajo terapéutico? Nos hemos preocupado bastante por esta cuestión desde los tiempos de Freud, aunque él mismo demostraba una aguda comprensión de lo que es necesario en la actividad clínica. Llegan a mi mente términos que reflejan diferentes orientaciones así como también convergen otros: empatía, reconocimiento positivo incondicional, entorno contenedor, contención, encuentro, identificación proyectiva. Me parece que el mejor modo de abordar al paciente es con mucho interés, paciencia, preocupación, y tolerancia. Donde el paciente espera censura, será recibido con tolerancia; donde espera e incluso desea la crítica, que el paciente experimente un permisivo interés; donde espera discusiones abstractas de verdades impersonales, el paciente exponga sus sentimientos íntimos más profundos. Para la terapia, el paciente necesita un abordaje de modo que se sienta confiado y atendido; necesita sentirse firmemente apoyado por la comprensión del terapeuta (tanto teórica como

personal), y dentro de la tolerancia emocional del terapeuta, a pesar de sus emociones potencialmente intensas. Necesita ser protegido por una persona sincera y paciente, que lo cuide desinteresadamente. ¿Es todo esto tan confortable como parece? Lo es y no lo es. No es confortable en el sentido de nuestras preocupaciones por las banalidades cotidianas, el confort del aburrimiento, del parloteo, de un modelo definido de conducta. Este sentido de confort es más profundo, tiene que ver con el ser aceptado y, de algún modo, contenido, y que junto al confort comiencen a suceder algunas cosas. Y es aquí donde el trabajo terapéutico hace su aparición.

¿Cómo se debe conducir la psicoterapia? Son innumerables las respuestas para esta pregunta. Freud nos dejó algunos consejos, sugiriendo que el analista adopte una postura análoga a la que espera de su paciente, un estado de atención flotante. La asociación libre debe ser escuchada muy atentamente, aunque en un modo abierto y pasivo, sin asumir ningún juicio para comprenderla o dar una respuesta en el acto. Las asociaciones del analista mismo deben permitir dejar fluir la mente, la cual de alguna manera las evoca, y ser tenidas en cuenta junto con las del paciente. De esta forma, Freud pensaba que el inconsciente del paciente se permitía hablar al inconsciente del analista para alcanzar momentos de mutua comprensión, irrumpiendo en forma sorpresiva y repentina. Cuando el paciente logra interpretar cuidadosamente esos *insights*, los procesos de asociación libre y de resistencia mismos cambian. El paciente puede experimentar un sentimiento de ser comprendido, y el flujo de sentimientos, pensamientos, y recuerdos cambiar de un modo nuevo y significativo.

¿Como actúan otros terapeutas? Permítanme presentar un par de viñetas de momentos psicoterapéuticos antes de intentar generalizar.

Un matrimonio está en una sesión de terapia. Su charla es apática y aburrida. Casi ni se miran el uno al otro. El marido habla de problemas de salud en voz baja. Su esposa es altanera e indiferente. Los segundos pasan lentamente para el terapeuta, quien se da cuenta que está moviendo sus dedos en los zapatos sin que se den cuenta. En ese momento, el terapeuta evoca a un juez inquieto, tamborileando sus dedos sobre el escritorio. La esposa mira a la pared dando vueltas una y otra vez su alianza. El terapeuta le pide que continue haciendo eso, y ella lo hace. El terapeuta les pregunta, «¿se les ocurre algo en este lugar

que esté dando vueltas y vueltas?» La respuesta es obvia para ambos, ¡son ellos mismos! Y entonces entran en discusión nuevas ideas y sentimientos.

Un hombre de mediana edad está hablando con su terapeuta. Este hombre habla un largo rato acerca de una frecuente preocupación para él, y todo lo que le dice al terapeuta le parece como demasiado familiar y repetitivo. Entonces el paciente mira un libro que ha estado leyendo acerca de la crisis de los cuarenta en el hombre maduro, las preocupaciones que tienen, etc. Aunque el paciente está hablando animadamente y con una expresión placentera en su rostro, el terapeuta se da cuenta que se siente cada vez más aburrido. Su aburrimiento no lo irrita demasiado, y aunque está muy poco interesado deja vagar su mente. De repente, tiene una vívida imagen de un niño de 8 o 9 años jugando solo, contento, inventando historias y contándoselas a si mismo. Cuando el paciente hace una pausa, el terapeuta cambia de tema y le cuenta acerca de su imagen, diciendo que le parecía una agradable escena. El paciente se sorprende por el cambio de enfoque, y lo mira al terapeuta un instante como si se sintiera ofendido. Entonces se dibuja una sonrisa en el rostro del terapeuta, y le dice que en realidad hizo lo que mucha gente hace, que inventa historias, las repite, les hace cambios, a veces las anota, y pasa buenos momentos haciéndolo. Entonces, el paciente se permitió liberar recuerdos más profundos, y mencionó, con una risa ahogada, la falta de su madre y cuán «despreciable» fue para con él. El terapeuta advirtió un rictus de dolor en la risa del paciente, y se lo hizo notar. El paciente se rió, diciendo que quería reírse por los recuerdos que estaba evocando, y ambos coincidieron en tener sentimientos bastante diferentes. El paciente describió a su madre sentada al lado de la estufa y leyendo, quien, durante su niñez, padecía de frecuentes depresiones y solía estar hospitalizada. Cuando niño le pedía a ella una y otra vez que le leyera algo, ella siempre repetía, «dentro de un rato». El paciente repitió la frase «dentro de un rato» muchas veces con profunda tristeza y comenzó a llorar. El terapeuta estaba trabajando nuevamente sobre una tristeza profunda e inacabable que estaba relacionada con el abandono de su madre, por cuya razón se había conmovido. La sesión continuó con más profundidad e intensidad.

En ambos incidentes, los terapeutas estaban trabajando afectuosamente, ocupando la situación en la cual descubrieron por sí mismos, examinando los temas que parecían relevantes en las márgenes de esa situación pero que parecen tener un significado bastante incierto. Uno observaba los gestos involuntarios de las manos de su paciente que parecen casuales, examinando su significado

implícito. Otro examinaba sus propias imágenes y el flujo de sus emociones, y se las presenta al paciente como si fueran sobres sellados que, si se abrieran, podrían contener un significado para lograr el cambio.

Los terapeutas de orientación fenomenológica no hacen sus abordajes sobre abstracciones diagnósticas o presunciones morales, sino que aceptan las situaciones dadas, coloreadas por la presencia del cliente y se enfrentan con ellas. Los terapeutas dirigen su enfoque sobre lo obvio. Cuando lo obvio se torna difícil, aburrido, vacío, o ingobernablemente aflictivo, dejan vagar su atención por las márgenes de la conciencia y examinan la miríada de hechos que ocurren ahí, que parecen ser más o menos azarosos o carentes de significado. Con suerte, algunas cosas los conmocionarán de un modo significativo, con fuerte carga afectiva. Entonces, si ambos están de acuerdo, buscarán hallar una manera de tratar estos eventos y buscarles una explicación.

Desde una perspectiva fenomenológica amplia, cada ser humano es un reino luminoso, un lugar de luz donde ciertos proyectos, roles, conductas, etc., se pueden ver con un enfoque más claro. Cada reino está limitado por una oscuridad de indefinida extensión. En esta oscuridad mora lo que es potencial para la persona: estados de ánimo potenciales, percepciones potenciales, realizaciones potenciales, maneras de ser potenciales. En ese límite entre la luz y la oscuridad, hay una indefinida multitud de eventos aparentemente carentes de sentido. El crecimiento psicoterapéutico, desde este punto de vista, es el crecimiento de la luz en la oscuridad, es la elaboración de un significado personal y de libertad (Boss, 1963). El terapeuta proporciona una relación de mucha seguridad y energía a la que el paciente puede acceder sin permanecer paralizado por la ansiedad o vacilar por defensividad.

Los descubrimientos de la parapsicología agregan a este cuadro sólo una cosa: que en los límites de la conciencia en vigilia a veces uno puede buscar y encontrar información a la que la persona nunca ha estado expuesta: esto es, la PES.

El terapeuta que facilita la asistencia en el desarrollo psicoterapéutico de la conciencia del paciente puede ser también de utilidad para obtener información por PES, ésto cuando es lo que se trata de investigar. Proporcionar un entorno facilitador y desarrollar recursos creativos para usar la resistencia como una

molienda más del molino de la revelación experiencial son cosas que muchos terapeutas hacen bien, y esto podría ayudar en el proceso de respuesta libre. Personalmente conozco tres investigadores entre los más exitosos en los estudios de respuesta libre, y parece probable que haya factores cuasiterapéuticos que ayuden al éxito. Son todos sumamente afectuosos y de mente innovadora. Me imagino a sus sujetos, sentirse relativamente cómodos en torno a una experiencia íntima pero desconcertante frente a estos investigadores. Si estos factores resultan importantes, entonces podrían tener implicaciones para el problema de la repetibilidad en parapsicología. Conozco a un defensor de la psicoterapia que ha dicho que no se puede esperar que ocurra crecimiento personal y revelación experiencial a menos que ambos se puedan evaluar por medio de entrevistas con personas que parezcan ser jueces, en actitud amenazante, pública o en circunstancias despersonalizantes. La mayoría de las personas parecen darse cuenta que cuando nos sentimos amenazados o mal recibidos no nos desempeñamos creativamente, nos centramos en lo que más conocemos, lo hacemos mejor y más rutinariamente, y evitamos auto-explorarnos por temor a ser vulnerables. Tal vez el descubrimiento de lo extrasensorial es un asunto que atañe a la vulnerabilidad. De este modo, deberíamos esperar repetirlo sólo bajo condiciones apropiadas.

Inicialmente afirmé que existe una analogía entre buscar conocimiento en un experimento parapsicológico y buscarlo en una sesión psicoterapéutica. Desde las perspectivas del experimentador y las del terapeuta, ambas situaciones parecen bien distintas. Hay una evidente analogía si miramos desde el punto de vista de una persona que busca conocimiento. Su tarea –audaz y desconcertante– es desqubrir el misterio, resolver el enigma oculto, abrir la puerta a lo desconocido. Tanto si desenmaraña las raíces de una conducta contraproducente o una depresión crónica, atisbar los contenidos de una fotografía ensobrada, o influir sobre el circuito de una computadora, el investigador estará intentando lo que podría parecer humanamente imposible. Ambos procesos pueden ser similares y los esfuerzos resultar igualmente exitosos.

He argumentado que hay paralelos entre el descubrimiento de la significación, tal como se busca en la psicoterapia y el experimento parapsicológico. La PES sin duda parece algo misterioso, ¿pero comprendemos en realidad cómo el terapeuta o el paciente descubren, en conductas, imágenes y sentimientos, potencialidades que son novedosas y significativas, y que

permiten *insights* y soluciones antes no concebidas? Creo que tampoco podemos explicar estos fenómenos, aunque sí creo que hay maneras en que nosotros podemos descubrirlos. Nadie puede explicar cómo algunas estructuras hipotéticamente físicas o ciertos procesos fisiológicos se pueden desarrollar existencialmente más allá de si mismos. Desde una perspectiva en física, este proceso es tan misterioso como la PES misma.

De hecho, si la PES ocurre (y yo creo que ocurre), es probable que haya un filamento psíquico, usando la expresión de Elizabeth Mintz (1983), que está tejiendo la tela de todos estos descubrimientos, aunque sea secundario y no se presente como tal. Por lo general, debemos buscar explícitamente aquello que permita que la evidencia implícita deje de serlo. Explícitamente, cuando la investigación parapsicológica aplique seriamente un abordaje psicoterapéutico probablemente ofrezca una nueva comprensión para los modelos de este gran telar.

BIBLIOGRAFIA

BERTINI, M. LEWIS, H. & WITKIN, H. (1964). Some preliminary observations with an experimental procedure for the study of hypnosis and related phenomena. *Archive of psicologia & Neurologia & psychiatric, 6*, 493-534.

BOSS, M. (1963). *Psychoanalysis and daseinanalysis*. New York: Basic Books.

BUBER, M. (1965). *The knowledge of man*. New York: Harper and Row.

