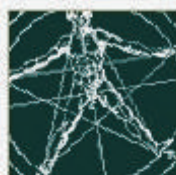
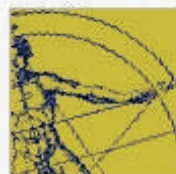


Onno van der Hart  
Ellert R.S. Nijenhuis - Kathy Steele



# EL YO ATORMENTADO

La disociación estructural y el tratamiento  
de la traumatización crónica



biblioteca de psicología



DESCLÉE DE BROUWER





**EL YO ATORMENTADO  
LA DISOCIACIÓN ESTRUCTURAL Y  
EL TRATAMIENTO DE LA  
TRAUMATIZACIÓN CRÓNICA**





ONNO VAN DER HART  
ELLERT R.S. NIJENHUIS  
KATHY STEELE

**EL YO ATORMENTADO**  
**LA DISOCIACIÓN ESTRUCTURAL Y EL**  
**TRATAMIENTO DE LA**  
**TRAUMATIZACIÓN CRÓNICA**

**BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA**  
**DESCLÉE DE BROUWER**

Título de la edición original:  
**THE HAUNTED SELF**  
Structural Dissociation and the Treatment of Chronic  
Traumatization  
© 2006, Onno van der Hart, Ellert R.S. Nijenhuis and Kathy Steele  
Edición original a cargo de W.W. Norton & Company, Nueva York

---

**Traducción: Francisco Campillo Ruiz**

© EDITORIAL DESCLÉE DE BROUWER, S.A., 2008  
Henao, 6 - 48009 Bilbao  
[www.edesclee.com](http://www.edesclee.com)  
[info@edesclee.com](mailto:info@edesclee.com)

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sólo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley.

Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos –[www.cedro.org](http://www.cedro.org)–), si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

Impreso en España - Printed in Spain  
ISBN: 978-84-330-2217-2  
Depósito Legal: BI-521/08  
Impresión: RGM, S.A. - Bilbao

# Índice

---

|                              |    |
|------------------------------|----|
| <b>Prefacio</b> .....        | 9  |
| <b>Reconocimientos</b> ..... | 17 |
| <b>Introducción</b> .....    | 21 |

## **Parte I**

### **La disociación estructural de la personalidad**

|                                                                                                                                                                   |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Capítulo 1</b> La disociación estructural de la personalidad:<br>elementos básicos .....                                                                       | 53  |
| <b>Capítulo 2</b> La disociación estructural primaria: prototipos<br>de las partes aparentemente normales y de las partes<br>emocionales de la personalidad ..... | 85  |
| <b>Capítulo 3</b> La disociación estructural secundaria de la<br>personalidad .....                                                                               | 105 |
| <b>Capítulo 4</b> La disociación estructural terciaria de la<br>personalidad .....                                                                                | 125 |
| <b>Capítulo 5</b> Síntomas relacionados con la traumatización a la<br>luz de la disociación estructural .....                                                     | 151 |
| <b>Capítulo 6</b> La disociación estructural y el espectro de trastornos<br>relacionados con la traumatización .....                                              | 181 |

## Parte II

### La traumatización crónica y la psicología janetiana de la acción

|                                                                                                               |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Introducción a la Parte II .....                                                                              | 213 |
| <b>Capítulo 7</b> La labor de síntesis y sus limitaciones en las<br>víctimas de experiencias traumáticas..... | 215 |
| <b>Capítulo 8</b> La traumatización como síndrome de ausencia<br>de consciencia .....                         | 245 |
| <b>Capítulo 9</b> La jerarquía de tendencias de acción .....                                                  | 271 |
| <b>Capítulo 10</b> El mantenimiento fóbico de la disociación<br>estructural.....                              | 307 |

## Parte III

### El tratamiento de los pacientes crónicamente traumatizados

|                                                                                                                                        |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Introducción a la Parte III.....                                                                                                       | 341 |
| <b>Capítulo 11</b> La evaluación del paciente traumatizado.....                                                                        | 345 |
| <b>Capítulo 12</b> Fomentar la acción adaptativa: principios generales<br>del tratamiento .....                                        | 375 |
| <b>Capítulo 13</b> Fase 1 del tratamiento y en lo sucesivo: superar la<br>fobia al apego y a la pérdida del apego hacia el terapeuta.. | 411 |
| <b>Capítulo 14</b> Fase 1 del tratamiento y en lo sucesivo: superar la<br>fobia a las acciones mentales derivadas del trauma .....     | 437 |
| <b>Capítulo 15</b> Fase 1 del tratamiento y en lo sucesivo: superar la<br>fobia a las partes disociativas .....                        | 465 |
| <b>Capítulo 16</b> Fase 2 del tratamiento: superar la fobia a los<br>recuerdos traumáticos .....                                       | 493 |
| <b>Capítulo 17</b> Fase 3 del tratamiento: integración de la personalidad<br>y superación de las fobias a la vida normal.....          | 521 |
| <b>Epílogo</b> .....                                                                                                                   | 549 |
| <b>Referencias bibliográficas</b> .....                                                                                                | 559 |

## Prefacio

---

La vida puede ser una lucha constante para los pacientes crónicamente traumatizados. De forma característica, muestran una amplia variedad de síntomas, con frecuencia agrupados en distintas combinaciones de comorbilidad, lo que puede hacer que la evaluación y el tratamiento de estos pacientes sea una labor complicada y desconcertante para el terapeuta. Muchos de ellos tienen problemas importantes en el ámbito de la vida cotidiana y de las relaciones, incluidos graves conflictos intrapsíquicos y estrategias de afrontamiento desadaptativas. Su sufrimiento se relaciona esencialmente con un pasado espantoso y doloroso que les atormenta. Aunque traten de ocultar su preocupación, su tristeza y su dolor detrás de una fachada de normalidad –lo que suele ser una estrategia habitual– es frecuente que los terapeutas se sientan asediados por los muchos síntomas y los serios padecimientos de estas personas. No es de extrañar que muchas de las víctimas de una traumatización crónica hayan visto a varios terapeutas con escasos resultados o ninguno, y que no pocos hayan sido tachados de intratables o de resistentes.

En este libro exponemos lo que hemos aprendido a raíz de tratar y de estudiar a personas crónicamente traumatizadas a lo largo de más de 65 años de experiencia colectiva. Hemos escuchado atenta-

mente a nuestros pacientes, luchando por comprender sus complejas y a veces asombrosas experiencias internas, que con frecuencia les resulta difícil y estremecedor expresar con palabras. Hemos aprendido de la reflexión práctica, teórica y científica, y a este respecto hemos recibido el estímulo de la abundante bibliografía especializada relativa a la traumatización que data del siglo XIX, de las primeras década del siglo XX, y de años más recientes. En el curso de nuestra investigación nos han sido extremadamente útiles toda una serie de conceptos procedentes de numerosas teorías psicológicas, incluidas la teoría del aprendizaje, la teoría de sistemas, la teoría cognitiva, la teoría de los afectos, la teoría del apego, la teoría psicodinámica y la teoría de las relaciones objetales. Hallazgos recientes en el ámbito de la psicología evolutiva y la psicobiología, particularmente la investigación sobre la neurociencia de los afectos y los traumas psicobiológicos, han supuesto una fuente de inspiración de primer orden. Todas estas referencias nos han ayudado a comprender que la esencia del trauma no es otra que *la disociación estructural de la personalidad*.

Utilizamos este concepto con objeto de restituir el significado original del término *disociación* tal como fuera formulado por Pierre Janet (1859-1947), el filósofo, psiquiatra y psicólogo francés considerado como “uno de los pensadores y profesionales de la psiquiatría más importantes e influyentes de los dos últimos siglos” (Nemiah, 1989, p. 1527). Su obra es esencial para la comprensión y el tratamiento de los trastornos relacionados con las experiencias traumáticas. La disociación estructural constituye una modalidad particular de organización en la que los diferentes subsistemas psicobiológicos de la personalidad aparecen indebidamente rígidos y cerrados los unos respecto de los otros. Ello conduce a una falta de coherencia y de coordinación dentro de la personalidad de la víctima traumatizada tomada en su totalidad.

Nuestra propuesta del término *disociación estructural (de la personalidad)* se deriva de una necesidad urgente. Existen actualmente tantas definiciones de disociación desconcertantes y a menudo contradictorias, que el concepto en cuestión se ha vuelto muy dudoso.

Por ejemplo, el término puede hacer referencia a un tipo de síntomas, una actividad o un “proceso” mental consciente o inconsciente, un mecanismo de “defensa” y más cosas todavía. Y la gama de síntomas que actualmente se consideran disociativos es tan amplia que el adjetivo ha perdido su especificidad. Además de constituir una manifestación de una disociación estructural de la personalidad, también se afirma que los síntomas disociativos incluyen numerosas alteraciones de conciencia normales y patológicas. Como argumentaremos en este libro, consideramos que esta ampliación supone una conceptualización gravemente errónea.

En este libro proponemos una teoría de la disociación estructural junto con una psicología Janetiana de la acción. Dicha psicología de la acción, que tiene sus raíces en la labor pionera de Janet, define la naturaleza de las acciones adaptativas y, por tanto, integradoras que los seres humanos debemos emprender para poder dar lo mejor de nosotros mismos. Tales acciones deben ser fomentadas ya no sólo en nuestros pacientes, sino también en nosotros mismos en tanto que terapeutas. De hecho, hemos aprendido que la psicología de la acción se aplica perfectamente a todos sin excepción. Analizamos la forma en la que se organiza la personalidad del individuo traumatizado y por qué razón muchas de sus acciones mentales y conductuales son desadaptativas. La teoría de la disociación estructural y la psicología Janetiana de la acción presentadas en este libro también describen en detalle el tipo de acciones integradoras que la víctima tiene que emprender con objeto de poner enterrar su pasado atormentado y hacer que su vida actual sea más feliz.

Este libro va dirigido principalmente a los clínicos, pero también será de interés para los estudiantes de psicología clínica y de psiquiatría, además de los investigadores. Los terapeutas que traten a adultos que han sufrido abusos y desatenciones crónicos durante la niñez encontrarán observaciones e instrumentos útiles que pueden ayudar a hacer que el tratamiento sea más eficaz y eficiente, y más tolerable para el paciente sufriente. Y también puede que redescubran, como fue nuestro caso, la antigua verdad de que a veces no hay nada tan práctico como una buena teoría. Pensamos que la teoría y



el modelo de tratamiento que exponemos en este libro son igualmente relevantes para los profesionales que se dediquen al tratamiento de refugiados traumatizados, de víctimas de torturas y de veteranos combatientes, así como a los profesionales cuyo centro de interés resida principalmente en el tratamiento de adultos traumatizados por sucesos aislados tales como, por ejemplo, una violación, un atentado terrorista, un accidente de tráfico o bien una catástrofe natural.

Este libro ayudará a la formación de los estudiantes de psicología clínica y de psiquiatría en el ámbito de la evaluación, el tratamiento y el estudio científico de los pacientes gravemente traumatizados. Los investigadores pueden aprender que la teoría de la disociación estructural constituye una heurística muy firme: de dicha teoría es posible derivar muchas hipótesis comprobables y refutables. Por ejemplo, la teoría en cuestión sugiere que las acciones mentales y conductuales de las víctimas de experiencias traumáticas varían según el tipo de parte disociativa que ejerza el control ejecutivo –un hecho éste que ha sido ampliamente descuidado en el ámbito de los estudios sobre el estrés traumático.

Se han venido recomendando los enfoques relativamente a corto plazo en el caso de una traumatización por un incidente aislado o de un trastorno por estrés postraumático (TEPT; APA, 1994); por ejemplo terapia cognitivo-conductual, y desensibilización y reprocesamiento a través de los movimientos oculares (EMDR; Foa, Keane & Friedman, 2000; Foa & Rothbaum, 1998; Follette, Ruzek & Abueg, 1998; Resick & Schnicke, 1993). No existe una investigación que demuestre que estos enfoques son un tratamiento adecuado para las víctimas de una traumatización crónica, en el caso de aplicarse fuera del contexto de un tratamiento por fases como, por ejemplo, el que proponemos en este libro. De hecho, la psicopatología comórbida grave, que es una característica habitual en las víctimas de experiencias traumáticas, se perfiló como la razón predominante para la exclusión de los participantes en los estudios sobre la eficacia del tratamiento del TEPT (Spinazzola, Balusein & Van der Kolk, 2005). Además, los acontecimientos traumáticos aislados sobrevenidos en la adultez con frecuencia suelen reactivar experiencias traumáticas

anteriores no resueltas. Puede que algunas de las víctimas de traumatizaciones crónicas hayan logrado sacar adelante sus difíciles vidas, con un esfuerzo enorme y a pesar de la disminución de su capacidad de integración, pero más adelante desarrollan un trastorno de tipo traumático al verse sometidos a experiencias que rebasan sus límites de integración. En el caso de estos pacientes, el tratamiento relativamente directo y a corto plazo no suele ser adecuado. Los pacientes con una traumatización acumulada habitualmente requieren tratamientos más complejos y de larga duración, y el presente libro centra su atención en el tratamiento de este último tipo de víctimas de experiencias traumáticas.

Sobre la base de la teoría de la disociación estructural combinada con la psicología janetiana de la acción, hemos elaborado un modelo de *tratamiento por fases* centrado en la identificación y el tratamiento de la disociación estructural y de las acciones mentales y conductuales desadaptativas asociadas. El fundamento de este enfoque consiste en ayudar a los pacientes a aprender unas acciones mentales y conductuales más efectivas. Ello les permitirá llevar una vida más adaptativa y resolver su disociación estructural. Este principio implica el objetivo terapéutico general de aumentar la capacidad de integración, o lo que nosotros llamamos el *nivel mental* del paciente, primero con objeto de afrontar las exigencias de la vida cotidiana y después para abordar los remanentes atormentadores del pasado, los “asuntos pendientes”, y en especial los recuerdos traumáticos.

El capítulo introductorio ofrece una visión general concisa del concepto de disociación y del tratamiento por fases, así como de los conceptos esenciales relacionados con la psicología janetiana de la acción, todo lo cual se analizará en profundidad a lo largo del libro. Los primeros cinco capítulos de la parte I incluyen la exposición clínica de los distintos niveles de disociación estructural y posibilitan la explicación de la teoría de la disociación estructural. El capítulo 1 describe la forma más elemental de disociación estructural (i.e., la disociación estructural primaria), en la que la personalidad de la víctima traumatizada se divide en una parte disociativa principal consagrada a la vida cotidiana y a evitar los recuerdos traumáticos, y una

parte disociativa menos compleja fijada a la defensa frente a la amenaza. Este mismo capítulo describe también las diferencias entre los recuerdos narrativos autobiográficos y los recuerdos traumáticos. El capítulo 2 expone un análisis en profundidad de las diferencias entre estas dos partes disociativas prototípicas. El capítulo 3 aborda la disociación estructural secundaria, esto es, la existencia en las víctimas de experiencias traumáticas de una parte disociativa dedicada a la vida cotidiana y más de una parte disociativa centrada en la defensa frente a la amenaza. Este nivel de disociación estructural caracteriza a los sujetos crónicamente traumatizados que presentan trastornos de origen traumático de tipo complejo. El capítulo 4 describe la disociación estructural terciaria, que corresponde esencialmente a los pacientes con más de una parte disociativa dedicada a la vida cotidiana, y más de una parte centrada en la defensa frente a la amenaza. Proponemos que esta disociación sería del dominio exclusivo del llamado trastorno disociativo de la identidad. El capítulo 5 propone algunas posibles soluciones a la confusión existente en el ámbito relativo al estudio del trauma respecto de qué síntomas son disociativos y cuáles no lo son. Finalmente, el capítulo 6 analiza la relación existente entre la teoría de la disociación estructural y los distintos trastornos derivados de experiencias traumáticas –los trastornos disociativos del DSM-IV (APA, 1994) y de la CIE-10 (OMS, 1992)– así como los muchos trastornos comórbidos tan frecuentes en las víctimas de traumatizaciones crónicas. Este enfoque pone de relieve algunos puntos esenciales aplicables al tratamiento de este tipo de trastornos.

La parte II está dedicada a la *psicología de la acción* de Janet y su relación con la disociación estructural, donde se analizan diversas acciones mentales y conductuales desadaptativas, o la ausencia de acciones adaptativas, en el individuo crónicamente traumatizado. Dichas acciones mantienen la disociación estructural una vez desarrollada, se manifiestan a través de diferentes síntomas y son objetivos a seleccionar de cara al tratamiento. Se analizan asimismo otras acciones más adaptativas e integradoras. El capítulo 7 presenta una visión general del papel desempeñado por determinadas acciones mentales y conductuales necesarias para desarrollar y mantener una

personalidad integrada, así como para llevar la vida más adaptada posible. Este capítulo se centra específicamente en la labor de síntesis, que es el nivel más elemental de integración. El capítulo 8 describe el proceso de la toma de conciencia [*realization*, consciencia], junto con sus componentes asociados de la personificación y la presentificación, como un nivel elaborado y complejo de integración que requiere un funcionamiento mental más elevado. Este capítulo analiza también las dificultades de las víctimas de experiencias traumáticas en lo referente a percibir la realidad. Por ejemplo, no se dan cuenta [*do not realize*] de que el pasado no es el presente, y de que el futuro no es una repetición del pasado catastrófico, y sus acciones constituyen un reflejo de su confusión. Las distorsiones de la realidad generan problemas de adaptación, pero también son un reflejo del bajo nivel mental de las víctimas en relación con las dificultades que tienen por delante. El capítulo 9 describe una jerarquía de tendencias de acción, esto es, diferentes niveles de acciones cada vez más complejas que se requieren para satisfacer adecuadamente las exigencias de la vida cotidiana, y a las que las víctimas les suele resultar difícil acceder. Esta jerarquía constituye un instrumento útil a la hora de evaluar el nivel actual de funcionamiento adaptativo del paciente en términos de acciones mentales y conductuales. Este capítulo también aborda las acciones desadaptativas a las que recurren los pacientes cuando sus niveles mentales se quedan por debajo de lo requerido para llevar a cabo una acción adaptativa, así como las acciones requeridas para realizar un cambio sano. El capítulo 10 presenta una visión general de diversas fobias que caracterizan a los pacientes crónicamente traumatizados y que mantienen su disociación estructural. Este capítulo describe extensamente los principios del aprendizaje implicados en el mantenimiento de la disociación estructural.

La parte III presenta la aplicación sistemática de la teoría de la disociación estructural y la psicología de la acción, a la evaluación del funcionamiento del paciente en el capítulo 11, y al *tratamiento por fases* en los capítulos siguientes. El capítulo 12 versa sobre los principios terapéuticos generales que es preciso aplicar a lo largo de la terapia. El objetivo general de las acciones del terapeuta no es otro

que elevar el nivel mental del paciente y mejorar sus habilidades mentales y relacionales dentro de dicho contexto. Los capítulos siguientes abordan los objetivos de las tres fases del tratamiento, definidos en gran medida en relación con la superación de las fobias específicas que mantienen la disociación estructural y dificultan el funcionamiento adaptativo. El capítulo 13, el primero de tres capítulos que abordan los objetivos del tratamiento durante la primera fase, trata de la superación de la fobia al apego y la pérdida del apego hacia el terapeuta. Se centra, pues, en el establecimiento de una relación terapéutica con las víctimas traumatizadas, que simultáneamente buscan y evitan el apego. El capítulo 14 aborda la tarea de superar la fobia a las acciones mentales derivadas del trauma (e.g., pensamientos, sentimientos, recuerdos, deseos), y el capítulo 15 hace otro tanto en relación con la superación de la fobia a las partes disociativas. El capítulo 16 aborda la segunda fase del tratamiento, particularmente la superación de la fobia a los recuerdos traumáticos y demás tareas relacionadas. El capítulo 17, relativo a la tercera fase del tratamiento, trata de la superación de la fobia a la vida normal y demás fobias relacionadas. El libro finaliza con un epílogo.

# Reconocimientos

---

Queremos agradecer a las muchas personas que directa o indirectamente han contribuido a dar forma a las ideas expresadas en este libro, o bien de otras diversas maneras nos han ayudado durante el proyecto de redacción. Reconocemos agradecidamente la profunda influencia de maestros anteriores a nuestro tiempo, en particular Pierre Janet y Charles S. Myers. Agradecemos a nuestros mentores que a lo largo de tres décadas nos han enseñado tantas cosas de gran valor para nuestra práctica clínica con pacientes crónicamente traumatizados, para nuestra progresiva comprensión de la difícil situación de estas personas, y para el desarrollo de nuestra investigación: Bennett Braun, Catherine Fine, Erika Fromm, Richard P. Kluft, Richard J. Loewenstein, Steven Porges, Frank W. Putnam, Colin M. Ross, Roberta Sachs, David Spiegel y Bessel A. Van der Kolk. Les estamos muy agradecidos a Martin Dorahy, Pat Ogden e Yvonne Tauber, con quienes hemos tratado muchas de las cuestiones que aparecen en este libro y que nos han ayudado a reescribir varios de los capítulos. Pat Ogden se merece nuestra especial gratitud por su constante y fenomenal apoyo durante el transcurso de todo este proyecto, tanto con respecto a los contenidos como a nivel emocional.

Les estamos agradecidos a Isabelle Saillot, Presidenta del Instituto Pierre Janet, de París, por las fructíferas discusiones que hemos mantenido sobre distintos aspectos de las teorías de Janet. Y les agradecemos a nuestros muchos colegas cuya labor ha ejercido una gran influencia sobre nuestro pensamiento y nuestro enfoque clínico, o con quienes hemos mantenido sugerentes discusiones. Estos incluyen los nombres de Jon Allen, Peter Barach, Ruth Blizard, Elizabeth Bowman, Steven Braude, Chris Brewin, John Briere, Danny Brom, Dan Brown, Paul Brown, Richard Chefetz, James Chu, Marylene Cloytre, Philip Coons, Christine Courtois, Louis Crocq, Constance Dalenberg, Erik de Soir, Paul Dell, Hans den Boer, Nel Draijer, Janina Fisher, Julian Ford, Elizabeth Howell, George Fraser, Ursula Gast, Marko van Gerven, Jean Goodwin, Arne Hoffman, Olaf Holm, Michaela Huber, Rolf Kleber, Sarah Krakauer, Ruth Lanius, Anssi Leikola, Helga Matthess, Francisco Orengo-Garcia, Laurie Pearlman, John Raftery, Luise Reddeman, Colin Ross, Barbara Rothbaum, Päivi Saarinen, Vedat Sar, Allan Schore, Daniel Siegel, Eli Somer, Anne Suokas-Cunliffe, Maarten van Son, Johan Vanderlinden, Eric Vermetten, y Eliezer Witztum. Y con toda certeza existen otros más que por descuido no mencionamos.

Nos sentimos especialmente en deuda con nuestros colegas más cercanos, que generosamente y con resolución nos han venido apoyando en nuestra práctica clínica cotidiana. Colaboramos con ellos diariamente, nos beneficiamos de su pericia y de su sabiduría clínica, y recibimos su apoyo emocional en momentos difíciles. Estos incluyen los nombres de Suzette Boon (con quien uno de nosotros [Onno van der Hart] viene realizando una labor pionera en los Países Bajos), Berry Cazemier, Sandra Hale, Steve Harris, Myles Hassler, Vera Mierop, Lisa Angert Morris, Janny Mulder, Kathie Thodeson, Herry Vos, y Marty Wakeland.

Les agradecemos a nuestros editores, Deborah Malmud, Michael McGandy y Kristen Holt-Browning, de la editorial Norton, y a nuestro editor de serie, Daniel Siegel, bajo cuya experta guía este proyecto ha podido llegar a su fin, y a Casey Ruble, por su ayuda esencial a la hora de dar forma a este libro.

Finalmente, les agradecemos a nuestros pacientes, de quienes más hemos aprendido. Hemos tenido el privilegio de sumarnos a ellos a lo largo de una parte de su arduo viaje y les estamos agradecidos por las lecciones excepcionalmente valiosas e impresionantes que nos han enseñado.





# Introducción

---

*Sin ser consciente de ello, me esforzaba por mantener separados mis dos mundos. Sin saber jamás por qué, me aseguraba siempre que podía de que no hubiera el menor contacto dentro de la compartimentación que yo misma había creado entre la niña de día y la niña de noche.*

—Marilyn Van Derbur (2004, p. 26)

Los sujetos crónicamente traumatizados se encuentran atrapados en un dilema terrible. Les falta la capacidad de integración y las habilidades mentales adecuadas para *darse cuenta* plenamente de sus espantosas experiencias y recuerdos. Pero deben seguir adelante con una vida diaria que a veces continúa incluyendo a las mismas personas que abusaron de ellas y las descuidaron gravemente. La opción más conveniente que tienen a su disposición consiste en evitar mentalmente su pasado y su presente no resuelto y doloroso y, en la medida de lo posible, mantener una fachada de normalidad. Pero su aparente normalidad, su vida al nivel de la superficie de la conciencia (Appelfeld, 1994) es frágil. Los terribles recuerdos despertados por fuertes asociaciones atormentan a las víctimas, sobre todo cuando agotan sus recursos emocionales y físicos. Y, desgraciadamente, mu-

chas de las víctimas viven al borde del agotamiento y es por ello que son más propensos a la aparición involuntaria [irrupción] de recuerdos traumáticos. A las víctimas les parece que aceptar las dolorosas realidades de sus vidas es algo que excede su capacidad, y por tanto permanecen estancados en el miedo, la desesperanza y el terror. Suelen adolecer de importantes déficits en las habilidades de regulación de las experiencias internas y relacionales abrumadoras: éstas son habilidades que sus cuidadores no les ayudaron a desarrollar, lo cual limita gravemente su nivel mental (la capacidad de integración). Parecen incapaces de alcanzar un equilibrio adecuado entre su nivel de energía mental y la capacidad de aplicar dicha energía para emprender acciones mentales y conductuales adaptativas, a lo cual le llamamos *eficiencia mental*. Les acosan las acciones y las reacciones ineficaces pero repetitivas, que no contribuyen a desarrollar la madurez ni la capacidad de afrontar adecuadamente los vaivenes y las complejidades de la vida.

## **La disociación relacionada con el trauma**

Pensamos que la *disociación* es un concepto clave para comprender la traumatización: esta es una de las premisas fundamentales de este libro. Pero no ha sido fácil llegar a esta apreciación, principalmente porque muchos de los conceptos relacionados con el trauma precisan una mayor clarificación, y de entre ellos la disociación es un concepto fundamental. Prácticamente cada cual en el ámbito del estudio del trauma utiliza el término *disociación* de forma diferente, y existen muchos desacuerdos respecto de sus causas, sus características esenciales y el papel que desempeña en la psicopatología de la persona traumatizada. Con frecuencia, dentro de un mismo y único estudio el término *disociación* se puede utilizar para denotar un proceso, una estructura intrapsíquica, una defensa psicológica, un déficit, y una amplia variedad de síntomas. Y los síntomas que se consideran disociativos varían enormemente de una publicación a otra, y de un instrumento de medida a otro. Por ejemplo, aunque fenómenos

tales como la absorción muy intensa y la inmersión en la imaginación se distinguían originalmente de la disociación, actualmente se incluyen dentro del concepto de disociación. Así pues, la *disociación* es un concepto muy malinterpretado, objeto de muchas confusiones, y en ocasiones denostado. Algunos han llegado incluso a sugerir que se abandonara totalmente el término. A lo largo de este libro abordaremos estas cuestiones en profundidad.

### ***La disociación estructural de la personalidad***

El término *disociación* hacía referencia originalmente a una *división de la personalidad o de la conciencia* (Janet, 1887/2005, 1907; McDougall, 1926; Moreau de Tours, 1845; cf., Van der Hart & Dorahy, en prensa). Más específicamente, Pierre Janet señala que la disociación implica una división entre “*sistemas* de ideas y funciones que constituyen la personalidad” (Janet, 1907, p. 332). Janet señala que la personalidad es una *estructura* que comprende diversos *sistemas*, como también afirman otras definiciones contemporáneas. Un sistema es un conjunto de elementos relacionados que forman un todo, de manera que cada elemento es una parte del todo en cierto sentido. Esto es, se considera que cada elemento se relaciona con otros elementos del sistema, o bien con el sistema en su totalidad. La personalidad como sistema se puede entender en tanto que compuesta de diferentes estados psicobiológicos o subsistemas que funcionan de forma coherente y coordinada. Por ejemplo, Allport (1961) propone que la personalidad es “la organización dinámica dentro del sujeto de aquellos sistemas psicofísicos que determinan su conducta y su pensamiento característico” (p. 28). Asimismo, las teorías de sistemas (e.g., Benyakar, Kutz, Dasberg & Stern, 1989) definen la personalidad como un sistema organizado o estructurado que incluye diferentes subsistemas psicobiológicos, los cuales suelen estar normalmente más o menos unidos y funcionar conjuntamente como un todo en los individuos sanos. La estructura se define como “la disposición de las partes componentes, la organización de un todo complejo... con relación a la interdependencia posicional y funcional de sus [distintas]

partes" (Drever, 1952, p. 285). De hecho, en términos de psicología evolutiva los seres humanos se componen de una serie de (sub)sistemas psicobiológicos que han ido evolucionando por selección natural y que cumplen diferentes funciones; esto es, que les permiten funcionar a su mejor nivel en determinados entornos en particular (Buss, 2004, 2005; Metzinger, 2003; Panksepp, 1998).

Como ya observaron los psiquiatras franceses del siglo XIX, la disociación implica una determinada organización de los sistemas psicofísicos que constituyen la personalidad. En nuestra opinión, dicha organización no es arbitraria ni casual, sino que en la traumatización probablemente sigue unas "líneas de fractura" [*"fault lines"*, en el sentido de grietas, hendiduras, escisiones] evolutivas metafóricas bastante definidas dentro de la estructura de la personalidad. Sobre la base de esta concepción de la personalidad, nos hemos decidido a utilizar la expresión *disociación estructural de la personalidad* (Nijenhuis, Van der Hart & Steele, 2002, 2004; Steele, Van der Hart & Nijenhuis, 2005; Van der Hart, Nijenhuis, Steele & Brown, 2004). Las divisiones disociativas no sólo acontecen entre las acciones mentales, tales como la experiencia de distintas sensaciones o afectos, sino que tienen lugar principalmente entre las dos grandes categorías de sistemas psicobiológicos que configuran la personalidad (Carver, Sutton & Scheier, 2000; Gilbert, 2001; Lang, Bradley & Cuthbert, 1998). Una de las categorías incluye los sistemas asociados principalmente a la aproximación a estímulos atractivos en la vida cotidiana, tales como la comida y la compañía. La otra categoría de sistemas incluye la evitación o la huida de estímulos aversivos, por ejemplo, diferentes tipos de amenazas. El objetivo de estos sistemas es ayudarnos a distinguir entre las experiencias útiles y las dañinas, y generar las mejores respuestas adaptativas a las circunstancias actuales. Dichas situaciones abarcan nuestro mundo interoceptivo y exteroceptivo, nuestro entorno interno y externo, tal como los percibimos. Nos referimos a estos sistemas psicobiológicos como *sistemas de acción*, porque cada uno de ellos incluye una determinada propensión innata a actuar de una determinada forma dirigida a la consecución de un objetivo (Arnold, 1960; Frijda, 1986).

Si bien los diferentes sistemas de acción pueden compartir algunas tendencias de acción (e.g., hablar, andar), también incluyen sus propias tendencias de acción junto con sus correspondientes objetivos (e.g., apegarse a la propia madre, comer, beber, huir, luchar, jugar con un amigo, galantear). El concepto de tendencias de acción desempeña un papel fundamental en este libro y difiere del concepto de acción. Tendemos a pensar que las acciones son algo que se hace o se lleva a cabo. *Las tendencias de acción no son meras propensiones a actuar de determinada forma, sino que abarcan el ciclo completo de acción, incluida la latencia, la preparación, el inicio, la realización y la finalización* (Janet, 1934). Las tendencias de acción implican adaptaciones a las dificultades ambientales. Si bien muchas de estas tendencias de acción se han venido desarrollando durante el largo transcurso de la evolución, de modo que se transmiten genéticamente, la mayoría de ellas requieren una maduración y una estimulación ambiental adecuada con objeto de poder desarrollarse. Cada una de dichas tendencias abarca una gama más o menos compleja de acciones mentales y conductuales. Los sistemas de acción nos ayudan a actuar, pensar, sentir y percibir de determinadas formas, esto es, a decidimos por determinadas tendencias de acción que supuestamente nos serán beneficiosas. Así, podemos actuar, pensar, sentir y percibir de determinada forma cuando tenemos hambre, y de forma totalmente diferente cuando sentimos curiosidad por lo que le ha sucedido a un amigo, o bien cuando tenemos un conflicto en el trabajo.

La primera categoría de sistemas de acción que configura la personalidad incluye sistemas de acción que ayudan a las personas en sus esfuerzos por adaptarse a la vida cotidiana; la segunda categoría corresponde a los sistemas de acción asociados a la defensa frente a las amenazas importantes, y a la recuperación. Si bien la evolución nos ha preparado para las tareas de la vida cotidiana y para sobrevivir bajo las amenazas, no somos capaces de implicarnos con facilidad en ambas cosas simultáneamente. Así, cuando una y otra son necesarias, particularmente durante largos períodos de tiempo, algunas personas recurren a una división un tanto rígida de su personalidad

con objeto de abordar estos objetivos tan discrepantes y sus correspondientes actividades asociadas. Por ejemplo, Marilyn Van Derbur (2004), la antigua Miss América que fue víctima de abusos sexuales de niña, habla de que su personalidad estaba dividida entre la “niña de día”, retraída, insensible [entumecida], despegada, amnésica y centrada en la vida normal; y la “niña de noche”, que soportaba los abusos y se concentraba en defenderse.

La falta de coherencia y de integración de la personalidad se manifiesta de la forma más evidente en la alternancia y la coexistencia de la vivencia reiterada de los acontecimientos traumáticos (e.g., la “niña de noche”) y la evitación de los recuerdos de la experiencia traumática con la atención centrada en desenvolverse en la vida cotidiana (e.g, la “niña de día”). Esta pauta bifásica es característica del TEPT [trastorno por estrés postraumático] (APA, 1994) y también se observa en pacientes con otros trastornos relacionados con experiencias traumáticas. Esta pauta implica una división entre los sistema de acción para la defensa, aquellos que nos guían para evitar o huir de la amenaza, y los sistema de acción para desenvolvernó en la vida cotidiana –sistemas a los que les corresponde principalmente la búsqueda de estímulos atractivos en la vida que nos ayuden a sobrevivir y a sentirnos bien. Esta división constituye la forma elemental de disociación estructural de la personalidad. *La disociación estructural relacionada con las experiencias traumáticas supone, pues, una deficiencia en la cohesión y la flexibilidad de la estructura de personalidad* (Resch, 2004). Esta deficiencia no significa que la personalidad esté completamente escindida en diferentes “sistemas de ideas y de funciones”, sino más bien que existe una falta de cohesión y de coordinación entre estos sistemas que comprenden la personalidad de la víctima traumatizada.

Hablamos de la división de la personalidad en términos de *partes disociativas de la personalidad*. La elección de este término enfatiza el hecho de que las partes disociativas de la personalidad tomadas conjuntamente constituyen un todo, pero son conscientes, incluyen cuanto menos un sentido rudimentario de la identidad y por lo general son más complejas que un estado psicobiológico aislado. Dichas

partes disociativas estarían mediatizadas por determinados sistemas de acción. Además, generalmente a los pacientes traumatizados les parece que hablar de “partes de la personalidad” o de “partes de uno mismo” supone una descripción acertada de su experiencia subjetiva.

### ***La parte “aparentemente normal” y la parte “emocional” de la personalidad***

Con objeto de definir estas partes disociativas prototípicas de la personalidad, comenzaremos por la importante labor de un psicólogo y psiquiatra británico de los tiempos de la Primera Guerra Mundial, Charles Samuel Myers (1916a, 1916b, 1940). Myers describe una forma elemental de disociación estructural en los soldados combatientes en la contienda mundial que habían desarrollado un trauma agudo (las llamadas “neurosis de guerra”). Dicha disociación incluye la coexistencia y la alternancia de las llamadas [*parte de la personalidad aparentemente normal* (PAN) y la llamada [*parte de la personalidad emocional* (PE). A lo largo del libro nos referiremos a estas partes prototípicas como PAN y PE. En calidad de PAN, las víctimas de experiencias traumáticas están fijadas a tratar de seguir adelante con su vida normal y, por tanto, dirigidas por los sistemas de acción asociados a la vida cotidiana (e.g., exploración, cuidados, apego), al tiempo que evitando los recuerdos traumáticos. En calidad de PE, las víctimas están fijadas al sistema (e.g., defensa, sexualidad) o subsistemas (e.g., hipervigilancia, huida, lucha) de acción que se activaron en el momento de la traumatización.