FREUD, S. (1965). *The interpretation of dreams*. New York: Basic Books.

HONORTON, C. (1977). Psi and internal attention states. En B.B. Wolman (Ed), *Handbook of parapsychology*. New York: Van Nostrand Reinhold.

JONES, E. (1961). *The life and work of Sigmund Freud*. New York: Basic Books.

MINTZ, E. (1983). *The psychic thread*. New York: Human Sciences Press.

MYERS, F.W.H. (1961). *Human personality and its survival of bodily death*. New Hyde Park, NY: University Books.

ULLMAN, M.; KRIPPNER, S. & VAUGHAN, A. (1993). *Dream telepathy*. New York: Macmillan. Revista Argentina de Psicología Paranormal. Vol. 14, No.1-2, Enero-Abril 2003, pp. 85-101.

Capítulo X

PSICOFARMACOLOGÍA Y EXPERIENCIAS PARANORMALES EN EL CONTEXTO PSIQUIÁTRICO[1]

Vernon Neppe

La historia de la psiquiatría se desarrolló cuando se unificó el diagnóstico psiquiátrico. Desde hace más de 100 años (1860), la psicosis fue definida de forma muy sencilla por Heinrich Neumann: «Hay un sólo tipo de locura, y la podemos llamar insanía» (Neppe, 1982c). Cincuenta años después, esta conceptualización no resultó satisfactoria. Se llegaron a describir muchas clasificaciones de enfermedad mental hasta emplear el diagnóstico psiquiátrico, que fue el más variado y, científicamente, el más apropiado.

Lo que se conoce históricamente como la principal ruptura en la psiquiatría ocurrió en la década de 1890: El uso del término *Dementia praecox,* acuñado por Emil Kraepelin (Kraepelin, 1899). Esta condición fue rebautizada por Eugen Bleuler como esquizofrenia en 1911. Bleuler (1911) enfatizaba en determinados síntomas que ocurrían en momentos específicos y en una división entre las funciones emocionales y las cognitivas. Esta conceptualización difería de la enfermedad que deteriora al paciente por muchos años, expuesta por Kraepelin. Se presenta en la juventud, y en esencia, se manifiesta por un déficil intelectual. Estas dos conceptualizaciones, esquizofrenia-esquizofrénica, refleja filosofías en torno a la importancia de los síntomas trans-seccionales (por ejemplo: los síntomas que ocurren en un determinado momento) y las características particulares longitudinales (por ejemplo: los síntomas que ocurren por períodos, a lo largo de muchos años, en el transcurso de la enfermedad). Con esta conceptualización, Kraepelin (1922) subdividió tres tipos principales de enfermedades psiquiátricas, a saber: *dementia praecox*, demencia maníaco-depresiva, demencia epiléptica.

---

[1] Originalmente publicado en el libro *Psi and Clinical Practice* (1989) (pp. 145-163, 1993), bajo el título *Clinical Psychiatry, Psychopharmacology, and Anomalous Experience.*

Vale la pena mencionar que nuestras actuales clasificaciones de la psicosis son aún más limitadas y enfatizan dos condiciones principales: la esquizofrenia y el trastorno afectivo (o trastorno del estado de ánimo), sea una enfermedad bipolar o una gran depresión unipolar. De estas dos condiciones emergen otras de gran variedad, por ejemplo: en los llamados «trastornos esquizoafectivos», cuando se sospecha un empeoramiento orgánico, hablamos de un «síndrome orgánico ilusorio» o «alucinosis orgánica». La imposibilidad de clasificar estas condiciones bajo cualquiera de estos rótulos resulta en el diagnóstico de una «psicosis atípica». Y peor aún, el término «psicosis atípica» ya no existe más en el *Diagnostic and Statistical Manual* (cuarta edición) de la American Psychiatric Association, la «Biblia» del diagnóstico psiquiátrico, y ha sido reemplazada por «psicosis, sin especificar ninguna otra» (American Psychiatric Association Committee, 1994). Una gran cantidad de nuestro actual diagnóstico psiquiátrico no llega a ninguna de estas estructuras procrusteanas, donde se han resuelto criterios clínicos específicos, y donde se pueda diagnosticar a los pacientes en categorías que tienen dudosa importancia clínica. Hoy día, a veces, los diagnósticos psiquiátricos son tierra de nadie.

Lamentablemente, esta perspectiva algo cínica está basada en la experiencia empírica. Hace treinta años se decía que para tratar las primeras formas de esquizofrenia bastaba con cruzar el Atlántico. Esto reflejaba las visiones divergentes que había entre la psiquiatría americana y la europea (ver Neppe, 1982c). Afortunadamente, la unificación de los criterios a nivel clínico ha permitido elaborar categorías de diagnóstico un poco más consistentes. Pero es bastante relativo y cada semana, mis colegas y yo vemos pacientes que tienen una larga historia psiquiátrica con varios diagnósticos previos. En la primera entrevista se diagnostica una perturbación fronteriza de su personalidad; en la segunda, una enfermedad esquizoafectiva; en la tercera, una esquizofrenia; en la cuarta, manía; en la quinta, psicosis atípica; en la sexta, puede ser cualquiera de las primeras condiciones, o una perturbación orgánica ilusoria. La nomenclatura diagnóstica en el contexto de la psicosis es difícil, incluso también aplica a algunos tipos de enfermedad neurótica.

Hay otras razones para hacer énfasis en el déficit de una nomenclatura psiquiátrica completa. Cuando aparecen grupos de síntomas, tales como las experiencias anómalas, o las experiencias que están fuera del alcance de la percepción, el entrenamiento, el conocimiento de base, y el contexto corriente

de la psiquiatría clínica, todas éstas características se perciben como psicopatológicas y hay un intento por colocar la experiencia dentro del contexto de uno de estos cuadros diagnósticos. De este modo, una experiencia «extracorpórea» puede verse, en un nivel psicopatológico, como «la ruptura del límite del ego, con una marcada incomprensión, despersonalización, y falta de contacto con la realidad» (Neppe, 1982b). La precognición puede percibirse como una «ideación ilusoria primaria, con alienación, pasividad, o fenómeno de referencia». De igual modo se puede decir de otras formas de percepción extrasensotrial, como la clarividencia en tiempo real. La telepatía puede ser percibida como una «transmisión de pensamiento o una introducción del pensamiento de otros en la mente» del paciente, ambos, síntomas de primer rango tal como lo señala la clasificación de Kurt Schneider hace 50 años (1959). Los estados de tipo trance y la escritura automática pueden verse como fenómenos de disociación extrema, o como fenómenos de gran pasividad dentro del contexto de la psicosis (Neppe y Smith, 1982). Estos síntomas pueden interpretarse correctamente dentro de determinadas circunstancias: los pacientes que son claramente psicóticos pueden malinterpretar la realidad y es común para ellos la creencia de que son psíquicos y representar su percepción distorcionada e ilusoria (Neppe y Tucker, 1989). Pueden reunir otro subgrupo de síntomas que pueden acentuar estos sistemas de creencia. Pero esto no implica, sin embargo, que todas estas personas con experiencias paranormales subjetivas o experiencias anómalas sean psicóticas, e incluso los psiquiatras han intentado insertar estos síntomas en el contexto de lo psicopatológico o lo anormal (Neppe y Tucker, 1989; Neppe, 1984a), por lo general, carentes de estudios empíricos.

¿Qué alternativas existen para este actual estado de cosas? Podemos usar abordajes como los de Robert D. Laing (1976) o los de Thomas Szasz (1957) y no considerar al paciente como alguien que necesariamente padece una psicopatología. Su nivel de interacción con la sociedad es dañino a causa de la categorización social y a la malinterpretación sociocultural. Por lo tanto, el clínico desvía el diagnóstico del contexto de lo psicológico a lo sociocultural.

Una alternativa es el abordaje diagnóstico en dos niveles: la primera, el funcional, y la segunda, el psicofarmacológico. Creo que estos dos forman un abordaje adecuado. Desde el contexto funcional, se ve al paciente en el contexto de su funcionamiento biológico, psicológico, social, familiar, y cultural. Se ve

al sujeto como un sistema bio-psico-familio-socio-cultural (Neppe, 1989a). Por defecto, en cualquiera de estos niveles se produce una imposibilidad o posibilidad de enfrentamiento que puede percibirse como psicopatológica. No importa cuán extrañas sean las experiencias para el paciente, no serán consideradas como algo anormal a menos que interfieran en las funciones del paciente y su habilidad para enfrentarlas (Neppe, 1984b). Esta es una definición básica y empíricamente derivada que abre la posibilidad de que los paragnostas experimenten realidades que otros no sólo no pueden concebir, sino que también no se pueden ajustar a ningún cuadro de categoría psicopatológica.

El segundo abordaje se ajusta al primero pero enfatiza los componentes biológicos del trastorno psiquiátrico (Neppe, 1989a). Ha transcurrido una gran parte de la investigación en nuestra época, tratando de encontrar correlatos biológicos a condiciones como la esquizofrenia y las enfermedades afectivas. En este punto hay experimentos que han intenta diferenciar estas condiciones, pero sin éxito.

Con menor énfasis, y éste fue tema de uno de mis libros (Neppe, 1989a), existe una vinculación entre la psicofarmacología y la tolerancia a la medicación psicotrópica para el diagnóstico psiquiátrico. Desde mi punto de vista es irrelevante si lo consideramos o no como esquizofrénico, o esquizoafectivo, si padece un síndrome orgánico ilusorio, o una perturbación en su estado de ánimo. Si el paciente responde a una medicación específica, o a una combinación de medicamentos, creo que este grupo de pacientes expresará en forma más homogénea la receptividad a combinaciones específicas de medicación psicotrópica, prescindiendo del diagnóstico.

Por otra parte, tenemos un test diagnóstico útil y muy corriente, pero usado en forma incompleta. Se dice que una «persona normal no tocaría esta medicación irracional», y esto es algo absolutamente cierto: una dosis elevada de medicación psicotrópica o antipsicótica que sólo puede tolerar los pacientes psicóticos, produce serios trastornos en la personalidad, produce drogadependencia, o daña extremadamente al hígado, o produce un mal funcionamiento del conducto gastrointestinal (al punto que impide la absorción). En la mayor parte de los casos, hay un promedio de personas que no toleran dosis antipsicóticas de medicación neuroléptica (Neppe, 1989b; Neppe y Wessels, 1979). Esto significa que tenemos indicadores bioquímicos

específicos que diferencian las condiciones de diagnóstico de personas normales de las psicóticas.

Existen dos principios para diferenciar la conducta normal de la anormal. Primero, la definición de enfrentamiento a nivel funcional (Neppe, 1984b), y segundo, la tolerancia psicofarmacológica y la respuesta como un indicador subyacente, y la expresión de una anormalidad bioquímica, la cual produce, no solo el epifenómeno psicofarmacológico, sino también el epifenómeno de síntomas clínicos específicos (Neppe, 1983a, 1983b). La expresión de estas características clínicas del cerebro está limitada sólo a unas pocas experiencias. El paciente puede experimentar alucinaciones. Puede experimentar síntomas ilusionales y perturbaciones mentales o cambios a nivel emocional, por ejemplo: depresión o euforia. Por otro lado, puede experimentar ansiedad, agitación, agresión, alienación, o una distorción atencional. Puede experimentar diferencias a nivel de la expresión psicomotora y a nivel motivacional. En casos más extremos, puede experimentar características específicas anormales en un locus cerebrocortical específico, como la apraxia o la afasia. Esta limitación en la expresión de síntomas del cerebro es apropiada respecto a la experiencia paranormal subjetiva. Así, por ejemplo, está plenamente demostrado que la experiencia extracorpórea o la experiencia autoscópica se puede inducir estimulando ciertas áreas del lóbulo temporal del cerebro (Neppe, 1984c; Penfield, 1958). Esto puede mecánicamente ser diferente de una experiencia extracorpórea, como ocurre con el paragnosta. La expresión limitada es un camino final común (Neppe y Holden, 1989; Reed, 1972). Existe una gran disputa respecto a un camino final común: las similitudes de la experiencia cercana a la muerte en las personas (Neppe y Tuckerm, 1989). Comentarios similares se pueden hacer respecto al déjà vu (Neppe, 1983b) y también respecto a las alucinaciones (Neppe, 1983a).

Las alucinaciones son particularmente importantes porque, desde un modelo psiquiátrico, siempre se las interpreta como aquello que mejor expresa la psicopatología, y en general a la psicosis (Van den Berg, 1982). Hay incluso alucinaciones normales. Son conocidos, por ejemplo, los fenómenos llamados hipnagógicos o hipnopómpicos que ocurren en sujetos normales y también en el narcoléptico, pero que no están considerados como patológicos (Neppe, 1983a).

Menos conocidos son los estudios de Sidgwick y colaboradores (Sidgwick,

Johnson, Myers, y Sidgwick, 1894) y cincuenta años más tarde por West (1962) quienes demostraron, en una gran encuesta sobre personas normales (Sidgwick aproximadamente 10.000; y West más de 1000), que las alucinaciones pueden ser mayoritariamente visuales, y que ocurren al menos una vez en la vida, entre 10–14%. Estas alucinaciones visuales están relacionadas con una muerte, incluso cuando esta muerte es inesperada y desconocida. El significado de este descubrimiento es importante, no sólo para la investigación parapsicológica, sino para el contexto de un trauma, vinculado a recuerdos pasados de una experiencia extraña, como por ejemplo: una alucinación visual (Devereux, 1974; Ehrenwald, 1948; Greyson, 1977).

Dado el escaso número de formas de expresión del cerebro, algunas de las cuales pueden ser experiencias paranormales subjetivas (SPEs) (Neppe, 1980a), es importante analizar qué categoría diagnóstica probablemente exhiba más SPEs, o si éstas se han percibido como patológicas o normales. La Tabla 1 clasifica los principales grupos:

Tabla 1.

CONDICIONES PSIQUIÁTRICAS ASOCIADAS CON LAS EXPERIENCIAS PARANORMALES SUBJETIVAS

Grupo 1.	Esquizofrénicos
Grupo 2.	Psicosis movilizada por alucinógenos
Grupo 3.	Psicosis de experiencias paranormales subjetivas
Grupo 4.	Fenómenos disociativos similares al trance
Grupo 5.	Disfunción del lóbulo temporal en epilepsia y no-epilepsia

La esquizofrenia

Los esquizofrénicos y otros pacientes psiquiátricos con psicosis similares, al igual que los trastornos esquizoafectivos agudos y los pacientes con episodios maníacos, con frecuencia presentan experiencias alucinatorias o ilusorias que están más vinculadas a su sub-cultura (Neppe y Smith, 1982). Si son religiosas perciben a Jesús o a Judas, y en consecuencia, se espera representarlos de una manera grandiosa o persecutoria. Esquizofrénicos con experiencias de tipo

místicas pueden presentarse como seres sublimes, o bajo alguna otra forma, pueden auto-considerarse psíquicos y tener habilidades telepáticas o clarividentes (Neppe y Smith, 1982; Rogo, 1975).

Estos síntomas son particularmente importantes porque reflejan los síntomas schneiderianos de la psicosis de «primer rango», a saber: el fenómeno de pasividad y alienación (Schneider, 1959). La alienación y los fenómenos de pasividad se relacionan con la distorción del ego del paciente, por lo cual las influencias se reciben como desde afuera, produciendo una influencia sobre el pensamiento, las emociones, los impulsos, o las funciones corporales. Cuando no ocurre influencia alguna, pero el paciente percibe influencias del mundo exterior que lo controlan, las experiencias a veces lo transforman en un sujeto alienado. Estas características son indicadoras de psicosis, y el principal componente es la referencia al ser, con una distorción en los límites del ego (Neppe, 1988a, 1988b).

Lógicamente, una extensión de esta 'distorción del ser' es la impresión de que el paciente está percibiendo información del exterior por telepatía o clarividencia; o que otros están leyendo su mente y que no hay necesidad alguna de comunicarse. Los pacientes pueden desarrollar un confuso sistema ilusorio perteneciente a su ser psíquico, o ser capaz de predecir el futuro. Es interesante que pacientes como éstos no pueden concretar evidencia alguna, y cuando dan estos ejemplos, éstos normalmente no tienen consecuencia alguna («supe que vería a mi padre, y lo ví, tres semanas después» ó «supe que vería a mi padre, y cuando lo ví, me di cuenta que estaba el demonio»). Estas características están vinculadas con la psicosis. Muy a menudo los pacientes hablan en términos vagos o contradictorios e intentan explicar al fenómeno dentro de un contexto todavía más ilusorio (Neppe, 1984b; Neppe y Holden, 1989).

Estos pacientes no pueden enfrentar sus experiencias a un nivel bio-psico-familio-sociocultural, y serán tolerantes a altas dosis de agentes neurolépticos –completando así los dos criterios que he sugerido para la psicosis. Por otra parte, este grupo de drogas antipsicóticas los ayudarán a alcanzar una mayor conciencia de realidad. De este modo, las psicosis cuasi-esquizofrénicas, y a veces los enfermos maníacos, pueden presentar un componente de grandiosidad, buscando experiencias de tipo psíquicas, pero manifestando otros

grupos de síntomas vegetativos y cognitivos, que son claramente inadecuados y están asociados con la descompensación de las funciones del paciente.

Psicosis alucinógenas

El segundo subgrupo está relacionado con pacientes que han consumido drogas alucinógenas. Las dos más comúnmente usadas son el LSD y el PCP. Estas drogas producen estados cuasi-esquizofrénicos, sea en forma aguda o más crónica, pero con ciertas diferencias. Más frecuentemente, el elemento místico, en términos de la expansividad mental, es particularmente exagerado, y esto produce distorciones en la apreciación de la percepción del tiempo. Estas distorciones son comunes en los esquizofrénicos, pero la psicosis alucinógena es el típico ejemplo (Neppe, 1982c).

Estos pacientes tienen dificultades para diferenciar segundos de horas, días de minutos. Su capacidad para calcular el tiempo es muy confuso. Exhiben estados de expansividad mística por la cual describen sentimientos de omnisciencia y conciencia de realidad: estas experiencias pueden ser extremadamente aterradoras, o pueden estar asociadas con cualidades eufóricas. A veces dicen tener *flashbacks* de este tipo de experiencias. Todas estas experiencias reflejan la agudeza de la realidad psicótica, bajo influencia de los alucinógenos o a través de una esquizofrenia más prolongada como un tipo de enfermedad que parece haberse iniciado por la acción de alucinógenos. Esta condición no tiene las características negativas típicas de la esquizofrenia: aislamiento, apatía, autismo, fuga de la realidad, y falta de introspección. Por el contrario, estos pacientes tienen cierta introspección, son conscientes de que hay algo extraño o que algo es diferente. Tienen las características típicas de las alucinaciones positivas, más frecuentemente del tipo visuales a diferencia de las clásicas alucinaciones auditivas que se ven en la esquizofrenia.

A veces estos casos raros son más difíciles de diferenciar de las experiencias psíquicas a causa de su pseudo-carácter filosófico, y su expansividad mental a veces los hace parecer como genios o personas extremadamente inteligentes, hasta que uno se da cuenta de la calidad del pensamiento, la desviación del juicio, y la distorción de la interpretación de la realidad.

La psicosis de la experiencia paranormal subjetiva

El tercer grupo de condiciones, de importancia a nivel clínico, es la Psicosis de la Experiencia Paranormal Subjetiva (Psicosis EPS) (Neppe, 1984b). Yo describí esta condición originalmente a principios de los años ochenta para llenar el vacío en la literatura relacionado con la gente que describe una historia de experiencia paranormal genuina que comienza en la niñez. Sin embargo, en algún punto de su madurez temprana, presentan una descompensación psicótica aguda.

La característica principal que ha cambiado –anunciando la psicosis– está relacionada con su ideación de auto-referencia. De repente, su conciencia o sus «experiencias psíquicas» no eran acerca de otros o acerca de cosas de poca importancia; en lugar de ello, comienzan a tener experiencias acerca de si mismos que les provoca enorme pena, a causa de la naturaleza disfórica de tales experiencias, como por ejemplo, la creencia de que se van a morir (Neppe y Tucker, 1989).

Esta condición está caracterizada por un grupo de características, a saber:

1. Aparición de experiencias paranormales subjetivas (EPS) en la niñez, frecuentemente antes de los cinco años, pero más concretamente antes de los diez.

2. La historia de numerosas experiencias paranormales subjetivas comprobadas que están relacionadas con otros, pero nunca consigo mismos.

3. La historia de la aparición de un episodio psicótico en cualquier estadío de su vida que se manifiesta como una «ilusión» de auto-referencia perteneciente a una de estas experiencias paranormales subjetivas.

4. Esta EPS puede relacionarse con la muerte del sujeto.

5. Una fase de trastorno agudo precipitado por las SPEs auto-referenciales, con la convicción de que la SPE es verdadera, pero el disturbio a causa de ésta no puede probarse.

6. La fase de una muy rápida recuperación después de que se haya demostrado la falsedad de una SPE.

7. La carencia de enfermedades psiquiátricas importantes en la historia familiar del sujeto.

8. Presencia de experiencias paranormales subjetivas en su historia familiar (por ej.: «mi madre o mi abuela ya tenían estas experiencias»).

9. Marcado antagonismo a lo paranormal en el grupo familiar primario.

10. Ausencia de respuesta de un diagnóstico diferencial convencional razonable.

11. Ausencia de una historia psiquiátrica previa.

12. Respuestas afectivas congruentes y apropiadas.

13. Exclusión de causas físicas (Neppe, 1984b).

Experiencias similares al trance: paragnostas e histéricos

El cuarto grupo de sujetos tienen experiencias similares al trance. Aquí nuevamente, hay una subdivisión entre quienes funcionan bien y dicen experimentar un estado similar al trance como parte de sus comunicaciones mediúmnicas. Estos sujetos, en general, tienen experiencias paranormales subjetivas de muy diverso tipo, tales como experiencias fuera del cuerpo y varios tipos de clarividencia, retrocognición, y precognición, o experiencias de tipo telepática, ya sea en vigilia o en sueños. Pueden o no decir que tienen experiencias psicokinéticas. Sus experiencias de trance están normalmente asociadas a una alteración o un déficit de la conciencia y padecen amnesia por cualquier verbalización que ocurre durante esta fase. Esta amnesia no es variable, y es común que estos sujetos exhiban una conciencia dual. La calidad de su verbalización y vocalización puede variar, tanto en tipo como en voz (por ejemplo: la propia o la de otro) asi como en el tipo de información que proporcionan (Neppe, 1982b; Neppe y Smith, 1982).

Contrariamente a este subgrupo «normal», hay un segundo grupo de pacientes que tienen episodios histéricos disociativos con lo cual se asume una forma diferente de identidad o conducta y exhiben componentes amnésicos. Generalmente vienen de una situación de estrés, y tiene un aparición aguda y una desaparición relativamente aguda. En este último punto puede haber recuerdos dispersos, y por lo general, episodios que se pueden recrear en estados de conciencia alterados, como la hipnosis. El componente central de estas condiciones está relacionada con su psicodinamismo (Neppe y Smith, 1982).

El problema con los dos subgrupos de estas condiciones es que es posible que el sujeto pueda exhibir diferentes tipos de trance y estar también histéricamente disociado. En todo caso, cualesquiera sean las vocalizaciones obtenidas durante los trances, éstas bien pueden estar contaminadas por la psicodinámica subyacente y el estado emocional del sujeto (Devereux, 1974).

El psíquico psicótico

El quinto grupo es similar al primero, el grupo de pacientes con psicosis de experiencias paranormales subjetivas. Pero en este ejemplo, el caso tiene otros enfoques. Los pacientes que son psicóticos o exhiben formas de lo que perciben como una patología bizarra, como los éxtasis súbitos que logran aceptación en el contexto de su subcultura, o dentro de una cultura pre-alfabetizada, o quienes tienen habilidades místicas especiales, están preparados para convertirse en sanadores indígenas, médicos-brujo, o shamanes (Neppe y Smith, 1982).