La PAN y la PE son indebidamente rígidas y cerradas la una respecto de la otra, porque están constreñidas en cierta medida por los sistemas específicos de acción por los que están mediatizadas y por el nivel de tendencias de acción al que pueden acceder. Es decir, las víctimas traumatizadas en calidad de PAN y PE manifiestan sus propias pautas relativamente inflexibles de tendencias de acción, algunas de las cuales cuanto menos serían desadaptativas.

Myers no pretendía insinuar que las emociones fueran sentidas únicamente por la PE. Más bien enfatizaba la naturaleza abrumado-



ra o *violenta* de las emociones traumáticas de la EP por contraste con la PAN. *Las emociones violentas difieren de las emociones intensas en que no son adaptativas, abruman a la persona, y exteriorizarlas no es útil.* De hecho, cuanto más se exteriorizan, más trastornada y desbordada queda la persona. Por ejemplo, esto suele verse habitualmente en los pacientes “límites” que manifiestan rabia: cuanto más la exteriorizan, más se descontrolan.

La disociación estructural también puede ir acompañada de determinadas emociones o creencias cuya relación con un determinado sistema de acción o constelación de sistemas de acción puede ser menos evidente. Por ejemplo, una parte de la personalidad puede contener acciones mentales tales como tristeza, culpa, desesperación o vergüenza, en tanto que estas emociones pueden resultarles intolerables a otras partes. Ahora bien, tales emociones están muy probablemente conectadas a sistemas de acción que contribuyen a regular nuestros vínculos y nuestras posiciones sociales. Como señala Gilbert (2002), las personas pueden avergonzarse de determinadas acciones si temen que los demás les rechacen o desprecien por realizar dichas acciones, y pueden sentirse culpables si sus acciones han hecho daño a otras personas (e.g., dejar de desempeñar un papel protector, herir a los hijos a causa de un divorcio). Puede, por tanto, que eviten estas acciones con objeto de mantener el estatus actual a nivel de vínculos y posiciones sociales. Los sistemas de acción asociados al logro de objetivos en la vida cotidiana y a defenderse de amenazas importantes quedarían, pues, insuficientemente unidos y coordinados.

La disociación estructural abarca desde las divisiones muy simples a las divisiones extremadamente complejas de la personalidad, y estos niveles de complejidad tienen consecuencias para el tratamiento. Dichos niveles configuran una imagen dimensional de la disociación y son simples prototipos de posibles organizaciones disociativas. Cabe esperar que cuanto más compleja sea la disociación estructural, mayor será la desviación respecto de estos prototipos. Puede haber infinitas variaciones individuales respecto de las posibles manifestaciones de la disociación.

***La disociación estructural primaria.*** La división más sencilla y elemental de la personalidad a raíz de una experiencia traumática sería la división entre una *única PAN* y una *única PE*. A esto le llamamos *disociación estructural primaria*. En estos casos, mientras que la PAN sería el “principal accionista” de la personalidad, como dice Sylvia Fraser (1987), que fue víctima de abusos incestuosos, la PE suele tener un alcance, una función y un sentido de la identidad bastante limitados. Es decir, la parte de la víctima traumatizada que corresponde a la PE se mantiene sin elaborar y sin ser demasiado autónoma en el ámbito de la vida cotidiana. Las formas más complejas de disociación estructural que incluyen espectros más amplios de partes disociativas constituyen variaciones de la disociación estructural primaria de la personalidad.

***La disociación estructural secundaria.*** Cuando los acontecimientos traumáticos son cada vez más abrumadores o prolongados, puede tener lugar una división adicional de la PE, al tiempo que permanece intacta una *única PAN*. Esta *disociación estructural secundaria* puede basarse en la falta de integración entre diversas formas de defensa a las que les corresponden diferentes configuraciones psicobiológicas, que incluyen diferentes combinaciones de afectos, cogniciones, percepciones y acciones motrices. Dichas formas incluyen estados tales como la paralización, la lucha, la huida y la sumisión total:

Marta era una paciente con un diagnóstico de TEPT de tipo complejo y trastorno límite de la personalidad. Tenía un historial de graves maltratos físicos y un profundo abandono emocional durante la niñez. Una parte de su personalidad (PE) tendía a encolerizarse ante la percepción del más mínimo desaire, otra (PE) se paralizaba de terror cada vez que se activaba, una tercera (PE) estaba constantemente alerta ante posibles peligros, una cuarta (PE) siempre estaba en busca de alguien que pudiera cuidar de ella, y una quinta (PAN) se desenvolvía bastante bien en el trabajo siempre y cuando las relaciones con los compañeros no le parecieran amenazadoras.

**La disociación estructural terciaria.** Finalmente, también puede tener lugar una división de la PAN, además de las divisiones de la PE. Esta *disociación estructural terciaria* acontece cuando aspectos ineludibles de la vida cotidiana han quedado asociados a experiencias traumáticas pasadas, esto es, los desencadenantes tienden a reactivar recuerdos traumáticos mediante el proceso del aprendizaje por generalización. También, cuando el funcionamiento de la PAN es tan limitado que incluso la vida normal resulta abrumadora, pueden desarrollarse otras PANs. En casos graves de disociación secundaria y en todos los casos de disociación terciaria, más de una única parte aislada de la personalidad puede presentar un fuerte grado de elaboración (e.g., diferentes nombres, edades, sexos, preferencias) y de *emancipación* (el término de Janet [1907] que denota la separación y la autonomía real o subjetiva respecto de la influencia de otras partes disociativas). Esto no se observa habitualmente en la disociación estructural primaria, ni tampoco en muchos de los casos de disociación estructural secundaria.

**Los niveles de disociación estructural y los diagnósticos del DSM-IV.** Para comprender la disociación estructural, es esencial tener una idea básica de cómo encajan los distintos niveles en las categorías diagnósticas actuales. Nuestra premisa básica es que todos los trastornos relacionados con experiencias traumáticas incluyen cierto grado de disociación estructural, siendo el trastorno por estrés agudo y el TEPT de tipo simple los más básicos, y el trastorno disociativo de la identidad (TDI) el más complejo. Las víctimas de traumatizaciones crónicas habitualmente presentan una serie de trastornos mentales comórbidos relacionados con la traumatización y sus efectos neurobiológicos asociados. Cuanto más amplia sea la disociación, más complejos serán los trastornos. Muchas de las víctimas traumatizadas experimentan la disociación estructural sin la elaboración y la emancipación de algunas partes disociativas que se encuentra en el TDI. La tabla 1.1 expone las posibles relaciones entre los niveles de disociación estructural y los trastornos relacionados con experiencias traumáticas.

## ***Líneas evolutivas de la disociación estructural de la personalidad***

En el caso de la disociación estructural primaria hemos dado por supuesto que la personalidad era un sistema mental relativamente integrado antes de la traumatización. Ahora bien, esto raramente

**TABLA 1.1**

Diagnósticos y disociación estructural

---

### **Disociación estructural primaria**

*Una única PAN como parte predominante y una única PE; esta última no suele ser demasiado elaborada ni autónoma*

Tipos simples de trastorno por estrés agudo

Tipos simples de trastorno por estrés postraumático

Tipos simples de trastornos disociativos, DSM-IV

Tipos simples de trastornos disociativos de los movimientos y las sensaciones, CIE-10

### **Disociación estructural secundaria**

*Una única PAN como parte predominante y más de una PE; esta última puede ser más elaborada y autónoma que en el caso de la disociación estructural primaria, pero habitualmente suele ser menos elaborada y autónoma que en el caso de la disociación estructural terciaria*

Trastorno por estrés postraumático, tipo complejo

Trastornos por estrés grave no especificado en otros apartados

Trastornos disociativos no especificados en otros apartados

Trastorno límite de la personalidad relacionado con experiencias traumáticas

Trastornos disociativos complejos de los movimientos y las sensaciones, CIE-10

### **Disociación estructural terciaria**

*Más de una PAN y más de una PE; con frecuencia varias de las PANs y PEs suelen ser más elaboradas y autónomas (incluido el uso de diferentes nombres y rasgos físicos) que en el caso de la disociación estructural secundaria*

Trastorno disociativo de la identidad

---

suele ser así en el caso de los niños traumatizados. Una personalidad integrada es un logro evolutivo. Los niveles más complejos de disociación estructural en los adultos que fueron crónicamente traumatizados de niños se desarrollan, pues, dentro de una personalidad que carece de la cohesión y coherencia normales propias del adulto sano. Los niños también carecen de las habilidades necesarias para afrontar las emociones y las experiencias difíciles, y necesitan mucho apoyo para poder hacerlo. A la mayoría de las personas crónicamente traumatizadas jamás les enseñaron estas habilidades, ni tuvieron ningún apoyo emocional en momentos de estrés (cf., Gold, 2000).

La disociación estructural implica una obstaculización o interrupción de la progresión natural en dirección a la integración de los sistemas psicobiológicos de la personalidad, lo que se ha definido como estados conductuales separados [*discrete*, esto es, independientes] (Putnam, 1997). Ello implica un déficit *crónico* de integración, debido principalmente a la combinación de la inmadurez de las estructuras y funciones cerebrales responsables de la integración (a efectos de revisión, véase Glaser, 2000; Van der Kolk, 2003), y una regulación psicofisiológica inadecuada por parte de los cuidadores como, por ejemplo, la insuficiencia a nivel de consuelo, tranquilización y modulación (Siegel, 1999).

## **Disociación estructural versus acciones integradoras**

Las acciones configuran nuestras vidas para bien o para mal. Pero las acciones no tienen que ver exclusivamente con la conducta; también constituyen esfuerzos *mentales* esenciales. Toda conducta, salvo la más refleja, está guiada por una multitud de *acciones mentales*, tales como planificar, predecir, pensar, sentir, fantasías, o deseos. Las acciones conductuales incluyen una síntesis de acciones mentales y acciones motrices. Las acciones mentales y las acciones conductuales pueden ser adaptativas o no serlo. Nuestra preocupación en relación con las víctimas de experiencias traumáticas consiste en fomentar su capacidad de elevar el nivel adaptativo de sus acciones.

## ***Jerarquía de las tendencias de acción***

Janet (1926a, 1938) sugiere varios niveles de tendencias de acción de orden inferior, intermedio y superior. Estas se conocen como la *jerarquía de las tendencias de acción*. Esta jerarquía es útil en la práctica clínica, pues ayuda al paciente y al terapeuta a comprender qué acciones precisan mejorar y cuáles se encuentran ya en niveles superiores.

Las tendencias de acción de orden inferior son automáticas y relativamente simples, incluyendo con frecuencia *acciones reflejas*, aquellas que son reactivas y más bien automáticas en lugar de estar cuidadosamente consideradas. Las acciones reflejas son necesarias en las situaciones en que es útil la conducta más automática (e.g., conducir o vestirse), pero no son substitutos adecuados de las acciones de orden superior (e.g., pensar detenidamente y decidir qué vamos a hacer cuando nos hieren emocionalmente). La vida moderna suele incluir situaciones complicadas que requieren respuestas complejas y flexibles. En razón de ello, las tendencias de acción de orden superior suelen ser habitualmente las más adaptativas en dichas situaciones:

Una paciente, Allison, con antecedentes de abusos graves, se golpeaba la cabeza contra la pared o daba puñetazos en la pared tan pronto como sentía alguna emoción intensa, siendo incapaz de permitirse sentir ni pensar en estas emociones. Las tendencias de acción de orden superior son creativas y a menudo complejas, lo que requiere muchas acciones mentales. A lo largo de la terapia Allison fue aprendiendo gradualmente a detenerse cada vez que sentía el impulso de golpear la pared, recurriendo ocasionalmente a golpear una almohada como otra posible alternativa, y se pudo permitir sentir. Finalmente fue capaz de hablar de sus sentimientos y de resolverlos, acciones que eran mucho más adaptativas, y más complejas y creativas que dar golpes contra la pared.

Al margen de su nivel de complejidad, las tendencias de acción tienen una serie de fases o etapas de activación, que abarcan la latencia, la planificación, el inicio, la ejecución y la finalización. Los pacientes suelen tener problemas a la hora de iniciar o de finalizar acciones, ya

sean éstas mentales o conductuales. Saben planificar, pero no son capaces de empezar; o saben empezar, pero no saben acabar; o sus acciones pueden adolecer de la adecuada calidad. Tales problemas indican que la persona no tiene la suficiente energía mental o la capacidad adecuada para focalizar dicha energía con objeto de lograr finalizar y consumir diversas acciones mentales y conductuales.

### ***Nivel mental***

A los niveles más elevados de tendencias de acción a los que una persona puede acceder en un momento dado lo llamamos su *nivel mental* (Janet, 1903, 1928b). El nivel mental de una persona incluye dos factores que se encuentran en una relación dinámica recíproca: la energía mental (y física) disponible y la eficiencia mental (a esta última Janet la llamaba *tensión psicológica*, expresión que puede malinterpretarse fácilmente dado que asociamos “tensión” con estrés, lo que no era la intención de Janet al utilizar este término). Así, la expresión *nivel mental* indica la capacidad de focalizar y utilizar eficazmente la energía mental al alcance en un momento dado. La eficiencia mental incluye el concepto de capacidad de integración. La posibilidad de acceder a un nivel mental elevado es, pues, fundamental para la capacidad de integrar las distintas experiencias. Muchas de las víctimas traumatizadas tienen dificultades en alcanzar y mantener niveles mentales superiores, al margen de la cantidad de energía mental que tengan a su alcance. La traumatización implica una fijación o una regresión a niveles indebidamente bajos de tendencias de acción y, por implicación, a niveles mentales bajos, en relación cuanto menos con algunas partes de la personalidad.

Existen tres problemas importantes relacionados con la energía mental y la eficiencia mental: (1) baja energía mental; (2) insuficiente energía mental; y (3) desequilibrios entre la energía y la eficiencia mental. Las acciones adaptativas suelen requerir generalmente mucha energía física o mental. Muchas de las víctimas funcionan a un nivel cercano al agotamiento que les brinda una energía mental escasa, bien porque tratan de hacer demasiadas cosas y se

cansan, o porque están demasiado deprimidos como para esforzarse por hacer nada. La enfermedad física, que acompaña con frecuencia a muchas de las víctimas traumatizadas, también reduce la energía mental. En tales casos, la energía mental es insuficiente, aunque en principio la persona pueda tener una adecuada eficiencia mental para llevar acciones a cabo. Un segundo problema está relacionado con la insuficiente eficiencia mental, aunque el individuo pueda tener la suficiente energía mental para realizar una tarea o una acción dada. En los individuos disociativos, el nivel mental puede variar hasta cierto punto en cada una de las partes disociativas de la personalidad.

Un tercer problema en relación con las acciones adaptativas suele deberse ya no únicamente a un déficit de habilidades emocionales y relacionales específicas, sino que incluye un impedimento más amplio que por lo general no suele identificarse ni tratarse explícitamente en la terapia. Se trata del problema del desequilibrio entre la cantidad de energía mental disponible y la calidad de la utilización de dicha energía mental con objeto de emprender una acción adaptativa en el momento actual. Existen diversas combinaciones de energía mental y eficiencia mental (véase el capítulo 9).

El terapeuta suelen tratar de ayudar al paciente intuitivamente, sin demasiada claridad, a elevar su eficiencia mental a fin de que pueda potenciar su energía mental. Nuestro interés principal en este libro reside en gran medida en cómo evaluar sistemáticamente el nivel mental del paciente, y cómo mejorar y regular su eficiencia y su energía mental, ayudándole con ello a realizar acciones mentales y conductuales más adaptativas. Con este fin, el terapeuta alienta al paciente a planificar, iniciar, desarrollar y finalizar diversas acciones mentales y conductuales de nivel gradualmente cada vez más elevado.

### ***Acciones sustitutivas***

Las acciones mentales y conductuales desadaptativas están presentes en la desregulación de los afectos y de los impulsos, los pro-



blemas de vinculación y demás dificultades que aquejan a las víctimas traumatizadas. Las acciones mentales inadecuadas también están implícitas en el mantenimiento constante de la disociación. Tales acciones se conocen como *acciones sustitutivas*, aquéllas que son menos adaptativas de lo que se requiere cuando las dificultades de la vida exceden el nivel mental del paciente. Por ejemplo, al activarse sentimientos muy intensos el paciente puede recurrir a recordarlos o deshacerse de ellos como substitutos de nivel inferior de acciones más adaptativas tales como llevar un diario, reflexionar detenidamente, tranquilizarse y demás acciones que podrían ayudar a resolver verdaderamente los sentimientos en lugar de perpetuarlos. Las personas no solamente vuelven a caer una y otra vez en acciones sustitutivas cuando son incapaces de emprender acciones adaptativas de orden superior, sino también cuando la integración todavía no está al alcance o no es factible.

Las acciones sustitutivas pueden variar en su nivel de adaptación, alcanzando algunas de ellas niveles más adaptativos y complejos que otras. Algunas acciones sustitutivas son conductuales, tales como la agitación física, las compulsiones y las autolesiones. Pero muchas de las acciones sustitutivas son de naturaleza mental. Hay veces en que las emociones se vuelven abrumadoras e intolerables. Estas son las *emociones violentas* a las que nos referimos anteriormente, y en sí mismas son acciones sustitutivas de otras formas de afrontar una situación. Los individuos propensos a las emociones violentas pueden utilizar estrategias mentales de afrontamiento desadaptativas, tales como la negación profunda, la denegación [*disavowal*], la proyección y la escisión [*splitting*].

### ***Acciones integradoras***

*Integración* es un término familiar en el ámbito del trauma que implica que los pacientes deben de alguna forma asimilar las experiencias traumáticas (y las partes disociativas de la personalidad) con objeto de poder avanzar en sus vidas. Pero la integración también es una parte integrante y necesaria para vivir adaptativamente en el día

a día. Las acciones integradoras requieren el máximo grado de energía mental y de eficiencia mental.

La integración es un proceso adaptativo que incluye acciones mentales continuas que contribuyen a diferenciar y relacionar las experiencias a lo largo del tiempo dentro del contexto de una personalidad flexible y estable, de manera que favorece el mejor funcionamiento posible en el presente (Jackson, 1931/1932; Janet, 1889; Meares, 1999; Nijenhuis, Van der Hart & Steele, 2004). La capacidad de estar abiertos y de ser flexibles nos permite cambiar cuando ello es necesario, mientras que la capacidad de estar cerrados [*stay closed*, en el sentido de mantener unos límites claros] nos permite permanecer estables y actuar de formas preconcebidas. La persona mentalmente sana se caracteriza por una firme capacidad de integrar las experiencias internas y externas (Janet, 1889).

¿Qué acciones mentales específicas estarían implicadas en el proceso de integración, y cómo se pueden llevar a cabo? Es útil comprender dos modalidades principales de acciones mentales integradoras para poder tratar eficazmente a las personas traumatizadas: la síntesis y la consciencia [*realization*].

**Síntesis.** Una acción integradora fundamental es la *síntesis*, en la que vinculamos (*link*, relacionamos) y diferenciamos una serie de experiencias internas y externas en un momento dado y a lo largo del tiempo. La síntesis incluye vincular [*bind*] y diferenciar percepciones sensoriales, movimientos, pensamientos, afectos, y un sentido de la identidad. Por ejemplo, sabemos en qué se parece una persona a otra (vinculación), pero también en qué se diferencia (diferenciación) y en qué sentido nuestra situación actual es similar pero también es diferente de nuestro pasado. También sabemos que sentir rabia y actuar con rabia son similares en algunos sentidos, pero también difieren significativamente. Buena parte de la síntesis tiene lugar de forma automática y al margen del conocimiento consciente. Nuestra capacidad de síntesis fluctúa de acuerdo con nuestro nivel mental. Por ejemplo, cuando la persona está plenamente despierta, la síntesis será de una calidad más elevada que cuando está cansada. La síntesis

sis le brinda a la persona la unidad normativa [la unión normal] de conciencia y de historia. Cuando la síntesis es incompleta pueden aparecer alteraciones de conciencia y síntomas disociativos.

**Consciencia.** Una acción mental integradora relacionada pero de nivel superior, la *consciencia*, incluye las acciones mentales de desarrollar la conciencia [*awareness*, el conocimiento] de la realidad tal y como es, aceptarla, y adaptarse reflexiva y creativamente a ella. La consciencia implica el grado en el que se logra concluir [*closure*, cerrar] una experiencia (Janet, 1935a, Van der Hart, Steel, Boon & Brown, 1993). Consta de dos acciones mentales que contribuyen a madurar constantemente nuestra visión de nosotros mismos, de los demás y del mundo (Janet, 1903, 1928a, 1935a). El primer tipo de acción implica la integración de una experiencia dentro de un sentido personal y explícito de la propiedad: “Eso me pasó a *mí* y en relación con ello *yo* lo veo de tal y cual manera”. El segundo tipo de acción consiste en estar firmemente asentado [*grounded*, arraigado] en el presente al tiempo que integrando el pasado, el presente y el futuro personales. Ello se traduce en obrar en el presente de la forma más adaptativa y más consciente [*mindful*].

Tanto la PAN como la PE carecen de una consciencia plena del presente, son incapaces de vivir plenamente en el presente. También carecen de la consciencia plena de su traumatización, de que pertenece al pasado [*is over*], y con frecuencia no han sido capaces de darse cuenta de otras muchas experiencias, dejando tras de sí muchos asuntos pendientes. Con respecto a la traumatización, la PAN carece de una consciencia plena de dichas experiencias y de sus secuelas. En razón de ello, puede negar o padecer diversos grados de amnesia en relación con el suceso (o los sucesos). La PAN tal vez reconozca las experiencias traumáticas, pero insiste en que “no tengo la sensación de que me haya sucedido a *mí*”. Y la PE no siente que la traumatización haya acabado, continúa inmersa en ella y en razón de ello carece de la capacidad de vivir plenamente en el presente. Restringidas por sus respectivos sistemas de acción y sus limitadas habilidades de afrontamiento, la PAN y la PE atienden selectivamente a una gama

limitada de indicaciones, tales como aquéllas que son relevantes para los cuidados [*caretaking*] o los intereses defensivos. Ello reduce todavía más la capacidad de tomar plena conciencia y de integrar los recuerdos traumáticos y de vivir plenamente en el presente.

## **El mantenimiento de la disociación estructural de la personalidad**

La disociación estructural se ha vuelto crónica en aquellos pacientes aquejados de trastornos de origen traumático. Existen una serie de factores entremezclados que convergen para mantener la disociación una vez que da comienzo (lo que se tratará en profundidad en el capítulo 10).

Cuanto menor sea su nivel mental, más deben confiar las personas en acciones sustitutivas que puedan protegerles de las emociones y los pensamientos abrumadores, pero que dificultan la integración de los recuerdos traumáticos y de las partes disociativas asociadas. El nivel mental de las víctimas traumatizadas se mantiene bajo cuando presentan déficits significativos de habilidades relacionales y emocionales. En muchos casos, estos déficits se deben principalmente a la falta de modelado y del entrenamiento adecuados por parte de los cuidadores: muchas de las víctimas crecieron en entornos en los que jamás se utilizaron dichas habilidades. Un nivel mental bajo o modesto puede compensarse mediante un apoyo social y relacional que ayuda a la víctima traumatizada a integrar las experiencias traumáticas. Pero muchas de las víctimas tienen poco o ningún apoyo. Tienen que afrontar solos la monumental tarea de la integración, y les resulta excesivamente abrumadora. Los cambios en la neurobiología relacionados con la traumatización también dificultan la integración (Krystal, Bannett, Bremner, Southwick & Charney, 1996; Krystal, Bremner, Southwick & Charney, 1998; Nijenhuis, Van der Hart & Steele, 2002; Perry & Pate, 1994; Vermetten & Bremner, 2002).

Dentro de este contexto, diversos efectos condicionados relacionados con la traumatización también son esenciales para explicar la

persistencia de la disociación estructural. A saber, las víctimas traumatizadas pueden desarrollar miedos condicionados a determinadas señales internas y externas (estímulos condicionados) cuando han aprendido a asociarlos con el suceso traumático original (el estímulo incondicionado) y que en lo sucesivo evitarán mental y conductualmente. La disociación estructural se mantiene específicamente cuando las PANs aprenden a evitar fóbica y crónicamente la irrupción de las PEs con sus recuerdos traumáticos y sus sensaciones, emociones y pensamientos aversivos acompañantes. La resolución [superación] de estas fobias, que se describen brevemente más abajo, constituye uno de los principales objetivos del tratamiento.

### ***Fobias que mantienen la disociación estructural***

Tradicionalmente las fobias han sido relegadas a la categoría de los trastornos de ansiedad, y se ha dado por hecho que se dirigían a estímulos externos (e.g., arañas, alturas, gérmenes, fobia social) y que tenían un significado psicodinámico. Pero las fobias también pueden afectar a fenómenos internos, acciones mentales tales como determinados pensamientos, fantasías, sensaciones y recuerdos (e.g., Janet, 1903; McCullough *et al.*, 2003; Nijenhuis, 1994). Los terapeutas que trabajan con personas crónicamente traumatizadas reconocerán fácilmente que estos pacientes suelen tenerles un miedo extraordinario a las acciones mentales así como a las estímulos externos que les recuerdan la experiencia traumática.

De acuerdo con Janet (1904/1983b, 1935a), la fobia nuclear en la disociación estructural de origen traumático consiste en evitar sintetizar y tomar plena conciencia de la experiencia traumática y sus efectos sobre la propia vida: la *fobia a los recuerdos traumáticos*. Las estrategias de evitación conductual y mental que mantienen la disociación estructural, son necesarias para eludir lo que se percibe como la consciencia insoportable respecto de la propia identidad, la propia historia y el propio sentido [*meaning*] individual. Más adelante, de la fobia fundamental a los recuerdos traumáticos se van derivando fobias adicionales. Janet (1903, 1909b, 1922) afirma que todas las

fobias tienen en común el miedo a (determinadas) acciones. Las fobias de origen traumático deben ser, pues, tratadas en un orden específico, de modo que los pacientes puedan desarrollar gradualmente la *capacidad de emprender acciones adaptativas intencionadas y de alta calidad*, tanto mentales como conductuales; esto es, puedan acceder a niveles superiores de eficiencia mental. Entonces podrán tolerar e integrar experiencias (pasadas y presentes) cada vez más complejas y difíciles, y lograr con ello una mejoría en la vida cotidiana.

Cuando las víctimas traumatizadas asocian un número cada vez mayor de estímulos con la experiencia y los recuerdos traumáticos a través de la generalización de estímulos, puede que comiencen a temer y evitar cada vez más la vida interior y exterior. Por ejemplo, cuando en calidad de PAN las víctimas tienen recuerdos intrusivos traumáticos y asocian esta intrusión aversiva con la PE, desarrollan una fobia a esta parte disociativa d en la personalidad. En calidad de PE la víctima puede volverse fóbica a la PAN cuando se percibe que dicha parte desatiende o perjudica (i.e., abandona o maltrata) a la PE de alguna forma. De hecho, las víctimas pueden angustiarse y evitar cualquier acción mental, como tener determinados sentimientos, sensaciones y pensamientos que están consciente o inconscientemente asociados a la experiencia (o experiencias) traumática original. Así pues, la mayoría de las víctimas presentan algún grado de fobia a las acciones mentales relacionadas con el trauma (lo que antiguamente llamamos *fobia a los contenidos traumáticos*; e.g., Nijenhuis, Van der Hart & Steele, 2002; Van der Hart & Steele, 1999). La fobia a las acciones mentales derivadas del trauma evoluciona a partir de la fobia nuclear a los recuerdos traumáticos, e incluye miedo, asco o vergüenza en relación con acciones mentales que la víctima ha asociado a los recuerdos traumáticos. En la medida en que su vida interior les dé miedo, los pacientes no pueden integrar sus experiencias internas, de manera que prosigue la disociación estructural.

La *fobia al apego y a la pérdida del apego* se desarrollan fácilmente porque las personas crónicamente traumatizadas han sido heridas por otros seres humanos, sobre todo por sus cuidadores. En razón de ello, el apego es vivido como algo peligroso, pero también obvia-

te como algo necesario. La fobia al apego suele venir paradójicamente acompañada de una fobia igualmente intensa a perder el apego. Ello se manifiesta a través de sentimientos y conductas desesperadas que motivan al individuo a entrar en contacto con otra persona a toda costa. Lo característico es que diferentes partes de la personalidad vivencien estas fobias opuestas. Se activan mutuamente en una suerte de círculo vicioso, con la percepción de un cambio en la cercanía o la distancia dentro de una relación, derivando en el conocido modelo “*borderline*” de “Te odio-no me dejes”, descrito más recientemente como apego desorganizado/desorientado (e.g., Liotti, 1999a).

Otra muestra de la generalización es la *fobia a la vida normal*. Dado que la vida normal implica cuanto menos un nivel elemental de riesgo y cambio sanos, muchas experiencias de la vida normal también se evitan decididamente. Finalmente, los niveles más maduros de vinculación, tales como la intimidad, se evitan en razón de la plétora de fobias relacionadas con el apego y con las acciones mentales derivadas del trauma que se han convertido en estímulos condicionados, dado que la mayoría de las traumatizaciones crónicas son de naturaleza interpersonal [relacional].

## **El tratamiento por fases de la traumatización crónica**

La teoría de la disociación estructural tiene consecuencias de primer orden para la evaluación y el tratamiento de los pacientes crónicamente traumatizados (e.g., Steele *et al.*, 2001, 2005). Es útil que los terapeutas comprendan las implicaciones de la disociación estructural entendida como una división indebida de la personalidad, cómo se manifiesta y cómo debe tratarse. Tienen que esforzarse por comprender la importancia ya no sólo de los aspectos psicodinámicos, relacionales y conductuales del tratamiento, sino también volverse expertos en evaluar y trabajar con la energía mental y los niveles mentales de los pacientes. Los terapeutas tienen que analizar las acciones mentales y conductuales que emprenden las víctimas de cara a la adaptación. Les resultará útil disponer de una multitud de

intervenciones que trasciendan cualquier modelo teórico dado, potenciando con ello la ayuda que puedan ofrecer para elevar el nivel de las tendencias de acción de cada una de las partes de la personalidad durante el transcurso del tratamiento.

Los principales modelos de tratamiento para el TEPT de tipo complejo y los trastornos disociativos suelen ser característicamente por fases, lo que se considera la norma actual a nivel asistencial e incluye las siguientes fases: (1) estabilización y reducción de síntomas; (2) tratamiento de los recuerdos traumáticos; y (3) integración de la personalidad y rehabilitación. Aunque las fases se describen de forma lineal, de hecho son flexibles y recurrentes, implicando la necesidad periódica de volver a fases anteriores (Courtois, 1999; Steele *et al.*, 2005).

Cada una de las fases incluye un *modelo de solución de problemas y de desarrollo de habilidades* dentro del contexto más amplio de un *modelo relacional* (D. Brown, Schefflin & Hammond, 1998). La evolución en espiral tiene lugar a medida que se alcanzan niveles cada vez mayores de eficiencia mental, permitiendo integrar material disociado anteriormente intolerable y abordar más áreas de disfunción rígidas. El tratamiento por fases puede ser bastante directo en los casos de traumatización relativamente simples. Pero puede ser mucho más complejo, con un mayor número de alternancias entre las fases y la necesidad de abordar cuestiones multifacéticas y crónicas.

## ***Evaluación***

Los pacientes crónicamente traumatizados suelen buscar ayuda durante las crisis. Aunque puedan necesitar atención inmediata a este respecto, es esencial no dejar de lado los procedimientos normales de evaluación, incluido el diagnóstico concienzudo, los tests psicológicos y la elaboración de una historia exhaustiva (incluidas posibles experiencias traumáticas y tratamientos previos). En este tipo de pacientes puede darse una comorbilidad grave. Pueden satisfacer los criterios de numerosos diagnósticos, lo que hace prácticamente imposible la explicación coherente de una psicopatología tan amplia.



Aunque la evaluación sistemática de los síntomas disociativos y de los trastornos disociativos pueda no formar parte de la labor rutinaria, sí está decididamente indicada en pacientes que presentan comorbilidad y síntomas complejos, que refieren una traumatización o que tienen un historial de “tratamientos fallidos”. A este respecto, añadimos la advertencia de que los pacientes pueden presentar una organización disociativa subyacente a nivel de personalidad que no aparezca reflejada en un trastorno disociativo específico del DSM-IV. Por ejemplo, un paciente con un trastorno límite de la personalidad puede encajar perfectamente en una disociación estructural secundaria, y lo mismo se puede decir de un paciente con un trastorno somatomorfo, como reconoce la CIE-10 en la categoría diagnóstica de trastornos disociativos de los movimientos y las sensaciones (OMS, 1992). Sin embargo, habitualmente sólo con el tiempo y con la ayuda de una observación detenida y exhaustiva podrá el terapeuta llegar a tener una imagen más clara de la complejidad de la disociación estructural del paciente.

A la hora de planificar un plan adecuado de tratamiento es crucial evaluar los puntos fuertes y los puntos débiles únicos del paciente, tales como su funcionamiento en términos de nivel mental (i.e., el nivel máximo que se puede alcanzar en la jerarquía de tendencias de acción, junto con la energía mental disponible). Algunos pacientes pueden desenvolverse muy bien en la vida cotidiana, destacar en una profesión sumamente exigente, con una disminución ocasional de su nivel mental en situaciones que reactivan recuerdos traumáticos, o que requieren habilidades que todavía no dominan. Otros pacientes pueden funcionar a un nivel bajo, en términos tanto de la jerarquía de tendencias de acción como de la energía disponible. La evaluación detenida del nivel mental del paciente y de sus fluctuaciones debe abarcar una amplia gama de ámbitos, incluido el trabajo, las relaciones, los cuidados [*caretaking*], las actividades lúdicas, hábitos de sueño-vigilia y hábitos alimentarios, situaciones potencialmente amenazantes, y destreza en las acciones mentales que acompañan a las acciones conductuales. Cuando la evaluación desvela la incapacidad de abordar adaptativamente una cuestión o una situación determi-

nada, es preciso identificar las acciones sustitutivas de orden inferior a las que el paciente puede estar recurriendo como posibles objetivos de cara al tratamiento.

Cuando la disociación estructural de la personalidad es evidente, a la hora de planificar el tratamiento suele ser útil distinguir las PANs de las PEs y sus diferencias en términos de nivel mental. Mientras que habitualmente las PANs suelen funcionar a niveles más elevados que las PEs, a veces pueden verse desbordadas por la intrusión de las PEs. Únicamente con el tiempo podrá salir a la superficie una imagen nítida del número y los tipos de partes disociativas, y de su respectiva eficiencia y energía mental. Pero la evaluación concienzuda, tal como la sugerida brevemente aquí (véase más en el capítulo 11), puede brindar la suficiente información para elaborar un plan inicial de tratamiento.

### ***Tratamiento, fase 1: Estabilización y reducción de síntomas***

La fase 1 se dedica a elevar el nivel mental y las acciones adaptativas de las PANs y de las PEs dominantes con objeto de posibilitar un desenvolvimiento más eficaz en la vida cotidiana. Esta fase del tratamiento pretende ayudar a los pacientes a lograr cierto equilibrio en sus acciones mentales y conductuales dada la energía y la eficiencia mental disponibles. La terapia se dirige a elevar el nivel mental de la PAN y de las PEs claves que invaden e interfieren la terapia y la seguridad. Ello implica que las víctimas deben mejorar la calidad reflexiva y a veces la cantidad de sus acciones mentales y conductuales. Esto sería relativamente sencillo en los casos de disociación estructural primaria dentro del contexto de una psicoterapia breve (Van der Hart, Van der Kolk & Boon, 1998). Pero en los casos de disociación estructural secundaria y terciaria, habitualmente suele ser preciso dedicar un esfuerzo terapéutico mucho más arduo y de larga duración.