Este subgrupo de pacientes es bioquímicamente diferente porque consigue tolerar altas dosis de agentes antipsicóticos y necesitan controlar sus síntomas con medicación psicotrópica. Sus conductas místicas responden a la medicación anticonvulsiva (Neppe y Smith, 1982).

Disfunción del lóbulo temporal no-epiléptico y la epilepsia del lóbulo temporal

Hay un sexto grupo de pacientes con disfunciones del lóbulo temporal no-epiléptico y con epilepsia del lóbulo temporal que pueden hipotéticamente manifestar experiencias paranormales subjetivas. Esta hipótesis está basada en la investigación opuesta, con la cual demostré, a principios de la década de los

ochenta, que hay un incremento sustancial en la incidencia de posibles síntomas del lóbulo temporal en aquellos sujetos que tuvieron experiencias paranormales subjetivas (Nelson, 1980; Neppe, 1980b, 1983c, 1984c). Hay sujetos que mencionan un gran número de EPS clasificadas en cuatro tipos diferentes, y estas EPS han podido ser subjetivamente validadas en 16 ocasiones. Forman la punta del iceberg de un presunto vidente. Manifiestan sin excepción sintomatología del lóbulo temporal, tanto relacionada a su EPS (por ejemplo: un fenómeno de estado), como también, independiente de su EPS (por ejemplo: un fenómeno de rasgo) (Neppe, 1983c). Esto sugiere que existe un patrón anómalo de funcionamiento en el lóbulo temporal que permite experimentar una realidad exógena o endógena que la mayoría de la gente es incapaz de experimentar (Neppe, 1984c).

Es interesante que los sujetos «normales» que experimentan experiencias paranormales subjetivas, manifiestan posibles síntomas del lóbulo temporal de diferente tipo y característica. Experimentan, por ejemplo, placer o alucinaciones olfativas de flores, (Neppe, 1983) y a veces una alucinación común en la epilepsia del lóbulo temporal es displacer, ardor, o memoria olfativa (Neppe, 1981a, 1983). Además, estos pacientes no experimentan el déjà-vu de tipo epiléptico del lóbulo temporal (Neppe, 1983b). Esto muestra las diferencias cualitativas en el área de integración de la EPS al lóbulo temporal, que, además, por razones teóricas, serían una buena opción (Neppe, 1981a, 1981b, 1982a, 1984c).

En consecuencia, yo propongo establecer si se produce o no al revés también. ¿Los pacientes con disfunción no-epiléptica del lóbulo temporal o pacientes con epilepsia del lóbulo temporal, tienen más experiencias paranormales subjetivas? Lamentablemente, esta investigación no es sencilla. Primero, la gran mayoría de la población, entre el 70–90%, en numerosos estudios de diferentes países, hablan de al menos una experiencia paranormal subjetiva en sus vidas, pero la EPS de esta población no es muy significativa (Neppe, 1981c; Swiel & Neppe, 1986). Lo más importante es la aparición de *frecuentes* EPS. Este es un terreno común en pacientes que padecen disfunciones en el lóbulo temporal y epilepsia en el lóbulo temporal.

De acuerdo a mi experiencia, cuando estos pacientes están bajo medicación anticonvulsiva, como la Carbamazepina (Tegretol®), es interesante que mejoran invariablemente respecto a la sintomatología del lóbulo temporal, y su

mejoramiento se trasluce en una disminución o en la no-ocurrencia de experiencias paranormales subjetivas, así como también una disminución en su creatividad, en su habilidad musical, o en escribir poesías. Estos resultados se relacionan con mis estudios y mi experiencia piloto con pacientes bajo cuidadosas evaluaciones. Los números son extremadamente bajos, la mayoría de los pacientes con epilepsia del lóbulo temporal prefieren no hablar de los síntomas de sus EPS para evitar su carácter de incontrolabilidad. Hay numerosas restricciones en la interconsulta profesional a causa de las implicaciones médicas y legales para pacientes que operan equipamiento o conducen vehículos que padecen ataques. Sin embargo, ésta parece ser una línea de investigación bastante promisoria.

Es interesante que tenemos que describir una relación en las disfunciones en el lóbulo temporal que coexisten con las experiencias paranormales subjetivas (Hurst y Neppe, 1981, 1982). Parece que una historia familiar de epilepsia es un fenómeno bastante común entre los paragnostas. Nuevamente, hay muchas dificultades de diagnóstico porque el paciente con epilepsia pocas veces está disponible para la investigación. Tengo muchas anecdótas de ésto.

Conclusiones

Este informe ha intentado evaluar a psi en el contexto de la clínica psiquiátrica. Evidentemente el fenómeno ocurre. A veces la descripción parece tener elementos psicóticos. Siempre hay un condimento psicodinámico para algunos tipos de experiencias, pero la esencia de la patología está mejor fundamentada tanto en el modelo bio-psico-familio-sociocultural del paciente carente de habilidades de enfrentamiento como en el paciente que es capaz de tolerar, responder a una medicación psicotrópica adecuada, en particular la medicación neuroléptica o anticonvulsionante, de manera que puede implicar señales bioquímicas subyacentes.

Parece que el área del cerebro más involucrada es el sistema témporo-límbico. Sin embargo, la psicodinámica es de gran importancia en cualquier interrelación psicoterapéutica, y el fenómeno puede involucrar explicaciones psicodinámicas, incluso en el paciente orgánico.

¿Cómo cambiaron estas ideas catorce años después que publiqué el informe

original *Clinical Psychiatry, Psychopharmacology, and Anomalous Experience* de 1993? Aunque parezca extraño, no mucho. Esto está relacionado con la falta de progreso en las ideas de base de estos trabajos. Ciertamente, en 1989, vimos la inserción del concepto de la Psicosis por Experiencia Paranormal Subjetiva en el contexto de la literatura psiquiátrica (Neppe y Smith, 1982). Pero no vimos ninguna acción al respecto. Continué viendo, ocasionalmente, pacientes que habían tenido una prolongada historia de EPS desde la niñez y entonces tuvieron una ruptura psicótica con la realidad (la Psicosis por Experiencia Paranormal Subjetiva). También veia pacientes psicóticos que se percibían a si mismos teniendo una EPS (el Psíquico Psicótico). Pero durante este tiempo, no encontré a ningún profesional interesado en formar psiquiatras o a estudiantes en la importancia de las EPS. Tampoco he visto psiquiatras buscar una respuesta psicofarmacológica como indicador subyacente de un posible diagnóstico.

Por el contrario, hemos progresado desde DSM-III-R al DSM-IV-TR. Continuo siendo consultado por problemas relacionados con esta nomenclatura, aunque desviándome del contexto cultural al contexto de lo que llamamos «Transtornos Mentales Orgánicos» y que ahora se conocen como una mezcolanza de «trastornos cognitivos», «trastornos amnésicos», y «trastornos sintomáticos» en los cuales entrarían los trastornos del lobulo temporal y ataques parciales complejos.

Pero en general, la psiquiatría inapropiadamente categorizará a aquellos pacientes que reporten experiencias paranormales subjetivas como delirantes, y en otros casos como un síndrome monosintomático delirante. Esto es independiente de si el paciente manifiesta alguna psicopatología que pueda justificar tal diagnóstico. En realidad, la mayoría de las personas con experiencias paranormales subjetivas funcionan bien y en forma normal en todos los niveles de su desempeño bio-psico-familio-socio-cultural. Sin embargo, saben que no deben hablar de sus experiencia a los psiquiatras o los psicólogos, a causa de que pueden ser diagnosticados por eso. El diagnóstico más común y actualizado que he encontrado para aquellos que reportan experiencias misticas es el de «transtorno bipolar», que es el más apropiado debido a que el término bipolaridad contiene fases de mania y normalidad. Las EPSs pueden también ser malinterpretadas cuando ocurren durante estas fases, tanto a causa de que no hay un sostén clínico variable como tampoco un aumento de energía y falta de sueño prolongada, entonces se considera que el paciente tiene sólo una fase de funcionamiento «normal».

Pese a ello, sólo una pequeña parte de mis colegas psiquiatras utiliza la receptividad y la tolerancia psicofarmacológica como criterio diagnóstico, lo cual todavía no es un Axis en la nomenclatura de la American Psychiatric Association. Esto es lamentable debido a que creo que debería ser el Axis 1 – una diferencia bioquímica bien podría probar el indice de categorización psiquiátrica. Una vez que esto ocurra, mi hipótesis es que seremos capaces de demostrar definitivamente que hay un subgrupo de personas que experimentan eventos paranormales subjetivos, que están funcionando y no toleran –o no responden– la medicación psicotrópica. También evaluamos a un grupo de pacientes, que el Dr John Palmer y yo hemos estado estudiando en detalle, con Disfunción del Lóbulo Temporal basado en el Inventario de los Síntomas de Epilepsia del Lóbulo Temporal de Neppe (el «INSET»), quienes manifiestan más experiencias paranormales subjetivas comparado con un grupo de pacientes que padecen estos síntomas neuro-psiquiátricos (Neppe y Palmer, 2003) y hemos podido demostrar esta diferencia empleando un equipo electroencefalográfico ambulatorio.

BIBLIOGRAFIA

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION COMMITTEE (1987). *Diagnostic and statistical manual: DSM-III-R* (Tercera edición revisada). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION COMMITTEE (1994). *Diagnostic and statistical manual: DSM-IV* (Cuarta edición revisada). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.

BLEULER, E. (1911). *Dementia praecox alike group of schizophrenias.* New York: International University.

DEVEREUX, G. (1974). Extrasensory perception and psychoanalytic epistemology. En C. Devereux (Ed.), *Psychoanalysis and the occult* (pp. 16-46). London: Souvenir Press.

EHRENWALD, J. (1948). *Telepathy and medical psychology.* New York: Norton.

GREYSON, B. (1977). Telepathy and mental illness: Deluge or delusion? *Journal of Nervous and Mental Disease, 165(3),* 184-199.

HURST, L. A., & NEPPE, V. M. (1981). A familial study of subjective paranormal experience in temporal lobe dysfunction subjects. *Parapsychological Journal of South Africa, 2*(2), 56-64.

HURST, L. A., & NEPPE, V. M. (1982). Psi-genetics: An organic perspective. *Parapsychological Joontal of South Africa, 3(1),* 54-57.

KRAEPELIN, E. (1899). Psychiatrie: Ein Lehrbuch fur Studerende und aertze (sexta edición). Leipzig, East Germany: Barth.

LAING, R. D. (1976). *The facts of life: An essay in feelings, facts and fantasy.* New York: Pantheon.

NELSON, C. K., & NEPPE, V. M. (1980). The neurophysiological wave correlates of a

controlled sample of subjective paranormal experients. *Parapsychological Journal of South Africa, 1*(2), 99-101.

NEPPE, V. M. (1980a). Subjective paranormal experience. *Psi, 2*(3), 2-3.

NEPPE, V. M. (1980b). Subjective paranormal experience and temporal lobe symptom-atology. *Parapsychological Journal of South Africa, 1*(2), 78-98.

NEPPE, V. M. (1981a). Review article: Symptomatology of temporal lobe epilepsy. *South African Medical Journal, 60*(27), 902-907.

NEPPE, V. M. (1981b). Review article: Non-epileptic symptoms of temporal lobe dys-function. *South African Medical Journal, 60*(25), 989-991.

NEPPE, V. M. (1981c). A study of the incidence of subjective paranormal experience. *Parapsychological Journal of South Africa, 2*(1), 15-37.

NEPPE, V. M. (1982a). Differing perspectives to the concept of temporal lobe epilepsy. *The Leech, 52*(1), 6-10.

NEPPE, V. M. (1982b). Psychiatric interpretations of subjective paranormal perception. *Parapsychological Journal of South Africa, 3*(1), 6-17.

NEPPE, V. M. (1982c). Schizophrenia: A guide to clinical diagnosis. *South African Journal of Hospital Medicine, 8*(4), 88-92.

NEPPE, V. M. (1983a). Anomalies of smell in the subjective paranormal experient. *Psychoenergetics Journal of Psychophysical Systems, 5*(1), 11-27.