Es importante que los pacientes aprendan a desenvolverse dentro de las limitaciones propias de su energía en un momento dado, aprendan a identificar lo que mejora o disminuye su energía, y reduz-

can los gastos inútiles de energía. Sobre todo, deben comenzar a identificar y a vivir el hecho de que las acciones mentales y conductuales convenientemente realizadas elevan su nivel mental. Algunos pacientes hacen demasiadas cosas o se fuerzan a ir más allá de la energía que tienen a su alcance. Necesitan aprender a llevar una vida más sencilla y descansar más. La reducción de una agenda excesivamente llena deja un espacio y un tiempo para comenzar a ocuparse de las acciones mentales que están siendo evitadas mediante el exceso [defensivo] de actividades conductuales. En el caso de otros pacientes que están seriamente paralizados y son incapaces de hacer nada, lo que necesitan es emprender más acciones mentales y conductuales, no menos. En el caso de otros que están empantanados en interminables obsesiones y rumiaciones, lo que necesitan es simplificar las acciones mentales con el fin de que las acciones conductuales se vuelvan más adaptativas. En todos los casos, se precisan acciones de orden superior que incluyan la oportuna consideración y planificación, al igual que también es esencial mejorar o estabilizar la energía mental y la eficiencia mental.

La eficiencia mental limitada contribuye a la aparición de acciones sustitutivas que se manifiestan bajo la forma de síntomas importantes y perturbadores, tales como las conductas autodestructivas. La mejora del desenvolvimiento diario a nivel de la PAN implica reducir o eliminar estos síntomas debilitantes, así como los síntomas asociados a la depresión, la ansiedad y el TEPT. La contención [*containment*] de los recuerdos traumáticos es esencial. Puede que los pacientes necesiten aprender y practicar repetidamente muchas habilidades emocionales y relacionales, lo que elevará su nivel mental.

Con objeto de fomentar sistemáticamente las acciones adaptativas, la fase 1 del tratamiento se dirige a superar determinadas fobias de origen traumático: se trabajarán con el terapeuta la fobia a las acciones mentales derivadas del trauma, incluida la fobia a las partes disociativas de la personalidad, además de la fobia al apego y a la pérdida del apego. Comenzarán a abordarse la fobia al cambio y a la vida normal, lo que se prolongará a niveles más complejos a lo largo de todo el tratamiento. La presencia de estas fobias implica que los pa-

cientes tienen “asuntos pendientes” y están gastando energía en evitar o refrenar sus cuestiones sin resolver. En respuesta a las fobias, las víctimas suelen emprender acciones sustitutivas de orden inferior que disminuyen adicionalmente o impiden elevar su nivel mental, de manera que la integración queda crónicamente fuera del alcance. El tratamiento debe abordar estos graves problemas valiéndose de la economía de la energía mental. El paciente debe desarrollar gradualmente su comprensión y su empatía, además de intensificar la colaboración entre todas las partes de la personalidad, sin mencionar todavía los recuerdos traumáticos. Con ello, desde las primeras fases del tratamiento ya se está favoreciendo una personalidad más unitaria, estable y flexible.

### ***Tratamiento, fase 2: Tratamiento de los recuerdos traumáticos***

Uno de los principales objetivos de la fase 2 es el de resolver la fobia a los recuerdos traumáticos entre las distintas partes de la personalidad, a fin de que la disociación estructural se vuelva innecesaria. Esta fase del tratamiento requiere generalmente que los pacientes hagan gala de un nivel mental superior al que tenían cuando entraron en tratamiento. La delicada adaptación del ritmo de la terapia [*pacing*], incluida la regulación de la hiperactivación y la hipoactivación fisiológica, será crucial de cara al éxito. La resolución de los recuerdos traumáticos y las emociones y las creencias relacionadas constituye una parte sumamente compleja y difícil del tratamiento (véase el capítulo 16).

Las fobias adicionales a abordar en esta fase incluyen las fobias relacionadas con el apego inseguro hacia el agresor (o los agresores). Los pacientes están fuertemente apegados a los agresores al tiempo que los evitan intrínsecamente, y es preciso resolver este dilema nuclear de aproximación-evitación. Diversas partes de la personalidad pueden manifestar visiones polarizadas y a menudo poco realistas de los agresores (e.g., “Sabe lo que estoy pensando y me va a castigar”, “Es incapaz de hacer nada malo”). Esto debe ser desentraña-

do gradualmente en el transcurso de la terapia. Las víctimas traumatizadas deben finalmente hacer el duelo por la pérdida de una familia ideal y aprender a valorar el hecho de desenvolverse como un adulto interdependiente.

IncurSIONES ocasionales a la labor de la fase 3 pueden tener lugar sin necesidad de haber resuelto demasiado los recuerdos traumáticos. Pero la labor de la fase 2 suele ser generalmente necesaria, dado que la resolución de los asuntos pendientes asociados a la traumatización contribuye a elevar el nivel mental general de la persona, al tiempo que elimina los obstáculos crónicos que suponen las reiteradas reescenificaciones y reactivaciones de las experiencias traumáticas. De forma característica, existe un movimiento de vaivén bastante espontáneo entre la fase 2, y las fases 1 y 3 del tratamiento.

### ***Tratamiento, fase 3: Integración de la personalidad y rehabilitación***

La fase 3 puede contener algunos de los aspectos más difíciles de la labor que todavía queda por hacer (Van der Hart, Steele *et al.*, 1993). Incluye la dolorosa labor de duelo necesaria para que pueda tener lugar una consciencia más profunda, la renuncia a las creencias sustitutivas firmemente sostenidas, y los esfuerzos por adentrarse en el mundo con nuevas habilidades de afrontamiento que requieren niveles elevados de eficiencia y energía mental sostenidas. Aunque comenzó en la fase inicial del tratamiento, la resolución progresiva de la fobia al cambio y a la vida normal debe proseguir en la fase 3. Finalmente, la superación de la fobia a la intimidad constituye tal vez el pináculo de los logros terapéuticos, y es esencial para que los pacientes puedan seguir adelante y avanzar con una elevada calidad de vida. Los pacientes que no logran superar la labor de la fase 3 suelen seguir teniendo dificultades en el ámbito de la vida normal, a pesar de la disminución significativa de las intrusiones traumáticas. Pero la calidad de vida de quienes salen bien parados de la labor de la fase 3 puede mejorar notablemente.

**Resumen**

Este capítulo ofrece una sinopsis de lo que irá apareciendo en el libro respecto de la explicación y el tratamiento de la traumatización crónica y la disociación estructural.



# I

## LA DISOCIACIÓN ESTRUCTURAL DE LA PERSONALIDAD

---





# 1

## La disociación estructural de la personalidad: Elementos básicos

---

*Tengo otro yo... bañado en lágrimas... Lo llevo dentro de mí en lo más hondo como una herida.*

—Michel Tournier (1972, p. 21)

Suele haber cierta confusión respecto de qué tipo de acontecimientos y características personales pueden estar asociados a la disociación, y qué es lo que está disociado de hecho en una persona traumatizada. Este capítulo aborda estas cuestiones, las cuales son esenciales para comprender la disociación estructural.

### **Los orígenes traumáticos de la disociación estructural**

La palabra *trauma* suele utilizarse con frecuencia y a la ligera, de modo que comenzaremos por definir los criterios del término *traumatización* tal como nosotros lo utilizamos, aplicado específicamente a la disociación estructural de la personalidad. Trauma significa esencialmente “herida”, “daño” (Winnick, 1969) o “conmoción”. La palabra fue utilizada por primera vez por un neurólogo alemán para referirse al impacto psicológico de acontecimientos estresantes, y que

es el responsable de la introducción de la expresión *trauma psíquico* (Eulenburg, 1878; Van der Hart & Brown, 1990). En la bibliografía clínica y científica la expresión *acontecimiento traumático* es común y la palabra *trauma* suele utilizarse como sinónimo de tales sucesos (Kardiner & Spiegel, 1947). Pero los sucesos no son traumáticos en sí mismos; antes bien, lo que puede ser traumático es el efecto que ejercen sobre un individuo determinado. Así, no toda la persona que pasa por un acontecimiento extremadamente estresante quedará necesariamente traumatizada. Por ello, cuando en este libro hablamos de *trauma*, no nos referimos a un suceso sino únicamente a las personas que han desarrollado un trastorno relacionado con una experiencia traumática, esto es, que han desarrollado cierto grado de disociación estructural.

El grado en el que una persona quedará traumatizada se debe a dos series de factores interrelacionados; las características objetivas del suceso y las características subjetivas que definen la energía mental y la eficiencia mental del individuo (constitutivas de la capacidad de integración). Aquí nos centraremos en los factores generales de vulnerabilidad inherentes a los adultos y los niños.

### **Características de los sucesos potencialmente traumáticos**

Algunos sucesos son potencialmente más traumáticos que otros. Incluyen experiencias intensas, repentinas, incontrolables, impredecibles y extremadamente negativas (Brewin, Andrews & Valentine, 2000; E.B. Carlson, 1997; E.B. Carlson & Dalenberg, 2000; Foa, Zinbarg & Rothbaum, 1992; Ogawa, Sroufe, Weinfeld, Carlson & Egeland, 1997). Las experiencias interpersonales violentas y que implican daño físico o amenaza para la vida tienen más probabilidades de ser traumáticas que otro tipo de sucesos altamente estresantes tales como los desastres naturales (e.g., APA, 1994; Breslau, Chilcoat, Kessler, Peterson & Lucia, 1999; Darves-Bornoz, Lépine, Choquet, Berger & Degiovanni *et al.*, 1998; Holbrook, Hoyt, Stein & Sieber, 2002). Los sucesos que no son literalmente amenazantes para la vida,

pero que incluyen la pérdida de una figura de apego (Waelde, Koopman, Rierdon & Spiegel, 2001) y el abuso de confianza por parte de una persona objeto de un apego importante (Freyd, 1996) también aumentan significativamente el riesgo de traumatización. El maltrato infantil suele incluir todos estos factores eventuales.

En el caso de los niños, la violencia suele venir acompañada de la falta de cariño [desamparo] (Draijer, 1990; Nijenhuis, Van der Hart, Kruger & Steele, 2004). Pero este desdén también puede tener lugar en las relaciones adultas. El abandono emocional es una forma de traumatización en la que existe una ausencia de cuidados esenciales físicos o emocionales, de tranquilización y de experiencias fortalecedoras por parte de otras personas importantes. En el caso de los niños estas experiencias son evolutivamente indispensables, y en el caso de los adultos pueden ser necesarias en determinadas circunstancias, tales como las secuelas de acontecimientos potencialmente traumatizantes.

La exposición repetida a estresores de primer orden a lo largo del tiempo, tales como el maltrato infantil, parece ejercer los efectos más perniciosos sobre las víctimas traumatizadas. La traumatización crónica incrementa el riesgo de desarrollar trastornos de origen traumático y síntomas más graves y de mayor alcance, incluido el consumo de drogas (Dube, Anda *et al.*, 2003) y el intento de suicidio (Dube, Felitti *et al.*, 2001). Dichos síntomas incluyen ya no únicamente síntomas mentales, sino también físicos, porque el desarrollo cerebral y el funcionamiento neuroendocrino resultan perjudicados (Anda *et al.*, 2006 y Dube *et al.*, 2003; Breslau, Davis & Andreski, 1995; Draijer & Langeland, 1999; Glaser, 2000; Hillis *et al.*, 2004; Nijenhuis, Van der Hart & Steele, 2004; Ozer, Best, Lipsey & Weiss, 2003; B. D. Perry, 1994; Schore, 2003a, 2003b). La traumatización crónica es un factor de primer orden en el desarrollo de modalidades más complejas de disociación estructural.

La falta de apoyo social constituye un factor de riesgo de primer orden para el desarrollo de trastornos de origen traumático (e.g., Brewin *et al.*, 2000; Ozer *et al.*, 2003). Esto puede ser especialmente cierto en el caso de los niños, porque dependen por completo de los

adultos para que les ayuden a integrar experiencias difíciles. Consuelo, apoyo y cariño son esenciales para el mantenimiento y la mejora de la eficiencia mental de la persona (e.g., Runtz & Schallow, 1997), en parte porque tienen importantes efectos calmantes a nivel fisiológico (Schore, 1994; 2003b), además de efectos favorables sobre el sistema inmunológico (Uchino, Cacioppi & Kieclot-Glaser, 1996). Un gesto de apoyo es un reductor de estrés de primer orden y puede ayudar a modular las reacciones emocionales intensas (Kramer, 1990; Nijenhuis & Den Boer, en prensa; Weze, Leathard, Grange, Tiplady & Stevens, 2005).

### **Características individuales**

Muchos adultos sienten un estrés agudo y algunas intrusiones de resultados de acontecimientos estresantes, pero tales fenómenos suelen desaparecer habitualmente a las semanas o los meses y generalmente no derivan en trastornos de origen traumático (Kleber & Brom, 1992). Estas intrusiones peritraumáticas pueden considerarse como manifestaciones de una división transitoria y menor de la personalidad antes de la plena integración de una experiencia estresante. Pero algunas personas acaban por desarrollar trastornos de origen traumático. Por ejemplo, la investigación sugiere que aproximadamente entre el 10 y el 25 % de los adultos que se ven expuestos a un estresor extremo pueden desarrollar un trastorno por estrés agudo [TEA] (APA, 1994) y un TEPT [trastorno por estrés postraumático] (Breslau, 2001; Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes & Nelson, 1995; Yehuda, 2002).

Los metaanálisis encontraron varios predictores de primer orden en relación con el desarrollo de un TEPT en adultos: traumatización (acumulativa) previa (especialmente el maltrato infantil crónico), adaptación psicológica previa, antecedentes psicopatológicos familiares, sensación de amenaza para la vida durante la traumatización, reacciones emocionales peritraumáticas, disociación peritraumática, falta de apoyo social, y sexo biológico (Brewin *et al.*, 2000; Emily,

Best, Lipsey & Weiss, 2003; Holbrook, Hoyt, Stein & Sieber, 2002; Ozer *et al.*, 2003). Los niños maltratados suelen presentar prácticamente todos estos factores de riesgo.

### ***Interacción genético-ambiental***

La personalidad se define en parte por la interacción entre nuestro entorno y nuestra configuración genética. Los factores genéticos pueden contribuir a la vulnerabilidad a las situaciones estresantes y a las características de personalidad que influyen en el riesgo de la persona de exponerse a situaciones potencialmente peligrosas (Jang *et al.*, 2003). Pero la relación genética directa con la traumatización está lejos de estar clara (Brewin *et al.*, 2000; Emily *et al.*, 2003; McNally, 2003).

### ***Eficiencia mental y energía mental***

Se precisa un nivel elevado de eficiencia mental para que la personalidad de un individuo permanezca relativamente unificada después de la exposición a estresores extremos. La disociación estructural tiene lugar cuando la eficiencia mental y la energía mental de un individuo (que se analizan en profundidad en la parte II y en el capítulo 12) son demasiado bajas como para poder integrar plenamente lo sucedido. La eficiencia mental varía de una persona a otra, aumenta con la edad (pero generalmente decrece con el envejecimiento) y tiende a cambiar con variables tales como el nivel de energía física y mental, la salud física y mental, el estado de ánimo y las emociones, y la exposición al estrés. La eficiencia mental y la energía mental de las personas mentalmente sanas están equilibradas (i.e., tienen un elevado nivel mental), lo que les permite integrar experiencias mentales correspondientes a su nivel de desarrollo (Jackson 1931-1932; Janet, 1889; Meares, 1999; Nijenhuis, Van der Hart & Steele, 2002).

La integración se ve dificultada cuando el sujeto evita los recuerdos traumáticos, suprime los pensamientos relativos a la experiencia traumática, tiene una interpretación negativa de los recuerdos intru-

sivos relacionados con el trauma, o bien está agotado. Estas reacciones predijeron el desarrollo de un TEPT tanto en niños (Ehlers, Mayou & Bryant, 2003) como en adultos (Laposa & Alden, 2003; Marmar *et al.*, 1996). Sugerimos que es probable que los individuos emprendan acciones mentales tales como la evitación, la supresión o las cogniciones negativas cuando su eficiencia mental es baja. Esto es particularmente cierto en el caso de la parte aparentemente normal de la personalidad (PAN), esta es, la parte disociativa de la personalidad que evita los recuerdos traumáticos. Ahora bien, la parte emocional de la personalidad (PE), que ha quedado fijada a los recuerdos traumáticos, también puede evitar la PAN así como la realidad actual.

### ***Edad***

La presencia de trastornos de origen traumático se ha relacionado con la edad del individuo en el momento de la traumatización. Cuanto más joven sea la persona, más probable es que desarrolle un trastorno de origen traumático. Esto se ha comprobado en el caso del TEPT, el TEPT de tipo complejo, el trastorno límite de la personalidad [TLP] relacionado con experiencias traumáticas, el trastorno disociativo no especificado [TDNE], subtipo 1, una modalidad menor de trastorno disociativo de la identidad [TDI] (APA, 1994), y el TDI (e.g., Boon & Draijer, 1993; Brewin *et al.*, 2000; Herman, Perry & Van der Kolk, 1989; Liotti & Pasquini, 2000; Nijenhuis, Spinhoven, Van Dyck, Van der Hart & Vanderlinden, 1998b; Ogawa *et al.*, 1997; Roth, Newman, Pelcovitz, Van der Kolk & Mandel, 1997). La traumatización crónica que comienza en la niñez ocupa un lugar aparte respecto de otros tipos de traumatización debido a la inmadurez de la eficiencia mental y del desarrollo psicobiológico del niño, junto con su necesidad especial de apoyo y de cariño (véase el capítulo 5).

### ***Disociación peritraumática***

Los síntomas de disociación durante y después de un suceso traumático indican que la capacidad que tenía el individuo de integrar

cuanto menos parte de la experiencia por la época del suceso es insuficiente. La presencia de estos y otros síntomas peritraumáticos, tales como alteraciones graves de la conciencia, correlacionan altamente con el desarrollo eventual de trastornos serios de origen traumático (e.g., Birmes *et al.*, 2003; Gershuny, Cloitre & Otto, 2003; G.N. Marshall & Schell, 2002; Ozer *et al.*, 2003).

### ***Emociones violentas e hiperactivación fisiológica***

El trauma psíquico se relaciona con la presencia de emociones “violentas” [*vehement*] tales como el pánico y la desorganización emocional, durante y después de acontecimientos abrumadores o desbordantes (Bryant & Panasetis, 2001; Conlon, Fahy & Conroy, 1999; Janet, 1889, 1909a; Resnick, Falsetti, Kilpatrick & Foy, 1994; Van der Hart & Brown, 1992). Dicha hiperactivación fisiológica probablemente se manifestó a través de una elevación del ritmo cardíaco poco después del acontecimiento abrumador (Shalev *et al.*, 1998) y de un incremento exagerado de la reacción de alarma (Rothbaum & Davis, 2003), que son dos predictores del TEPT. Las emociones violentas incluyen substitutos desadaptativos de acciones adaptativas (Janet, 1909a; Van der Kolk & Van der Hart, 1989), esto es, reactividad en lugar de reflexión detenida y acción meditada.

### ***Hipoactivación fisiológica***

Si bien la bibliografía especializada ha subrayado la presencia de hiperactivación fisiológica como un criterio diagnóstico de primer orden, más recientemente se ha apuntado que la hipoactivación fisiológica también supone un problema significativo (e.g., Lanius, Hopper & Menon, 2003; Nijenhuis & Den Boer, en prensa). No todas las personas se hiperactivan durante los sucesos abrumadores, o bien se hiperactivan al principio y después experimentan un descenso grave e involuntario del nivel de conciencia (hipoactivación). Cuando las personas están extremadamente hipoactivadas, puede que no procesen gran parte de lo que sucede, puede que tengan la impresión de



que lo que está pasando no es real, y puede que se sientan anestesiadas emocional y corporalmente. En la medida en que a pesar de todo recuerden lo ocurrido, todas estas experiencias hacen que les resulte más difícil a la larga integrar plenamente la experiencia.

### ***Sentido individual***

El sentido [*meaning*] que las personas le asignan a un acontecimiento (e.g., obra de Dios, un castigo, la propia culpa) es relevante para el desarrollo de un TEPT (e.g., Ehlers *et al.*, 2003; Koss, Figueredo & Prince, 2002). De forma característica, los niños creen que los malos tratos y la desatención son responsabilidad suya, porque los agresores y demás personas suelen culparles, y porque puede que no sepan comprender de otra forma por qué les hacen daño sus cuidadores (Salter, 1995). La creencia de que un acontecimiento es físicamente amenazante se ha relacionado con la disociación (Marmar, Weiss, Schlenger *et al.*, 1994; Marmar, Weiss, Metzler, Ronfeldt & Foreman, 1996).

### ***Preparación previa***

La forma en que las personas responden a un acontecimiento depende en cierto grado de su nivel de preparación para una experiencia de tales características (e.g., Janet, 1928b; Morgan *et al.*, 2001). Aunque es difícil imaginarse cómo podría estar preparado un niño para (nuevos) abusos crónicos, los estudios en el ámbito de la resiliencia pueden ayudarnos a comprender mejor cómo aprenden los niños a afrontar adaptativamente las experiencias adversas (Berk, 1998; Caffo & Belaise, 2003; Henry, 2001; Kellerman, 2001; McGloin & Widom, 2001). Este conocimiento puede ser una ayuda eventual para los niños con menor capacidad de integración.

En conclusión, si un suceso ha sido traumático o no es algo que únicamente se puede inferir a partir de los efectos que tiene sobre la persona y, por consiguiente, sólo se puede determinar después del suceso. Se sabe que los factores psicológicos y biológicos menciona-

dos más arriba conducen a un aumento de la vulnerabilidad a la traumatización, esto es, al desarrollo de una disociación estructural de la personalidad.

## Las partes disociativas de la personalidad

La idea de que la personalidad puede disociarse no es ciertamente nueva. En el siglo XIX la disociación denotaba originalmente una *división de la personalidad* (Azam, 1876; Beaunis, 1887; Binet, 1892-1896/1997; Breuer & Freud, 1893-1895/1955b; Ferenczi, 1932/1988; Janet, 1887/2005; Prince, 1905; Ribot, 1885; Taine, 1878; cf., Van der Hart & Dorahy, 2007).

### *La disociación como división de la personalidad*

Más específicamente, la disociación sería una división entre los distintos “sistemas de ideas y funciones que constituyen la personalidad” (Janet, 1907, p. 332). Cuando Janet habla de “ideas” se refiere ya no solamente a pensamientos, sino también a complejos (sistemas) psicobiológicos que incluyen pensamientos, afectos, sensaciones, conductas, recuerdos: lo que llamamos *acciones mentales*. Y Janet sugiere que dichos sistemas de ideas y funciones tienen su propio sentido de la identidad, aun cuando éste pueda estar extremadamente infradesarrollado. Por ejemplo, aunque el afecto o la sensación estén disociados, continúan estando dentro del contexto de un “yo”: “[yo] estoy aterrado”, “[yo] siento dolor en el estómago”. Este sentido del yo puede ser bastante discrepante de otro sentido del yo que exista simultáneamente: “[yo] no estoy aterrado”, “[yo] no siento dolor”, “[yo] no siento nada”.<sup>1</sup> El sentido de la identidad puede ser, pues, bastante limitado y estar restringido al conocimiento de tan sólo una pequeña parte de la experiencia.

---

1. \* N. del T.: “Yo” [I] que aparece literal y necesariamente (por razones gramaticales inherentes a esta lengua) en el original inglés y se sobreentiende en castellano.

La idea original de que la disociación divide la personalidad ha llegado hasta nuestros días. Por ejemplo, para Putnam (1997) la disociación incluye la división de “estados conductuales independientes” que normalmente están vinculados formando una “arquitectura conductual”. Dicha “arquitectura” o estructura define “la personalidad de un individuo, abarcando la gama de estados conductuales a su alcance y la suma de experiencias previas que han generado unos estados mentales diferenciados y estables” (p. 157).

La disociación como división de la personalidad se ha observado en adultos traumatizados agudos. Por ejemplo, durante la Primera Guerra Mundial la disociación de la personalidad se veía como la explicación de la alternancia entre las intrusiones y la evitación (e.g., W. Brown, 1919; Ferenczi, 1919; Horowitz, 1986; McDougall, 1926; Myers, 1940; Simmel, 1919; cf., Van der Hart, Van Dijke *et al.*, 2000) dentro de lo que ahora llamaríamos un TEPT o un trastorno disociativo simple (de conversión) de los movimientos y las sensaciones (OMS, 1992). Los clínicos señalan que dentro de dichos trastornos las acciones mentales disociativas tales como los recuerdos traumáticos no se dan en el vacío, sino que siempre forman parte de “*alguna* personalidad” (Mitchell, 1922, p. 113), “no de... algo que se pueda describir adecuadamente como una idea o un grupo o serie de ideas, sino más bien como el pensamiento intencionado y consciente de una [parte de la] personalidad” (McDougall, 1926, p. 543). Las acciones mentales disociativas incluyen, pues, acciones cognitivas y demás acciones realizadas por una víctima traumatizada al nivel de una determinada parte disociativa de la personalidad, que se ve a sí mismo como el *agente* de dichas acciones y que considera también las correspondientes experiencias relacionadas como *suyas* (Braude, 1995). Por ejemplo, cuando una víctima revive un suceso traumático, existe una PE que sostiene: “[yo] salí corriendo (la PE como el agente de la huida) porque [yo] tenía miedo” (la PE como la parte que tiene el miedo). Los criterios de albedrío [*agency*, de participación activa en la condición de agente] y de propiedad [*ownership*] distinguen a la disociación estructural de otras manifestaciones de una integración insuficiente, tales como la irrupción de ataques de ansiedad en

el trastorno por angustia o la irrupción de cogniciones negativas en la depresión mayor.

### ***Las partes disociativas de la personalidad***

Aunque Mitchell y McDougall hablen de “personalidades”, el examen detenido de sus escritos revela que lo que realmente tenían en mente eran las *partes* disociativas de una única personalidad. La esencia de sus contribuciones es la idea de que los “sistemas” disociativos “de ideas y funciones” son conscientes [*self-conscious*] e incluyen su propio sentido de la identidad en el caso de los pacientes con un TEPT y demás trastornos relacionados con experiencias traumáticas.

Las partes disociativas son componentes integrantes de una única personalidad. Incluso las partes que engloban únicamente unas pocas experiencias continúan teniendo unos rasgos estables. En este sentido, todas las partes disociativas tienen su propia “forma duradera de percibir, de relacionarse y de pensar acerca del entorno y de sí mismo”. Este es el criterio del DSM-IV para la identidad disociativa o el estado disociativo de la personalidad (APA, 1994, p. 487), *así como* para la definición de los rasgos de personalidad (APA, 1994, p. 630). No existe ningún principio cualitativo en la bibliografía especializada actual que distinga las partes disociativas de la personalidad en el TDI, de las partes disociativas de la personalidad en otros trastornos relacionados con experiencias traumáticas tales como el TEPT. Proponemos que la diferencia es esencialmente de grado de complejidad y emancipación de las partes de la personalidad. Varios autores de orientación psicoanalítica (Ferenczi, 1926; Joseph, 1975; Rosenfeld, 1987) también utilizan la expresión de *partes de la personalidad* para describir la disociación estructural sin necesidad de implicar con ello una cosificación indebida.<sup>2</sup>

---

2. En la bibliografía clínica se utilizan muchos conceptos diferentes para denotar lo que nosotros preferimos llamar “partes disociativas de la personalidad”, tales como estados del yo (o yoicos), estados disociativos o disociados, estados del *self* disociados, estados de identidad disociativos,

Aunque las partes disociativas incluyan un sentido de la identidad [*sense of self*], por rudimentario que pueda ser, no constituyen entidades separadas, sino que más bien son sistemas psicobiológicos diferentes y más o menos divididos, que no están suficientemente unidos o coordinados dentro del contexto de la personalidad de un individuo. Basándonos en Charles Myers (1940), hemos elegido hablar de “parte aparentemente normal de la personalidad” (PAN) y “parte emocional de la personalidad” (PE) para caracterizar estos diferentes tipos de sistemas psicobiológicos. Dichos sistemas son parte de un único ser humano, por lo que hemos preferido referirnos a la totalidad del individuo [a la persona total, íntegra] cuando está dirigido por alguno de estos sistemas no integrados. Así, hablamos de “la víctima traumatizada *en calidad de* PAN o PE”, y cuando hablamos de la PAN o de la PE, esto es lo que tenemos en mente.

### ***La parte aparentemente normal y la parte emocional de la personalidad***

Estas partes de la personalidad han sido reconocidas por muchos autores que han utilizado una serie de terminologías diferentes (e.g., Brewin, 2003; Figley, 1978; Howell, 2005; Kluft, 1984; Laufer, 1988; Putnam, 1989; Tauber, 1996; Wang, Wilson & Mason, 1996). Por ejemplo, Figley y otros contrastan la modalidad disociativa “propia de la víctima” (i.e., la PE) en la que la persona traumatizada está atrapada en los recuerdos traumáticos, con una modalidad de “desenvolvimiento asociado a la personalidad normal” (i.e., la PAN). Con respecto a los veteranos traumatizados de Vietnam, Laufer (1988) habla de un “yo asociado a la guerra” y de un “yo adaptativo”. Y entre los niños supervivientes del Holocausto, Tauber (1996) contrasta el llamado “componente [o yo] infantil” con el “componente [o yo] adulto cronológicamente apropiado”.

---

estados de personalidad disociativos, alters egos o personalidades, *selves* disociativos o disociados, identidades disociativas.

## **Los sistemas de acción como mediadores de las partes disociativas**

Estas sólidas observaciones clínicas sugieren que la personalidad de la víctima traumatizada no queda dividida de forma aleatoria a raíz del trauma, sino que presenta una estructura básica consistente de la que se pueden derivar incontables variantes. La división más simple de la personalidad a raíz del trauma incluye la *disociación estructural primaria*, en la cual tenemos una PAN y una PE.

En la Introducción propusimos que la disociación estructural implica una división de la personalidad de la víctima traumatizada en dos (disociación estructural primaria) o más (disociación estructural secundaria y terciaria) sistemas psicobiológicos conscientes. ¿Qué sistemas psicobiológicos de nivel inferior intervienen en la PAN y la PE? Estos sistemas deberían satisfacer mínimamente una serie de criterios. Primero, deben autoorganizarse y autoestabilizarse en ventanas de homeostasis, tiempo y contexto para controlar e integrar todos los complejos (sistemas) bastante coherentes de fenómenos psicobiológicos manifestados por la PAN y la PE. Segundo, deben ser sistemas funcionales que se hayan desarrollado en el transcurso de la evolución, y deben ser análogos a los sistemas biológicos propios de los mamíferos. Las observaciones clínicas sugieren que en calidad de PAN la víctima traumatizada de forma característica realiza tareas de la vida cotidiana tales como la reproducción, vinculación, cuidados y demás tendencias de acción sociales, y evita los recuerdos traumáticos, lo que subraya la focalización en las cuestiones relacionadas con la vida cotidiana. Por contraste, en calidad de PE la víctima traumatizada manifiesta principalmente reacciones evolutivas defensivas y emocionales frente a la amenaza (percibida como tal) a la que parece haber quedado fijado. Tercero, las víctimas deben ser muy sensibles al condicionamiento clásico porque, como analizamos más arriba, la PE y la PAN responden intensamente a las señales de amenaza incondicionadas y condicionadas. Cuarto, estos sistemas deben incluir unas características estables, pero también deben permitir igualmente la introducción de variantes dependiendo del caso, del

mismo modo que la PAN y la PE presentan invariantes y también variantes idiosincrásicas. Finalmente, estos sistemas deben estar al alcance desde el comienzo de la vida, dado que los trastornos disociativos pueden aparecer a partir de una edad muy temprana. Los sistemas de acción satisfacen todos estos requisitos: son organizativos, derivados de la evolución, funcionales, flexibles dentro de unos límites, e innatos pero epigenéticos.

Los diversos tipos de sistemas de acción se mencionaron brevemente en la Introducción, e incluyen dos categorías principales: acercamiento a las gratificaciones y las responsabilidades de la vida cotidiana, y evitación y huida de la amenaza física (Carver, Sutton & Scheier, 2000; Lang, 1995). A estos sistemas psicobiológicos se los conoce a veces como sistemas operativos motivacionales (e.g., Gould, 1982; Toates, 1986), conductuales (e.g., Bowlby, 1969/1982; Cassidy, 1999) o emocionales (Panksepp, 1998). Nosotros los llamamos *sistemas de acción*, porque nos ayudan a resolver dificultades adaptativas mediante acciones mentales y conductuales. En los adultos mentalmente sanos, los sistemas de acción responsables de la vida cotidiana y la defensa estarían integrados. Por ejemplo, la mayoría de las personas viven el día a día al tiempo que también son conscientes de los peligros potenciales: conducen a la defensiva, evitan deambular solos de noche y buscan refugio al desatarse una tormenta importante.

### ***Funciones normales de los sistemas de acción***

Los sistemas de acción son los elementos esenciales que configuran la personalidad. Están presentes en todo individuo. Idealmente, la integración tiene lugar dentro de los sistemas de acción y entre sí de resultados del curso evolutivo, permitiéndonos vivir de la forma más adaptativa posible. Dichos sistemas regulan y guían las tendencias de acción (Bowlby, 1969/1982; Cassidy, 1999; Damasio, 1999; Gilbert, 2001; Gould, 1982; Lang, 1995; Lang, Davis & Öhman, 2000; Panksepp, 1998, 2003; Timberlake, 1994; Toates, 1986). Durante el transcurso de la evolución, estos sistemas de acción primitivos se han ido asociando a funciones corticales superiores, permitiéndonos desa-

rrrollar tendencias de acción complejas, incluidas las relaciones complejas.

Los sistemas de acción determinan en gran medida lo que nos parece atractivo o aversivo, y a continuación generan las consiguientes tendencias a la aproximación o a la evitación (Timberlake, 1994). Cada uno de los sistemas de acción nos permite filtrar los estímulos, aceptándolos o excluyéndolos, en consonancia con los principales objetivos biosociales de dicho sistema de acción. Nos conducen a aprender lo que sería relevante de cara a la adaptación (Timberlake & Lucas, 1989) y a su vez, estos sistemas son modificados por dicho aprendizaje (Timberlake, 1994).

Por ejemplo, el sistema de acción responsable de la defensa y la correspondiente sensación de miedo nos ayudan a saber que existe un peligro, y nos mueven a actuar en defensa propia. La combinación del sistema responsable de la sexualidad y del sistema responsable de la vinculación nos ayuda a movernos en dirección al apego y la reproducción, lo que añade sentido, apoyo y placer a nuestras vidas, además de ser en última instancia necesarios para la supervivencia de nuestra especie. Los sistemas de acción que incluyen formas de interés social tales como el apego, la crianza [*caretaking*, los cuidados, la solicitud] y la reproducción pueden incluir emociones conscientes de vergüenza, culpa y turbación, lo que nos mueve a retraernos de los demás, previniendo con ello el posible rechazo o las críticas. Pero también nos motivan a seguir las normas sociales para asegurarnos de ser aceptados como parte del grupo. El sistema responsable de la exploración activa nuestra curiosidad a fin de aprender más cosas acerca de nuestro mundo, y a lo largo del proceso nos volvemos más hábiles en lo referente a manejar nuestro entorno, lo que nos ayuda a sobrevivir más eficazmente. El sistema responsable de la regulación de la energía nos mueve a reaccionar ante las experiencias de fatiga y hambre: acciones necesarias para sobrevivir y mantener la homeostasis.

Las personas deben satisfacer una serie de objetivos biosociales en el ámbito de la vida cotidiana (e.g., cuidar de los hijos, relacionarse, competir con otras personas, jugar [*playing*, divertirse] con los ami-



gos, explorar su mundo exterior e interior). Para satisfacer estos complejos objetivos, las personas deben integrar distintos sistemas de acción, lo cual puede ser una tarea desalentadora dado que combinar diversos sistemas de acción es más difícil que poner en marcha un único sistema. De hecho, muchos de los conflictos psicológicos más frecuentes incluyen dificultades en equilibrar dichos intereses diferentes. Por ejemplo, trabajar constantemente es menos complejo que equilibrar el trabajo, las relaciones y el tiempo libre, pero el hecho de ser capaz de equilibrar todas estas actividades es más adaptativo y más sano. El equilibrio entre los sistemas de acción requiere una eficiencia mental mayor que la necesaria para un único sistema. Cuando una persona presenta una disociación estructural, una parte disociativa de la personalidad estará dirigida por los objetivos particulares de los sistemas de acción que motivan a dicha parte, e inhibirá o evitará otros objetivos relacionados con sistemas de acción disociados en otras partes de la personalidad. Por ejemplo, una parte disociativa se concentra en mantenerse a salvo y en razón de ello tiende a evitar a la gente y las situaciones sociales, y no se atreve a hablar. Otra parte de la misma persona encuentra a la gente sugente e interesante, se siente seguro con ellos y quiere dedicarle un tiempo a estar con los amigos.