NEPPE, V. M. (1983b). The hallucination: A priority system for its evaluation. *Parapsy-chology Review, 18*(4), 14-15.

NEPPE, V. M. (1 983c): Non-responsive psychosis: A biochemical difference. *South African Medical Journal, 63*(21), 797-798.

NEPPE, V. M. (1983d). *The psychology of Deja Vú: Have I been here before?* Johannesburg: Witwatersrand University Press.

NEPPE, V. M. (1983e). Temporal lobe symptomatology in subjective paranormal exper-jents. *Journal of the American Society for Psychical Research, 77*, 1-30.

NEPPE, V. M. (1984a). Delusions, culture and the media. *South African Medical Journal, 65*(23), 915.

NEPPE, V. M. (1984b). Subjective paranormal experience psychosis. *Parapsychology Review, 15*(2), 7-9.

NEPPE, V. M. (1984c). The temporal lobe and anomalous experience. *Parapsychological Journal of South Africa, 5*(1), 36-47.

NEPPE, V. M. (1988a). Psychopathology of psi: A new classification. *Parapsychology Review, 19*(6), 8-11.

NEPPE, V. M. (1988b). Psychopathology of psi: A perspective. *Parapsychology Review, 19*(5), 1-3.

NEPPE, V. M. (1989a). *Innovative psychopharmacotherapy.* New York: Raven Press.

NEPPE, V. M. (1989b). Near-death experiences: A new challenge in temporal lobe phe-nomenology? Comments on 'A neurobiological model for near-death experi-ences.' *Journal of Near-Death Studies, 7*, 243-248.

NEPPE, V. M. (1989c). Psychopharmacological strategies in non-responsive psychotics. En V. M. Neppe (Ed.), *Innovative psychopharmacotherapy* (pp. 94-122). New York: Raven Press.

NEPPE, V. M., & HOLDEN, T. (1989). Innovations in schizophrenia management. En V. M. Neppe (Ed.), *Innovative psychopharmacotherapy* (pp. 58-93). New York: Raven Press.

NEPPE, V. M., & SMITH, M. E. (1982). Culture, psychopathology and psi: A clinical relationship. *Parapsychological Journal of South Africa, 3*(1), 1-5.

NEPPE, V. M., & TUCKER, G. J. (1989). Atypical, unusual and cultural psychoses. En H. I. Kaplan & B. J. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (5ta. Edición) (pp. 842-852). Baltimore: Williams & Wilkins.

NEPPE, V. M., & WESSELS, W. H. (1979). Psychotic toleration of neuroleptic medication. *South African Medical Journal, 56*(27), 1149.

NEPPE, V.M. (1993). Clinical Psychiatry, Psychopharmacology, and Anomalous Experience. En L. Coly and J. McMahon (Eds.), *Psi and Clinical Practice* (pp. 145-163). New York, NY: Parapsychology Foundation.

PALMER, J. & NEPPE, V. M. (2003). A controlled analysis of subjective paranormal experiences in temporal lobe dysfunction in a neuropsychiatric population. *Journal of Parapsychology* [en prensa].

PENFIELD, W. (1958). Functional localization in temporal lobe and deep Sylvian areas. *Research Publications of the Association for Research in Nervous & Mental Disorders, 36*, 210-216.

REED, G. (1972). *The psychology of anomalous experience.* London: Hutchinson University Library.

ROGO, D. S. (1975). Psi and psychosis: A review of the experimental evidence. *Journal of Parapsychology, 39*, 120-127.

SCHNEIDER, K. (1959). *Clinical psychopathology.* Hamilton, NY: Grune & Stratton.

SIDGWICK, H., JOHNSON, A., MYERS, F. W. H., & SIDGWICK, F. M. (1894). Report on the census of hallucinations. *Proceedings of the Society for Psychical Research, 10*, 25-422.

SWIEL, D.J., & NEPPE, V. M. (1986). The incidence of subjective anomalous experience in naive subjects. *Parapsychological Journal of South Africa, 7*(1), 34-53.

SZASZ, T. (1957). *Pain and pleasore.* New York: Basic Books.

VAN DEN BERG, J. H. (1982). On hallucinating. En A. J. J. De Koning & F. A. Jenner (Eds.), *Phenomenology and psychiatry* (pp. 97-110). New York: Grune & Stratton.

WEST, D.J. (1962). *Psychical research today.* Middlesex: Penguin.

Apéndice I

ESCALAS E INVENTARIOS SOBRE EXPERIENCIAS Y CREENCIAS PARANORMALES

CUESTIONARIO DE EXPERIENCIAS PARANORMALES

Diseñado por Daniel Gómez Montanelli y Alejandro Parra
Instituto de Psicología Paranormal - Buenos Aires, Argentina.

Instrucciones

Lea ATENTAMENTE las preguntas y responda con TOTAL honestidad. Todas las preguntas se refieren a momentos en los que usted no estaba bajo la influencia del alcohol o drogas no prescriptas. Debe reservar la respuesta SI sólo para aquellas preguntas en las que usted crea que no existe una explicación «normal» o razonable para la experiencia o que es improbable que haya habido una coincidencia o una casualidad. Si usted está inseguro acerca de cuantas veces ha tenido algún tipo de experiencia, indíquelo al menos aproximadamente. Lea cada declaración lenta y cuidadosamente, responda tan exactamente como pueda, haciendo un círculo en uno y sólo uno de los números que van del «0» al «100» que será un indicador del puntaje que mejor corresponda a su experiencia durante el período de tiempo en cuestión. Haga esto para cada declaración. Recuerde que solamente puede marcar una sola respuesta correcta por cada pregunta.

1. *¿Ha tenido usted un sueño que tuviera relación con algún evento ocurrido antes, durante o después del momento en que usted estaba soñando, sin que usted tuviese conocimiento de este evento previamente o no estuviese esperando que aquello ocurra? Coloque un círculo para mostrar qué porcentaje de veces esto le ocurrió:*

0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
Ha sido una experiencia positiva, transformadora y enriquecedora.			0	1	2	3	4	5	6	Ha sido una experiencia negativa y perturbadora.

2. ¿Tuvo alguna vez la sensación de captar mentalmente los pensamientos de otra persona, ya sea un familiar, un amigo o un conocido que no estaba presente en el momento en que esto ocurrió? Coloque un círculo para mostrar que porcentaje de veces le ocurrió:

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

Ha sido una experiencia positiva, transformadora y enriquecedora. 0 1 2 3 4 5 6 Ha sido una experiencia negativa y perturbadora.

3. ¿Ha visto usted una luz o luces, o campos de energía alrededor del cuerpo o de una parte del cuerpo de una persona, lo cual –hasta donde usted pudo determinar– no fue debido a causas normales o naturales? Coloque un círculo para mostrar que porcentaje de veces le ocurrió:

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

Ha sido una experiencia positiva, transformadora y enriquecedora. 0 1 2 3 4 5 6 Ha sido una experiencia negativa y perturbadora.

4. ¿Ha tenido usted la experiencia de sentirse fuera, desprendido o lejos de su cuerpo físico, esto es, la sensación de que su mente, conciencia o espíritu, estaba en un lugar diferente al de su cuerpo físico? Coloque un círculo para mostrar que porcentaje de veces le ocurrió:

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

Ha sido una experiencia positiva, transformadora y enriquecedora. 0 1 2 3 4 5 6 Ha sido una experiencia negativa y perturbadora.

5. ¿Ha pasado usted por la experiencia de estar clínicamente muerto y «regresar» trayendo consigo el recuerdo de lo vivenciado durante ese momento? Coloque un círculo para mostrar que porcentaje de veces le ocurrió

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

Ha sido una experiencia positiva, transformadora y enriquecedora. 0 1 2 3 4 5 6 Ha sido una experiencia negativa y perturbadora.

6. ¿Ha experimentado usted recuerdos (en sueños, vigilia u otros momentos) que parecen provenir de vivencias de una vida pasada? Coloque un círculo para mostrar que porcentaje de veces le ocurrió:

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

Ha sido una experiencia positiva, transformadora y enriquecedora. 0 1 2 3 4 5 6 Ha sido una experiencia negativa y perturbadora.

7. ¿Ha tenido usted, estando despierto, la impresión vívida de ser escuchado, oler, ser tocado por, o simplemente una fuerte sensación de sentir la presencia de una entidad (persona fallecida, persona viva pero ausente en ese lugar, etc.), cuya impresión hasta donde usted pueda saber, no fue debido a ninguna causa física o natural externa? Coloque un círculo para mostrar que porcentaje de veces le ocurrió:

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

Ha sido una experiencia positiva, transformadora y enriquecedora. 0 1 2 3 4 5 6 Ha sido una experiencia negativa y perturbadora.

8. ¿Ha tenido alguna experiencia en la que usted haya funcionado como un médium o un canal para la manifestación de una entidad espiritual (persona fallecida)? Coloque un círculo para mostrar que porcentaje de veces le ocurrió:

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

Ha sido una experiencia positiva, transformadora y enriquecedora. 0 1 2 3 4 5 6 Ha sido una experiencia negativa y perturbadora.

9. ¿Ha tenido alguna experiencia en la que usted haya funcionado como un médium o un canal para la manifestación de un ser extraterrestre? Coloque un círculo para mostrar que porcentaje de veces le ocurrió:

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

Ha sido una experiencia positiva, transformadora y enriquecedora. 0 1 2 3 4 5 6 Ha sido una experiencia negativa y perturbadora.

10. ¿Se ha sentido usted alguna vez observado, perseguido, controlado, o poseído por alguna entidad (persona fallecida o persona viva pero ausente en ese lugar)? Coloque un círculo para mostrar que porcentaje de veces le ocurrió:

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

Ha sido una experiencia positiva, transformadora y enriquecedora. 0 1 2 3 4 5 6 Ha sido una experiencia negativa y perturbadora.

11. ¿Ha experimentado usted anormalidades en el funcionamiento de aparatos eléctricos, computadoras u otro equipo que le hayan parecido muy extrañas, y que hasta donde usted ha podido determinar, no fueron debido a causas normales o naturales? Coloque un círculo para mostrar que porcentaje de veces le ocurrió:

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

Ha sido una experiencia positiva, transformadora y enriquecedora. 0 1 2 3 4 5 6 Ha sido una experiencia negativa y perturbadora.

12. ¿Ha tenido la experiencia de escuchar golpes y/o encontrar vidrios rotos o astillados y/u objetos quemados, sin que hubiera una causa física aparente? Coloque un círculo para mostrar que porcentaje de veces le ocurrió:

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

Ha sido una experiencia positiva, transformadora y enriquecedora. 0 1 2 3 4 5 6 Ha sido una experiencia negativa y perturbadora.

13. Asumiendo que estas experiencias requieran una explicación, ¿ha consultado a alguna persona como consecuencia de ellas, sean éstas positivas o negativas?

- No, nunca.
- Sí, inicié un curso o tomé clases para comprender mis experiencias.
- Sí, leí libros y/o revistas para comprender mis experiencias.
- Sí, con un pariente / amigo / conocido.
- Sí, con un médico.
- Sí, con un psiquiatra.
- Sí, con un psicólogo.
- Si, con un religioso (pastor, rabino, cura, u otro).
- Sí, con un terapeuta alternativo (sanador, reikista, tarotista u otro).
- Otro. Por favor, especifique: _____

14. Indique que consejo o tratamiento satisfizo una explicación acerca de su/s experiencia/s:

- Ninguna consulta o tratamiento resultó efectivo.
- Sí, el curso que tomé me permitió comprender mis experiencias.
- Sí, lei libros y/o revistas para comprender mis experiencias.
- Sí, hablar con un pariente / amigo / conocido resultó efectivo.
- Sí, el tratamiento médico resultó efectivo.
- Sí, el tratamiento psiquiátrico resultó efectivo.
- Sí, con un psicólogo resultó efectivo.
- Si, el tratamiento religioso resultó efectivo.
- Sí, el tratamiento alternativo resultó efectivo.
- Más de un tratamiento resultan efectivos.