### ***Componentes de los sistemas de acción***

Los sistemas de acción son bastante complejos, constando cada uno de ellos de cuanto menos dos niveles de componentes, con sus propios objetivos, motivaciones y tendencias de acción asociadas (Fanselow & Lester, 1988; Timberlake, 1994). Distinguimos entre subsistemas de acción y, dentro de estos subsistemas, modalidades o estados motivacionales. Por ejemplo, el sistema de acción que regula la energía incluye *subsistemas* tales como comer y dormir; cada uno de los cuales implica diferentes objetivos encaminados al fin común de mantener la energía.

Los subsistemas de acción guían a las personas la hora de advertir y de sentirse atraídos por determinado tipo de estímulos, además

de configurar las tendencias de acción que adoptan. De esta forma, los subsistemas determinan en gran medida lo que el individuo integrará a partir de sus experiencias. Las personas que tienen hambre tratarán de encontrar comida y comer, las que tienen sueño tratarán de encontrar un lugar tranquilo y dormir, las asustadas tratarán de evitar una situación amenazante y buscar seguridad, mientras que las que están enfadadas pueden discutir o luchar. En otras palabras, los subsistemas limitan el ámbito de conciencia a los estímulos relevantes (e.g., determinados aspectos de la alimentación, la seguridad, las relaciones, el trabajo), y fomentan ciertas tendencias de acción al tiempo que inhiben otras. Las personas deben no obstante integrar y equilibrar estos distintos subsistemas si pretenden adaptarse.

Cada subsistema consta de una serie de modos o estados motivacionales encaminados a ayudar a la persona a alcanzar determinados objetivos a través de diversas tendencias de acción. Por ejemplo, el sistema responsable de la regulación de la energía incluye el subsistema de la alimentación, que implica mucho más que comer sin más: incluye comprar comida o salir a comer, y preparar, comer y digerir la comida. El sistema de acción responsable de la crianza incluye los subsistemas relativos a proteger, alimentar, enseñar, disciplinar y querer al propio hijo. Dentro del subsistema de proteger a un hijo, una madre puede emprender muchas acciones diferentes si por un momento pierde a un hijo en los grandes almacenes. Se pondrá a buscarlo frenéticamente, le pedirá ayuda a otras personas, llamará por teléfono, pensará dónde es más probable que haya ido, e inhibirá otras tendencias de acción tales como paralizarse porque está aterrada o sentarse a descansar porque está cansada del largo día. Limitaría todo lo posible su ámbito de conciencia exclusivamente a los estímulos relacionados con encontrar a su hijo cuanto antes.

***Los subsistemas y modos de acción y las partes disociativas.*** La distinción de estos distintos niveles dentro de los sistemas de acción –subsistemas y modos– es altamente relevante para nuestra comprensión de las funciones y las disfunciones de las partes disociativas de la personalidad. En la Introducción dijimos que estas partes que-

dan definidas principalmente por unos sistemas de acción específicos. Pero pueden restringirse todavía más al marco de determinados subsistemas o incluso de determinados modos en particular, lo cual limita adicionalmente su capacidad para el cambio adaptativo. Si las partes disociativas están fijadas a unos determinados sistemas o subsistemas de acción, es posible que no sean capaces de percibir correctamente y de afrontar su situación porque sus percepciones están teñidas por los objetivos y su campo de conciencia se restringirá a los estímulos relevantes a dicho subsistema en particular.

Por ejemplo, en calidad de PAN Miriam estaba aterrada constantemente por la posibilidad de que su hijo se perdiera, y se mostraba sobreprotectora en extremo. Cuando fue a los grandes almacenes con su hijo, no podía concentrarse en lo que necesitaba comprar, sino exclusivamente en vigilarle. Percibía como una amenaza a todo extraño que se acercara e insistía en coger a su hijo fuertemente de la mano, aunque éste tenía 9 años y se sentía extraordinariamente avergonzado por la conducta de la madre. Miriam tenía la cabeza llena de la apremiante necesidad de proteger a su hijo a toda costa, y nada más.

Conviene advertir que la mayoría de las tendencias de acción no son específicas de un sistema de acción determinado ni de sus componentes, sino que pueden ser modificadas y “encendidas” para lograr una variedad de objetivos. Por ejemplo, diferentes sistemas de acción pueden fomentar el hecho de correr para lograr un objetivo. Un individuo puede correr para alejarse de una amenaza y dirigirse a un lugar seguro (defensa), correr en una carrera en dirección a la línea de meta (juego), y correr en dirección a una persona querida (apego). De la misma forma, la conducta sexual puede satisfacer diferentes objetivos. Las personas pueden tener relaciones sexuales por recreación, placer, procreación e intimidad sana. En algunas situaciones, es posible utilizar la sexualidad para protegerse de una amenaza (someterse a una violación para salvar la vida), o como un trueque (cambiar relaciones sexuales por necesidades básicas, tales como comida, techo o educación). El sexo también se puede utilizar como tendencia de acción sustitutiva para evitar emociones o recuerdos traumáticos.

En los sujetos disociativos ello significa que la misma tendencia de acción puede implicar objetivos discrepantes. Mientras que la PAN puede interesarse en correr como deporte, la PE sólo tiene la experiencia de correr como una huida del peligro. Mientras que la PAN vive el sexo como algo íntimo y placentero, la PE lo vive como algo coercitivo y atemorizante. El riesgo en este caso es que la acción de la PAN (e.g., correr, sexo) pueda reactivar recuerdos traumáticos de la PE y las correspondientes acciones relacionadas (correr para alejarse de una amenaza o tener que someterse sexualmente para no recibir una paliza), lo cual puede ser bastante desadaptativo en el momento actual.

### ***La división disociativa de los sistemas de acción***

En la disociación estructural de la personalidad relacionada con la traumatización, la coordinación y la cohesión de los sistemas de acción aparece alterada. Normalmente, los sistemas de acción no están totalmente abiertos ni cerrados mutuamente, dado que ello conduciría respectivamente al caos o la completa rigidez (Siegel, 1999). Necesitan funcionar interdependientemente unos de otros, con uno de ellos dominando por encima de los demás en un momento dado. Los sistemas incluyen, pues, límites tales como filtros estimulares y grados de inhibición recíproca (e.g., el apego y la defensa se inhiben mutuamente). Pero en la disociación estructural estos límites entre diversos sistemas de acción se vuelven demasiado rígidos y cerrados. Cada una de las partes disociativas de la personalidad quedará, pues, limitada en gran medida por la constelación de sistemas (o subsistemas) de acción por los que está mediatizada. Así, una parte mediatizada principalmente por la defensa tendrá grandes dificultades en iniciar una relación estrecha con otra persona (sistema de acción responsable del interés social) porque tales objetivos son incompatibles con los propios de la defensa. Y dicha parte disociativa tenderá a percibir demasiadas experiencias como amenazantes, porque el sistema de defensa filtrará los estímulos según la amenaza percibida, y no la satisfacción potencial.

En la disociación estructural primaria, la división de la personalidad parece tener lugar la mayoría de las veces entre las dos categorías principales de sistemas de acción: la vida cotidiana y la defensa. En algunos casos de formas más complejas de disociación relacionadas con traumatizaciones infantiles crónicas, existen razones para que estos dos tipos de sistemas de acción se entremezclen de forma desadaptativa en el seno de diversas partes de la personalidad.

### ***Sistemas de acción que intervienen en la PAN***

Los sistemas de acción que guían las funciones de la vida cotidiana corresponden habitualmente a la PAN, particularmente en la disociación estructural primaria. Estos sistemas implican principalmente la aproximación a los estímulos atractivos, si bien a veces la gratificación puede ser aplazada o parecer un tanto indirecta. Incluyen la exploración del entorno (incluido el trabajo y el estudio), el juego y la gestión de la energía (dormir y comer), la vinculación, la reproducción-sexualidad y los cuidados –sobre todo la crianza de los hijos (cf., Cassidy, 1999; Panksepp, 1998). La vinculación es crucial para determinar el contexto en el que maduran todos los demás sistemas de acción. Si el apego se ve alterado tempranamente, puede derivar en un funcionamiento desadaptativo en diversas áreas de la vida porque los sistemas de acción más esenciales no funcionan bien. Las relaciones de apego ayudan a las personas a regular sus emociones y su fisiología, brindando una estabilidad fundamental interior y relacional.

Para desenvolverse adaptativamente en la vida cotidiana también es preciso ser consciente de las posibles amenazas físicas. Pero a un nivel mucho más complejo, también debemos afrontar las amenazas sociales y relacionales inherentes a la vida cotidiana, y las amenazas internas a la integridad de nuestro sentido de la propia identidad. La PAN se responsabiliza de este tipo de defensas, que pueden volverse más marcadas y más crónicas a raíz de una traumatización.

***La defensa social.*** Somos vulnerables al abandono, la soledad y el rechazo en contextos sociales y relacionales. Estas experiencias re-

presentan amenazas particularmente insoportables para quienes han soportado abusos infantiles crónicos y en razón de ello no han vivido demasiados vínculos seguros ni situaciones sociales exentas de peligro. Tales amenazas crónicas conducen a desarrollar fobias relacionadas con el apego y demás formas de interés social, lo que se manifiesta a través de determinados tipos de defensas dentro del contexto del sistema de acción responsable de las relaciones sociales. Cuando otra persona o grupo social significativo se muestra rechazante, hostil o bien se ausenta impredeciblemente, en la persona traumatizada se ponen en marcha una serie de acciones para protegerle de la sensación de abandono o rechazo (Gilbert & Gerlsma, 1999; Sloman & Gilbert, 2000). Dichas acciones incluyen el control general de la percepción de la distancia y la proximidad en el ámbito de las relaciones, pero también incluye reacciones específicas a las amenazas relacionales.

Las tendencias de acción responsables de la defensa social están vinculadas a la defensa física y pueden haber evolucionado a partir de dichas tendencias de acción (Gilbert, 1989, 2001). Muchas de las tendencias de acción propias de la defensa social incluyen estados psicofisiológicos bastante similares a las tendencias de acción propias de la defensa física: hipervigilancia, huida, lucha, paralización y sumisión. Por ejemplo, las acciones relacionadas con la vergüenza y la culpa, tales como la aversión a las miradas y el hecho de ocultarse literal o emocionalmente, comparten unas características mentales y conductuales similares con la sumisión y la huida. La ocultación de la verdadera identidad y de los verdaderos sentimientos podría relacionarse con formas primitivas de camuflaje que habrían ido evolucionando con el conocimiento de sí mismo y la necesidad de aceptación social. La manifestación de intensas emociones negativas, tales como los celos, la ansiedad y la agresividad extremas, pueden dañar la propia reputación social y, por consiguiente, deben ser moduladas u ocultadas. La negación es una forma de evitar y defenderse de los estímulos aversivos (e.g., darse cuenta de que nuestra pareja nos maltrata emocionalmente) y refuerza las fobias relacionadas con la traumatización.

La sumisión social está relacionada probablemente con la sumisión total asociada a la defensa física. Por ejemplo, los esfuerzos del niño maltratado por agradar y satisfacer a los cuidadores que lo maltratan, o los esfuerzos del adulto traumatizado por agradar a su terapeuta son formas de sumisión social que tienen un valor subjetivo de supervivencia. En resumen, los sistemas de acción responsables de la vida cotidiana –y por consiguiente las PANs– no sólo implican la aproximación a los estímulos atractivos, sino que incluyen el control de la impresión social y demás formas de defensa social que tienen por objetivo la protección de los propios vínculos y del estatus social (Gilbert, 2000).

**La defensa interoceptiva.** Existe un tercer tipo de defensa, además de la defensa física y la defensa social. Se trata de la defensa contra las amenazas intrapsíquicas, esto es, la *defensa interoceptiva* (Goldstein & Chambless, 1978). Las defensas interoceptivas son manifestaciones de la fobia a las acciones mentales. Como señalamos en la Introducción, en la bibliografía psicodinámica se conocen como los mecanismos psicológicos de defensa, tales como la escisión [*splitting*], el narcisismo o la proyección. No sólo nos protegen de las propias emociones, pensamientos o fantasías intolerables, sino que también actúan como defensas sociales frente a las alteraciones en la experiencia de apego [*attachment disruptions*] y la percepción de una pérdida de estatus social.

Así pues, la PAN evitará o huirá de los recuerdos traumáticos intrusivos, las PEs asociadas, los pensamientos y las fantasías amenazantes, y las emociones o las sensaciones asociadas a experiencias traumáticas. Es decir, estas defensas constituyen manifestaciones de fobias de origen traumático a las acciones mentales derivadas de la traumatización y a los recuerdos traumáticos. Al igual que la defensa social, la defensa interoceptiva podría haber evolucionado a partir de las defensas físicas más básicas tales como la huida (e.g., negación, escisión, supresión, olvido intencionado) y la sumisión total (e.g., retracción y disminución de la conciencia). Estos tipos de acciones mentales mantienen o desarrollan la disociación estructural. En

suma, las PANs están mediatizadas principalmente por (alguna constelación de) sistemas de acción responsables de la vida cotidiana, y dentro de este contexto también son responsables de la defensa social y la defensa intrapsíquica. Estos últimos sistemas pueden contemplarse como formas evolutivamente más avanzadas del sistema de acción más elemental responsable de la defensa física.

### ***Sistemas de acción que intervienen en la PE***

En la disociación estructural primaria, el sistema de acción que regula la defensa *física* (e.g., Fanselow & Lester, 1988; Misslin, 2003) es primariamente del dominio de la PE y dispone de varios subsistemas que es importante tomar en consideración. Primero, tenemos el llanto asociado a la separación, que corresponde a la vocalización angustiada del joven mamífero al verse separado del cuidador. Este llanto supone en realidad un intento de restablecer el vínculo durante la experiencia de la separación, y por ello lo llamamos *llanto de apego*. Otros subsistemas defensivos incluyen la hipervigilancia y la exploración del entorno, huida, paralización con analgesia, lucha, sumisión total con anestesia, y estados de recuperación asociados al descanso, cuidado de las heridas, aislamiento respecto del grupo y vuelta gradual a las actividades diarias (i.e., a los sistemas de acción de la vida cotidiana) (Fanselow & Lester, 1988; Nijenhuis, 2004). De forma característica, la PE quedará fijada a uno o más de estos subsistemas de defensa física.

Varios autores han observado que los humanos comparten con otros muchos mamíferos unas respuestas defensivas similares ante acontecimientos estresantes y lo han relacionado con posibles paralelismos evolutivos (e.g., Rivers, 1920). Se ha demostrado la existencia de una relación entre ciertas pautas de reacción defensiva de los mamíferos y ciertas manifestaciones físicas de la disociación tales como la analgesia, la anestesia, las inhibiciones motrices y la parálisis motriz (Nijenhuis, Vanderlinden & Spinhoven, 1998; Nijenhuis, Spinhoven & Vanderlinden, 1998; Nijenhuis, Spinhoven, Vanderlinden *et al.*, 1998; Waller *et al.*, 2000).



Cada uno de los subsistemas defensivos controla un modelo de reacciones psicobiológicas adaptado para hacerle frente a un determinado grado de inminencia de la amenaza, esto es, de lo cerca que se percibe que está la amenaza (Fanselow & Lester, 1988). Este grado se puede expresar en términos del tiempo y el espacio que separan al individuo de la amenaza (i.e., la distancia entre el agresor y la víctima), así como en términos de una valoración de las habilidades defensivas del individuo (e.g., la influencia psicosocial y la capacidad física). Ahora bien, si el agresor es un progenitor que siempre está presente, es posible que dichos sistemas de acción responsables de la defensa sean activados simultáneamente junto con los sistemas de acción responsables de la vida normal en los niños crónicamente maltratados.

La *defensa preencuentro* implica un estado de aprensión junto con un aumento de la activación fisiológica. Se activa cuando el individuo se encuentra en una situación de peligro potencial como, por ejemplo, verse solo en un lugar extraño. Inmediatamente interrumpirá las conductas asociadas a la vida diaria (y los sistemas de acción de la vida cotidiana) para centrar la atención en las señales de posibles amenazas. En esto, puede que tenga una sensación de amenaza inminente procedente de una fuente no determinada. Cuando el individuo advierte una señal que interpreta como una amenaza concreta, suele alarmarse. La *defensa postencuentro* incluye varios subsistemas: (1) huida y (2) paralización con analgesia asociada. La *defensa circaata-que* implica lucha, i.e., la mayoría de las veces un último esfuerzo desesperado por huir del ataque. La *defensa postataque* incluye sumisión total y anestesia. Si la persona sobrevive al ataque, se activa el subsistema de recuperación. Este subsistema posibilita una vuelta de la conciencia afectiva y de las sensaciones corporales tales como el dolor, lo que motiva el cuidado de las heridas y el descanso mediante el aislamiento social y el sueño. Durante la recuperación se producirá una reactivación de los sistemas que controlan los intereses de la vida cotidiana normal, tales como la comida, el sexo, los cuidados y el apego.

## **Recuerdos traumáticos versus recuerdos narrativos autobiográficos**

Las personas traumatizadas tienen recuerdos traumáticos y también recuerdos narrativos autobiográficos (Janet, 1928a; Van der Kolk & Van der Hart, 1991). Los recuerdos narrativos autobiográficos se derivan de nuestra historia personal y son susceptibles de plasmarse de forma simbólica verbal, personalizada. Los dos tipos de recuerdos no siempre se pueden distinguir nítidamente, pero a veces aparecen entremezclados. Por ejemplo, una PE puede tener un recuerdo traumático que incluye cuanto menos cierta narrativa verbal que no es revivida traumáticamente.

La personalidad de los sujetos traumatizados incluye alteraciones e interrupciones porque la experiencia traumática todavía no puede ser integrada plenamente como parte de la propia experiencia personal. De forma característica, en calidad de PE los sujetos recuerdan demasiado y con demasiada intensidad, y en calidad de PAN recuerdan demasiado poco del acontecimiento traumático (cf., Breuer & Freud, 1893-1895/1955b; Janet, 1889, 1904/1983b). La calidad del recuerdo traumático es bastante diferente de la narrativa autobiográfica. Habitualmente es función de la PAN guardar e integrar la mayoría de los recuerdos autobiográficos en la medida de lo posible, mientras que la PE guarda los recuerdos traumáticos. En calidad de PAN, la víctima traumatizada suele tener amplios recuerdos narrativos autobiográficos, pero dichos recuerdos pueden no incluir (ciertas partes de las) experiencias traumáticas, por lo que a veces aparecen lagunas características en los recuerdos de la PAN. En cualquier caso, el recuerdo del acontecimiento traumático –en la medida en que quede alguno– puede parecer bastante impersonal a los ojos de la PAN. En estos casos, las PANs pueden tener tantos recuerdos del acontecimiento traumático como la PE, pero faltan las emociones y las sensaciones físicas correspondientes al recuerdo, y la sensación de que les sucedió a ellos personalmente. Por otro lado, las PEs sienten estos recuerdos traumáticos demasiado intensamente, como “demasiado reales” (Heim & Buhler, 2003; Janet, 1928a,

1932a; Van der Hart & Steele, 1997). Éstos no son recuerdos normales, ciertamente.

Los clínicos han observado desde hace mucho las diferencias fundamentales entre los recuerdos traumáticos y los recuerdos narrativos autobiográficos (e.g., Breuer & Freud, 1893-1895/1955b; Janet, 1889, 1898a, 1928a; Myers, 1940; Roussy & Lhermitte, 1917; Van der Hart & Op den Velde, 1995; Van der Kolk & Van der Hart, 1991). Los investigadores han confirmado estos hallazgos (e.g., Brett & Ostroff, 1985; Brewin, Dalgleish & Joseph, 1996; Cameron, 2000; Kardiner, 1941; Nijenhuis, Van Engen, Kusters & Van der Hart, 2001; Van der Hart, Bolt & Van der Kolk, 2005; Van der Kolk & Fisler, 1995; Van der Kolk, Hopper & Osterman, 2001). Es importantísimo comprender la naturaleza de los recuerdos traumáticos, dado que el tratamiento eficaz, independientemente de las técnicas utilizadas, pone el énfasis en transformar los recuerdos traumáticos en una narrativa simbólica. Ello requiere un grado substancial de integración de la PAN y la PE.

Charlotte Delbo (1985), superviviente de Auschwitz, rememora la diferencia entre los recuerdos impersonales de la PAN y los recuerdos traumáticos de la PE. Tuvo pesadillas intrusivas recurrentes en las que la PE revivía los sucesos traumáticos:

... [E]n estos sueños, me vuelvo a ver a mí misma otra vez, yo, sí, yo, exactamente como estaba entonces: apenas capaz de tenerme de pie... traspasada de frío, sucia, escuálida; y el dolor es tan insoportable, tan exactamente el dolor que padecí allí, que lo vuelvo a sentir físicamente, lo vuelvo a sentir por todo el cuerpo, el cual se convierte en un bloque de dolor y siento que la muerte se apodera de mí, me siento morir (p. 13).

Al despertarse, su PAN lucha por recuperar la distancia emocional respecto de la PE:

Afortunadamente, en medio de la angustia, me pongo a llorar. El llanto me despierta y salgo [PAN] de la pesadilla, agotada. Tienen que pasar días para que todo vuelva a la normalidad, para que la memoria vuelva a “rellenarse” y para que la piel de la memoria se recomponga. Vuelvo a ser yo misma otra vez, la persona que conoces [PAN], que pue-

de hablarte de Auschwitz sin manifestar ningún signo de pesar ni de emoción... Siento que la persona que estuvo en el campo de concentración [PE] no soy yo, no es la misma persona que está aquí, delante de ti [PAN]... Y todo lo que le sucedió a esa otra persona, a la que estuvo en Auschwitz [PE], ya no tiene que ver conmigo, ya no me preocupa, tan separados están el uno del otro este recuerdo sepultado [traumático] y el recuerdo normal (pp. 13-14).

## **Características de los recuerdos narrativos autobiográficos**

Las narrativas autobiográficas acontecen cuando el individuo tiene un sentido de pertenencia personal respecto del recuerdo y de los acontecimientos transmitidos por el recuerdo –lo cual se aplica tanto a la PAN como a la PE. Se ha definido la memoria narrativa o memoria episódica (Tulving, 2002) como “una función de la personalidad viva” (Schachtel, 1947, p. 3). Por ello, la memoria narrativa autobiográfica añade cohesión a nuestra personalidad a través del tiempo y de los diferentes contextos.

Los recuerdos narrativos tienen características específicas (Janet, 1928a; Van der Kolk & Van der Hart, 1991). Pueden recuperarse intencionadamente y no dependen especialmente de que se activen ningunos desencadenantes situacionales. Transmiten una narrativa al oyente, historias que son flexibles, y adaptadas a una determinada audiencia en particular. Podemos contar una historia personal en una fiesta de forma totalmente diferente a como lo haríamos en el caso de transmitírsela con más afecto a un amigo íntimo. Los recuerdos se revisan de cuando en cuando desde nuevas perspectivas. Los recuerdos narrativos son verbales y condensados en el tiempo –un suceso largo se puede contar en poco tiempo. Los recuerdos narrativos no son por supuesto como un vídeo de los acontecimientos, sino más bien de naturaleza reconstructiva. El recuerdo reconstruido es condensado y simbólico. Por ejemplo, una mujer puede tener un recuerdo nítido del parto, pero no por ello revive las horas del parto, ni el dolor físico. Puede contar la historia en un momento, sin necesidad de incluir todos los detalles. Algunas PANs no son capaces de

desviarse de un modelo a la hora de contar historias sobre sí mismos. Pueden ser excesivamente generales en sus narrativas, tener lapsos narrativos peculiares, incluir una sintaxis, un orden de sucesión y un uso de los pronombres poco común. Pueden relatar acontecimientos espantosos de manera impersonal, sin ningún afecto.

Los recuerdos narrativos desempeñan funciones sociales y relacionales. Sirven de nexo entre los seres humanos; una forma de que alguien pueda darse a conocer a otras personas, así como una forma de ganar una mayor introspección personal. En el caso de la PAN, el aislamiento social y la falta de autoconocimiento pueden deberse en parte a que sencillamente no existen palabras para poder contar la historia.

Janet (1919/1925) señala que un “recuerdo autobiográfico, al igual que todos los fenómenos psicológicos, es una acción; esencialmente, se reduce a la acción de contar una historia” (p. 661). La creación del recuerdo autobiográfico consta de dos tipos de acciones mentales (Janet, 1928a): (1) percibir, codificar y almacenar acciones mentales y conductuales durante el acontecimiento original; y (2) un relato (narrativa) paralelo de lo que pasó. Estas son las acciones mentales que relegan la experiencia y el sentido individual a la memoria: “pasó tal y cual, y siento esto, y pienso aquello, y para mí como persona significa esto y aquello, y le afecta a mi conducta de tal y cual forma”. Cuando recordamos nuestras experiencias personales, iniciamos en mayor o menor grado ambos tipos de acciones mentales.

### ***Características de los recuerdos traumáticos***

Los recuerdos traumáticos, que son característicos de la PE, difieren de la memoria narrativa. Son experiencias alucinatorias, solitarias e involuntarias que consisten en imágenes visuales, sensaciones y actos físicos que pueden ocupar la totalidad del campo perceptivo, y tienen un efecto terrorífico sobre el individuo (Janet, 1928a; Van der Kolk & Van der Hart, 1991). Aunque los recuerdos traumáticos se sienten como si se volvieran a vivir los acontecimientos traumáticos,

tampoco son reproducciones, sino antes bien representaciones de dichos acontecimientos.

En calidad de PE, las víctimas no han sido capaces de elaborar una historia personal completa y tampoco son capaces de referir la experiencia original verbal ni socialmente. Están estancados en la experiencia traumática, en la que reviven el terror más que volverlo a contar. Los recuerdos traumáticos son vivencias sensomotrices y afectivas más que “historias” propiamente dichas (e.g., Van der Kolk & Fisler, 1995; Van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2005).

Los recuerdos traumáticos se caracterizan subjetivamente por la sensación de intemporalidad y de inmutabilidad (Modell, 1990; Spiegel, Frischholz & Spira, 1993; Van der Hart & Steele, 1997). Y aunque tienen ciertamente un contenido conductual, los recuerdos traumáticos son principalmente acciones mentales, como señala Janet a propósito de la memoria. Dichas acciones son de naturaleza muy diferente a las acciones mentales verbales abstractas propias de los recuerdos narrativos, sin embargo. Las acciones mentales que deberían contribuir a crear una narrativa quedan inconclusas. Como señala Janet (1919/1925), los sujetos traumatizados (en calidad de PE) “prosигuen la acción, o más bien el intento de actuar, que se inició cuando sucedieron los hechos, y se agotan ellos mismos en este eterno recomenzar” (p. 663).

Por ejemplo, George S., superviviente del Holocausto, revivía constantemente en sus pesadillas su enfrentamiento con los alemanes, incapaz de darse cuenta que ahora estaba a salvo (Langer, 1999). La PE infantil y atemorizada de una antigua víctima de incesto tenía constantemente la sensación de estar echada en la cama, paralizada, mientras oía los pasos de su padre aproximándose a la habitación, sin poder darse cuenta de que era una adulta y el incesto ya no estaba a punto de tener lugar. Cuando se reactivan los recuerdos traumáticos, el acceso a otros recuerdos queda más o menos obstaculizado. La PE suele parecer poco consciente, si es que algo, de buena parte del presente, y no necesariamente tiene acceso a las habilidades y el conocimiento de los hechos que están al alcance de la PAN (Van der Hart & Nijenhuis, 2001).

La evidencia pone de manifiesto que muchos de los recuerdos traumáticos son exactos y pueden ser corroborados. No obstante, existe también evidencia de que los recuerdos traumáticos deben seguir considerándose como reconstrucciones más que reproducciones, como sucede con *todos* los recuerdos. Por ejemplo, las personas que reviven un recuerdo traumático adaptan en cierta medida su conducta a las circunstancias actuales sociales y ambientales, lo cual indica que no se trata de una réplica exacta del acontecimiento traumático. Cuando una víctima traumatizada se paraliza en una sesión de terapia, adapta la posición de su cuerpo a la silla en la que está sentada, o cuando reproduce un forcejeo, de hecho no golpea al terapeuta, sino una almohada.

A veces, los recuerdos traumáticos pueden mezclarse con fantasías o sueños relacionado con la experiencia traumática. Charcot (1887) presentó un caso clásico. Su paciente, LeLog, fue atropellado por un carro y perdió el conocimiento. Al despertarse estaba paralizado de cintura para abajo, pero la exploración no reveló ninguna causa neurológica. Algún tiempo después del accidente, LeLog refirió algunos sueños e imágenes en los que las ruedas del carro le pasaban por encima, expectativa atemorizante que había ocurrido justo antes de que perdiera la conciencia y era la causa de su parálisis.

Algunas veces, los pacientes pueden referir recuerdos traumáticos de acontecimientos que en realidad no vivieron ellos mismos. Van der Hart & Van der Velden (1995) exponen el caso de una mujer que tenía pesadillas en las que era torturada en un campo de concentración nazi. No había estado en ningún campo de concentración, pero había oído historias espantosas de su madre, que sí estuvo. A veces los pacientes pueden no estar seguros de si los sucesos les ocurrieron a ellos o a otra persona. Joe refirió graves maltratos físicos en la niñez y la adolescencia, pero no estaba seguro de si le habían ocurrido a él o a su hermano.

***Reactivación automática de los recuerdos traumáticos.*** Los recuerdos traumáticos son reactivados automáticamente por estímulos específicos; estos estímulos se conocen como *desencadenantes*, *estí-*

*mulos reactivadores o estímulos condicionados* (véanse los capítulos 9 y 10). Los mismos incluyen (1) diversas experiencias sensoriales; (2) estímulos de origen temporal (e.g., reacciones de aniversario); (3) acontecimientos de la vida cotidiana; (4) acontecimientos durante una sesión de terapia; (5) emociones; (6) determinadas condiciones fisiológicas (e.g., hiperactivación fisiológica); (7) estímulos que traen a la memoria la intimidación por parte de los agresores; y (8) traumatización actual (Morgan, Hill *et al.*, 1999; Van der Hart & Friedman, 1992). Los terapeutas saben muy bien lo frecuente que es la reactivación de recuerdos traumáticos a raíz de afirmaciones aparentemente inocuas. Glenda volvió a revivir plenamente su trauma cuando el terapeuta dijo: “Haremos todo lo posible para abrirnos mutuamente”. La simple referencia a “abrir” evocó en la paciente la violenta exigencia de su agresor: “Abre las piernas, puta”. Cuando se producen estas reactivaciones, la persona traumatizada suele ser incapaz de contener la intrusión de la PE con sus experiencias traumáticas asociadas.

***Núcleos patogénicos.*** No todos los elementos de las experiencias traumáticas son igualmente amenazantes o abrumadores. A los aspectos más amenazantes los denominamos *núcleos patogénicos* y a las cogniciones asociadas *afirmaciones nucleares patogénicas* (Van der Hart & Op den Velde, 1995). Brewin (2001, 2003), y Brewin y colaboradores (Grey, Holmes & Brewin, 2001) las llaman *puntos candentes*. Estas cogniciones o creencias tienen sus raíces en experiencias extremadamente amenazantes o aplastantes y, por la misma razón, sumamente resistentes a las intervenciones terapéuticas exclusivamente cognitivas.

Debido a las emociones violentas asociadas a estos núcleos patogénicos, o incluso a la amnesia, las víctimas de experiencias traumáticas pueden ser muy reticentes o incapaces de hablar de ellos inicialmente. Una joven de 22 años, Sonja, solicitó tratamiento a causa de sus síntomas postraumáticos relacionados con una violación atroz a la edad de 15 años. Cuando el tratamiento de este recuerdo traumático había finalizado aparentemente, Sonja se sintió más ansiosa



que nunca. Finalmente, rememoró un aspecto particularmente amenazante de su experiencia que no había recordado anteriormente: durante la violación, el violador le puso el cuchillo contra la garganta y ella dio por hecho que iba a matarla. Una vez que pudo agregarse este núcleo patogénico, la angustia de Sonja disminuyó, y su PAN y PE quedaron plenamente integradas.

## **Resumen**

La disociación estructural acontece durante el enfrentamiento a acontecimientos abrumadores cuando la eficiencia mental es demasiado baja. En tales condiciones, el individuo tiende a sentir emociones violentas (hiperactivación fisiológica) así como estados de hipoadactivación con aumento de las tendencias des-integradoras [*sic*]. Los orígenes de la traumatización arrojan luz sobre las vulnerabilidades del sujeto y sobre los factores que ejercen un efecto negativo sobre su eficiencia mental y su capacidad de integración. El maltrato y la desatención infantiles son factores de primer orden en el desarrollo de trastornos de origen traumático en adultos a raíz de la exposición a sucesos extremadamente estresantes en la adultez. La traumatización temprana constituye un factor principal de riesgo de cara a la cristalización de síntomas más graves que persisten con el tiempo. En razón de ello, la traumatización infantil desempeña un papel crucial en el desarrollo de trastornos relacionados con experiencias traumáticas en niños y en adultos.

# 2

## La disociación estructural primaria: Prototipos de las partes aparentemente normal y emocional de la personalidad

---

*¿Cuál era mi otro yo? Aunque habíamos dividido una personalidad entre nosotras, yo tenía la mayoría de las acciones. Yo era la que iba a la escuela, hacía amigos y ganaba experiencia, desarrollando con ello mi parte de la personalidad, mientras que moral y emocionalmente ella seguía siendo una niña que funcionaba por instinto más que con la ayuda de la inteligencia.*

—Sylvia Fraser (1987, p. 24)

En las personas traumatizadas la división disociativa más simple de la personalidad es la disociación estructural primaria. La disociación primaria consta de una única parte aparentemente normal de la personalidad (PAN) y una única parte emocional de la personalidad (PE). Esta división de la personalidad parece evolucionar la mayoría de las veces en relación con un acontecimiento traumático aislado, si bien en las víctimas de abusos infantiles aparece bajo la forma del fenómeno del “niño interior” o de lo que a veces se conoce también como un “estado yoico”. Proponemos que la disociación estructural primaria caracteriza los trastornos simples de origen traumático, tales como las formas más simples de TEPT [trastorno por estrés pos-

traumático], algunos de los “trastornos de conversión”, y algunos de los diagnósticos CIE-10 de trastornos disociativos de los movimientos y las sensaciones.

## **Características de la parte “aparentemente normal” de la personalidad**

En el caso de la disociación estructural primaria, la PAN es con mucho la “principal accionista” de la personalidad (S. Fraser, 1987). Es decir, la PAN de la víctima traumatizada engloba la vasta mayoría de la personalidad, a excepción de lo que ha quedado disociado en la PE. El dominio de la PE es mucho más pequeño en la disociación estructural primaria que en los niveles de disociación más complejos, pero varía en relación con el número de experiencias traumáticas que la PAN no haya logrado integrar.

### ***Eficiencia mental de la PAN***

En unos casos, la PAN puede guardar cierta similitud con la personalidad pretraumática, y en otros puede ser totalmente diferente. Uno de los factores que influyen en el grado en que la PAN se diferencia de la personalidad pretraumática tiene que ver con la eficiencia mental de la víctima traumatizada y, por lo mismo, con su nivel mental. La eficiencia mental de la PAN es generalmente superior a la eficiencia mental de la PE. Sin embargo, es inferior al nivel desarrollado por la víctima traumatizada antes de la traumatización, porque las acciones inacabadas relacionadas con la experiencia traumática disminuyen el nivel mental. La incapacidad de integrar la PE y los recuerdos traumáticos asociados configura las tendencias de acción inacabadas (véase el capítulo 9). Además, el grado de funcionamiento adaptativo de la PAN puede variar. La eficiencia mental de la víctima en calidad de PAN puede ser demasiado baja como para poder organizar adecuadamente diferentes sistemas de acción y sus distintos componentes. Cuanto más baja sea dicha eficiencia, más proba-

ble es que la víctima emprenda acciones sustitutivas en lugar de tendencias de acción que exijan una elevada eficiencia mental.