Para mayor información consultar la siguiente bibliografía:

Gómez Montanelli, D. y Parra, Alejandro (2002). Experiencias psi-conflictivas: Una encuesta con implicaciones en parapsicología clínica. *Revista Argentina de Psicología Paranormal, 13*, 7-47.

Gómez Montanelli, D. y Parra, Alejandro (2003). Un abordaje modelo para el procesamiento de las reacciones emocionales ante experiencias paranormales. *Revista Argentina de Psicología Paranormal, 14*(1-2), 9-27.

Gómez Montanelli, D. y Parra, Alejandro (2005). ¿Las experiencias paranormales son psicológicamente perturbadoras?: Un estudio comparando dos muestras encuestadas. *Revista de Neuro-Psiquiatría, 68*(1-2), 107-117.

INVENTARIO DE EXPERIENCIAS ANÓMALO/ PARANORMALES

Diseñado por C. Gallagher, V. K. Kumar, & R.J. Pekala
Departamento de Psicología, West Chester University

Instrucciones

Lea ATENTAMENTE cada afirmación y responda tan exactamente como pueda, haciendo una Cruz en V (si es Verdadero para usted) o F (si es Falso para usted). Haga esto para cada una. Solamente puede marcar una sola respuesta correcta por cada afirmación.

	V	F
1. Puedo influir o cambiar un evento sólo concentrándome en éste.	☐	☐
2. Creo que la mente puede controlar la materia.	☐	☐
3. He consumido drogas para alterar mi mente.	☐	☐
4. Escuchar acerca de lo paranormal o las experiencias psíquicas me atemoriza.	☐	☐
5. Soy capaz de mover o influir los objetos sólo con la fuerza de mi mente.	☐	☐
6. A veces mi conciencia siente que se expande más allá de mi cuerpo.	☐	☐
7. Puedo alterar mi estado de conciencia a voluntad.	☐	☐
8. A menudo tengo experiencias de *deja-vu* (ya visto).	☐	☐
9. Creo en la vida después de la muerte.	☐	☐
10. Creo que tengo gran poder y energía.	☐	☐
11. A menudo me parece que soy consciente de eventos que ya ocurrieron.	☐	☐
12. Quiero saber el alcance de mi mente.	☐	☐
13. Tengo miedo de ser hipnotizado.	☐	☐
14. A menudo tengo experiencias psíquicas.	☐	☐
15. He fumado marihuana.	☐	☐
16. Han habido eventos que he soñado antes que éstos ocurrieran.	☐	☐
17. He participado de sesiones de espiritismo.	☐	☐
18. Soy capaz de comunicarme con fuerzas sobrenaturales.	☐	☐
19. He tenido una experiencia cercana a la muerte.	☐	☐
20. Creo que muchos sucesos paranormales son reales.	☐	☐

21. He hablado en idiomas que desconozco (xenoglosia).	☐	☐
22. Siento que mi mente puede expandirse más allá de sus límites normales.	☐	☐
23. Creo en el inconsciente.	☐	☐
24. A menudo sé lo que otros están sintiendo o pensando sin que me lo digan.	☐	☐
25. He experimentado otros planos de existencia más allá de la física.	☐	☐
26. Creo en la reencarnación.	☐	☐
27. Usar el tablero Oui-ja me atemoriza.	☐	☐
28. He tenido la experiencia de saber cosas lejos del alcance de mis sentidos.	☐	☐
29. He experimentado a mi cuerpo físico u objetos volar en el aire (levitación).	☐	☐
30. He tenido experiencias psíquicas.	☐	☐
31. Sé que he vivido antes.	☐	☐
32. Uso regularmente el tablero Oui-ja.	☐	☐
33. He tomado LSD (droga alucinógena).	☐	☐
34. Creo que hay vida inteligente en otros planetas.	☐	☐
35. Temo visitar a un psíquico o un vidente.	☐	☐
36. Temo tener un estado no-ordinario de conciencia.	☐	☐
37. Puedo curar una enfermedad o dañar a una persona con la energía sanadora de mi mente y mi cuerpo.	☐	☐
38. He tenido la experiencia de objetos que aparecen y desaparecen a mi alrededor (materialización y desmaterialización).	☐	☐
39. Bebo alcohol.	☐	☐
40. He tenido una experiencia mística.	☐	☐
41. Soy capaz de ver el aura alrededor del cuerpo de las personas.	☐	☐
42. He tenido una experiencia fuera del cuerpo.	☐	☐
43. He tratado de canalizar o he sido medium.	☐	☐
44. Creo que la gente tiene energía (aura) alrededor de su cuerpo.	☐	☐
45. He tenido recuerdos de una vida pasada.	☐	☐
46. Puedo usar la radiestesia para encontrar objetos perdidos.	☐	☐
47. He usado cocaína.	☐	☐
48. Me he comunicado con los muertos.		
49. He visto un fantasma o una aparición.		

50. He experimentado la sensación de ausencia del tiempo. ☐ ☐
51. A veces, me he sentido poseído por una fuerza extraña. ☐ ☐
52. Puedo dejar mi cuerpo y regresar a voluntad. ☐ ☐
53. Puedo sentir los sentimientos de otros como si ellos lo experimentarán. ☐ ☐
54. He tenido un encuentro extraterrestre. ☐ ☐
55. Soy capaz de comunicarme con los muertos. ☐ ☐
56. Puedo controlar mis propios sueños. ☐ ☐
57. Consulto adivinos, tarotistas, videntes y astrólogos. ☐ ☐
58. He tenido experiencias psíquicas bajo la influencia de bebidas alcohólicas. ☐ ☐
59. Practico magia y brujería. ☐ ☐
60. Soy psíquico. ☐ ☐
61. Temo tener una experiencia psíquica. ☐ ☐
62. Mis predicciones ha menudo se hacen realidad. ☐ ☐
63. He usado heroína ☐ ☐
64. Mí horóscopo es bastante preciso. ☐ ☐
65. En vigilia, he tenido visiones de un evento que luego ocurrió. ☐ ☐
66. He tenido una experiencia psíquica o mística que me hizo temer a morir. ☐ ☐
67. He visto duendes, gnomos, u otros seres elementales. ☐ ☐
68. He dañado a alguien deseándole una enfermedad o teniendo pensamientos negativos contra esa persona. ☐ ☐
69. He visto un OVNI. ☐ ☐
70. He sido dañado a distancia mediante hechizos y brujerías ☐ ☐

Es un cuestionario autoadministrable que se compone de cinco subescalas, a saber: Experiencias anómalo/paranormales (E), Creencias anómalo/paranormales (C), Habilidades anómalas/paranormales (H), Temor a lo anómalo/paranormal (T), y Uso de Drogas y Alcohol (UDA). La evaluación de cada subescala se obtiene sumando los ítems para cada subescala y dividirlo por el número de ellos.

Evaluación de las subescalas:

E: Items 6 – 8 – 11 – 14 – 16 – 17 – 19 – 24 – 25 – 29 – 30 32 – 38 – 40 – 42 – 45 - 48 - 49 - 50 - 51 – 54 - 57 - 62 - 64 - 65 - 66 - 67 - 69 - 70 (dividir el total por 29).

C: Items 2 – 9 – 10 – 12 – 20 – 22 – 23 – 26 – 31 – 34 – 44 – 59 (dividir el total por 12).

H: Items 1 – 5 – 7 – 18 – 21 – 28 – 37 – 41 – 43 – 46 – 52 – 53 – 55 – 56 – 60 – 68 (dividir el total por 16).

T: Items 4 – 13 – 27 – 35 – 36 – 61 (dividir el total por 6).

UDA: Items 3 – 15 – 33 – 39 – 47 – 58 – 63 (dividir el total por 7).

BIBLIOGRAFIA

Gallagher, C.; Kumar, V.K.; & Pekala, R.J. (1994). The Anomalous Experiences Inventory: Reliability and validity. *Journal of Parapsychology, 58*, 402-428.

Kumar, V.K.; Pekala, R.J. y Gallagher, C. (1984). *The Anomalous Experiences Inventory.* Unpublished Psychological Test, Department of Psychological, West Chester University, PA.

ESCALA DE TRANSLIMINALIDAD CORREGIDA
FORMA B

Creada por Michael A. Thalbourne

1. El horóscopo es demasiado correcto como para ser una coincidencia. V F
2. A veces realizo una serie de pequeños rituales para protegerme de influencias negativas. V F
3. He tenido experiencias de estados no ordinarios de conciencia en donde me siento transformado. V F
4. Si lo deseo, puedo ser muy bueno para fantasear e imaginar. V F
5. Creo haber recibido un conocimiento que debo comunicar al resto de la humanidad. V F
6. A veces me comporto de una manera mucho más impulsiva o desinhibida de lo que es habitual en mi. V F
7. Estoy fascinado por nuevas ideas, tengan o no un valor práctico. V F
8. A veces he sentido una presencia maligna a mi alrededor, aunque no la he podido ver. V F
9. A veces mis ideas pasan tan rápidamente que no llego a escribirlas lo suficientemente rápido. V F
10. Si pudiera mentir y disimular más, quiza no sería yo –no sería la misma persona. V F
11. A veces experimento cosas como si fueran doblemente reales. V F
12. A veces puedo estar tan inmerso en la naturaleza o en el arte, que tengo la sensación como si mi conciencia en algún momento pudiera alterarse. V F
13. Hay días en que la iluminación interior brilla tanto que parece que me enceguece. V F
14. Estoy convencido que he tenido al menos una experiencia telepática con otra persona. V F
15. Estoy seguro que soy psíquico. V F
16. He experimentado un estado alterado de la conciencia en el que creo que transformo completamente (en sentido positivo) el modo en cómo me veo. V F

17. Estoy convencido de que he tenido premoniciones sobre eventos futuros que se hacen realidad y acerca de los cuales (creo) no son meras coincidencias. V F
18. Pienso que realmente sé lo que algunas personas quieren decir cuando hablan de experiencias místicas. V F
19. Tengo la sensación de que me transporto cuando los olores parecen ser más intensos y más abrumadores que lo normal. V F
20. En mi imaginación puedo volver a sentir claramente cosas como: el afecto de un abrazo, pisar la arena caliente con mis pies, la suavidad del pelo, la calidez del sol, y el olor a hierba fresca recién cortada. V F
21. Una persona debería tratar de comprender sus sueños y ser guiado por ellos, o tomar recaudos gracias a ellos. V F
22. Mientras escucho mi música favorita, comienzo a sentirme más tranquilo, relajado, y feliz. Me embarga un sentimiento de unidad con la música, o la sensación de estar en otro lugar, o recordar vívidamente mi pasado. V F
23. Hay momentos en que siento la presencia de alguien que no esta físicamente ahí. V F
24. Estoy convencido de que es posible tener información sobre pensamientos, sentimientos o circunstancias de otras personas, de un modo que no depende de la inferencia racional o mediante los canales sensoriales normales. V F
25. Hay momentos en que he tenido mayor conciencia de percepciones visuales o auditivas pero que no puedo controlar. V F
26. A veces tengo la sensación de ganar o perder energía cuando ciertas personas me miran o me tocan. V F
27. Ahora que crecí, sigo creyendo en la existencia de duendes, brujas, gnomos, hadas, u otros seres elementales de la naturaleza. V F
28. Hay personas que piensan que soy un poco raro por mis ideas. V F
29. Cuando escucho un órgano musical u otro instrumento imponente, a veces siento como si flotara en el aire. V F

Transliminalidad es la tendencia que tienen ciertas características psicológicas a cruzar el umbral de la conciencia. Estas «características» incluyen la ideación, la imaginería, el afecto y la percepción. Cruzar el «umbral» significa que la ideación, la imaginería, el afecto y la percepción pueden ir *desde* la mente

subliminal *a* la conciencia supraliminal, o *desde* la conciencia supraliminal *a* la mente subliminal, o *desde* el mundo externo *a* la mente. Podemos agrupar a la investigación de la transliminalidad en cinco categorías principales: (1) la creencia y la experiencia en lo paranormal; (2) rasgos esquizotípicos y otras características clínicas; (3) el estudio de los umbrales; (4) psi; y (5) variables diversas que no se ajustan a ninguna otra categoría. Puntuación: «Verdadero» equivale a 1 (un) punto y «Falso» a 0 (cero) puntos. Hay abundante información acerca del uso de esta escala. Para mayor información, consultar:

BIBLIOGRAFIA

HOURAN, J., ASHE, D. D., & THALBOURNE, M. A. (2003). Encounter experiences in the context of mental boundaries and bilaterality. *Journal of the Society for Psychical Research, 67*, 260-280.