El paciente en calidad de PAN evita consciente e inconscientemente los estímulos relacionados con los recuerdos traumáticos (i.e., la PAN tiene fobia a los recuerdos traumáticos y estímulos relacionados; véase el capítulo 10). Esta huida mantiene o refuerza la amnesia, la anestesia y la constricción emocional. Dicha evitación no es un objetivo en sí mismo, pero le ayuda a la víctima en calidad de PAN a sacar adelante su vida cotidiana excluyendo lo que parece demasiado difícil de integrar. Pero esta evitación mental también interfiere en la capacidad de la PAN para organizar, coordinar y realizar las tendencias de acción que se han convertido en características nucleares de la PE.

Algunas personas traumatizadas logran desenvolverse de una forma bastante normal durante años en calidad de PAN, con una PE relativamente dormida o latente. Estas víctimas de experiencias traumáticas parecen tener una eficiencia mental relativamente elevada, con la excepción de la incapacidad de integrar el material traumático. Tales PANs tienen una gran capacidad de inhibir la PE. Presumiblemente tienen las habilidades, la energía y la oportunidad de evitar ciertos recuerdos de la experiencia no integrada y de inhibir la reacción emocional a los recuerdos que son incapaces de eludir. Sin embargo, otras víctimas traumatizadas pueden mostrar un grado más avanzado de deterioro postraumático (Janet, 1909a; Tichener, 1986), donde la PE invade crónicamente a la PAN, o bien domina la conciencia, y el funcionamiento de la víctima traumatizada en calidad de PAN se deteriora también de una forma más general. Algunas personas tienden a oscilar con el tiempo entre diversos grados de descompensación (Wang *et al.*, 1996), lo que en parte podría guardar relación con las oscilaciones normales de la eficiencia mental. Janet (1904/1983b) señala que muchas de las víctimas pierden la “capacidad de asimilar nuevas experiencias... como si su personalidad se hubiera detenido decididamente en un punto determinado, y no pudiera ir más allá mediante la adición o la asimilación de nuevos elementos” (p. 532). Así, la capacidad que tiene la víctima traumati-

zada de aprender de la experiencia y adaptarse puede verse limitada en cierto grado por todas las partes de la personalidad.

Una dificultad de primer orden para la PAN en el caso de la disociación estructural primaria consiste en integrar las tendencias de acción dentro y a lo largo de los diferentes sistemas de acción asociados a la vida cotidiana. Esta dificultad puede tener que ver con la integración de dos o más tendencias de acción diferentes, pero también puede implicar una única tendencia de acción que se corresponde con distintos sistemas de acción (e.g., correr puede formar parte de la defensa, el juego, o la vinculación). Cuando una determinada tendencia de acción queda asociada a recuerdos traumáticos, puede que dicha tendencia sea evitada dentro del ámbito de todos los sistemas de acción, dado que recuerda la experiencia traumática y puede activar la PE:

A Hilda la habían ahogado hasta hacerle perder la conciencia y ella se había llevado las manos al cuello en un esfuerzo por apartar las manos del hombre que la estaba estrangulando. En lo sucesivo, Hilda evitaba llevarse las manos al cuello independientemente de cuál pudiera ser el motivo, y por ello le costaba mucho lavarse el cuello o ponerse un collar o un pañuelo. El gesto sencillo e inocuo de llevarse las manos al cuello se le hacía prácticamente imposible, generándole un miedo que no alcanzaba a comprender.

De esta forma, las tendencias de acción implicadas pueden afectar al desenvolvimiento de la víctima traumatizada dentro del ámbito de más de un sistema de acción.

Algunas de las acciones que realizamos en la vida cotidiana incluyen una gama integrada de tendencias de acción de orden inferior que corresponden a una serie de diferentes sistemas de acción. Por ejemplo, comer en compañía es más complejo que comer solo. Cuando estamos acompañados, debemos integrar los componentes de los sistemas de acción del control de la energía, la implicación social y la puesta en escena [*play*]. Algunas situaciones de la vida requieren tan sólo unas tendencias de acción relativamente automáticas y simples. Pero la adaptación a otras situaciones, tales como vivir en un entor-

no social complicado, requiere percepciones, emociones, pensamientos y conductas más complejas. Estas tendencias de acción complejas implican la integración creativa y de orden superior de distintas tendencias de acción de orden inferior y de los (componentes de los) sistemas de acción (Cosmides & Tooby, 1992; Hurley, 1998). Las tendencias de acción complejas pueden exigir un conocimiento consciente, pero también pueden fluir bastante inconscientemente, como sucede a veces en la expresión artística. Pueden ayudarnos a adaptarnos a entornos polifacéticos, mejorar nuestras vidas, y expandir nuestro conocimiento y nuestra conciencia. Una gama infinita de acciones mentales y conductuales se puede entender desde esta perspectiva, abarcando desde complejas habilidades sociales, relacionales y de regulación afectiva, a habilidades tales como manejar un ordenador y conducir un coche, capacidades más sofisticadas de análisis, incontables manifestaciones de creatividad, y el hallazgo de un sentido espiritual. Cuanto menor sea la eficiencia mental, menor será la capacidad de la víctima traumatizada en calidad de PAN de llevar a cabo dichas tareas integradoras complejas. Por ejemplo, la PAN puede realizar adecuadamente las tareas de la vida cotidiana, pero puede sentir que la vida no tiene sentido, y es incapaz de disfrutar como antes de la expresión creativa. O bien la víctima traumatizada en calidad de PAN puede desenvolverse bien dentro de una vida limitada, pero se desconcierta cuando la vida se vuelve más complicada.

### ***Síntomas negativos de la PAN***

En ocasiones, la víctima traumatizada en calidad de PAN es capaz de mostrar una fachada de normalidad porque los síntomas predominantes de la PAN son negativos. Esto es, se trata de *pérdidas de funciones* derivadas la mayoría de las veces de la disociación y la evitación mental de la amenaza subjetiva. A veces, las pérdidas pueden ser más fáciles de disimular, ocultar o ignorar que los síntomas positivos. Las pérdidas disociativas pueden incluir cierto grado de amnesia (pérdida de memoria), desapego subjetivo respecto de la realidad (con una prueba de realidad intacta), diversas formas de anestesia

sensorial (e.g., pérdida de olfato, audición, sensibilidad), pérdida de afecto que deriva en entumecimiento o superficialidad emocional, y demás ejemplos que se describen en el capítulo 5. Estas funciones pueden estar más o menos profundamente dissociadas y en cierta medida encontrarse en la PE; por ejemplo, la rememoración del recuerdo traumático y las cogniciones, sensaciones y afectos asociados.

En el caso de la traumatización debida a un acontecimiento aislado, la disminución del nivel mental de la PAN puede derivar en otro tipo de pérdida o disminución funcional de habilidades que no sería necesariamente de naturaleza disociativa, sino que implicaría más bien la inclusión de acciones sustitutivas en lugar de las habilidades de nivel superior. Por ejemplo, una víctima en calidad de PAN puede perder la capacidad de regular el afecto (e.g., de tranquilizarse a sí mismo) a consecuencia de la experiencia traumática, o bien perder el apoyo social porque las relaciones se vuelven amenazantes o demasiado difíciles para el nivel mental limitado de la víctima traumatizada.

La dificultad de la PAN en regular las emociones incluye problemas relacionados con el estado de activación fisiológica. Algunas víctimas en calidad de PAN padecen entumecimiento crónico (*hipoestesia*), esto es, una detención de la sensibilidad y la conciencia emocional y física, sobre todo en relación con los acontecimientos y las relaciones traumáticas. El entumecimiento emocional y el vivir “en la superficie de la conciencia” (Appelfeld, 1994, p. 18) son característicos del TEPT y otros trastornos de origen traumático, e inhibe la capacidad de disfrutar de la vida. Nancy Raine lo describe hablando de su propia vida a raíz de ser violada:

El entumecimiento... parecía extenderse por la totalidad del paisaje emocional, como la niebla. Ya no sólo se embota el dolor, sino también el placer. De todas las consecuencias de la violación, esta fue la más difícil de identificar y la más difícil de soportar. Funcionaba con novocaína en el corazón, condenada a vivir en la vidriosa superficie de la laxitud emocional. Me sentía desconectada de todo y, a medida que pasaban los años, desconectada incluso del recuerdo de la vida emocional tal y como yo misma la había sentido en otro tiempo (1998, p. 61).

Por el contrario, en la medida en que la evitación mental no sea eficaz, y la eficiencia mental continúe siendo insuficiente para integrar los recuerdos traumáticos, la persona siente una *hiperactivación fisiológica* crónica. En este caso, la víctima traumatizada puede no sentirse entumecida, sino antes bien ensombrecida por una disforia crónica, una sensación de apremio en relación con las tareas a realizar, ansiedad generalizada, depresión, culpa, vergüenza, frustración, irritabilidad o rabia que dificultan el desarrollo de la intimidad y el disfrute de la vida:

Una paciente, Celia, con un TEPT complejo estaba crónicamente angustiada y deprimida, además de constantemente desbordada y estresada. Cuando se torcía la menor cosa, se sentía gravemente deprimida y culpable y era incapaz de desenvolverse en el trabajo.

La mayoría de las veces, la PAN oscilará entre los extremos de la hipoactivación y la hiperactivación fisiológica, debido a la incapacidad de regular el afecto.

### ***Síntomas positivos de la PAN***

En la medida en que la víctima traumatizada en calidad de PAN no pueda inhibir la PE, se verá acosada por la irrupción reiterada de esta parte de la personalidad, con recuerdos traumáticos tales como *flashbacks*, reminiscencias corporales y pesadillas relacionadas con el trauma. Estas intrusiones serían síntomas disociativos positivos (véase el capítulo 5). Pueden consumir una cantidad considerable de tiempo y energía para la PAN, además de ser extraordinariamente atemorizantes (Engelhard & Arntz, 2005; Janet, 1904/1983b; Nijenhuis, 1994; véase el capítulo 10). La PAN, pues, evita cada vez más todo aquello que pudiera desencadenar potencialmente las intrusiones de la PE (e.g., Bucci, 2003; Clohessy & Ehlers, 1999; Nijenhuis & Van Duijl, 2001; Steele, Dorathy *et al.*, 2005).



## **Características de la parte “emocional” de la personalidad**

La víctima traumatizada en calidad de PE está fijada rígidamente a determinadas tendencias de acción que formaban parte de la traumatización. En la disociación estructural primaria, la mayoría de las veces las PEs aparecen estancadas en los diversos subsistemas del sistema de acción responsable de la defensa (física). Pero la PE también puede estar mediatizada por otros sistemas de acción implicados en la traumatización tales como, por ejemplo, la sexualidad:

Ina, que padecía un TEPT, se excitó sexualmente durante la violación mientras su violador la estimulaba sin cesar. En calidad de PE, no sólo sentía miedo y agresividad (afectos relacionados con el sistema defensivo), sino que también se masturbaba compulsivamente (conducta relacionada con el sistema de acción responsable de la sexualidad). Al margen de lo mucho que se despreciara a sí misma por ello, la masturbación compulsiva era una forma de revivir la violación. Ina repetía las acciones del agresor una y otra vez, para deshacerse de la excitación sexual que irrumpía de forma involuntaria como parte del recuerdo traumático.

Ferenczi, terapeuta de veteranos combatientes traumatizados y de víctimas de abusos infantiles crónicos, señala las funciones defensivas a las que ha quedado fijada la PE. Según este autor, el trauma incluye una división permanente de la personalidad, en la que una parte disociativa se manifiesta como “el guardián frente a los [posibles] peligros... y la atención de este guardián se dirige casi por completo al exterior. Únicamente le preocupan los peligros, i.e., los objetos del mundo exterior, la totalidad de los cuales pueden volverse peligrosos” (1932/1988, p. 115).

### ***Eficiencia mental de la PE***

La eficiencia mental de la víctima en calidad de PE se ve más limitada de lo que lo está en calidad de PAN. La víctima en calidad de PE está dominada por los recuerdos traumáticos y no ha logrado inte-

grar el conjunto de la realidad actual, permaneciendo fijada a la experiencia traumática pasada y a las tendencias de acción relevantes a dicha experiencia. Así, la PE presenta una retracción involuntaria y rígida del campo de la conciencia, que se concentra principalmente en la amenaza relacionada con la experiencia de la traumatización. La víctima en calidad de PE puede sentir miedo, rabia, vergüenza, desesperación o asco, y no darse cuenta de que el suceso traumático pertenece al pasado. Por tanto, dichas partes de la personalidad interpretan el presente real en relación con el pasado sin integrar: la PE sería incapaz de adaptarse al presente sin la ayuda de la PAN.

Las PEs tienden a concentrar su atención en la pérdida del vínculo y las fuentes de amenaza física real o potencial (e.g., Christianson, 1992; Kardiner, 1941). Una vez disociadas, las acciones defensivas tales como el ataque o la sumisión pueden volverse repetitivas y no llegar jamás a una conclusión (Janet 1919/1925). La PE puede estar estancada en un sistema de acción (defensa), y un determinado subsistema (e.g., huida) o modalidad (e.g., apartarse de una fuente de amenaza subjetiva, u ocultarse) en particular. Por ejemplo, cuando Amanda revivió en calidad de PE la violación oral de que había sido víctima, abrió la boca e hizo gestos de tener náuseas, acciones que no eran apropiadas en la situación actual, sino componentes de la experiencia traumática a la que no podía poner fin. Las tendencias de acción únicamente se concluyen plenamente cuando las personas *caen en la cuenta* de que la experiencia pertenece al pasado (véase el capítulo 9):

Una víctima de incesto, Margaret, habla de que en su adolescencia se asustaba con facilidad, se ponía en guardia cada vez que entraba en casa (hipervigilancia), se sentía paralizada y “como de cartón” cuando oía los pasos de su padrastro subiendo por las escaleras en dirección a su habitación (paralización con analgesia), a veces trataba de apartarlo (lucha), pero en última instancia renunciaba a su fútil resistencia y “se tendía y le dejaba que hiciera lo que iba a hacer” (sumisión total). Se quedaba encogida en la cama durante horas después de los abusos, negándose a ir al colegio, sin comer, durmiendo sin parar durante horas y horas (estado de recuperación) y aterrándose y llorando con desespe-

ración si su madre salía de casa (llanto de apego para suscitar la proximidad de un cuidador). De adulta solía llevar a cabo involuntariamente una y otra vez estas tendencias defensivas, por ejemplo, asustándose con facilidad, sintiéndose paralizada, enfureciéndose injustificadamente, incapaz de salir de la cama y sin querer tener ningún contacto social, o bien llamando obsesivamente a su marido por teléfono al trabajo. En calidad de PE, Margaret estaba fijada a estos sistemas defensivos y era incapaz de dar por cerradas estas tendencias en el presente.

### ***Síntomas positivos de la PE***

En la disociación estructural primaria, la víctima traumatizada en calidad de PE tiende a vivenciar representaciones de la experiencia traumática entera, en lugar de las intrusiones fragmentarias vividas en calidad de PAN. La expresión de Janet (1904/1983b, 1928a) para esta evocación del recuerdo íntegro es *reductio ad integrum* (rememorar en su totalidad). Dado que cada uno de los aspectos del recuerdo traumático está conectado a los demás, “no se puede activar el primero sin dar origen al segundo, y el sistema entero [del recuerdo traumático] tiende así a desarrollarse al máximo” (Janet, 1907, p. 42). Joan le describe así a su terapeuta su problema con los *flashbacks*: “Es siempre lo mismo. Vuelvo a revivirlo todo y no veo la forma de parar hasta que no ha pasado”. Así, la PE seguirá repitiendo las acciones relacionadas con la experiencia traumática, tales como encogerse, contraatacar, o quedarse paralizado de miedo.

Las “emociones” de la víctima traumatizada en calidad de PE no suelen abarcan sin más la gama normal de afectos, ni son meramente intensas, sino que antes bien tienden a ser las emociones violentas propias del trauma. Estos cambios emocionales influyen en el sentido de la identidad asociado a la PE. Este sentido de la identidad incluye la historia vivida de dicha parte de la personalidad en particular, i.e., una identidad autobiográfica. El yo subjetivo que (re)vive los acontecimientos traumáticos es totalmente diferente del yo que vive la vida cotidiana, y con frecuencia las víctimas no pueden integrar estas experiencias discrepantes respecto de la propia identidad, lo que deriva en una disociación estructural. En la disociación estruc-

tural primaria, tal como en el TEPT de tipo simple, el sentido de la identidad de la PE se limita habitualmente a la experiencia traumática y nada más. Ahora bien, en algunos casos la PE ha desarrollado una mayor vida propia, y se caracteriza por la elaboración secundaria y cierto grado de autonomía:

David es un paciente con un TEPT de tipo simple relacionado con una experiencia concreta como combatiente. Tiene reviviscencias parciales en las que es consciente del presente, pero se vuelve incapaz de reaccionar y siente como si volviera a estar en la contienda. La PE de David que revive el acontecimiento traumático no tiene un nombre o una experiencia independiente más allá del período correspondiente a la contienda. David no considera esta parte de él mismo como una “persona” separada, pero tiene la impresión de “estar observando a otra persona cada vez que aparece (un *flashback*)”.

Ray es un paciente con un TEPT de tipo complejo relacionado con malos tratos y abandono infantil, que presenta una PE más elaborada y autónoma. Una de las PE se refiere a él como “Raymond”. Siente que tiene 6 años, está asustado y es incapaz de ser independiente ni de realizar actividades adultas como pagar los recibos o hacer la comida. A veces es consciente del presente cuando Ray está en casa, pero no cuando está en el trabajo. Se hace con el control y se pasa horas enteras dentro del ropero. El pequeño Raymond ve a Ray como otra persona que no se preocupa de él y que trata de ignorarlo.

La PE puede estar latente, o dormida, durante largos períodos de tiempo, pero finalmente puede reactivarse. Ello sucede cuando el individuo traumatizado se expone a una experiencia o unos acontecimientos que hacen de recordatorio de la experiencia traumática –un “desencadenante” o más bien un estímulo condicionado, y la PAN ya no puede seguir inhibiendo por más tiempo la reactivación de la PE (Brewin, 2001; Gelinis, 1983; Van der Hart & Friedman, 1992; Van der Kolk, 1994; véase el capítulo 10). Pero también cabe la posibilidad de que la PE se reactive y no invada la PAN, sino que más bien “observa” en silencio desde una cierta distancia interna.

Una vez reactivada, la PE se hiperactiva o hipoactiva fisiológicamente, revive las creencias catastróficas (e.g., “Me voy a morir”, “Esto

es por mi culpa”), vuelve a sentir las emociones de la experiencia traumática, y muestra una tendencia a llevar a cabo acciones conductuales defensivas tales como alejarse corriendo del peligro, repeler el ataque o quedarse paralizado. La PE puede invadir la PAN bajo la forma, por ejemplo, de pesadillas, o bien dominar completamente la conciencia y escenificar físicamente la experiencia traumática durante la noche sin conocimiento de la PAN. La PE también irrumpe bajo la forma de *flashbacks*, o de los llamados recuerdos corporales o somáticos. Según nuestra experiencia, estos recuerdos corporales no sólo tienen que ver con las sensaciones y con los movimientos corporales, sino que incluyen otras características de las PEs tales como pensamientos, creencias, sentimientos y una determinada imagen corporal.

### ***Síntomas negativos de la PE***

La víctima traumatizada en calidad de PE suele tener habitualmente síntomas disociativos positivos. La principal excepción sería el caso de la PE fijada a la sumisión ante una amenaza de primer orden y que, en consecuencia, adolece de una grave reducción o incluso de una ausencia total de emociones aversivas. Tales partes de la personalidad suelen sentir igualmente cierto grado de hipoactivación fisiológica, entumecimiento emocional y físico (hipoestesia) y reducción de la percepción del dolor (hipoalgesia). También son generalmente insensibles a la estimulación, y en el caso de estar presentes durante un largo período de tiempo, tales PEs, al activarse, pueden confundirse erróneamente con la catatonía (no es infrecuente que dichas PEs se activen en las sesiones de terapia).

### ***La relación entre la PAN y la PE***

Las partes disociativas no están totalmente separadas, sino que guardan cierta relación dinámica entre sí, incluso aunque no sea conscientemente reconocida. Desentrañar las interrelaciones entre la PAN y la PE es esencial para comprender la teoría y el tratamiento de

la disociación estructural. *El elemento central de la relación entre la PAN y la PE no es otro que la evitación de la toma de conciencia [realization] sobre todo de la conciencia de las experiencias traumáticas.* El desconocimiento [*nonrealization*] y la evitación mutua de la PAN y la PE se deben en gran medida a los efectos del condicionamiento, que se analizarán en detalle en el capítulo 10. Los pacientes con un TEPT generalmente tienen miedo de revivir los recuerdos traumáticos y demás intrusiones, y por ello tratan de evitar dichas experiencias.

Las víctimas en calidad de PAN suelen percatarse de lo extraordinariamente difícil que resulta sacar adelante la vida cotidiana cuando se sienten desbordados por las intrusiones y la hiperactivación fisiológica, lo que les brinda una buena razón para aferrarse a sus estrategias de evitación. Margaret, de la que abusaron siendo adolescente, habla así de su experiencia:

Cada vez que algo me recuerda lo que me hizo mi padrastro, me quedo helada y la mente se me apaga. Si lo pienso, no puedo seguir con lo que estoy haciendo. Me tengo que parar. Supongo que será una cobardía, porque no soy capaz de pensar en eso. Pero no puedo pensar en eso y vivir mi vida al mismo tiempo.

Margaret había desarrollado una serie de fobias relacionadas con su traumatización. Tenía miedo de acercarse a los demás, miedo de sus emociones, miedo de vivir su sexualidad [*being sexual*]. Las estrategias de evitación son manifestaciones de estas fobias relacionadas con el trauma, y se analizan ampliamente en el capítulo 10. La fobia central en las personas traumatizadas es la fobia a los recuerdos traumáticos. El superviviente del Holocausto y escritor Aharon Appelfeld describe un ejemplo oportuno de esta fobia en él mismo y su grupo de supervivientes durante los años inmediatamente después de la Segunda Guerra Mundial. Adviértase el grado extremo de inconsciencia [*nonrealization*] que desarrolló:

¿Cuánto tiempo duró aquel violento olvido? Cada nuevo año mudaba sus colores y cada nuevo año oscurecía una región diferente de la vida. *En el momento en que el menor recuerdo o fragmento de recuerdo*

*pareciera estar a punto de aflorar a la superficie, luchábamos contra ello como si fueran espíritus malignos* [las cursivas son nuestras]. Nuestro olvido era tan profundo que cuando llegó el día de nuestro despertar, nos quedamos estupefactos y conmocionados: estábamos tan lejos de nosotros mismos que venía a ser como si no hubiésemos nacido de familias judías, y lo que nos había pasado no era más que una especie de luz crepuscular a cuyo origen ya no podemos acceder. Hablábamos del pasado reciente con un extraño distanciamiento. Como si no nos hubiera ocurrido a nosotros (1994, p. 18).

Este ejemplo demuestra que al no disponer de la suficiente eficiencia mental, la integración del pasado puede serles demasiado dolorosa a las personas traumatizadas, por lo que continúan reaccionando ante las evocaciones intensas de las experiencias traumáticas con alarma y demás reacciones defensivas. En tales circunstancias, las víctimas en calidad de PAN utilizan su energía y sus recursos para rehacer y mantener una vida normal después de la traumatización, y para evadirse de la PE y de los recuerdos traumáticos asociados al pasado. Cada nueva intrusión involuntaria reforzará el miedo de la PAN a los recuerdos traumáticos. De esta forma, la fobia a los recuerdos traumáticos va ganando ascendiente con el tiempo, y para la PAN el pasado se vuelve cada vez menos “real”, en palabras de Appelfeld (1994), “como si no nos hubiera ocurrido a nosotros” (p. 18).

Las estrategias de evitación de la PAN pueden acabar volviéndose extremas, rígidas e inconscientes (véase el capítulo 10), lo que se viene a sumar a un estilo de vida ya constreñido. Así, al tiempo que la víctima traumatizada en calidad de PAN dirige su conocimiento consciente en dirección a las actividades y objetivos de la vida cotidiana (los sistemas de acción asociados a la vida diaria), consciente o inconscientemente también evitará los estímulos relacionados con el trauma. Por ejemplo, es posible que la PAN opte por evitar las relaciones que pudieran hacer las veces de recordatorios traumáticos, y en su lugar se concentre en su ocupación hasta el punto de convertirse en un adicto al trabajo. Como dice Nancy Raine, “Seguía adelante con mis cosas, y cuanto más atareada estuviera, pensaba, mejor... Me esforzaba por llevar una nueva vida, que me permitiera

dejar atrás a la mujer que había sido violada” (Raine, 1998, p. 175). Obsérvese en el ejemplo la distancia cada vez mayor entre la PAN y la PE (“la mujer que había sido violada”) a medida que la PAN sigue adelante con su vida y se desenvuelve a un nivel elevado.

Algunos individuos pueden evitar eficazmente los recuerdos no deseados durante un largo período de tiempo, particularmente con ayuda de la práctica (M.C. Anderson *et al.*, 2004; M.C. Anderson & Green, 2001). Puede que las personas con un CI más elevado y una mayor capacidad de memoria activa [*working memory*] logren tener más éxito en relación con esto (Brewin & Smart, 2005). Pero desgraciadamente para muchas de las víctimas traumatizadas, cuanto más recurre la PAN a la evitación, más frecuentes son las intrusiones de la PE (M.I. Davies & Clark, 1998). Tales intrusiones sugieren que dichas personas carecen del nivel mental suficiente requerido para poder evitar airoosamente los recuerdos traumáticos que todavía no pueden ser integrados.

Algunas de las estrategias evitativas de la PAN incluyen acciones conductuales tales como las autolesiones y el abuso de sustancias, además de la evitación de elementos externos que pudieran recordar las experiencias traumáticas. Las autolesiones y el abuso de sustancias amortiguan transitoriamente el dolor emocional y bloquean los recuerdos traumáticos. Pero tales conductas amenazan la necesidad que tiene la PAN de aparentar ser lo más normal posible, por lo que las víctimas tienden a ocultar o minimizar los síntomas con objeto de desmentir [disimular] su dolor.

Las defensas interoceptivas y sociales de la PAN constituyen las estrategias específicas de evitación que hacen acto de presencia como consecuencia de las fobias relacionadas con las amenazas procedentes del mundo interior y del ámbito de las relaciones. Las defensas interoceptivas (intrapsíquicas), tales como la negación, la retracción y la disminución de la conciencia, pueden volverse muy marcadas y crónicas en el caso de que un mayor número de estímulos internos queden asociados a los recuerdos traumáticos y la PE se vea obligada a recurrir a las intrusiones reiteradas (véase el capítulo 10). Las defensas interoceptivas rigidificadas y elaboradas dejan a la víctima



desconectada en mayor o menor grado de la vida interior, los sentimientos, las necesidades y el autoconocimiento en general. Dicha evitación también puede llevar a aumentar las dificultades de relación, incluida la relación con uno mismo: es prácticamente imposible establecer una intimidad con otra persona en ausencia de una intimidad con uno mismo, y viceversa.

En el caso particularmente de las secuelas de una traumatización interpersonal [en la relación con otras personas], puede que la víctima traumatizada en calidad de PAN ya no sólo desarrolle unas defensas interoceptivas generalizadas y omnipresentes, sino también unas defensas sociales que perjudican y dañan las relaciones. Dichas estrategias de evitación contra el apego y la intimidad, contra la posibilidad de darse a conocer a los demás, y contra la posibilidad de sentirse motivado por estímulos sociales, reduce adicionalmente la capacidad de confiar de la víctima traumatizada y las posibilidades de recibir el necesario apoyo. Por ejemplo, es posible que las víctimas no refieran información personal cuando ello podría ser lo más apropiado, o que eviten situaciones en las que pudieran ser criticados o rechazados, tales como las relaciones íntimas o los eventos sociales.

Muchas de las víctimas traumatizadas en calidad de PAN evitan las impresiones físicas y emocionales que les recuerdan las experiencias traumáticas. Pero estas impresiones son necesarias: nos motivan a buscar lo que necesitamos. En otras palabras, nos mueven a emprender determinadas tendencias de acción que forman parte de un sistema de acción dado, el cual tiene unos objetivos determinados al servicio de la supervivencia y del bienestar. A veces las víctimas tienen dificultades en identificar cuándo están cansados, hambrientos, estresados, solos o tristes. Al no saberlo, sus vivencias les impiden buscar comida, descanso, relajación, contacto o ayuda en relación con los afectos dolorosos. Particularmente, cuando sus propias emociones y demás estados internos les traen a la memoria los recuerdos traumáticos, las víctimas en calidad de PAN evitan sentir nada en el ámbito de sus relaciones y de la vida cotidiana. También pueden perder interés por ellos mismos, y en razón de ello no cuidar de sí mismos de forma adecuada.

La víctima traumatizada en calidad de PAN puede presentar intensas reacciones negativas ante la reactivación de la PE, incluido el pánico y la depresión, incluso en el caso de padecer amnesia respecto de la PE.

Modai (1994) describe a una paciente que tenía amnesia generalizada en relación con su niñez antes y durante el Holocausto. Su PAN parecía haber olvidado por completo su traumática niñez, llena de muertes, pérdidas y abandonos. Sin embargo, cuando la PE se reactivaba intensamente, la PAN se sentía extremadamente afligida, maníaca y suicida, al tiempo que seguía padeciendo amnesia respecto del pasado.

En calidad de PAN, las víctimas aprenden a temer, evitar, odiar, sentir vergüenza, asco o lástima de ellos mismos en calidad de PE (véase el capítulo 10). No pueden tolerar la imagen de sí mismos durante el transcurso de los acontecimientos traumáticos. En el caso de la disociación estructural más compleja, las PEs elaboradas también desarrollan la evitación de la PAN. El choque entre los objetivos relacionados con la vida cotidiana y los objetivos relacionados con la defensa puede derivar en acciones conflictivas y competitivas entre la PE y la PAN en el mismo momento en el tiempo:

Marie solía frotarse compulsivamente los labios hasta desollárselos y hacerse sangre, lo que se contradecía con sus meticulosos esfuerzos por parecer atractiva. En terapia se desveló que se trataba de una acción repetitiva por parte de una PE que se esforzaba por borrar el carmín rojo que un agresor la había obligado a ponerse para que pareciera más “sexy”. Cuando el terapeuta pudo incluir esta parte de la paciente dentro de la realidad actual, Marie se limpió los labios con un *kleenex* y después miró fijamente el pañuelo asombrada: “¡Tengo los labios limpios!”. Desde entonces, Marie no volvió a sentir la compulsión de limpiarse los labios, y pudo integrar plenamente la PE que contenía los penosos recuerdos del abuso sexual.

A veces cabe la posibilidad de que la PAN se desactive totalmente al activarse plenamente la PE, fenómeno que desemboca en la amnesia de la PAN en relación con el episodio, y se conoce habitualmente

como un *cambio repentino y total de registro* [switch]. Este término se ha venido limitando a los trastornos disociativos graves, pero también aparece claramente en algunos casos de TEPT de tipo simple. Son muchas las anécdotas de tales experiencias en soldados combatientes con traumatismo agudo; por ejemplo, C.S. Myers advirtió la alternancia entre la PE y la PAN que se manifestaba durante la fase aguda de la traumatización en los veteranos combatientes de la Primera Guerra Mundial poco después de abandonar la contienda:

[L]a personalidad normal queda en suspenso. Aunque sea capaz de registrar impresiones, no muestra ningún signo de reacción. Las experiencias emocionales recientes [i.e., traumáticas] dominan y determinan la conducta: la personalidad normal ha sido desplazada por lo que podríamos llamar personalidad “emocional”... Gradual o repentinamente suele volver una personalidad “aparentemente normal” –normal salvo por la ausencia de cualquier recuerdo de los acontecimientos directamente relacionados con el *shock*; normal salvo por la manifestación de otros trastornos histéricos (“somáticos”) indicativos de una disociación mental. Una y otra vez se alternan la personalidad “emocional” y la personalidad “aparentemente normal”... A su vuelta, la personalidad “aparentemente normal” puede recordar, como en un sueño, las penosas experiencias revividas durante la irrupción transitoria de la personalidad “emocional”. La personalidad “emocional” también puede reaparecer durante el sueño, los trastornos “funcionales” tales como el mutismo, la parálisis, las contracturas, etc., quedando después habitualmente en suspenso. Al despertar, sin embargo, es posible que la personalidad “aparentemente normal” no guarde el menor recuerdo del estado onírico, y proceda de inmediato a reanudar el mutismo, la parálisis, etc. (1940, pp. 66-67).

Reiteramos que aunque Myers habla de “personalidades”, desde luego no pretende cosificar [*reify*] estos sistemas psicobiológicos conscientes. Y la amnesia total de la PAN descrita más arriba constituye una exageración o una sobrevaloración en la mayoría de los casos, si bien se ha documentado que el TEPT implica problemas de memoria, incluidos diversos grados de amnesia disociativa en relación con las experiencias traumáticas (Bremner, Southwick *et al.*, 1992; Bremner, Steinberg *et al.*, 1993; Vermetten & Bremner, 2000).

No obstante, de la cita anterior se desprende claramente que la alternancia entre la PAN y la PE constituye una manifestación de la falta de integración de las experiencias traumáticas. Y dicha descripción ejemplifica que las experiencias y los síntomas disociativos de la PAN y la PE difieren en muchos aspectos, y que tanto una como otra vivencian síntomas disociativos importantes.

Más frecuente que la aparición de un cambio repentino y total entre la PAN y la PE, es la irrupción parcial de los recuerdos traumáticos, de modo que la víctima traumatizada no padece amnesia, sino que tiene más bien cierta experiencia consciente de sensaciones, de imágenes visuales, de sentirse compelido a comportarse o a sentirse de determinada forma. Por ejemplo, la PAN puede sentirse compeliada a encogerse de miedo en un rincón, o bien puede mostrar una actitud y unas emociones combativas [*fight*] que pueden estar o no bajo el control voluntario, pero que la mayoría de las veces no se interpretan como *flashbacks*. Algunas intrusiones pueden incluir pesadillas traumáticas, en las que la PE se activa plenamente, y respecto de lo cual la PAN muestra amnesia posteriormente, como observa Myers.

A veces la irrupción de la PE está todavía menos clara. En ese caso, la PAN padece síntomas inespecíficos desconcertantes tales como irritabilidad, hiperactivación o hipoactivación fisiológica, depresión, ansiedad, rabia, insomnio, impulsos autodestructivos y reescenificaciones inconscientes del trauma. Durante largos períodos de tiempo, a la PAN puede serle muy difícil identificar la causa subyacente de dichos síntomas. Pero a veces es posible relacionarlos finalmente con intrusiones de la PE.

Además de los recuerdos traumáticos, otras características de la PE pueden irrumpir en la PAN. Por ejemplo, la PAN puede tener pensamientos, imágenes o intrusiones sensoriales que podrían proceder de la PE. A veces la PAN puede oír la voz de la PE como una modalidad disociativa de alucinaciones auditivas (Brewin, 2005b). La PAN suele temer estos síntomas, dado que habitualmente suele tener poca o ninguna conciencia respecto de por qué ocurren tales experiencias, y ningún control sobre las mismas. A raíz de recibir cierta psicoedu-

cación respecto de las intrusiones disociativas, Susan, en calidad de PAN, manifestó un alivio enorme y exclamó: “Ya no me dan miedo todas estas cosas que me pasan, porque ahora sé que no estoy loca, y todo encaja”.

La PAN y la PE deben ser finalmente integradas dentro del contexto de una personalidad unificada, de manera que la PAN pueda tomar conciencia de lo que pasó y la PE pueda tomar conciencia de que los acontecimientos traumáticos finalizaron. Las agotadoras estrategias de evitación se vuelven entonces menos necesarias y las víctimas traumatizadas [los supervivientes] pueden llevar a cabo tendencias de acción más flexibles y coordinadas en el ámbito de la vida cotidiana.

## **Resumen**

Mediatizada principalmente por los sistemas de acción de la vida cotidiana, la víctima traumatizada en calidad de PAN está volcada en desenvolverse en el día a día por lo que respecta a mantener las relaciones con los demás, poder trabajar y ser productivo, y llevar a cabo otras tareas y objetivos en la vida. Pero la PAN es incapaz de integrar la(s) experiencia(s) traumática(s). La PAN puede haber iniciado algunas tendencias integradoras después de los acontecimientos traumáticos –la mente humana es integradora por naturaleza– pero no ha sido capaz de llevarlas a cabo adecuadamente y enteramente. La víctima traumatizada en calidad de PE está fijada a determinadas tendencias de acción activadas durante las experiencias traumáticas. En la disociación estructural primaria dichas tendencias de acción forman parte habitualmente de las defensas para la supervivencia física propias de los mamíferos, encaminadas a proteger al individuo cuando se siente amenazado físicamente. La PAN se encarga de la evitación conductual de las reminiscencias externas de los recuerdos traumáticos, y de las estrategias de evitación mental en relación con la PE y los recuerdos traumáticos asociados, incluidos los sentimientos, pensamientos y deseos que suponen una amenaza psicológica.