HOURAN, J., HUGHES, L. F., THALBOURNE, M. A., & DELIN, P. S. (2003). *Quasi-experimental study of transliminality, vibrotactile thresholds, and performance speed.* Submitted for publication.

HOURAN, J., & THALBOURNE, M. A. (2001b). Theoretical refinements on entity encounter experiences and transliminality. *Journal of the Society for Psychical Research, 65*, 241-256.

HOURAN, J., & THALBOURNE, M. A. (2003). Transliminality correlates positively with aberrations in memory. *Psychological Reports*, 96, 1300-1304.

HOURAN, J., THALBOURNE, M. A., & HARTMANN, E. (2003). Comparison of two alternative measures of the boundary construct. *Perceptual and Motor Skills, 96*, 311-323.

HOURAN, J., THALBOURNE, M. A., & LANGE, R. (2003). Methodological note: Erratum and comment on the use of the Revised Transliminality Scale. *Consciousness and Cognition, 12*, 140-144.

HOURAN, J., WISEMAN, R., & THALBOURNE, M. A. (2002). Perceptual-personality characteristics associated with naturalistic haunt experiences. *European Journal of Parapsychology, 17*, 17-44.

LANGE, R., THALBOURNE, M. A., HOURAN, J., & STORM, L. (2000). The Revised Transliminality Scale: Reliability and validity data using a top-down purification procedure. *Consciousness and Cognition, 9*, 591-617.

STORM, L., & THALBOURNE, M. A. (1998-1999). The transliminal connection between paranormal effects and personality in an experiment with the *I Ching*. *European Journal of Parapsychology, 14*, 100-124.

STORM, L., & THALBOURNE, M. A. (2001a). Studies of the *I Ching:* I. A replication. *Journal of Parapsychology, 65*, 105-123.

STORM, L., & THALBOURNE, M. A. (2001b). Studies of the *I Ching:* II. Additional analyses. *Journal of Parapsychology, 65*, 291-309.

THALBOURNE, M. A. (1996). An attempt to predict precognition scores using transliminality-relevant variables. *Journal of the Society for Psychical Research, 61*, 129-140.

THALBOURNE, M.A. (1998). Transliminality: Further correlates and a short measure.

Journal of the American Society for Psychical Research, 92, 402-419.

THALBOURNE, M. A. (1999). Personality characteristics of students who believe themselves to be psychic. *Journal of the Society for Psychical Research, 63*, 203-212.

THALBOURNE, M. A. (1998-1999). Belief in life after death and its relationship to transliminality-relevant variables. *European Journal of Parapsychology, 14*, 16-30.

THALBOURNE, M. A. (2000a). Transliminality and creativity. *Journal of Creative Behavior, 34*, 193-202.

THALBOURNE, M. A. (2000b). Transliminality: A review. *International Journal of Parapsychology, 11*(2), 1-34.

THALBOURNE, M. A. (2001). Measures of the sheep-goat variable, transliminality, and their correlates. *Psychological Reports, 88*, 339-350.

THALBOURNE, M. A. (2002). In defense of transliminality: A response to Goulding and Parker. *European Journal of Parapsychology, 17*, 109-112.

THALBOURNE, M. A. (2004). In defense of transliminality: A response to Goulding and Parker. *Revista Argentina de Pswicología Paranormal, 15* (1-2) (en español).

THALBOURNE, M. A., BARTEMUCCI, L., DELIN, P. S., FOX, B., & NOFI, O. (1997). Transliminality: Its nature and correlates. *Journal of the American Society for Psychical Research, 91*, 305-331.

THALBOURNE, M. A., & COCHRANE, M. (2002). Relation of transliminality and sensation seeking. *Psychological Reports, 90*, 685-686.

THALBOURNE, M. A., CRAWLEY, S. E., & HOURAN, J. (2003). Temporal lobe lability in the highly transliminal mind. *Personality and Individual Differences, 34*, 1-10.

THALBOURNE, M. A., & DELIN, P. S. (1994). A common thread underlying belief in the paranormal, creative personality, mystical experience and psychopathology. *Journal of Parapsychology, 58*, 3-38.

THALBOURNE, M. A., & DELIN, P. S. (1995). *Correlates of belief in the paranormal: A partial replication.* Inédito.

THALBOURNE, M. A., & DELIN, P. S. (1999). Transliminality: Its relation to dream-life, religiosity and mystical experience. *International Journal for the Psychology of Religion, 9*, 45-61.

THALBOURNE, M. A., & HOURAN, J. (2000). Transliminality, the Mental Experience Inventory, and tolerance of ambiguity. *Personality and Individual Differences, 28*, 853-863.

THALBOURNE, M. A., HOURAN, J., ALIAS, A. G., & BRUGGER, P. (2001). Transliminality, brain function, and synesthesia. *Journal for Nervous and Mental Disease, 189*, 190-192.

THALBOURNE, M. A., KEOGH, E., & WITT, G. (2000). *Transliminality and the Oxford-Liverpool Inventory of Feelings and Experiences.* Inédito.

TOBACYK, J. J. (1988). *A Revised Paranormal Belief Scale.* Unpublished manuscript, Louisiana Tech University, Ruston, LA.

ESCALA AUSTRALIANA DE CREENCIAS PARANORMALES

Diseñada por Michael A. Thalbourne

		V		F
(1)	Creo en la existencia de la percepción extrasensorial (PES).	☐	?	☐
(2)	Creo que he tenido una experiencia personal de PES	☐	?	☐
(3)	Creo que soy psíquico.	☐	?	☐
(4)	Creo que es posible adquirir información de un evento del futuro antes de que éste ocurra, que no dependa de la predicción racional o los canales sensoriales normales.	☐	?	☐
(5)	He tenido alguna vez una corazonada que se hizo realidad y que (creo) no se debió a una coincidencia.	☐	?	☐
(6)	He tenido alguna vez una premonición acerca del futuro que fue verdadera y que (creo) no fue una coincidencia.	☐	?	☐
(7)	He tenido alguna vez un sueño que fue verdadero y que (creo) no fue una coincidencia.	☐	?	☐
(8)	He tenido alguna vez una visión que no era una alucinación y de la cual he recibido información que no pude haber tenido en ningún otro momento ni en ningún otro lugar.	☐	?	☐
(9)	Creo en la vida después de la muerte.	☐	?	☐
(10)	Creo que algunas personas pueden contactarse con los espíritus de los muertos.	☐	?	☐
(11)	Creo que es posible adquirir información de los pensamientos, sentimientos y circunstancias de otras personas, que esto no dependa de una predicción racional o de los canales sensoriales normales.	☐	?	☐
(12)	Creo que es posible enviar un «mensaje mental» a otra persona, o influir de alguna manera a otro a distancia, por medio de otros canales de comunicación.	☐	?	☐
(13)	Creo que he tenido alguna vez una experiencia de telepatía con otra persona.	☐	?	☐
(14)	Creo en la existencia de la telekinesia (o «PK»), esto es, la influencia de la mente sobre un sistema físico, sin la mediación de energía física conocida.	☐	?	☐
(15)	Creo que yo personalmente he influido telekinéticamente en alguna ocasión.	☐	?	☐
(16)	Creo que tengo una marcada habilidad psicokinética.	☐	?	☐
(17)	Creo que en alguna ocasión un evento físico inexplicable (pero no recurrente), de origen presumiblemente telekinético, ha ocurrido en mi presencia.	☐	?	☐
(18)	Creo que algunas perturbaciones físicas persistentes e inexplicables, de origen aparentemente telekinético, han ocurrido en mi presencia alguna vez en el pasado (por ejemplo, un poltergeist).	☐	?	☐

Esta escala de 18 ítems de respuesta dicotómica (V-F) conocida en inglés como Australian Sheep-Goat Scale tiene ítems que incluyen creencia y experiencia en la PES y la PK y también en la vida después de la muerte. Cada ítem tiene tres posibles respuestas: Verdadero (V) que vale 2 puntos, Incierto (?) que vale 1 punto, y Falso (F) que vale 0 (cero) punto, de modo que el rango posible de respuestas es de 0 a 36. Para mayor información consultar:

Thalbourne, M.A. (1995). Further studies of the measurement and correlates of belief in the paranormal. *Journal of the American Society for Psychical Research, 89,* 233-247.

Apéndice II

BIBLIOGRAFIA GENERAL AMPLIATORIA

Caratelli, Giulio (1996). *Psicología, Psicoanalisi, Parapsicología.* Roma: Sovera Multimedia.

Cardeña, Etzel; Lynn, Steven Jay & Krippner, Stanley (Eds.), (2000). *Varieties of anomalous experience: Examining the scientific evidence.* Washington, D.C.: American Psychological Association.

Coly, Lisette & Mc.Mahon, Joanne D.S. (Eds.). (1989). *Psi and clinical practice.* Proceedings Of An International Conference of the Parapsychology Foundation. New York, NY: Parapsychology Foundation.

Connell, R.J. & Cummins, Geraldine (1957). *Healing the mind: How ESP can be used in the investigation and treatment of psychological...,* London, UK: The Aquarian Press.

Deveraux, George (1953). *Psychoanalysis and the occult.* New York, NY: International University Press.

Ehrenwald, Jan (1961). *Telepatía y relaciones interpersonales.* Buenos Aires: Paidós.

Eisenbud, Jule (1983). *Parapsychology and the unconscious.* Berkeley, CA: North Atlantic Books.

Eppinger, Ricardo & Pallu, Tarcisio Roberto (1997). *Sonhos, parapsicología e aconselhamento.* Curitiba, PR: Ediçao do Autores.

Feinstein, David & Krippner, Stanley (1997). *The mythic path: A 12-Week course in personal mythology.* New York, NY: Jeremy Tarcher.

Feinstein, David & Krippner, Stanley (1993). *Mitología personal: El poder evolutivo de los mitos, rituales y sueños.* Buenos Aires: Planeta.

Fodor, Nandor (1959). *The haunted mind: A psychoanalyst looks at the supernatural.* New York, NY: Helix Press.

Grof, Stanislav (1994). *La mente holotrópica: Fundamentos experimentales de una nueva comprensión de la conciencia humana.* Buenos Aires: Planeta.

Harary, Keith & Weintraub, Pamela (1991). *Sueños lúcidos en treinta días: El programa para lograr sueños creativos.* Madrid: Edaf.

Krippner, Stanley & Powers, Susan Marie (Eds.). (1997). *Broken images, broken selves: Dissociative narratives in clinical practice.* Washington, D.C.: Brunner/Mazel.

Laborde-Nottale, Elizabeth (1990). *La videncia y el inconsciente.* Barcelona: Paidós Ibérica.

Le Shan, Lawrence (1995). *Realidades alternativas: A busca da plenitude no ser humano.* Sao Paulo, SP: Summus Editorial.

Lorimer, David (Ed.) (2001). *Thinking beyond the brain: A wider science of consciousness.* Glasgow, UK: Floris Books.

Mc.Kenna, Terence (1991). *La nueva conciencia psicodélica: De las alucinaciones a la realidad virtual.* Buenos Aires: Planeta.

Moreau, Cristian (1983). *Freíd y el ocultismo.* Barcelona: Geisha.

Parra, Alejandro (2003). *Fenómenos paranormales: Una introducción a los eventos sorprendentes.* Buenos Aires: Kiev.

Pereira Da Silva, Gastad (1968). *Parapsicología e psicoanalice.* Iratí, BH: Itatiaia.

Rompe, Marías & Esther, Sandra (Des.). (1997). *Nina companhia das vozes. Para uma analise da experiencia de ouvir vozes.* Lisboa: Estampa.

Si Ahmed, Djohar (1990). *Parapsychologie et psychoanalyse.* Paris: Dunod.