# 3

## La disociación estructural secundaria de la personalidad

---

*En general, los observadores únicamente han detectado dos formas diferentes de existencia en los sujetos [disociativos], pero este número no es fijo ni profético. No es tal vez ni tan siquiera habitual, como se suele creer.*

—Alfred Binet (1892-1896/1977, p. 38)

El protoripo esencial de disociación estructural viene representado por una única parte aparentemente normal de la personalidad (PAN) y una única parte emocional de la personalidad (PE). Pero la organización disociativa de la personalidad puede ser mucho más compleja, particularmente en el caso de las personas que padecieron maltrato y desamparo crónicos de niños (Nijenhuis & Van der Hart, 1999a; Nijenhuis, Van der Hart & Steele, 2002). Por lo general, las formas más graves de traumatización se traducen en niveles mayores de síntomas disociativos (e.g., G. Anderson, Yassenik & Ross, 1993; Butzel *et al.*, 2000; Chu, 1996; Draijer & Langeland, 1999; Irwin, 1996; Mulder, Beautrais, Joyce & Fergusson, 1998).

Al igual que ocurría con la única PE en la disociación estructural primaria, en el caso de la disociación estructural secundaria las PEs están fijadas a las experiencias traumáticas e invaden la PAN con la

reactivación de recuerdos traumáticos que pueden incluir sentimientos, diversas percepciones sensoriales o creencias firmemente arraigadas en relación con los acontecimientos traumáticos. Además, muchas de las PEs relacionadas con el maltrato y la desatención durante la niñez muestran un estilo inseguro de vinculación que alterna con el estilo de vinculación de la PAN, o lo invade, generando con ello estilos relacionales conflictivos, lo que se conoce como apego desorganizado/desorientado (e.g., Liotti, 1999a, 1999b; Main & Solomon, 1986).

Los adultos también pueden desarrollar modalidades complejas de disociación estructural relacionada con experiencias traumáticas cuando la traumatización es prolongada y repetida. Tales traumas adultos incluyen la experiencia de la guerra, particularmente la participación en atrocidades; torturas políticas; internamiento en campos de concentración; cautividad prolongada; y genocidio. Sin embargo, cabe la posibilidad de que la mayoría de los adultos que desarrollan una disociación estructural secundaria lo hagan debido a que ya habían sido traumatizados durante la niñez –las investigaciones indican que la traumatización infantil constituye un factor de riesgo de primer orden con vistas al desarrollo de un TEPT [trastorno por estrés postraumático] de tipo complejo en los adultos (e.g., Donovan, Padin-Rivera, Dowd & Blake, 1996; Ford, 1999).

### **Características de la disociación estructural secundaria**

La disociación estructural secundaria de la personalidad presenta una amplia gama de complejidad. La forma más simple consiste en dos PEs, habitualmente una PE que es la que vivencia y otra PE que es la que observa, junto con una PAN que incluye la mayoría del funcionamiento de la personalidad. Otras personas traumatizadas quedan muchos más divididas a nivel de personalidad, con más de dos o incluso muchas PEs. Dichas PEs pueden estar presentes de diversas formas y según diferentes secuencias, y también pueden presentar grados muy variados de sensación de separación y autonomía, ade-

más de otras características elaboradas tales como nombre, edad y sexo.

Las PEs desarrolladas durante la niñez pueden volverse más complejas y autónomas que las desarrolladas en el caso de la disociación estructural primaria durante la adultez. Su autonomía les puede permitir eventualmente dominar completamente la conciencia y la conducta. Sin embargo, las conductas de estas PEs aplicadas al presente son generalmente desadaptativas. Sus principales tendencias de acción suelen estar dirigidas por subsistemas defensivos específicos (e.g., huida, lucha, sumisión) en relación con la percepción de una amenaza corporal (sobre todo la amenaza procedente de otra persona), más que por los sistemas de acción de la vida cotidiana; y por una desesperación, rabia, vergüenza, necesidad infantil de cariño y miedo abrumadores. De forma característica, suelen emprender tendencias de acción asociadas a defensas mentales primitivas.

Una vez que se desarrolla más de una única PE, diferentes aspectos de una única experiencia traumática o diferentes conjuntos o series de experiencias traumáticas tienden a repartirse entre diversas PEs. Cada PE puede estar mediatizada por determinados subsistemas defensivos animales, presentar estilos de vinculación inseguros específicos, emprender tendencias de acción asociadas a determinadas defensas mentales en particular (i.e., tendencias mentales de cara a afrontar toda una variedad de amenazas interpersonales e intrapersonales percibidas como tales), y también estar fijada a un momento particularmente insoportable de la experiencia traumática, esto es, un núcleo patogénico:

Una paciente, Brenda, con un trastorno disociativo no especificado (TDNE), tenía una única PAN identificable y varias PEs. (Nota: cuando utilizamos el término de *TDNE*, tenemos en mente el diagnóstico de TDNE, subtipo 1 [APA, 1994], una variante menor o más leve del TDI [trastorno disociativo de la identidad]). Brenda había sido objeto de abusos sexuales y físicos por parte de su padrastro, que era alcohólico, de los 8 a los 14 años, y había presenciado cómo maltrataban a su madre y a su hermano mayor. Su nivel de funcionamiento era irregular unas veces era relativamente estable, cuando su PAN era dominante.



Otras veces era caótico, cuando las PEs invadían la PAN con *flashbacks* y un estilo de apego desorganizado. Brenda tenía varias PEs diferentes. Una de ellas solía interferir en su trabajo poniéndose agresiva (subsistema de acción responsable del ataque). En calidad de PAN, Brenda guardaba un recuerdo borroso de estos incidentes, uno de los cuales incluía un intento de agredir a un supervisor. Otra PE de corte infantil solía a veces sentir terror de su marido cuando éste quería tener relaciones sexuales. En calidad de esta última PE, Brenda se ponía a gritar, se precipitaba al cuarto de baño (subsistema de acción responsable de la huida) y cerraba la puerta con llave, suplicando con voz de niña que “se fuera el hombre malo”. Una vez más, en calidad de PAN Brenda guardaba pocos o ningún recuerdo de estos episodios. A veces oía una tercera PE, que tenía la voz de su padrastro, llamándola puta y diciendo que “el mundo estaría mejor si te murieras”. En varias ocasiones, esta PE intentó suicidarse. En calidad de PAN, Brenda era consciente de que se había tomado las sobredosis, pero sentía que no tenía el menor control en relación con esta conducta, como si “alguien me obligara por la fuerza a tragarme las pastillas”. Y añadía que se veía a sí misma observando los intentos de suicidio desde una cierta distancia.

## **Complejidades de la disociación estructural secundaria**

La disociación estructural secundaria puede incluir muchas configuraciones diferentes de PEs y cada PE puede tener diversos grados de elaboración secundaria y de autonomía. Además, es más probable que la PAN de la víctima de una traumatización relacional infantil crónica presente unas estrategias de afrontamiento desadaptativas, por contraste con las estrategias de afrontamiento de los pacientes cuyo funcionamiento a nivel de personalidad estuvo relativamente intacto antes de verse expuestos a una única experiencia traumática aislada de adultos.

## ***Cambios en la PAN en la disociación estructural secundaria***

La traumatización infantil crónica puede interferir en el funcionamiento de la PAN debido a que sus efectos impregnan los dominios

de diversos sistemas de acción de la vida cotidiana. Por ejemplo, la regulación de la energía y las relaciones sociales suelen normalmente correr parejas con el comer. Pero si el momento de la comida familiar suele ser una batalla campal, las perturbaciones en la alimentación (regulación de la energía) y la dificultad en compartir el gesto de comer junto con otras personas (relaciones sociales) pueden acabar por convertirse en unas tendencias de acción rigidificadas. En esta misma línea, el sistema de acción responsable de la sexualidad/reproducción puede verse profundamente perturbado a raíz de un abuso sexual, desembocando en los extremos de la promiscuidad o la completa evitación de la conducta sexual. Si los niños son castigados constantemente por mostrar curiosidad e indagar, y son ridiculizados y tachados de tontos cuando no saben algo, en tal caso el sistema de acción responsable de la exploración puede quedar inhibido o afectado de alguna otra forma. La solicitud [*caretaking*] puede adoptar unas proporciones exageradas en el niño que aprende a estar pendiente [*to caretake*] de un progenitor que le maltrata o abandona, lo que desemboca en la incapacidad de establecer unos límites en las relaciones con los demás. Algunas de las dificultades más generalizadas y omnipresentes para la PAN a raíz de una traumatización relacional crónica son las relacionadas con el sistema de acción responsable de la vinculación (véase más adelante la sección sobre los orígenes).

El paciente con una única PAN debe hacerle frente a otras varias partes disociativas de la personalidad (PEs) y en razón de ello se encuentra en desventaja por comparación con el paciente con una disociación estructural primaria. El aumento de la disociación estructural deriva en un mayor número de posibilidades de irrupción de las PEs, dado que son más las PEs que tienden a hacer al paciente sensible a un mayor número de estímulos reactivadores. Si algunas de las PEs ganan más autonomía y elaboración secundaria, puede que la única PAN tenga cada vez más dificultades en controlar las intrusiones y las diversas relaciones internas que pueden tener lugar entre otras distintas partes de la personalidad.

### ***Las partes emocionales de la personalidad y el sistema de acción defensiva de los mamíferos***

En el caso de la disociación estructural primaria, la atención de la única PE se limita al acontecimiento traumático. En la disociación estructural secundaria, son varias las PEs que están más estrechamente focalizadas en estímulos específicos o partes específicas de una experiencia traumática, y cada una de las PEs está mediatizada por diferentes subsistemas defensivos. Algunas partes pueden estar fijadas a un recuerdo traumático en particular, mientras que otras pueden estar fijadas a unas defensas mentales que impiden tomar conciencia de los recuerdos traumáticos. Por ejemplo, una PE de corte infantil puede concebir innumerables historias acerca de lo que pasó, utilizando la fantasía como una acción sustitutiva del reconocimiento [*realization*] de lo que verdaderamente sucedió.

Aunque en el caso de la disociación estructural secundaria las PEs están guiadas principalmente por los subsistemas defensivos propios de los mamíferos (e.g., huida, paralización) también pueden incorporar ciertos elementos de otros sistemas de acción responsables de la vida cotidiana. Por ejemplo, algunas PEs emprenden tendencias de acción relacionadas con el juego, la exploración o el cuidado de los hijos, pero dichas tendencias son desactivadas fácil y rápidamente por las defensas físicas, prontas a ser desencadenadas por los estímulos reactivadores. Muchas de tales PEs se perciben a sí mismas como niños más que como adultos, y les intimida la vida cotidiana. Puede que no logren hacerse con el control ejecutivo pleno, salvo en la privacidad del hogar o en terapia, o durante la reviviscencia de un suceso traumático. En algunos casos es posible que obren únicamente a través de la influencia pasiva, esto es, de la influencia interna de una parte disociativa sobre las acciones mentales y conductuales de otra parte sin necesidad de hacerse con el control ejecutivo (Kluft, 1987a; véase el capítulo 5). Puede que compaginen los sistemas de acción de la vida cotidiana con las defensas mamíferas y la evitación mental, tal como sucede cuando una PE de corte infantil insiste en “jugar” en lugar de hablar de cuestiones importantes en

terapia, y en el caso de insistirle en que se centre en la tarea, puede recurrir a cambiar de tema y demás estrategias de evitación. Pero por regla general las PEs se encargan habitualmente de las conductas asociadas a las defensas mamíferas, tales como la huida, la lucha, la paralización y la sumisión. Cualquier reminiscencia de las experiencias traumáticas puede activar dichas tendencias de acción.

### ***Las PEs y los núcleos patogénicos relacionados con el trauma***

Unas PEs contienen los aspectos subjetivamente más intolerables de las experiencias traumáticas –aspectos a los que nos referimos como *núcleos patogénicos* o *puntos candentes*, que otras PEs fueron incapaces de soportar y en consecuencia vienen evitando:

Un paciente, Reggie, con un TDNE había sido violado sádicamente de niño por un vecino adolescente. En términos generales, pareció superar el recuerdo con el tiempo, a excepción de una PE que seguía enmudecidamente aterrada. Al cabo de dos años de lenta labor, el terapeuta pudo finalmente ayudar a la PE a expresar su miedo dibujando. El paciente dibujó un perrito sin cabeza: el vecino había matado al perrito de Reggie a modo de amenaza de lo que le haría a él si no le obedecía. A raíz de la resolución de este núcleo patogénico y de la correspondiente PE asociada, Reggie comprobó que su ansiedad generalizada disminuyó enormemente y su funcionamiento mejoró.

### ***Las PEs y la doble emoción***

En el caso de algunos pacientes la disociación estructural secundaria puede desarrollarse a raíz de que una experiencia traumática aguda acontecida en la adultez reactive simultáneamente antiguos recuerdos traumáticos sin resolver. La reacción actual al trauma agudo se convierte entonces en una mezcla de reacciones a los acontecimientos traumáticos recientes y antiguos. Janet (1903, 1928a) le llama a esto “doble emoción”. Se ha observado en soldados combatientes traumatizados durante el curso de distintas guerras (e.g., Rows, 1916; cf., Shephard, 2000, pp. 81-82; Witzum, Margalit & Van der

Hart, 2002). También hemos advertido este fenómeno en pacientes que sufren accidentes, pérdidas emocionales tales como una muerte o un divorcio, intervenciones médicas, y en civiles que fueron víctimas de traumas asociados a violaciones o agresiones (e.g., Van der Hart, Boon, Friedman & Mierop, 1992; Van der Hart, Witztum & Friedman, 1993). La doble emoción puede reactivar PEs ya existentes o precipitar el desarrollo de PEs adicionales, o ambas posibilidades:

Una mujer de 26 años, Marcelle, se abrió la cabeza en un accidente. Fue hospitalizada con una conmoción cerebral, pero más adelante presentó una amnesia en relación con la totalidad de su vida y no reconocía a su marido ni a los restantes miembros de su familia. Esta amnesia no tenía una explicación neurológica. Fue derivada a psicoterapia y durante el tratamiento recordó haber sido violada con violencia a la edad de 15 años, lo que jamás le había contado a nadie. La combinación del accidente, la sangre de la cabeza, el dolor y la ulterior exploración en urgencias, donde le inmovilizaron los brazos y las piernas y le quitaron la ropa, reactivaron la experiencia de la violación. La “doble emoción” de los dos traumas fue tan abrumadora que, en calidad de PAN, la paciente, que ya era amnésica en relación con la violación, desarrolló una amnesia todavía más amplia. En terapia, Marcelle manifestó una PE que contenía el recuerdo del accidente y el ulterior tratamiento en urgencias, además de otra PE que guardaba recuerdos traumáticos de la violación (Van der Hart, Boon et al., 1992, pp. 26-27).

### ***Múltiples grupos de PEs***

No es infrecuente que algunos niños crónicamente traumatizados hayan sido maltratados por más de una persona y en diferentes contextos como, por ejemplo, los abusos sexuales por parte de uno de los abuelos en la propia casa, los tormentos físicos sádicos por parte de un hermano o de un vecino mientras jugaban fuera de casa, y los abusos sexuales por parte de una autoridad religiosa de la iglesia. Esto suele deberse a la falta de supervisión y de la adecuada protección, así como a la vulnerabilidad de los niños traumatizados a la victimización reiterada [las repetidas agresiones] (Boney-McCoy &

Finkelhor, 1996; Craine, Henson, Colliver & MacLean, 1988; Kellogg & Hofman, 1997).

Diversos acontecimientos traumáticos pueden inducir diferentes series o grupos de PEs. Cada conjunto de PEs habitualmente vivencia e incluye recuerdos traumáticos relacionados con una agrupación específica de experiencias traumáticas. Los grupos de PEs suelen aparecer principalmente en la disociación estructural terciaria, dado que los pacientes con un TDI son los que tienden a haber vivido los acontecimientos traumáticos más graves y múltiples, pero también pueden encontrarse asimismo en la disociación estructural secundaria. Lena tenía una única PAN, pero tres series de PEs: una serie relacionada con los tormentos físicos y mentales a los que su padre la había sometido de niña; otra serie relacionada con una violación por parte de un vecino cuando tenía unos 4 años, y otra serie relacionada con la desatención extrema por parte de su madre.

***Estratificación de los recuerdos traumáticos y de las PEs.*** Los recuerdos traumáticos y las PEs que los contienen pueden manifestarse estratificadamente: una vez integrado un estrato de recuerdos traumáticos, puede presentarse otro estrato, acompañado de sus correspondientes PEs (Janet, 1889, 1894/1989d, 1898a; Kluft, 1988; Van der Hart & Op den Velde, 1995). Esta sucesión es altamente característica de los pacientes con antecedentes de maltrato y desamparo crónicos durante la niñez.

La estratificación también puede estar relacionada con diferentes recuerdos traumáticos: a raíz de cerrar un recuerdo traumático, otro recuerdo traumático se desplaza a un primer plano, junto con otras PEs. Tales PEs pueden estar vinculadas entre sí de diferentes formas. Pueden ser cronológicas, y sucederse una tras otra en el tiempo (véase más abajo la “disociación secuencial”). Esto es, una PE sucede a otra en el tiempo a lo largo de un recuerdo traumático. Léonie primeramente procesó el recuerdo traumático de haber sido violada por su padre a la edad de 8 años a través de una PE, y sólo después se activó otra PE responsable de un intento de suicidio al poco tiempo de la violación porque equivocadamente pensaba que se había que-

dado embarazada. Otras PEs pueden tener un mismo tema emocional en común como, por ejemplo, la rabia, la vergüenza o las sensaciones sexuales. A veces, una determinada PE puede ser el lazo secuencial entre los recuerdos traumáticos; por ejemplo, una PE sexualizada puede estar presente a lo largo del tiempo en diversas experiencias de abusos sexuales diferentes.

Finalmente, el lazo puede darse entre una PE relacionada con el recuerdo traumático original y una PE que contiene una fantasía o una alucinación extremadamente perturbadora, la cual fue activada por la experiencia traumática. En terapia, pueden aparecer indistintamente en primer lugar las experiencias de una u otra PE (Janet, 1898a):

Naomi tenía 3 años cuando murió su hermana de meses, lo que fue un trauma para ella y para sus padres, que no supieron consolarla. Los padres eran de una religiosidad fundamentalista y se sintieron extremadamente culpables por la muerte de su hija, siendo incapaces de brindar la suficiente seguridad emocional y el suficiente cariño a sus otros hijos. Naomi también se sintió culpable y más adelante desarrolló una fantasía en la que era condenada por la muerte de su hermana a ir al infierno, donde el demonio –una PE, de hecho– la atormentaba y se consumía en las llamas eternamente. Más adelante, cada vez que vivía alguna situación de abandono como, por ejemplo, la muerte de algún otro familiar o la ruptura del compromiso con su novio, le sobrevinía un dolor abrasador y tenía pesadillas en las que aparecía ardiendo en el infierno.

Cuando una experiencia tan espantosa domina la conciencia, puede ser factible el diagnóstico de psicosis disociativa (véase el capítulo 6).

### ***Las partes disociativas de la personalidad y las tendencias de acción asociadas a las defensas mentales desadaptativas***

Las partes disociativas de la personalidad suelen contener diversas tendencias defensivas mentales, las llamadas defensas psicológicas, que van de lo normal a lo más primitivo y patológico. Estas ten-

dencias defensivas mentales son en realidad notablemente similares a las defensas físicas mamíferas en respuesta a la amenaza corporal, dado que incluyen diversas formas de hiperactivación, paralización, huida, lucha y sumisión (colapso, derrumbe). Por ejemplo, pueden incluir la proyección, y la identificación (con el agresor), lo que de forma característica implica que las PEs se encargan de las estrategias de ataque tales como la agresividad y la hostilidad, y de huir de las experiencias repudiadas tales como la vulnerabilidad. La escisión [*splitting*], en la que una de las partes disociativas considera a una persona como “buena”, mientras que otra parte disociativa percibe a la misma persona como “mala”, puede verse como un intento de identificar a los depredadores (e.g., la “madre mala”) por contraposición a las personas que demostrarán aceptación (e.g., la “madre buena”). La negación llevada a cabo por diversas partes de la personalidad es una forma extrema de huida mental, tal como sucede cuando una PE de una mujer adulta niega que tenga pechos o que esté casada.

Las tendencias de acción asociadas a las defensas mentales desadaptativas constituyen *intentos* de protegerse de otros traumas relacionales adicionales y de estados interiores abrumadores cuando no se dispone de las adecuadas habilidades de afrontamiento. Ahora bien, tales tendencias no sólo demuestran en última instancia ser ineficaces a la hora de brindar protección, sino que en realidad pueden contribuir a aumentar las dificultades de relación y la confusión interior. Cuando tales tendencias defensivas se rigidifican, el resultado son los cambios desadaptativos permanentes a nivel de personalidad que afectan a la totalidad de la persona, y muchas de estas estrategias estarán directamente relacionadas con determinadas PANs y sobre todo con las PEs.

La PAN “utiliza” a las PEs a la manera de una protección mental, en el sentido de que dichas PEs contienen emociones, pensamientos, fantasías, deseos, necesidades y sensaciones que la PAN considera que son insoportables e inaceptables. Por ejemplo, la tristeza y la soledad extremas se suelen encontrar en las PEs infantiles que también manifiestan paralización, huida o sumisión. Las PANs pueden



renegar de las necesidades de dependencia sirviéndose de las PEs que suelen estar habitualmente fijadas al llanto de apego y la búsqueda desesperada de vínculos (Steele, Van der Hart & Nijenhuis, 2001). Muestran un apego inseguro, lo que favorece el uso de otras estrategias psicológicas de afrontamiento, que pueden volverse más rígidas e involuntarias con el tiempo. La PAN suele sentirse avergonzada o mostrar escasa empatía o tolerancia en relación con las necesidades de dependencia que pueden desbordar la vida cotidiana si las PEs dependientes irrumpen con fuerza o dominan la conciencia. La PAN evita mentalmente de una forma u otra el acceso y la integración de estas partes de la personalidad; por ejemplo, inhibiendo el acceso normal a los sistemas de acción que mediatizan las PEs evitadas; retrayendo el ámbito de la conciencia; y desvalorizando, odiando o combatiendo dichas partes; y evitando los apegos (véase el capítulo 10). Los pacientes que fueron traumatizados de niños mantienen la disociación estructural cuando en calidad de PAN continúan evitando mentalmente las PEs. Ello puede protegerles como PAN de las experiencias terroríficas que dominan su conciencia como PEs. Pero el inconveniente de dicha organización de personalidad es que no pueden emprender consistentemente una labor de afrontamiento mental ni conductual, dado que tales acciones no siempre son accesibles, estando contenidas en diversas partes mutuamente cerradas las unas a las otras:

Una paciente, Sally, con un TEPT de tipo complejo a veces hacía llamadas telefónicas de emergencia a su terapeuta. Al principio, no podía explicar por qué había llamado y se sentía desconcertada y avergonzada. Gradualmente, se fue haciendo cada vez más evidente que una PE más pequeña buscaba urgentemente el contacto con el terapeuta, mientras que al mismo tiempo Sally hacía todo lo posible por evitar dar la menor impresión de necesitar a su terapeuta.

### ***Disociación paralela y disociación secuencial***

Más de una PE puede vivenciar simultáneamente el mismo momento de un suceso traumático, pero contener diferentes aspectos

del mismo. Por ejemplo, una de las PEs de Sally sentía los abusos sexuales de su padre, pero sin oír ningún sonido desagradable relacionado, al tiempo que una segunda PE vivenciaba los sonidos asociados a los mismos momentos de dichos sucesos traumáticos. A este fenómeno lo llamamos *disociación paralela* (Van der Hart, Steele, Boon & Brown, 1993). Diferentes PEs también pueden vivenciar episodios sucesivos del trauma a lo largo del tiempo, como cuando las dos primeras PEs de Sally vivenciaban los requerimientos sexuales de su padre, pero una tercera PE vivenciaba el siguiente acontecimiento en el tiempo, a saber, la violación de hecho. A esto lo llamamos *disociación secuencial* (Van der Hart *et al.*, 1993).

Tanto la disociación paralela como la disociación secuencial pueden incluir núcleos patogénicos, a los que nos referimos más arriba. Así, cabe la posibilidad de que una parte de la personalidad sea capaz de tolerar determinadas experiencias, pero no otras. Ello puede conducir indistintamente a la disociación paralela y la disociación secuencial:

Meredith tenía una PE que vivía las sensaciones físicas de realizar una felación a la fuerza, pero sin ninguna emoción y sin tener conciencia de que el agresor era su padre, mientras que otra PE se daba cuenta de que se trataba de su padre y sentía una soledad, una decepción y un terror indecibles. Meredith también tenía una PE que vivía el maltrato físico que precedió al abuso sexual, además de otra PE que contenía recuerdos del abuso sexual, pero no del maltrato físico. La PE que recordaba el abuso sexual se culpaba a sí misma y otras partes de la personalidad la consideraban repugnante y débil porque jamás habían tenido ocasión de acceder al conocimiento de que su padre la había golpeado gravemente con objeto de forzarla a realizar una actividad sexual en contra de sus deseos, y ésta era la razón de que no hubiera sido capaz de decir que no.

La disociación paralela y la disociación secuencial están relacionadas probablemente con fluctuaciones en el nivel mental durante el transcurso de una experiencia traumática. El desarrollo de más de una única PE, cada una de las cuales contiene distintos aspectos de momentos particulares de la traumatización, indica teóricamente la

presencia de descensos bruscos a un nivel mental especialmente bajo durante el acontecimiento. El desarrollo de varias PEs durante el transcurso del tiempo en el caso de la traumatización crónica puede indicar una disminución del nivel mental correspondiente a la parte anterior de la personalidad, razón por la cual se forma otra parte disociativa.

Sin embargo, continúa pendiente la cuestión de qué es lo que se disocia en una parte dada y cuál es su relación con los sistemas y tendencias de acción, las estrategias defensivas mentales y las diversas funciones intrapsíquicas tales como las cogniciones, los afectos y las sensaciones. Durante la traumatización, cabe la posibilidad de que se activen secuencias de tendencias de acción, tales como hipervigilancia, paralización, huida, lucha y sumisión. La disociación entre estas diferentes tendencias de acción puede desembocar en la disociación secuencial de varias PEs que contengan una o más de dichas tendencias. Ahora bien, suele haber momentos durante la traumatización en los que puede haber tendencias conflictivas simultáneas presentes en la víctima. Por ejemplo, la tendencia a luchar puede coexistir con la tendencia a correr o a someterse. En tales casos, puede tener lugar la disociación paralela dentro de un momento dado de la traumatización, de manera que una PE puede tratar de emprender la huida, mientras que otra PE puede emprender una lucha. En realidad, durante el suceso traumático algunas de estas tendencias de acción pudieron no tener lugar de hecho, sino que hubieron de ser suprimidas o suspendidas (e.g., la víctima tuvo que evitar la tendencia a luchar, y en su lugar hubo de someterse, lo que tenía más valor en términos de supervivencia). Así, PEs fijadas a determinadas defensas mamíferas pueden no haber formado parte en realidad de la conducta desarrollada durante la experiencia traumática, por lo que no deja de ser una acción simulada.

***Tipos de disociación paralela.*** Noyes y Kletti (1976) señalan que “frente al peligro mortal, vemos que los individuos se convierten en observadores de lo que está teniendo lugar, alejándose efectivamente del peligro” (p. 108). Efectivamente pero no completamente, añadi-

mos, porque una parte disociativa continúa vivenciando el suceso traumático mientras otra parte mira. Probablemente, la forma más simple de disociación paralela durante la traumatización sea esta división entre una PE que vive la experiencia traumática a nivel sensorial y afectivo, una PE *que vivencia*, y otra parte de la personalidad *que observa*, y que está subjetivamente fuera del cuerpo y contempla la experiencia desde lejos, como si hubiera una distancia espacial entre las dos. Este es un fenómeno perfectamente documentado, al que se ha descrito anteriormente como una disociación entre una parte vivencial y una parte observadora del yo (Fromm, 1965). Ha sido referido por víctimas de abusos sexuales infantiles (Braun, 1990; Gelinas, 1983; Putnam, 1997), por veteranos combatientes (Cloete, 1972), y víctimas de accidentes de circulación (Noyes, Hoenk, Kupperman & Slymen, 1977; Noyes & Kletti, 1977). El hecho de que las víctimas de accidentes de circulación también refieran este tipo de disociación paralela indica que las personas que sufren un incidente traumático aislado también pueden padecer esta modalidad elemental de disociación paralela y, por lo tanto, desarrollar una forma muy simple y tal vez transitoria de disociación estructural secundaria:

Una paciente, Joyce, con un TEPT de tipo complejo padecía este tipo simple de disociación estructural secundaria. Tenía una PE infantil que sentía los malos tratos por parte de su hermano, una PE observadora que “miraba desde el techo” mientras le hacían daño, y una PAN que se desenvolvía adecuadamente en la vida cotidiana y era relativamente amnésica en relación con los malos tratos.

H.L. Schwartz pone un ejemplo de una PE observadora en una víctima de malos tratos crónicos, en este ejemplo en particular, de un abuso sexual organizado:

Cuando me hicieron bailar delante de todos aquellos hombres, me limité a retroceder ligeramente hacia atrás y a continuación apareció una chica y se puso a bailar para ellos, y yo la miraba desde lejos... no era yo, pero la tenía delante de mí. No me caía bien, ni me gustaba lo

que estaba haciendo. Aunque sé que soy yo, no soy verdaderamente yo (2000, p. 40).

En muchos casos, la PE observadora es descrita por la PAN como una parte pasiva e insensible que se limita a mirar la experiencia traumática. Una paciente de 32 años con un TDNE, Margaret, primero relató su experiencia de malos tratos desde dicha perspectiva: “Contemplaba lo que pasaba desde la puerta de entrada. Miraba nada más y no sentía nada por esa niña ni por lo que le estaba pasando”. Esto constituye una señal de ausencia de consciencia [*nonrealization*] por parte de la PE que observa. Ciertamente, existe una ventaja psicológica para la PE observadora, que no tiene necesidad de darse cuenta de que los malos tratos le están sucediendo a *ella*. Es posible que un prototipo de esta modalidad de PE observadora coincida con lo que Hilgard (1977) ha descrito como el “observador oculto”, que aparece en algunos sujetos normales bajo hipnosis. Ello supone una función supervisora [*monitoring*] del cerebro que se presta fácilmente a disociarse y puede desarrollar cierto de sentido de la identidad.

Ahora bien, algunas PEs parecen estar fijadas a un subsistema defensivo hipervigilante y pueden confundirse fácilmente con las PEs observadoras. Las partes hipervigilantes hacen mucho más que limitarse a observar pasivamente; se concentran exclusivamente en el entorno, que escudriñan [*scan*] activamente en busca de señales de peligro, y suelen tener una sensación de alarma o incluso de miedo. Pero generalmente dichas partes hipervigilantes no se dedican a observar a otras partes de la personalidad, como puede ser el caso de las PEs observadoras. Algunas PEs observadoras parecen desarrollar una mayor elaboración secundaria e impresionan como partes de la personalidad altamente intelectualizadas, desafectivas, pero a veces bastante introspectivas, y tienen muchos más recuerdos que las solas experiencias traumáticas. Unas pocas dicen sentir, pero suele ser de forma muy limitada y leve. A medida que comienza a tener lugar la integración de la personalidad, dichas partes desarrollan generalmente más emociones y menos distancia psicológica respecto de sus

experiencias personales. Pero hasta que no llegue ese momento, es posible que reconozcan las acciones mentales y conductuales de otras partes además de las relaciones interpersonales en mayor medida que otras partes de la personalidad.

Unas pocas PEs observadoras parecen incluir cierto nivel de protección [*caretaking*] como, por ejemplo, dirigir a la PAN para que salga ilesa y contener a las PEs destructivas. De forma característica, no actúan en el mundo exterior, pero pueden ser muy activas internamente. Suelen aparecer en pacientes con un TDI, pero no exclusivamente:

Una paciente de 27 años, Lisette, que había sido crónicamente traumatizada de niña, fue hospitalizada para ser operada y presentó una dificultad respiratoria aguda en la sala de operaciones. Mientras unas partes de la personalidad se angustiaban y luchaban por respirar, y el personal médico se esforzaba frenéticamente por ayudar a Lisette, salió a la luz una PE observadora. Esta PE “miraba desde arriba” y posteriormente fue capaz de referir objetivamente lo que sucedía en la habitación. En algún momento, Lisette perdió el conocimiento, y con ello también esta parte de ella misma. Inmediatamente antes de perder el conocimiento, la PE temió que fuera a morir. Cuando después volvió en sí, la PE creyó que de hecho estaba muerta, pero dado que al parecer estaba consciente, pensó que era un fantasma. Desarrolló una tendencia protectora mientras contemplaba al personal médico enfrascado con el cuerpo de Lisette con demasiada rudeza mientras trataban de salvarla. En su imaginación, Lisette les comentaba desde su posición por encima del cuerpo que debían tener más cuidado y darse cuenta de que estaban tratando con un ser humano. A continuación, pasó a preocuparse de Lisette internamente a medida que transcurría el tiempo, sin abandonar en ningún momento la creencia de que era un fantasma y no podían verla.

Este es un ejemplo de lógica del trance, en el que la PE no reconoce lo que es obvio: si Lisette sobrevive, ella también. La lógica del trance es una forma de pensamiento extremadamente concreto acompañado de un estrechamiento extremo de la atención, una grave retracción del ámbito de la conciencia, donde se aceptan experiencias que normalmente se considerarían incompatibles (Orne,

1959), lo que se puede interpretar como una ausencia de pensamiento reflexivo y una caída en las creencias reflejas.

Los terapeutas deben ser advertidos de que tales PEs observadoras no lo han observado necesariamente todo, y puede que sean amnésicas en relación con determinados aspectos cruciales de un suceso traumático, y lo que dicen haber observado puede que no sea necesariamente exacto. Su comprensión [*insight*] de las necesidades y los procesos psicológicos de la persona también puede ser bastante defectuosa. Así pues, el terapeuta prudente puede valorar la utilidad de estas partes de la personalidad en algunos pacientes que adolecen de formas complejas de disociación, pero sin confiar demasiado en ellas.

La disociación paralela más compleja incluye PEs adicionales que vivencian simultáneamente aspectos diferentes del suceso traumático. Estos podrían incluir otros subsistemas del sistema defensivo propio de los mamíferos:

Margaret sufrió una violación brutal en grupo perfectamente documentada a la edad de 5 años por parte de dos de sus hermanos adolescentes y unos amigos de éstos. Margaret desarrolló varias PEs que vivenciaban la totalidad de la violación (i.e., disociación paralela). Una PE estaba furiosa (lucha); otra estaba aterrada y lloraba llamando a su madre (llanto de apego); otra observaba desde la puerta de entrada y decía que no soportaba estar dentro del cuerpo (huida); otra sentía un dolor físico insoportable; otra cerraba los ojos con fuerza y se imaginaba que estaba en otra parte; y otra permanecía completamente inmóvil y en silencio, pero aterrada, representando con ello la inclusión de uno de los chicos poniéndole la mano en la boca para acallarla (paralización).

***Tipos de disociación secuencial.*** La disociación secuencial hace referencia a varias PEs que vivencian episodios sucesivos del suceso traumático. Como dijimos más arriba, momentos insoportables o núcleos patogénicos de la experiencia traumática pueden marcar los “puntos de ruptura” que precipitan una nueva división disociativa:

John tenía varias PEs, que aparecían en sucesión cuando su tío se ponía violento. Primero estaba la PE que se paralizaba. Esta PE se asus-

taba tanto que “desaparecía”, perdía la eficiencia mental y entonces aparecía otra PE enfadada que le gritaba a su tío (lucha). Cuando el tío se ponía a pegarle más de lo que John podía aguantar, la PE enfadada “desaparecía” porque no podía soportar el dolor; y en su lugar hacía acto de presencia una PE entumecida, sin sensaciones emocionales ni físicas (anestesia y sumisión total), y esperaba a que dejaran de pegarle. Esta PE se solía sentir “cansada” inmediatamente después de la paliza, y entonces se presentaba otra PE diferente que se escondía debajo del porche de delante de la casa y se ponía a dormir (recuperación).