Tanous, Alex & Gray, Timothy (1991). *Sueños y poder psíquico.* Barcelona: Robin Book.

Tart, Charles T. (1979). *Psicologías Transpersonales (Vol. 1 y 2): Las tradiciones espirituales y la psicología contemporánea.* Buenos Aires: Paidós.

Tart, Charles T. (1997). *Body, mind, spirit: Exploring the parapsychology of spirituality.* Charlottesville, VA: Hampton Roads.

Von Franz, Marie-Louise (1999). *Sobre adivinación y sincronicidad: La psicología de las casualidades significativas.* Barcelona: Paidós Ibérica.

Indice analítico

A Course of Miracles, 22
aberración perceptual, 22, 31
abogados y policía con paranormales, 3
absorción, 18, 27-28, 47
Alcock, J., 18
alucinación (general), 86, 157
alucinación auditiva, 74, 76, 87
alucinación (inducida por hipnosis), 141
alucinación olfativa, 164
Alvarado, C.S., 38, 122
American Psychiatric Association, 82
American Society for Psychical Research, 38
anomalías de la personalidad, 36
apariciones, xi
Association for Research and Enlightment, 37
automatismo sensorio-motor, 140
autorrealización, 78
ayuda psicológica, 10

Barrett, W.F., 105
Bateson, G, 98
Bayless, R., 101
Beard, S. H., 114
Blackmore, S. 18-19, 24
Bleuler, E., 153
Boerenkamp, H., 2, 5, 8, 16
Bohm, D., 19
Boss, M., 142
British Journal of Clinical Psychology, 25
Buber, M., 145

carbamazepina (Tegretol), 164
Cardeña, E., 39, 41
casas encantadas, 121
caso del Dr. Jekyll y Mr. Hyde, 38-39
Censo de Alucinaciones, 112
Chapman, L., 22
Chico Xavier, 42
clarividencia, xi
comunicación con los muertos, 121
conciencia, 48
Consultoría en Parapsicología Clínica, 127
creencia en formas de causación, 22
creencia en la PES, 23
creencias paranormales, 27, 88
cualidades de las apariciones, 115
Cuestionario de Transformación Emocional y Cognitiva, 125
Cuestionario Desiderativo, 129
cultos religiosos y psi, 67, 73, 76-77
curar un poltergeist, 99

Dalton, K., 38
danza *Sanghyang*, 45
defensa perceptual, 18, 27-28
déjà-vu, 47,164
delirio, 83, 85
despersonalización, 47
desrealización, 47
Diagnostic and Statistical Manual (cuarta edición) American Psychiatric Association, 154
disociación (descontrolada), 40
disociación (modelo continuo), 49
disociación (personalidad múltiple), 28-29
disociación (perspectivas transculturales), 39
Dissociative Disorders Interview, 37
Dissociative Experiences Scale, 129
distorciones en la imagen del cuerpo, 22-23
distorción del ego, 159
DSM-IV, 20-21, 28, 51

Eisenbud, J., 95
efecto de drogas, 76
efecto cabra-oveja, 89
ego occidental, 50
emoción y experiencia paranormal, 8
entorno hostil, 132
epilepsia, 165
Escala de Creencia en lo Paranormal, 88
Escala de Experiencias Disociativas, 37, 44
esquizofrenia, 20, 25, 158
estados alterados de conciencia, xi
estado hipnopómpico/hipnagógico, 47, 62
estigmas, 36

exorcismo y poltergeist, 99
experiencia alucinatoria y psi, 74
experiencia anómala, 36
experiencia aparicional no esperada, 116
experiencia cercana a la muerte, xi
experiencias cuasi-psicóticas, 28
experiencia extracorpórea, xi, 28,
experiencia extrasensorial, xii
experiencia mística, 48
experiencia paranormal y personalidad esquizotípica, 23
experiencia paranormal subjetiva, 158
experiencia paranormal y psicosis, 21
experiencia psi y disociación, 36, 38
experiencias trascendentales, 45
experiencias de apariciones postmortem, 113
experiencias similares al trance, 162
experiente, xii
experiente de una aparición, 117
expresión creativa para psi, 57-60, 66, 69
Eysenck Personality Inventory, 129

fenómeno psi espontáneo, 15
flashbacks, 160
fluir interrumpido, 40
Foulds, G., 25
Frank, J., 17
Freud, S., 65, 69

ganzfeld, 2, 31, 62-64, 66, 144
Garrett, E.J.,44
Gauld, A., 118
Geller, U., xii
Green, C., 112-113, 116-117
Greyson, B., 20
grupos ocultistas y New Age, 23
grupos de reflexión, 128

Haraldsson, E., 30, 112-113, 116
hechizo, 8, 28
Heinze, R-I, 40
hipnosis, 27, 51, 139
histeria, 139
hostilidad reprimida (PK espontánea), 97
Honorton, C., 144
Houston, J., 38

ideación de auto-referencia, 161
identidad personal y experiencia psi, 72
imágenes de las esferas de cristal, 141
imposición de manos, 46
impresión intuitiva de «presencia», 113, 119
International Society for the Study of Dissociation, 50
inconsciente de Freud, 140
interpretación y procesamiento cognitivo (de la experiencia paranormal), 128
insight (en psicoterapia), 147, 151
Irwin, H.J., 28

Janet, P., 98
Jaspers, K, 90
Johnson, T.,43

Kraepelin, E., 153
Krippner, S., 65
Kulagina, N., xii
Kuhn, T., 39

Laing, R. D., 155
Lehmann, A., 35
lóbulo temporal no-epiléptico, 163
Lombroso, C., 105
LSD, 160

magia y contra-sugestión, 100
McClenon, J., 46
Madre Teresa, 51
McDougall, W., 90
McCreery, C., 112-113, 116-117, 118
mediumnidad (canalización), xi
mediums, 139
mente subliminal, 140
método de asociación libre, 143-144
Mintz, E., 151
MMPI-2, 129
modelo clínico y experiencias psi, 19
modelo cognitivo y experiencias psi, 26
Morin, J., 46

Morris, R.L., 18
Moss, T., 101
motivos de consulta, 5
Myers, F.W.H., 90, 140

Nature, 25
Neumann, H., 153
Night, J.Z. (Ramtha,), 43

Organización Mundial de la Salud y esquizofrenia, 26
Osis, Karlis, 111

Palmer, J., 112-113, 117, 167
parapsicología (definición), xi
Parapsychologisch Adviesburo, 2, 4
Parapsychological Association, 122
Parapsychology Foundation, 44
pensamiento mágico, 21-22, 27, 31, 35
People's Temple, 77
percepción extrasensorial (en sueños), 121
percepción transmodal, 28
Persinger, M., 30, 112-114, 115-116
persona con bajo tratamiento psiquiátrico, 6
personalidad psíquica mítica, 67
poltergeist, xi, 2, 7, 19, 75-76
precognición, xi
problemas individuales (intra-personales), 4
problemas sociales (inter-personales), 4
problemas con espíritus o fantasmas, 5
procesos paranormales, xi
programas de radio y TV, 3
propensidad a la fantasía, 118
psi (definición), xiii
psicokinesis, xi
psicosis de la experiencia paranormal subjetiva, 161
psicosis alucinógenas, 160
psicopatología y experiencias psi, 76, 81
Psiquiatra/psicólogo «abierto», 2
psíquico psicótico, 163
Psychiatric Epidemiological Research Interview, 129

reacciones emocionales (a psi), 129, 131
recuerdo de vidas pasadas, 121
reducción de la tensión emocional, 10
Reverendo Jim Jones, 77-78
Revista Argentina de Psicología Paranormal, xv
Rhine, J.B., 1, 62, 122
Rhine, L.E., 122
Rogers, C., 17
Roll, W.G., 96, 109

sanación paranormal, xi
sanadores, 5, 73
Sartre, J.P., 142
Schneider, K., 86, 155
Schouten, Sybo, 7, 16
scrying –observación a través de espejos o bolas de cristal, 47
shock cultural, 47
Sidgwick, H., 113, 157-158
sistema bio-psico-familio-socio-cultural, 156
sistema témporo-límbico, 165
Society for Psychical Research, 18, 112
sonambulismo, 47
sostén y procesamiento emocional, 128
Stanford, R., 19
subcultura étnica y experiencias psi, 72
sueños, 65, 69, 143
sueños diurnos, 47
sueños vívidos, 28
Swami Sivananda Radha, 48
Swedenborg, E., 21
Szasz, T., 155

Tabla Ouija, 43
técnicas de orientación, 9, 12
telepatía, xi
Tenhaeff, W.H.C., 1-2, 16
terapia de orientación experiencial, 145
terapia focalizada de B. Karpman, 106
terapia familiar de C. F. Midelfort, 108
terapia grupal, 124
Test de Disociación Infantil, 38
Test de Matrices Progresivas, 129
Test de Mecanismo de Defensa (DMT), 30
test de PES, 1
Thalbourne, M., 23

Thong, D., 45
Thurston, H., 99
Totalidad, 41, 44, 48-49
tragedia de Guyana, 77
trastorno por stress postraumático, 40
Tyrrell, G.N.M., 112-113, 115-116

Ullman, M., 64-65, 144-145
Utrecht (Universidad), 2

van Damme, J.C., 46
vínculo paciente-terapeuta, 98
visión del aura o energía humana, 121

Wescott, R., 35
West, D.J., 158
White, R.A., 41
Williams, M., 98
Worcester, E., 98
Worth, P., 43
Wundt, W., 35

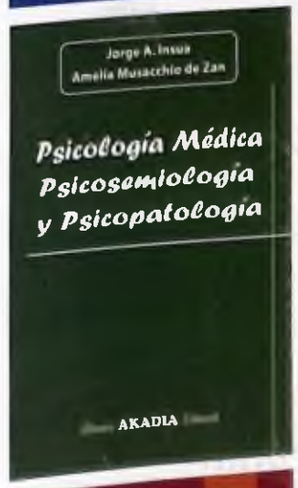
Zingrone, N., 38
Zusne, L. y Jones, W.L., 35

Este libro se terminó de imprimir en el mes de Enero de 2006.

Diseño y Producción
INFOMED
Paraguay 2078 (1121) Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
Tel./Fax: (5411) 4961-8614 / 4964-2230
e-mail: infolibro@arnet.com.ar www.editorialakadia.com.ar

Libros de la Editorial

Consultenos por otros titulos



Psicología de las experiencias paranormales: Introducción a la teoría, investigación y aplicaciones terapéuticas, es una obra excepcional por dos motivos. Es la primera vez que aparece en español un compendio claro y comprensible sobre el campo de la parapsicología clínica, esto es, el abordaje terapéutico de las experiencias anómalo / paranormales. Segundo, el estudio de las experiencias paranormales es un campo casi inexplorado en psicología y psiquiatría clínica, y aún cuando éstas aparecen en el consultorio, la mayoría de los clínicos -por diversas causas- tienden a patologizar la experiencia o incluirla en un cuadro diagnóstico, independientemente de la legitimidad del evento paranormal en cuestión.

Si bien disciplinas tales como la parapsicología, la psicología transpersonal y la espiritualidad continuan siendo cuestionadas y controvertidas en el contexto de la psicología clínica, la psiquiatría y el psicoanálisis, sería absurdo -y peligroso- ignorar, subestimar e incluso ridiculizar estas experiencias so pretexto de que éstas no pueden ser claramente comprendidas bajo nuestro actual paradigma científico o bien resultado de la fantasía, la alucinación, el engaño y el auto-engaño.

Esta obra está integrada por un grupo de clínicos de reconocido prestigio que proporcionan herramientas útiles para los profesionales de la salud y la orientación. Con el propósito de servir al terapeuta como una guía para evaluar la experiencia paranormal y ayudar a distinguirla de otras experiencias perceptuales inusuales, la obra se compone de once capítulos y dos apéndices. Indudablemente, las experiencias paranormales pueden aportar mucho a la ciencia, clarificar sus límites, y ayudar a identificar y explicar tales anomalías en el contexto de la psicología, las neurociencias y las ciencias sociales.

ISBN 987-570-030-4
9 789875 700307