El “giro rápido” (Putnam, 1989) entre las PEs es un fenómeno frecuentemente mencionado que parece tener lugar en el caso de las experiencias particularmente aterradoras o insoportablemente dolorosas:

Una paciente, Etty, que sufrió muchos traumas infantiles, incluidos los malos tratos físicos, ilustra el “giro rápido” entre las PEs que puede tener lugar durante el dolor atroz. Cuando los recuerdos traumáticos de las torturas físicas hubieron de ser tratados en terapia, una de las partes disociativas afirmó que con objeto de poder sobrevivir al sufrimiento sin gritar –como exigían los agresores– todas las PEs implicadas tenían que sentir y verlo todo brevemente y a continuación no sentir ni ver nada. En otras palabras, el giro rápido entre las PEs era necesario para poder afrontar el dolor insoportable: “Gradualmente dentro de la cabeza, todos sucesivamente sabiendo/viendo/sintiendo algo, cada vez más y más y más rápido, para que fuera poco y mucho al mismo tiempo”.

***Combinaciones de disociación paralela y secuencial.*** En la mayoría de los casos, la disociación estructural secundaria (y terciaria) incluye combinaciones de ambos tipos de disociación, paralela y secuencial, sobre todo en relación con el maltrato infantil crónico. Los diversos factores que contribuyen a la vulnerabilidad de un niño a la disociación aumentan presumiblemente la probabilidad de que la disociación tenga lugar tanto dentro de un momento en particular de una experiencia traumática, como a través del tiempo con traumatizaciones adicionales. En el caso de Margaret mencionado más arriba, que permite ilustrar la disociación secuencial, había también



una PE observadora que miraba la totalidad de la situación al tiempo que otras partes “iban y venían”.

## **Resumen**

Las personas crónicamente traumatizadas pueden experimentar una mayor división de su personalidad, lo que se traduce en una única PAN y más de una PE. Estas PEs pueden ser más elaboradas que las que aparecen en la disociación estructural primaria y asumir ya no sólo características defensivas físicas, sino contener igualmente tendencias de acción asociadas a defensas mentales rígidas y desadaptativas. También la PAN puede aparecer caracterizada por tendencias de acción asociadas a defensas mentales desadaptativas. Las PEs pueden estar relacionadas con determinados núcleos patogénicos dentro de una experiencia traumática en particular. Las personas traumatizadas se caracterizan por una disociación estructural secundaria cuando presentan una única PAN intacta y dos o más PEs, como resultado de la división entre los (sub)sistemas de acción de las defensas mamíferas y los modelos de vinculación que incluyen la aproximación y la evitación.

# 4

## La disociación estructural terciaria de la personalidad

---

*Louis Vivet... tiene seis existencias diferentes. Cada una de ellas se caracteriza primeramente por modificaciones de la memoria que afectan ora a un período, ora a otro; en segundo lugar, por modificaciones del carácter: en un estado se muestra amable y diligente, en otro perezoso e irascible; en tercer lugar, por modificaciones de la sensibilidad y la moción: en un estado se muestra insensible y con la mitad izquierda paralizada, en otro la parálisis afecta a la mitad derecha, en un tercero es parapléjico, etc.*

—Pierre Janet (1907, pp. 83-84)

La disociación estructural terciaria incluye ya no sólo más de una parte emocional de la personalidad (PE), sino también más de una parte aparentemente normal (PAN; Nijenhuis & Van der Hart, 1999a; Van der Hart *et al.*, 1998). Proponemos que esta disociación es característica del trastorno disociativo de la identidad (TDI), un trastorno relacionado principalmente con una traumatización grave y prolongada durante la niñez (Boon & Draijer, 1993; Kluft, 1996a; Putnam, 1989, 1997; Ross, 1989). En estos casos, los sistemas de acción de la vida cotidiana, tales como la exploración, la vinculación, los cuidados

y la sexualidad, que le corresponden a una única PAN en la disociación estructural primaria y secundaria, se reparten ahora entre varias PANs. Y al igual que en ciertos casos de disociación estructural secundaria, algunas PEs pueden ser más complejas y autónomas, aparecer en la vida cotidiana y adoptar aspectos de otros sistemas de acción además de las defensas. Así, aunque pueden asumir algunas características de la PAN, dichas PEs continúan estando ampliamente mediatizadas por las defensas mamíferas.

### **Las partes disociativas en el trastorno disociativo de la identidad**

La categoría diagnóstica de TDI que aparece en el DSM-IV es un tanto limitada en su descripción de las “identidades” o los “estados de personalidad”. Afirma que “[c]ada estado de personalidad puede ser vivido como si tuviera una historia personal, una imagen de sí mismo y una identidad distintas, incluido un nombre independiente” (APA, 1994, p. 484). Ahora bien, en nuestra práctica clínica con pacientes con un TDI solemos encontrarnos con partes de la personalidad, en particular algunas PEs, que no tienen ningún nombre ni ninguna otra característica especialmente definitoria. Entre los criterios diagnósticos del TDI figura el requisito de amnesia y de alternancia entre un mínimo de dos “identidades”, pero no se especifica el rango ni las características de las identidades disociativas. Además, el DSM-IV distingue diferentes tipos de partes disociativas de la personalidad tales como, por ejemplo, los tipos pasivo, dependiente, culpable, deprimido, hostil, y controlador, pero no explica en qué difieren las “identidades” disociativas de los pacientes con un TDI de las de los pacientes con un TDNE [trastorno disociativo no especificado]. A nivel clínico, los terapeutas han tendido a utilizar el diagnóstico de TDNE cuando la emancipación y elaboración de las partes disociativas de la personalidad (véase más abajo) son limitadas, si bien el DSM-IV no ofrece ninguna orientación.

Proponemos que la disociación secundaria y la disociación terciaria difieren en varios aspectos. En la disociación secundaria (y el TDNE) las delimitaciones amnésicas entre las distintas partes de la personalidad son menos profundas. La PAN es con mucho la parte más amplia de la personalidad, el “accionista principal”. Las PEs tienden a salir a la superficie en el día a día con menos frecuencia, y a no estar mediatizadas por los sistemas de acción de la vida cotidiana. Así, en el caso de la disociación estructural secundaria es más probable que las PEs estén mediatizadas únicamente por la defensa, y existe una mayor tendencia a tener exclusivamente una única PAN. Cuando las PEs hacen su aparición en el ámbito de la vida cotidiana, ello suele estar relacionado con la reviviscencia del recuerdo traumático o bien por la presencia de un estímulo que activa la función defensiva de una parte de la personalidad. Por ejemplo, una víctima puede tener una PE que irrumpe con objeto de forcejear con su pareja cada vez que se inicia un acercamiento sexual, percibido como una violación. Estas partes tienen generalmente unas funciones limitadas y no suelen tener plena conciencia del presente. En principio, el número de partes de la personalidad en un individuo dado tiene poco que ver con si la disociación es de nivel secundario o terciario. Un paciente con una disociación estructural secundaria puede tener muchas PEs, mientras que un paciente con una disociación estructural terciaria puede tener solamente dos PANs y dos PEs. Pero por regla general el mayor número de divisiones se relaciona con una menor eficiencia mental y una mayor probabilidad de que la persona traumatizada presente una disociación estructural terciaria.

Por otro lado, los pacientes con una disociación terciaria tienen más de una parte de la personalidad que actúa en la vida cotidiana. No son activadas por recuerdos traumáticos, como ocurre con las PEs, sino por las funciones y objetivos específicos asociados a distintos ámbitos de la vida actual del paciente. Por ejemplo, unas partes se centran exclusivamente en el trabajo, otras en los hijos, otras en la actividad sexual.

Hipotetizamos que los orígenes de la división entre las PANs reside en la incapacidad del niño falto de apoyo, emocionalmente aban-

donado y maltratado, de integrar los incipientes sistemas de acción de la vida cotidiana cuando diversos aspectos de la propia vida cotidiana son de por sí crónicamente traumáticos:

Una paciente de 34 años, Tracy, con un TDI tenía varias PANs distintas, cada una de ellas con un nombre diferente. “Betty” iba a trabajar (lo que incluye el sistema de acción responsable de la exploración) y se desenvuelve bien en su trabajo como ingeniero informático especialista en programación [*software*]. Cuando Tracy era niña, “Betty” era la parte que iba al colegio. “Betty” resolvía los problemas técnicos en el trabajo, pero no sabía relacionarse con los demás. Esta tarea (que engloba sistemas de acción que incluyen las relaciones sociales, tales como la vinculación) le correspondía a “Theresa”, que era encantadora y extrovertida, aunque irresponsable, y sentía que era una adolescente. La propia Tracy (también una PAN) estaba deprimida, tenía tendencias suicidas y era retraída, no disfrutaba de su trabajo y evitaba relacionarse. “Beppy” era una PAN que cuidaba internamente de las “pequeñas” PEs (sistema de acción responsable de la protección [*caretaking*]). Beppy no funcionaba externamente en el marco de la vida cotidiana. Había también una PE que tendía a dominar cuando Tracy estaba sola en casa: la “pequeña Tracy” lloraba, se mecía a sí misma y parecía sufrir graves dolores físicos, si bien no era capaz de decir lo que le pasaba. A la mayoría de las PANs no les caía bien la “pequeña Tracy” y la evitaban todo lo posible. Una segunda PE bastante elaborada se sentía masculina, pensaba que era musculosa y fuerte, se llamaba “el Terminator” y tenía atemorizadas a todas las otras partes. Esta PE interfería en cualquier relación íntima que “Tracy” tratara de crear, maldecía a los hombres y quería violarlos, y quitaba violentamente las ropas de la cama metiéndolas en bolsas de basura al tiempo que murmuraba rabiosa entre dientes inmediatamente después de tener una relación sexual mientras el hombre en cuestión todavía estaba en la cama. Tracy hablaba de otras PEs que eran internas, “vivían en una habitación muy grande” y no parecían funcionar externamente, sino que vivían en un caos y un dolor continuos, dedicándose a vociferar estrepitosamente dentro de su cabeza.

Los pacientes con un TDI pueden seguir desarrollando más PANs en la adultez con objeto de afrontar experiencias que no pueden integrar. Adicionalmente, la reactivación continua de las PEs y sus

recuerdos traumáticos también dificulta el desenvolvimiento de la PAN, haciendo que la víctima traumatizada sea más vulnerable a la disociación –un déficit y una defensa que se ven considerablemente rigidificados en la adultez:

Una paciente, Etty, con un TDI y antecedentes de abusos sexuales durante la niñez, se quedó embarazada y necesitó que un tocólogo le hiciera unos exámenes prenatales (Van der Hart & Nijenhuis, 1999). Estas exploraciones provocaron la reactivación de su trauma sexual. Para evadirse de estas reactivaciones, desarrolló una nueva PAN que le permitía tolerar los exámenes físicos sin la intrusión de los recuerdos traumáticos.

Lena desarrolló una PAN exclusivamente para las relaciones sexuales, porque no podía soportar tener relaciones sexuales con su marido, pero sentía que no era capaz de decirle que no. Lena también creó una parte muy limitada de su personalidad cuya única función era la de freagar los platos.

Estos son ejemplos de cómo la disociación estructural comienza como un déficit durante la traumatización, pero puede convertirse en una defensa mental y una forma de afrontar los meros contratiempos del día a día. Es particularmente probable que aparezca dicha división en el ámbito de la vida cotidiana cuando el nivel mental de la persona en cuestión es muy bajo, como era el caso de Lena.

En la disociación estructural terciaria, cada PAN se reduce a las funciones y necesidades del sistema (o los sistemas) de acción en particular por el que dicha parte de la personalidad está mediatizada. La “Betty” de Tracy se centraba exclusivamente en el trabajo. La nueva PAN de Etty se ocupaba exclusivamente de los exámenes ginecológicos. Obviamente, los terapeutas se encuentran con muchas combinaciones de PANs y sistemas de acción, con unas que incluyen toda una gama de sistemas de acción para desenvolverse en la vida cotidiana, y otras que incluyen uno solo. La división de la PAN puede tener lugar cuando la vida normal desborda al individuo, quien entonces se sirve de las partes disociativas de la personalidad para afrontar el día a día.

## **Emancipación y elaboración de las partes disociativas de la personalidad**

En las formas complejas de disociación estructural existen dos cualidades de las partes disociativas que generalmente evolucionan con el paso del tiempo. La primera es el grado de *emancipación* (Janet, 1907), esto es, de separación y autonomía que una parte disociativa ha desarrollado en relación con otras partes de la personalidad. La segunda es el grado en que una parte disociativa desarrolla la complejidad y el alcance de las “ideas y funciones que constituyen la personalidad” a lo largo del tiempo (Janet, 1907, p. 332). A esto lo llamamos *elaboración*. Si bien la bibliografía especializada tiende a asociar la emancipación y la elaboración con el TDI, estos procesos también pueden tener lugar en distintos grados en la disociación estructural secundaria, y a veces en la disociación estructural primaria igualmente.

### ***Emancipación***

La emancipación incluye el grado en que una parte de la personalidad es capaz de actuar por sí sola al margen del control de otras partes, incluido el acceso al control pleno o control ejecutivo. Otras partes pueden ser amnésicas en relación con la parte que tiene el control, o bien ser conscientes de dicha parte y no poder controlarla. Las relaciones entre las partes que evitan integrarse contribuyen a su emancipación. Las relaciones internas temerosas y avergonzantes, tales como aquellas en las que una parte grita “¡Putal!”, favorecen la emancipación porque las partes se evitan cada vez más unas a otras, y por tanto quedan más divididas.

El grado de emancipación de las partes varía. Algunas tienen un conocimiento impersonal de que forman parte de una personalidad más amplia: “Sé que soy una parte de él, pero no lo siento como tal”. Otras se dan cuenta de esto tan sólo vagamente, y unas pocas se contemplan a sí mismas como una persona enteramente separada, aun cuando se vean enfrentadas a una evidencia absolutamente obvia que lo contradice. Ello puede acarrear graves problemas a las víctimas:

En calidad de PE, Lena trataba de matarse cortándose las muñecas. Esta PE no parecía comprender que si Lena moría, ella moriría también, es decir, que compartían el mismo cuerpo y eran partes de la misma personalidad. El propósito de la PE era deshacerse de Lena, una PAN muy inhibida, para que la PE pudiera al fin hacer lo que quería, que era salir con otros hombres, tener una vida sexual, beber e ir de juerga. En este caso no se trata, pues, únicamente de una profunda falta de integración, sino también de un marcado estrechamiento del campo de atención y una focalización en determinados sistemas de acción (sexualidad y diversión) con exclusión de los demás. También es evidente que Lena había renegado de sus impulsos inaceptables disociándolos en esta PE.

La emancipación es de lo más patente cuando las PANs y las PEs ejercen el control ejecutivo en el mundo exterior por contraste con el mundo interior, con o sin el conocimiento consciente de otras partes. Este grado de emancipación de las partes es un fenómeno habitual en el TDI. Por ejemplo, la “Abuelita” de Lena cuidaba de sus hijos reales y la nueva PAN de Ety estaba presente durante sus exploraciones ginecológicas.

Los síntomas más frecuentemente mencionados en los trastornos disociativos complejos hacen referencia a la influencia mutua entre las distintas partes a nivel interno (Dell, 2002). Por ejemplo, una PE golpea a otra. Una PAN trata de cuidar de las partes asociadas a los niños internos aterrados. Otra PE hace con frecuencia comentarios groseros sobre la conducta de una PAN. Una PE asociada a un niño pequeño se encierra en el ropero se pone a llorar internamente. Esta vida interior tan activa, y a veces tan elaborada, entre las distintas partes de la personalidad también es bastante habitual en el TDI y suele incluir reescenificaciones atormentadoras de los abusos. Algunas de las partes disociativas que influyen en otras partes, raramente, si es que alguna vez, actúan en el mundo exterior. Para dichas partes, el mundo interior, habitualmente un mundo de desolación y de terror, puede ser tan real como el mundo exterior, o incluso más real (véase el capítulo 8). En unos pocos casos, ello incluye mundos de fantasía ricamente poblados (e.g., “el país de las hadas”) que le permiten al individuo tener un alivio artificial frente a las vici-



situdes cotidianas de la vida como ser humano gravemente traumatizado.

### ***Elaboración***

La elaboración tiene que ver con la complejidad del repertorio de acciones de que dispone una parte disociativa de la personalidad, incluida la memoria, las habilidades y el sentido de la identidad. Se va desarrollando cuando una parte disociativa se ve expuesta con regularidad a la realidad externa o a una rica realidad interior. Las reiteradas interrelaciones de las partes disociativas con otras personas o bien entre ellas mismas, amplían su historia vital y su repertorio de acciones mentales, ya sea que tengan lugar dentro del contexto de la vida cotidiana o de la traumatización. De este modo, dichas interrelaciones elaboran su existencia. Algunos intercambios son benignos o incluso útiles, pero otros contactos suscitan miedo, asco o vergüenza.

La elaboración del sentido de la identidad como, por ejemplo, nombres, edades y demás rasgos identificatorios, son mucho menos importantes que la ausencia de consciencia que es la causante principal de la elaboración. Janet les llama a estas elaboraciones, junto con el consiguiente grado de emancipación, *creencias sustitutivas*, que acontecen cuando no se puede integrar una situación. La forma que adopta la creencia sustitutiva (e.g., “Soy un niño; soy un animal; soy sordo; soy un demonio; soy mi padre”) es lo de menos:

No debemos concederle demasiada importancia a todas estas substituciones. Debemos ver por debajo de las mismas los desconocimientos [*non-realizations*] que constituyen la esencia de la enfermedad y que suelen estar más o menos disimulados. Es de estos desconocimientos, y de su importancia psicológica, de lo que depende la mayoría de las veces la gravedad de la enfermedad (1945, p. 187).

Braun (1986) sugiere un continuum de elaboración. En uno de los extremos tendríamos una PE muy limitada que contiene un pequeño aspecto de una experiencia traumática (al que el autor se refiere

como “fragmento de huella mnémica”), y en el otro extremo PEs mucho más complejas. Braun define la PE muy limitada como “un fragmento que dispone únicamente de un mínimo de pautas de respuesta a los estímulos, historia vital y gama de emociones/afectos, pero tiene conocimiento de un breve período de tiempo” (p. xiii). Algunas de estas PEs tienen un propósito muy específico durante la traumatización. Por ejemplo, la función de una PE en una paciente con un TDI era solamente la de realizar una felación; ello era en respuesta al hecho de que hubiera sido azotada y obligada a hacerle una felación a su hermano con destino a la pornografía infantil. Otra llamada Melody expresaba los pensamientos de otras partes a través de la música. Cada PE vivencia el suceso traumático desde su propia perspectiva, dependiendo del canal perceptivo y del centro de atención de los sistemas de acción por los que están mediatizadas.

La elaboración también puede estar determinada por las influencias socioculturales, como en el caso de las PEs modeladas sobre la base de personajes del mundo de la televisión o del cine. Un paciente tenía un grupo elaborado de PEs, la totalidad de las cuales se basaban en personajes de *La guerra de las galaxias*. “Mr. Spock” hacía las veces de PAN, a la manera de un consumado intelectual, pero falto de emociones. Pero no existe absolutamente ninguna evidencencia de que los trastornos disociativos estén en sí mismos *provocados* por la representación de papeles sociales (Gleaves, 1996).

### ***Mezclas de PAN y PE***

Puede haber mezclas complejas de PAN y PE en pacientes muy fragmentados. Los niños que han sido maltratados y abandonados por sus cuidadores en la niñez temprana, con los malos tratos formando parte esencial del día a día, probablemente tendrán especial dificultad en desarrollar los sistemas normales asociados a la vida cotidiana. Esta suele ser una experiencia habitual en el caso de los pacientes con un TDI. Estos niños deben alternar tan rápida y frecuentemente entre los incipientes sistemas de acción responsables de la defensa y de la vida cotidiana que dichos sistemas, y por tanto sus

PEs y PANs, pueden aparecer mezclados bajo la forma de unas manifestaciones totalmente caóticas.

En pacientes con un TDI y un funcionamiento muy bajo, muchas PANs y PEs pueden parecer prácticamente indistinguibles unas de otras. Ahora bien, contempladas más de cerca, algunas partes disociativas –“pro-PAN”– parecen estar más orientadas al funcionamiento en la vida cotidiana, mientras que otras partes –“pro-PE”– parecen estar más orientadas a la defensa. Estos pacientes son los más difíciles de tratar porque su nivel mental es excepcionalmente bajo, y los sistemas defensivos actúan constantemente en la vida normal, lo que desemboca en paranoias, agresiones, hiperreactividad a las fluctuaciones relacionales, e incapacidad general de emprender actividades vitales normales. Generalmente suelen tener *flashbacks* crónicos y debilitadores, que son fácil y frecuentemente reactivados por estímulos condicionados (véase el capítulo 10). A los pacientes de tales características, la vida cotidiana misma les desborda:

La parte disociativa principal de una paciente, Etty, que padecía un TDI estaba gravemente traumatizada y podía funcionar a un nivel muy bajo únicamente con mucho esfuerzo y mucho sufrimiento. Aunque estaba mediatizada por diversos sistemas de acción importantes de la vida cotidiana, esta parte también guardaba muchos recuerdos traumáticos relacionados con el enorme maltrato verbal por parte de su madre. Otras PEs incluían otros tipos de traumas graves.

Cuando los sucesos traumáticos invaden crónicamente la vida cotidiana de una niño, las PEs pueden asumir determinados sistemas de acción que normalmente formarían parte de la vida cotidiana, pero que en lugar de ello se convierten en un componente esencial del trauma. El ejemplo más común es el del sistema de acción responsable de la sexualidad. Si bien este sistema de acción corresponde habitualmente a la PAN como parte de la vida normal, puede quedar asociado a PEs obligadas a lidiar con los abusos sexuales. Por ejemplo, los agresores pueden estimular a los adolescentes hasta hacerles llegar al orgasmo. O estimular el incipiente sistema de acción de la sexualidad de un niño más pequeño de forma tan frecuente y tan inten-

sa que dicho sistema se desarrolle prematuramente dentro del marco de los abusos. Algunas PEs se desarrollan como una defensa para no tomar conciencia de los abusos sexuales. Por ejemplo, unas insisten en que “sedujeron” al agresor, y por ello controlaban la situación y no les hicieron daño, lo que implica una activación del sistema responsable de la sexualidad. Otras creen que son homosexuales, aunque la PAN insista en ser heterosexual, o bien que son del sexo contrario a otras partes de la personalidad. Cuando el niño madura, tales PEs pueden provocar *acting-outs* sexuales y generar una considerable confusión respecto de la identidad sexual o el sexo biológico. Dichas PEs pueden desempeñar un papel prominente en la forma como el paciente aborda su sexualidad a lo largo de todo su desarrollo.

### ***Tipos de PANs y PEs***

En la bibliografía especializada sobre el TDI, se han descrito diversos tipos de partes disociativas de la personalidad (que no necesariamente se excluyen mutuamente) (e.g., Boon & Van der Hart, 1995; Kluft, 1984, 1996a; Putnam, 1989; Ross, 1997). Estas incluyen (1) partes invitadas; (2) partes infantiles; (3) partes protectoras y auxiliares; (4) autoprotectores internos; (5) partes persecutorias, basadas en introyecciones de los agresores; (6) partes suicidas; (7) partes del sexo opuesto; (8) partes promiscuas; (9) administradores y partes obsesivo-compulsivas; (10) partes que abusan de sustancias; (11) partes autistas y discapacitadas; (12) partes con talentos o habilidades especiales; (13) partes anestésicas o analgésicas; (14) imitadores e impostores; (15) demonios y espíritus; (16) animales y objetos tales como árboles; y (17) partes pertenecientes a una raza diferente. Algunos de estos tipos de partes, tales como las partes infantiles, persecutorias y suicidas, son bastantes comunes, en tanto que otras no. Todas estas partes pueden interpretarse como PANs o PEs más o menos elaboradas, cuyas características vienen definidas por el sistema (o los sistemas) de acción que mediatiza su funcionamiento y que incluye determinadas defensas psicológicas en particular.

### ***La “personalidad invitada”***

La bibliografía especializada sobre el TDI suele mencionar la existencia del llamado “invitado”, la PAN que sale “fuera” o está al cargo del control ejecutivo la mayor parte del tiempo (Braun, 1986; Kluft, 1984a; Putnam, 1989). También se suele hacer generalmente referencia a la misma como la personalidad “original”. Pero en la disociación estructural terciaria no existe tal personalidad original, ni el invitado es una parte no disociativa de la personalidad. En su lugar, la personalidad aparece dividida en dos o más partes disociativas, una o más de las cuales puede considerarse como el “invitado”. Nosotros preferimos hablar de *PAN*, porque el invitado tiene la función de vivir la vida diaria normal y no tiene conciencia, o no de forma plena, de la traumatización. Algunos pacientes con un TDI pueden tener varias partes disociativas que ocupan posiciones claves en la vida cotidiana, y a las que por tanto podemos llamar “invitadas”, si bien puede que no ejerzan el control ejecutivo con más frecuencia que otras.

En el caso de algunos pacientes, varias partes disociativas pueden contribuir a conformar una “fachada” social que trata de ocultar los muchos déficits y la evidencia manifiesta del TDI (Kluft, 1985). Lena tenía PANs como estas, todas las cuales incluían variaciones ligeramente diferentes del mismo nombre y funcionaban como un equipo para impedir que los demás fueran conscientes de la profunda disociación existente. En otros casos, el “invitado” puede ser una PAN con rasgos de PE(s), derivada del abandono emocional y el maltrato temprano y prolongado que imposibilitó la formación de partes que incluyeran únicamente sistemas de acción de la vida cotidiana, y que por tanto no estuvieran “contaminadas” por los sistemas de acción responsables de la defensa.

La mayoría de las veces, el “invitado” cuenta con cierto reconocimiento de otras partes de la personalidad, si bien puede haber un mayor o menor grado de amnesia. Pero a veces el “invitado” no sabe de la existencia de otras partes disociativas y se dedica a perder el tiempo mientras otras ejercen el control ejecutivo (Putnam, Guroff,

Silberman, Barban & Post, 1986). Como señala C.R. Stern (1984), suele ser más frecuente el caso de que el “invitado” niegue activamente (inconsciencia activa) la evidencia de la existencia de otras partes disociativas de la personalidad, en lugar de que las partes disociativas se “escondan” del invitado. Este desconocimiento [*nonrealization*] puede ser tan grave que, al verse enfrentado a la evidencia de la existencia de otras partes disociativas de la personalidad, el invitado “huya” del tratamiento.

### ***Las partes infantiles de la personalidad***

Además de las partes persecutorias, las partes infantiles son probablemente las PEs más habituales que aparecen en los casos de maltrato y desamparo infantil crónico, tanto en la disociación secundaria como en la terciaria. Se trata de PEs que suelen ser temerosas y desconfiadas, y muchas de ellas se muestran también pegajosas y carenciadas. Estas últimas se basan en el subsistema defensivo responsable del llanto de apego, junto con una dependencia desadaptativa y un estilo de vinculación inseguro (Steele, Van der Hart & Nijenhuis, 2001). El centro de atención de las PEs “infantiles” se limita generalmente a las señales de amenaza o apego, por lo que el terapeuta puede percibirse como un posible agresor, pero también como un posible consuelo. Habitualmente, las PEs “infantiles” están fijadas al período de la traumatización y son más numerosas que la PANs. La inconsciencia puede ser tan grave y generalizada que se sientan literalmente como auténticos niños. Las partes infantiles pueden idealizar al agresor, demostrando con ello una inconsciencia extrema respecto de su historia real. A veces niegan tener los mismos padres que otras partes de la personalidad. Suelen carecer del juicio o las habilidades necesarias para afrontar las situaciones de la vida cotidiana.

Otras partes infantiles de la personalidad pueden ser en realidad PANs, mediatizadas por sistemas de acción como el juego, la exploración o la vinculación, y que han quedado fijadas al desarrollo temprano de dichos sistemas. Estos sistemas de acción llevarían normalmente al individuo a crecer y desarrollarse mental y físicamente. Sin

embargo, algunas de las PANs de las víctimas de una traumatización infantil crónica pueden no haber vivido ningún crecimiento mental, sino más bien haber quedado fijadas en el tiempo y en el desarrollo en mayor o menor grado, desde el momento en que la vida cotidiana comenzó a incluir cada vez más desamparo y más malos tratos. Estas PANs incluyen la ilusión consoladora y evasiva de que la vida no traigo consigo realidades cada vez más crudas, y que todo está bien. En razón de ello, puede que sólo quieran jugar o que sean sociables hasta la ingenuidad:

Frances tenía una parte llamada “Play” a la que le encantaban los juegos, parloteaba sin cesar con una excitación infantil y aborrecía que otras partes tuvieran que trabajar, lo que le parecía aburrido. “Play” era incapaz de reconocer que habían abusado de ella, y si alguna vez se mencionaba el tema, se limitaba a intensificar su locuacidad a propósito de cosas divertidas. Era totalmente evidente que Frances presentaba un alto grado de inconsciencia, y que la función que cumplía el juego no era únicamente una forma de aislarse en un sistema de acción, sino que también se había convertido en una defensa psicológica para no tomar conciencia de su traumatización.

A veces, las partes que “juegan” pueden constituir ya no solamente el sistema de acción responsable del juego, sino también la reescenificación de los abusos sexuales, que les fueron presentados por el agresor como “jugar a ciertos juegos”:

Lilly tenía una PE infantil que sólo quería jugar en terapia. Sus rígidas acciones y tendencias de acción tenían una doble función. En primer lugar, era su forma de sacarle algún placer a la vida. La paciente había sido gravemente desatendida de niña, incluso durante el transcurso de una larga hospitalización de pequeña. Un enfermero la sacaba de la cama para jugar. Este juego había sido inicialmente placentero y benigno desde la perspectiva de Lilly, pero finalmente derivó en un abuso sexual. El segundo propósito de la PE, y el más oculto, era el de mantener al enfermero interesado en el juego real, con objeto de impedirle pasar al plano sexual. Esta era la misma pauta que volvía a representar con el terapeuta (masculino).

### ***Las partes protectoras***

Existen dos tipos relacionados de PEs que tratan de “proteger”, aunque con frecuencia de formas extremadamente autodestructivas: las partes disociativas atacantes y las partes disociativas persecutorias de la personalidad. Un tercer tipo es más directamente útil y ayuda al individuo de una forma más madura y funcional a adaptarse a la vida cotidiana, a menudo con una buena dosis de capacidad de observación. Sin embargo, habitualmente no suele haber marcado gran parte de la vida del paciente.

Los dos primeros tipos son ambos de naturaleza defensiva, están fijados al subsistema defensivo del “ataque” protector, y pretenden regular las difíciles emociones de la rabia y la agresividad y evitar sentirse heridos, o sentir miedo o vergüenza (Van der Hart *et al.*, 1998). Dentro de su sistema de acción específico, la atención de tales PEs se limita a todo aquello que contemplen como una amenaza. Pero suelen ser incapaces de diferenciar lo que es amenazante y lo que no lo es. Su condicionamiento es tan generalizado que son incontables los estímulos que suscitan una reacción defensiva rígida. El contacto con el terapeuta activará estas PEs, porque están condicionadas a evitar el apego, la dependencia y las necesidades afectivas (Steele *et al.*, 2001).

Las PEs atacantes forman parte del subsistema defensivo responsable del ataque y tienen la función explícita de proteger a la víctima traumatizada, tanto internamente como ante la percepción de una amenaza externa. Sostienen unas creencias sustitutivas defensivas, tales como la idea de que son fuertes, están ilesos y son capaces de emprender actos decididos de rabia y de venganza. A menudo estas partes de la personalidad se ven a sí mismas como un niño o un adolescente “duro”, o bien como un hombre grande y fuerte, y se presentan en terapia con baladronadas: “No necesito nada de usted, ni ellos (otras partes) tampoco lo necesitan. ¡Así que mejor déjelos solos!”.

Las PEs persecutorias tienden a vivirse y presentarse como los agresores originales implicados en los hechos traumáticos originales.



Esta inconsciencia puede alcanzar proporciones delirantes, pero no es más que otra modalidad de creencia sustitutiva. Las PEs persecutorias suelen estar más dirigidas al interior, y responder ya no sólo a la percepción de la amenaza externa sino también interna (e.g., el llanto de una PE fijada a unos recuerdos traumáticos). A falta de la capacidad de mentalizar a los agresores, de crear representaciones simbólicas, los niños pueden optar por “meter dentro”, introyectar el objeto “malo” de los agresores. Así, en calidad de PEs dicen *ser* el maltratador, y no el maltratado, y sienten y actúan como un agresor en diferentes grados. En este sentido, tales PEs suelen ser incapaces de distinguir la realidad interna de la realidad externa. Muchas personas traumatizadas son atormentadas por estos agresores internos como si los malos tratos prosiguieran. Las PEs persecutorias también pueden escenificar representaciones de la experiencia traumática desde la percepción que tiene el niño del punto de vista del agresor (e.g., “Actuaré y pensaré de la forma como veía a mi padre actuar y pensar”) (cf., Ross, 1997). H.L. Schwartz refiere un ejemplo:

Cuando me estaban follando, me convertí en ellos y me dejó de doler. Y me sentí bien de ser yo el que me hacía daño, de ser yo el responsable de todo aquello, en lugar de ellos. Ahora, a pesar de que sé que soy yo y de que todo esto que digo no es real, no puedo encontrar la forma de volver a aquel niño al que le hicieron tanto daño. Ni tan siquiera siento pena de él (2000, p. 41).

En este caso, existe alguna consciencia de que la víctima no es realmente el agresor, sino que fue él quien recibió el daño. Pero la consciencia plena no puede tener lugar (“no puedo encontrar la forma de volver a aquel niño al que le hicieron tanto daño”). Al igual que sus agresores reales, estas PEs no tienen las habilidades de regulación necesarias para controlar la agresividad y la rabia, ni el dolor, la vergüenza, las carencias y el miedo que subyacen a buena parte de su hostilidad. Durante el transcurso del tratamiento, tienen que aprender formas alternativas de afrontar la rabia y las emociones intensas.

Tanto las PEs atacantes como las persecutorias pueden irrumpir violentamente en la PAN con acciones autodestructivas tales como

cortarse o mutilarse, y dominar la conciencia. Pueden provocar *acting-outs* en la relación con el terapeuta u otras personas en la vida del paciente, al tiempo que la PAN se muestra amnésica en relación con tales episodios, o bien tiene conocimiento de ello pero ningún control conductual.

Otros protectores están mediatizados por el sistema de acción responsable de los cuidados [*caretaking*], o bien son más sencillamente la elaboración de una parte observadora peritraumática. Las partes cuidadoras se interesan más activamente por regular el sistema de las partes disociativas de la personalidad, aunque su capacidad puede estar más o menos limitada. Si bien estas partes están mediatizadas principalmente por el sistema responsable de los cuidados, habitualmente suelen mostrar una falta de conocimiento respecto del cuidado de sí mismos, y se agotan fácilmente. Su conocimiento se limita a las necesidades internas o externas de los demás, y por ello tienen poca capacidad de jugar, explorar o relacionarse. Es esencial que el terapeuta no confíe excesivamente en tales partes disociativas, dado que ello no haría más que reforzar la limitación del campo de conciencia a los cuidados, en detrimento de otros sistemas de acción.

### **Orígenes de la disociación estructural secundaria y terciaria**

La disociación estructural más compleja y crónica (i.e., la disociación estructural secundaria y la disociación estructural terciaria) viene generada por la traumatización temprana, grave y crónica. Teóricamente, los distintos niveles de disociación estructural de la personalidad estarían asociados a una interrelación compleja entre (1) el nivel de desarrollo y el correspondiente nivel mental del individuo; (2) la gravedad y la duración de la traumatización; (3) los factores genéticos que favorecen la vulnerabilidad o la resiliencia; (4) el grado de apoyo social, incluidas las relaciones de apego; (5) la alteración de la integración normal de los sistemas de acción del niño, que requiere la presencia de una relación de apego seguro; (6) y la interrupción

o la regresión del desarrollo infantil del repertorio de habilidades mentales y conductuales para afrontar adaptativamente y con flexibilidad las vicisitudes de la vida cotidiana, las relaciones y demás estresores.

***El desarrollo de la personalidad en los niños pequeños y la inmadurez de las estructuras cerebrales responsables de la integración***

La personalidad del niño pequeño está relativamente no integrada y las estructuras integradoras del cerebro todavía están inmaduras (Perry & Pollard, 1998; Teicher, Anderson, Polcari, Anderson & Navalta, 2002). La calidad de los primeros años de vida, particularmente del apego seguro, contribuye materialmente a sentar las bases de una organización de la personalidad que guarde cierta unidad a través de distintos contextos, tales como sistemas de acción, lugar, tiempo y sentido de la identidad. Por lo que se refiere a la disociación estructural primaria, hemos dado por supuesto que antes de la traumatización la personalidad era un sistema mental relativamente integrado. Pero este no suele ser el caso de los niños pequeños.

Hipotetizamos que es probable que la disociación estructural secundaria se derive de la intersección de una serie de factores, tales como la edad, el grado y la severidad de la traumatización, la falta de apoyo social, la relación con el agresor, la tendencia a evitar los recuerdos traumáticos, y los posibles factores genéticos (Becker-Blease *et al.*, 2004). Cuando mayor sea el niño antes de los abusos y del abandono emocional, más probable será que los sistemas de acción de la vida cotidiana hayan quedado más unificados, y por tanto será menos probable que se desarrolle más de una única PAN. Es mucho más probable que la disociación terciaria se desarrolle dentro del contexto de una traumatización infantil más temprana (antes de los 8 años) que forme parte ininterrumpidamente de la vida cotidiana, de manera que la PAN también queda estructuralmente disociada.

***Intensidad, duración, reiteración de la traumatización, y nivel evolutivo***

Janet (1909a) sostiene que “[los traumas] tienen unos efectos desintegradores proporcionales a su intensidad, duración y repetición” (p. 1558). Al igual que Janet (1909a), Ferenczi señala que la traumatización grave y crónica durante la niñez genera una división más compleja de la personalidad:

Si los *shocks* [i.e., los sucesos traumáticos] aumentan en número durante el desarrollo del niño, el número y los diversos tipos de divisiones de la personalidad aumentan también, y al poco resulta extremadamente difícil mantener un contacto sin confundirse con todos los fragmentos, cada uno de los cuales se comporta como una personalidad separada, que ni tan siquiera sabe de la existencia de las demás (1949, p. 229).

Si bien Ferenczi exagera la falta de conocimiento consciente mutuo entre las distintas partes disociativas de la personalidad, sus observaciones clínicas indican que el inicio temprano y el número de experiencias altamente estresantes constituyen factores de primer orden en relación con la generación de una disociación estructural compleja. Diversos estudios con pacientes gravemente traumatizados (Chu & Dill, 1990; Draijer & Boon, 1993; Nijenhuis, 2004; Nijenhuis, Spinhoven, Van Dyck, Van der Hart & Vanderlinden, 1998b; Ogawa *et al.*, 1997; Saxe *et al.*, 1993) y con pacientes que acuden a los servicios médicos (Nijenhuis, Van Dyck *et al.*, 1999), ofrecen pruebas en favor de que la disociación grave y crónica se relaciona con la traumatización temprana y persistente. Adicionalmente, se ha hipotetizado que los niños más pequeños son particularmente propensos a la disociación peritraumática y demás psicopatologías relacionadas con la traumatización (e.g., Kluft, 1991; Putnam, 1989, 1997). Así pues, la traumatización grave en la niñez temprana tendería a asociarse a formas más graves de disociación, a las que nos referimos como disociación estructural secundaria y terciaria de la personalidad.

Los efectos nocivos y crónicos del abandono emocional y los malos tratos han sido ampliamente documentados (Cohen, Perel, De Bellis, Friedman & Putnam, 2002) e incluyen evidencias de una disociación estructural. Así, la gravedad de los síntomas disociativos estaría asociada a los abusos sexuales y físicos, el abandono, además de la gravedad y la cronicidad de estos malos tratos, y las alteraciones de la madre [la disfunción materna] (Draijer & Langeland, 1999; Macfie, Cicchetti & Toth, 2001a, 2001b).

### ***El apego desorganizado en los niños crónicamente traumatizados***

Las alteraciones graves en el desarrollo temprano de los estilos de vinculación entre los niños y sus cuidadores parecen ser precursores de la patología disociativa, incluidas las formas más complejas de disociación estructural de la personalidad. Si bien el sistema responsable de la vinculación es solamente uno de los sistemas de acción que motivan las tendencias de acción del ser humano, es de hecho el *sine qua non* que promueve el desarrollo y la unidad de los demás sistemas de acción. En particular, regula las reacciones de amenaza que podrían interferir en la consolidación de los sistemas de acción responsables de la vida cotidiana. Según Lyons-Ruth:

la calidad de la regulación del miedo que brindan las relaciones de apego es fundamental para que la incipiente libertad del niño pueda desviar la atención de las cuestiones relacionadas con la amenaza y la seguridad para dirigirla a otros logros evolutivos, tales como la exploración, el aprendizaje y el juego [sistemas de acción responsables de la vida cotidiana] (2003, p. 885).

Así pues, las redes neurales relacionadas con los sistemas de la vida cotidiana se vuelven cada vez más complejas e interrelacionadas en virtud del uso constante y consistente, lo que desemboca en una personalidad más coherente y un individuo bien adaptado a vivir con otras personas.

Pero, ¿qué sucede cuando los cuidadores manifiestan una actitud temerosa, hostil o desvalida hacia sus hijos? Cuando tal conducta

constituye la norma, se desarrolla un determinado estilo de apego en el infante (i.e., el apego desorganizado/desorientado o apego D; Howell, 2005; Liotti, 1992, 1995, 1999a, 1999b; Lyons-Ruth, Yellin, Melnick & Atwood, 2003, 2005; Main & Morgan, 1996; Schuegel, Bakermans-Kranenburg & Van IJzendoorn, 1999). El apego D describe el estilo relacional caracterizado por unas reacciones inusuales de aproximación-evitación del infante hacia el cuidador que debería ser la fuente de protección y de seguridad, pero que también es simultáneamente fuente de miedo y amenaza. La investigación prospectiva longitudinal ha demostrado que incluso al margen de los malos tratos y el abandono infantil graves, los padres con un estilo de relación que induce el apego D en el niño predicen altamente la sintomatología disociativa en diversas fases del desarrollo hasta la adolescencia o la adultez joven (E.A. Carlson, 1998; Lyons-Ruth, 2003; Lyons-Ruth, Yellin, Melnick & Atwood, 2003, 2005; Ogawa *et al.*, 1997). Aunque tal conducta por parte de los padres no se pueda considerar objetivamente abusiva, lo cierto es que desborda la eficiencia mental del niño, y esta es la razón de que pueda ser traumática.

Según Liotti (1992, 1999a), las conductas contradictorias características del apego D del infante, indicarían la existencia de múltiples e incompatibles “modelos internos de referencia” respecto de sí mismo y de la figura de apego, lo que supone un defecto de integración a nivel de memoria, afecto, cognición e identidad. De hecho, Liotti (1999a) afirma que estos modelos de referencia se disocian unos de otros porque el niño no dispone de “ninguna forma organizada de interpretar [*construing*] semejante situación” (p. 304). En el lenguaje utilizado en este libro, estos modelos internos de referencia estarían representados por las partes disociativas de la personalidad.

El sistema innato de apego de los niños pequeños activa la aproximación mental y conductual desde el momento en que son separados de su cuidador. Pero cuando un niño se aproxima a una figura de apego que también desatiende gravemente, maltrata o provoca miedo por alguna otra razón, se produce una sensación cada vez mayor de amenaza, lo que a su vez activa los subsistemas defensivos (huida, paralización, lucha, sumisión y derrumbe total). En nuestra opinión,

el apego desorganizado en realidad no está totalmente desorganizado. El conflicto, que el niño no puede resolver, entre aproximación y evitación favorece la disociación estructural entre las distintas tendencias de acción activadas por el apego inseguro y el sistema defensivo movilizado ante la percepción de la amenaza. En sí mismas, cada una de las partes de la personalidad está perfectamente organizada en torno a unas tendencias de acción muy específicas pero limitadas, restringidas a la defensa frente a la amenaza y a determinados estilos de apego inseguro en particular. A veces, la alternancia o la irrupción de tales partes conflictivas no está voluntaria ni conscientemente coordinada, y ella es la razón de que la conducta parezca desorganizada y desorientada. Otra forma de decirlo sería que los sistemas responsables de la vinculación y la defensa estarían organizados en distintas partes de la personalidad, pero no existe una cohesión entre las partes.

En el caso de la traumatización infantil crónica, el sistema defensivo contenido en las PEs no tiene lugar en un vacío relacional, sino dentro del contexto de una relación primaria y necesaria. Así, el apego puede manifestarse bajo la forma de diferentes estilos inseguros e incluso seguros a lo largo de las distintas partes disociativas de la personalidad. Hemos observado que algunas PANs pueden desarrollar vínculos muy seguros, mientras que otras partes de la personalidad continúan teniendo unos estilos totalmente inseguros, en consonancia con la bibliografía clínica especializada que afirma que un mismo individuo puede tener un vínculo seguro con una persona, pero un estilo inseguro con otras (Main, 1995). Si bien las PEs parecen estar centradas predominantemente en la defensa, es muy probable que la mayoría o *todas* las partes de la personalidad desarrollen estilos de vinculación subyacentes, si no manifiestos. Las PEs estarían, pues, configuradas ya no sólo por la defensa sino también por las tendencias de acción asociadas al apego inseguro, que serían compatibles con la defensa; por ejemplo, el llanto de apego y la búsqueda desesperada (insegura) de apego; el ataque y el apego resistente que incluye la agresividad crónica y el dolor ante la separación (Hesse, 1999); o la huida y el apego evitativo, que implica escaso o ningún contacto

con los demás (Hesse, 1999). Las tendencias vinculares de las PEs asociadas al trauma relacional permiten distinguirlas de las PEs formadas fuera del contexto de la relación; por ejemplo, las desarrolladas a raíz de un desastre natural. Mientras que las primeras manifiestan un apego inseguro junto con determinadas estrategias defensivas, las segundas podrían estar centradas enteramente en la defensa.

La observación atenta de las secuencias y repeticiones de las alternancias entre las partes disociativas, y de determinadas conductas relacionadas con estilos de vinculación específicos puede poner de relieve la organización subyacente de un estilo de vinculación variable que también suele guardar una correlación con las tendencias de acción defensivas. Por ejemplo, una PE atacante que se resiste al apego puede seguir regularmente a una PE carenciada y que busca apearse desesperadamente, con el fin de protegerla; o bien una PE huidiza puede evitar el apego desde el momento en que la PAN, que establece vínculos más seguros, intenta ahondar en una relación.

### ***Repertorio inadecuado de habilidades mentales y conductuales***

Las personas que crecen con los malos tratos y el abandono emocional crónicos suelen tener deficiencias profundas en la capacidad de regular el afecto, la fisiología, el sentido de la identidad y demás aspectos del funcionamiento que requieren una modulación, una coordinación y una cohesión regulares (Siegel, 1999; Solomon & Siegel, 2003; Van der Kolk, McFarlane & Van der Hart, 1996; Van der Kolk, Pelcovitz, Roth, Mandel, McFarlane & Herman, 1996). Carecen de habilidades tales como el conocimiento consciente [*mindful awareness*], el contacto con otras personas, la regulación afectiva, la tolerancia al estrés emocional, la capacidad de diferenciar entre la realidad interna y la realidad externa, la tolerancia a la soledad, la capacidad de tranquilizarse a sí mismo, la regulación del autodesprecio y demás emociones asociadas a la autoobservación [*self-conscious*] o emociones sociales (e.g., vergüenza, culpa, turbación y humillación), la capacidad de reflexionar en lugar de limitarse a reaccionar, y la capacidad de mentalizar, de imaginarse qué pueden pensar o sentir



los demás, y que dichos pensamientos y sentimientos pueden ser diferentes de los propios (Fonagy & Target, 1997; Gold, 2000; Linehan, 1993; McCann & Pearlman, 1990; Van der Kolk, Pelcovitz *et al.*, 1996). Además, las víctimas traumatizadas tienen dificultades asociadas a la desregulación fisiológica, y a problemas elementales de hipoactivación e hiperactivación fisiológica (Ogden & Minton, 2000; Ogden, Minton & Pain, 2006; B.D. Perry, 1999; Van der Kolk, 1994).

El apego seguro en los primeros años de vida constituye la base de las habilidades de autorregulación (Cassidy, 1994; Fosha, 2001; Schore, 2002; Siegel, 1999). Al parecer, los cuidadores primarios proveen de funciones reguladoras al sistema neural inmaduro del infante (Polan & Hofer, 1999). La pérdida del apego materno (de la proximidad con la madre) (Bowlby, 1969/1982), y la pérdida de las funciones reguladoras (fisiológicas) brindadas por el cuidador a los diversos sistemas neurales en vías de desarrollo del infante, inducen una reacción de separación que estaría mediatizada por el pánico (Polan & Hofer, 1999). Cuando el pánico se activa de forma regular, se convierte en un factor desorganizador en el desarrollo de la personalidad del niño pequeño. La ausencia crónica de regulación externa, junto con la experiencia de acontecimientos abrumadores y el miedo inducido por la amenaza, dejan al niño vulnerable a las emociones violentas sin la ayuda necesaria para regularlas y procesarlas (Van der Kolk, 2003).

## Resumen

La disociación terciaria constituye el nivel más complejo de disociación estructural, y es característica de muchos de los casos de trastorno disociativo de la identidad (TDI). Si bien el DSM-IV afirma que las “identidades disociativas” son bastante elaboradas y autónomas, incluso los casos más complejos de TDI incluyen algunas PEs bastante limitadas, similares a las PEs habitualmente más rudimentarias de la disociación estructural primaria y secundaria. En la disociación estructural terciaria, cada PAN queda restringida a las funciones y

necesidades de su sistema (o sistemas) de acción en particular, razón por la cual es difícil alcanzar una continuidad y una cohesión en la vida cotidiana. En los niños pequeños crónicamente traumatizados cuya personalidad jamás ha llegado a integrarse, las PANs pueden ser la manifestación de la disociación de los sistemas de acción relacionados con la vida cotidiana. Los pacientes con un TDI pueden seguir desarrollando PANs adicionales dado que la vida cotidiana puede desbordarles debido a la presencia de un entorno difícil, al caos interior derivado de los conflictos entre las distintas partes disociativas, a la reactivación crónica de los recuerdos traumáticos, y al bajo nivel mental. Cuanto más compleja sea la disociación estructural, más probable será que una o varias partes de la personalidad se emancipen y actúen de forma autónoma.



# 5

## Síntomas relacionados con la traumatización a la luz de la disociación estructural

---

*La evidencia de la fragmentación puede parecer máxima en el caso de aquellas disociaciones menores que derivan en discapacidades tales como la anestesia de un miembro. Pero cuando en tales casos hallamos indicios de una conciencia secundaria, nos parece encontrarnos ya no ante un mero agregado de sensaciones, cuanto ante un agente intencionado pensante, un yo...*

—William McDougall (1926, p. 543)

La mayoría de las víctimas de experiencias traumáticas presentan una plétora de síntomas. Incluso los pacientes con un TEPT [trastorno por estrés postraumático] de tipo “simple” suelen tener síntomas que van más allá de la conocida tríada postraumática de entumecimiento/evitación, reviviscencia e hiperactivación fisiológica (Kessler *et al.*, 1995). Algunos autores prominentes en el ámbito del trauma han propuesto que la multitud de síntomas de los pacientes traumatizados no implica unos diagnósticos comórbidos, sino que sería el reflejo de la amplia gama de complejos efectos somáticos, cognitivos, afectivos y conductuales del trauma psicológico (e.g., Van der Kolk,

McFarlane & Van der Hart, 1996; Van der Kolk, Pelcovitz *et al.* 1996; Van der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday & Spinazzola, 2005). Es más probable que exista un espectro de trastornos de origen traumático que derive en una sintomatología cada vez más compleja y elaborada (Bremner, Vermetten, Southwick, Krystal & Charney, 1998; Moreau & Zisook, 2002).

Han sido escasos los progresos en el ámbito del desarrollo de una teoría que permita explicar los elementos comunes de los diversos síntomas relacionados con las experiencias traumáticas. La falta de claridad teórica respecto de los efectos de la traumatización hace que sea difícil elaborar una taxonomía diagnóstica coherente.

### **Confusión respecto de los síntomas disociativos**

Actualmente, en el ámbito del trauma la disociación se considera meramente como una disociación de muchos síntomas, más que como una organización subyacente de complejos de síntomas. En razón de ello, son muchos los clínicos que zanján la cuestión de la disociación tachándola de “leve” en algunos pacientes, y puede que no comprendan que otros síntomas, tales como conductas más complejas que incluyen el consumo reiterado de sustancias, la desregulación afectiva o las dificultades crónicas de relación pueden tener una naturaleza disociativa subyacente. A fin de cuentas, uno de los sellos distintivos de la disociación es que algunos de los síntomas no son inmediatamente evidentes y pueden incluso ser ocultados o disimulados intencionadamente ya sea por miedo o por vergüenza (Kluft, 1987b, 1996b; Loewenstein, 1991; Steinberg, 1995).

Existe cierta confusión en la bibliografía clínica especializada respecto de qué síntomas son disociativos y si el término *disociación* tiene el mismo sentido a lo largo de las diferentes categorías diagnósticas (Van der Hart, Nijenhuis, Steele & Brown, 2004). Dicha confusión se debe a tres problemas: (1) la adición al concepto de disociación de síntomas relacionados con alteraciones de la conciencia; (2) la relegación de la disociación estructural de la personalidad exclusiva-

mente a la categoría diagnóstica de trastorno disociativo de la identidad (TDI); y (3) la dificultad en determinar si un síntoma es indicativo de disociación estructural o no. Primero, los síntomas de alteraciones en el nivel y el ámbito de la conciencia se añadieron muy recientemente al concepto de disociación, que originalmente se entendía estrictamente como una división de la personalidad. Por ejemplo, alteraciones de la conciencia tales como el “abstraerse” y el quedarse absorto se consideran disociativas, aunque aparecen de forma casi universal, son perfectamente normales cuando son transitorias y leves, y no suelen implicar una disociación estructural de la personalidad (Steele, Dorahy, Van der Hart & Nijenhuis, en prensa). Esta confusión favorece la falta de consenso respecto de qué síntomas y qué trastornos pertenecen al dominio de la disociación relacionada con la traumatización y qué otros no (cf., Brunet *et al.*, 2001; Cardaña, 1994; R. D. Marshall, Spitzer & Liebowitz, 1999).

El segundo problema es la relegación arbitraria de la disociación como división de la personalidad únicamente a algunos trastornos disociativos, y en particular al TDI. La disociación que aparece en otros trastornos, tales como el TEPT o el trastorno límite de la personalidad, parecen significar algo totalmente diferente en la bibliografía clínica especializada de lo que se afirma a propósito del TDI. El continuum disociativo normal-patológico ya ha sido cuestionado (e.g., Waller, Putnam & Carlson, 1996), pero continúa pendiente la cuestión de llegar a un acuerdo respecto de que todos los síntomas disociativos constituyen manifestaciones de un mayor o menor grado de división estructural de la personalidad.

El tercer problema es que puede ser difícil valorar si un fenómeno es o no una manifestación de una disociación estructural, esto es, un síntoma disociativo, o si es otra cosa. Por ejemplo, los niveles anormales de pérdida de memoria pueden ser una manifestación de demencia, de un tumor cerebral, agotamiento, intoxicación o disociación estructural. De forma similar, un sentido diferente de la identidad puede deberse a una depresión mayor, agotamiento, intoxicación o disociación estructural. La prueba de que los síntomas son manifestaciones de una disociación estructural reside en demostrar

que una parte de la personalidad guarda un recuerdo o tiene vivencias que otra parte no guarda ni tiene.

## Síntomas disociativos

Los síntomas de la disociación propiamente dicha han sido estudiados de forma poco sistemática dentro de la bibliografía clínica especializada actual. Muchos de los modernos debates en torno a los síntomas disociativos, y en particular la bibliografía especializada respecto del TEPT, únicamente hablan de los *síntomas disociativos negativos*, esto es, los relacionados con la pérdida de acciones mentales tales como percepciones, afectos, recuerdos, y la pérdida de funciones mentales tales como la capacidad de concentrar la atención en el presente o la capacidad de controlar la propia conducta. Su contrapartida, los *síntomas disociativos positivos* tales como las intrusiones de recuerdos traumáticos y voces, se mencionan muy raramente, a excepción de unos pocos casos relacionados con pacientes diagnosticados de TDI. Los síntomas disociativos negativos denotan unos fenómenos mentales y físicos que *no* son accesibles a una o más partes de la personalidad, pero sí a otras. Estos síntomas no suponen, pues, pérdidas *absolutas*, dado que una pérdida completa como, por ejemplo, un olvido total, tendría lugar a lo largo de toda la personalidad y no únicamente en determinadas partes de la misma. Por el contrario, en el caso de la amnesia disociativa, una parte de la personalidad no tiene acceso a un recuerdo en particular, mientras que otra parte sí.

Los síntomas disociativos positivos y negativos han sido claramente reconocidos a lo largo de toda la historia de la psiquiatría y la psicología (Janet, 1901/1977, 1907, 1909b; Myers, 1916a, 1916b, 1940), hasta unas pocas décadas atrás, en que comenzaron a reconocerse menos e incluso llegaron a olvidarse (Nijenhuis & Van der Hart, 1999b; Van der Hart & Friedman, 1989; Van der Hart *et al.*, 2000). Janet (1901/1977) señala que los síntomas *negativos* son más persistentes y permanentes en el tiempo. En nuestro lenguaje, esta obser-

vación sería desde la perspectiva de la parte aparentemente normal de la personalidad (PAN), que es la que ejerce el control ejecutivo la mayor parte del tiempo.

Los síntomas *positivos* tienden a ir y venir junto con la irrupción en la PAN de la parte emocional de la personalidad (PE). Pero en los casos más complejos de disociación estructural las PEs también pueden invadirse mutuamente, y en algunos casos de TDI una PAN también puede irrumpir en otra PAN. Una parte disociativa, por ejemplo una PE, puede arrebatárle el pleno control ejecutivo a otra, por ejemplo una PAN. Esto supondría un nivel extremo de síntomas positivos. Así pues, los síntomas positivos pueden describirse en términos generales como fenómenos mentales y físicos o conductuales que invaden o irrumpen en una o más partes de la personalidad, y que representan rasgos o características o de una o más de otras partes de la personalidad. Los síntomas positivos pueden incluir recuerdos accesibles a dichas partes de la personalidad, sus “voces”, intenciones, percepciones, emociones, cogniciones o conductas.

Algunos autores reconocen la naturaleza disociativa de las intrusiones y de las interrupciones del control ejecutivo (e.g., Butler, Duran, Jasiukaitis, Koopman & Spiegel, 1996; Nijenhuis & Van der Hart, 1999a; K.S. Pope & Brown, 1996; Spiegel, 1993; Van der Hart *et al.*, 2000; Van der Kolk & Van der Hart, 1991). El DSM-IV también señala que la reviviscencia del trauma puede tener lugar en un “estado disociativo” (APA, 1994, p. 424) y menciona “episodios de *flashbacks* disociativos” entre los criterios diagnósticos del TEPT (p. 428). Sin embargo, son muchos los autores que no parecen reconocer los síntomas disociativos positivos, tales como las irrupciones de los recuerdos traumáticos (e.g., Harvey & Bryant, 1999a; R.N. Marshall, Spitzer & Liebowitz, 1999; B.D. Perry, 1994, 1999; Schore, 2002).

Si bien los síntomas disociativos pueden considerarse positivos o negativos, también se pueden considerar como síntomas que se manifiestan mentalmente (i.e., *síntomas disociativos psicomorfos*) y bajo la forma de fenómenos que se manifiestan a nivel corporal (i.e., *síntomas disociativos somatomorfos*; Nijenhuis, 2004; Nijenhuis, Spinhoven, Van Dyck, Van der Hart & Vanderlinden, 1996). La diso-



ciación psicomorfa y la disociación somatomorfa son fenómenos altamente correlacionados (Dell, 2002; El-Hage, Darves-Bornoz, Allilaire & Gaillard, 2002; Nijenhuis *et al.*, 1996; Nijenhuis, Van Dyck *et al.*, 1999; Nijenhuis, Van der Hart, Kruger & Steele, 2004; Şar, Kundakci, Kiziltan, Bakim & Bozkurt, 2000; Waller, Ohanian, Meyer, Emerill & Rouse, 2001). Tanto los síntomas disociativos psicomorfos como los somatomorfos constituyen manifestaciones de una disociación estructural, dado que una de las partes de la personalidad puede experimentar los síntomas, mientras que otras partes no.

En resumen, los síntomas disociativos no aparecen descritos con propiedad en la bibliografía clínica especializada actual. Se podría acceder a una explicación más coherente y global de la disociación en el caso de tomar en consideración los síntomas positivos y los negativos, es decir, los síntomas intrusivos y los síntomas que implican pérdidas.

### ***Síntomas disociativos psicomorfos negativos***

La categoría de síntomas disociativos psicomorfos negativos incluye: pérdida de memoria (amnesia), pérdida del afecto (insensibilidad), pérdida de la función crítica y dificultad en pensar detenidamente, pérdida de las necesidades, deseos y fantasías, y pérdida de las habilidades mentales previamente existentes. El estado postraumático de desafección, entumecimiento y evitación suele corresponder a los síntomas disociativos negativos. Este estado también aparece en otros trastornos relacionados con experiencias traumáticas y configura los síntomas de la PAN. Los síntomas disociativos negativos también pueden ser predominantes en determinadas PEs fijadas a la paralización o la sumisión total. Estas partes de la personalidad pueden presentar anestesia emocional (y sensorial), pérdida del pensamiento crítico, pérdida de habilidades y pérdida de la función motriz (un síntoma disociativo somatomorfo del que trataremos más abajo).

***Amnesia disociativa.*** Para que la amnesia pueda considerarse disociativa, debe haber alguna indicación de una disociación estruc-

tural: la información debe ser accesible a una parte de la personalidad, pero no a otra. Cierta evidencia sugiere que la amnesia disociativa es particularmente característica de las víctimas de maltrato y abandono emocional infantil crónico, tal vez incluso más en el caso de los pacientes que fueron maltratados por familiares y cuidadores muy cercanos (Freyd, 1996). Constituye un síntoma de primer orden en los niños y los adultos con un TDI (Boon & Draijer, 1993; Dell, 2002; Hornstein & Putnam, 1992; Steinberg, Cicchetti, Buchanan, Rakfeldt & Rounsaville, 1994), pero también puede caracterizar a los pacientes con un TDNE [trastorno disociativo no especificado, disociación estructural secundaria] (Boon & Draijer, 1993; Coons, 1992), TEPT complejo (Pelcovitz *et al.*, 1997), y TEPT "simple" (Bremner, Steinberg *et al.*, 1993). Algunas personas presentan una amnesia disociativa instantánea después de sus experiencias traumáticas (Van der Hart & Nijenhuis, 2001): en unas aparece después de un breve lapso y en otras el síntoma puede crecer y decrecer, tal vez debido a la alternancia entre las partes amnésicas y no amnésicas de la personalidad.

La amnesia disociativa tiene diferentes grados. Por ejemplo, la persona puede ser incapaz de recordar determinadas partes de un recuerdo, o puede ser consciente de lo que pasó, pero no recordar el episodio con una sensación de pertenencia personal ("Sí pasó, pero no fue a *mi*"). La amnesia disociativa es un trastorno por derecho propio (APA, 1994; Loewenstein, 1996; Van der Hart & Nijenhuis, 2001). El DSM-IV (APA, 1994) clasifica los distintos tipos de amnesia disociativa sobre la base de los trabajos de Janet (1901/1977). Dichas categorías incluyen la amnesia localizada, selectiva, generalizada, continua y sistematizada.

En la *amnesia localizada* la persona no recuerda hechos que sucedieron durante un período circunscrito de tiempo, habitualmente las primeras pocas horas después de un suceso profundamente perturbador (APA, 1994). Después de ser violada a la edad de 19 años, Sandy no podía recordar cómo se había librado de su agresor, ni cómo volvió a casa, aunque recordaba la mayoría de los detalles de la violación. Las amnesias localizadas pueden relacionarse con sucesos de corta duración (e.g., un suceso traumático aislado).

En la *amnesia selectiva*, la persona puede recordar algo pero no la totalidad de los hechos traumáticos sucedidos durante un período circunscrito de tiempo (APA, 1994). No es infrecuente que la víctima recuerde amplias secciones de los sucesos traumáticos, pero sea incapaz de recordar un núcleo patogénico o “punto candente” (Brewin, 2003). Tina recordaba que su tío había abusado de ella a menudo, pero sólo al final de la terapia pudo recordar que le había matado a su mascota para amenazarla si decía algo.

La *amnesia sistematizada* es la pérdida de memoria respecto de determinadas categorías de información, tales como todos los recuerdos relacionados con la propia familia o con una persona en particular (APA, 1994). En la *amnesia generalizada*, la incapacidad de recordar se extiende a la totalidad de la vida de la persona (APA, 1994; Van der Hart & Nijenhuis, 2001). Esta es la versión más divulgada de la amnesia, en la que el sujeto no tiene la menor idea de quién es, de dónde viene, ni ninguna otra característica general de su vida. Este tipo de amnesia es raro. Finalmente, el DSM-IV define la *amnesia continua* como la incapacidad de recordar todos los hechos ulteriores a un período específico abarcando hasta el presente. Esta es una modalidad extremadamente rara de amnesia disociativa que podría estar relacionada con sucesos que desbordaron al individuo (Janet, 1893/1898e, 1901/1977).

Los pacientes con amnesia disociativa pueden no ser conscientes de su amnesia, lo que se conoce como “amnesia respecto de la amnesia” (Culpin, 1931; Janet, 1901/1977; Kluft, 1988; Loewenstein, 1991). Sólo al indagar detenidamente o recuperarse totalmente del trastorno (Nijenhuis, Matthes & Ehling, 2004) pueden empezar a darse cuenta de hasta qué punto habían perdido la memoria. Muchos de nuestros pacientes sólo se percataron de la gravedad de su amnesia retrospectivamente.

***Pérdida de la función crítica.*** El pensamiento crítico requiere el reconocimiento de detalles y matices, habilidad ésta que suele estar dañada en las víctimas de experiencias traumáticas. Las víctimas traumatizadas tienden a tener reacciones y pensamientos más globa-

les que las personas que no han sido objeto de abusos (e.g., Wenninger & Ehlers, 1998). Dichas tendencias se pueden encontrar en una o más partes disociativas de la personalidad. Unas partes disociativas tienen dificultad en pensar racionalmente, de forma lógica y con claridad. Otras pueden tener excelentes facultades críticas en relación con determinadas cuestiones tales como el trabajo, pero son incapaces de aplicar la misma lógica y la misma racionalidad a la hora de abordar otras partes de su personalidad o bien una determinada conducta en particular como, por ejemplo, las autolesiones. Las facultades críticas pueden estar al alcance de determinadas partes de la personalidad tal como, por ejemplo, una parte juiciosa y objetiva (Kraukauer, 2001), pero ser mucho menos accesibles en el caso de otras partes de la personalidad.

***Pérdida de habilidades mentales.*** Los daños cognitivos en los niños traumatizados (Moradi *et al.*, 1999) y los adultos traumatizados (Jenkins, Langlais, Delis & Cohen, 2000; Vasterling, Brailey, Constans & Sutker, 1998) han sido convenientemente detallados, e incluyen problemas de memoria, concentración, atención, planificación y discernimiento. Daños cognitivos manifiestos pueden aparecer hasta en un tercio de los individuos crónicamente traumatizados (e.g., Golier *et al.*, 2002). Si bien estas pérdidas pueden estar eventualmente relacionadas con algún daño cerebral en el caso de los trastornos de origen traumático, generalmente suelen ser independientes del funcionamiento intelectual (Buckley, Blanchard & Neill, 2000; Vasterling *et al.*, 2002).

Las marcadas fluctuaciones en los conocimientos y las habilidades que aparecen en muchos de los niños (Putnam, 1997) y los adultos traumatizados (Boon & Draijer, 1993; Steinberg *et al.*, 1994), y su dificultad en aprender de la experiencia (Putnam, Helmers & Trickett, 1993), suelen estar relacionadas con las oscilaciones o alternancias entre las partes disociativas de la personalidad que ostentan el control ejecutivo. Por ejemplo, muchas PANs, pero no PEs, manifiestan un cierto grado de despersonalización. Este síntoma se asocia con problemas de atención (Guralnik, Schmeidler & Simeon, 2000).

***Pérdida del afecto.*** La desregulación afectiva es una dificultad habitual en las personas con problemas de salud mental, particularmente en las personas traumatizadas (Ford, Courtois, Van der Hart & Nijenhuis, 2005; Van der Kolk, 1996; Van der Kolk, Van der Hart & Marmar, 1996). La desregulación afectiva puede deberse a la oscilación entre las partes de la personalidad que vivencian distintos afectos que no están integrados mutuamente y que en razón de ello permanecen faltos de modulación (Van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2005). La disminución del afecto en los sujetos traumatizados es prominente, y con frecuencia es posible retrotraerla a la disociación estructural. Existe un cierto grado de entumecimiento emocional en el presente, por lo que los pacientes en calidad de PAN se quejan de sentir en dos dimensiones, o como si fueran zombis, o figuras unidimensionales de cartón, o robots. También puede haber una marcada ausencia de emoción respecto de la experiencia traumática (e.g., en la sumisión total).

La disociación entre una PE observadora y sin afecto y una PE vivencial se ha descrito como una forma de despersonalización que sería muy común en personas con distintos tipos de traumatización (e.g., Cardeña & Spiegel, 1993; Carrion & Steiner, 2000; Darves-Bornoz, Degiovanni & Gaillard, 1999; Harvey & Bryant, 1998) y con trastornos importantes relacionados con experiencias traumáticas (Boon & Draijer, 1993; Bremner, Steinberg *et al.*, 1993; Dell, 2002; Harvey & Bryant, 1998; Steinberg *et al.*, 1994).

***Pérdida de las necesidades, deseos y fantasías.*** Para estar entumecidos y despegados, las víctimas traumatizadas en calidad de PAN suelen haber disociado ya no sólo las emociones dolorosas, sino también las necesidades dolorosas tales como el apego, o los deseos tales como la añoranza de unos padres buenos. Muchas de las personas traumatizadas sienten una ambivalencia enorme respecto del apego y de la dependencia. Estas necesidades suelen estar reservadas a las PEs infantiles, lo que les permite a las víctimas en calidad de PAN creer que no albergan el menor deseo de ser dependientes (Steele, Van der Hart & Nijenhuis, 2001).

### ***Síntomas disociativos somatomorfos negativos***

Las fuentes clínicas originales del siglo XIX y principios del XX sugieren firmemente que la disociación estructural también se manifiesta a través de síntomas físicos y funciones físicas (e.g., Janet, 1889, 1901, 1909b; McDougall, 1926; Myers, 1940; Nijenhuis & Van der Hart, 1999b; Van der Hart *et al.*, 2000). La moderna evidencia empírica también lo apoya (El-Hage *et al.*, 2002; Nijenhuis, Spinhoven *et al.*, 1996; Nijenhuis, Quak *et al.*, 1999; Şar, Tutkun *et al.*, 2000; Waller *et al.*, 2001). Algunos de los síntomas disociativos somatomorfos se pueden encontrar en la categoría diagnóstica de trastorno disociativo de los movimientos y las sensaciones, de la CIE-10 (OMS, 1992). Pero la CIE-10 enfatiza los síntomas disociativos somatomorfos negativos e ignora los síntomas disociativos positivos tales como el dolor disociativo y los tics disociativos (Nijenhuis *et al.*, 1996; Van der Hart *et al.*, 2000).

Los síntomas disociativos somatomorfos negativos aparecen en los sujetos en calidad de PAN, pero también se pueden ver en PEs fijadas a la paralización o la sumisión total. Incluyen los síntomas de pérdida de funciones motrices, tales como las habilidades motrices, y de sensaciones que normalmente deberían estar presentes o ser accesibles.

***Pérdida de funciones motrices.*** La pérdida transitoria o más permanente del control motriz incluye la parálisis parcial o total de miembros o del cuerpo entero, contracturas, falta de coordinación física, cataplejía (i.e., pérdida repentina y general de la tensión muscular), y pérdida de la audición, el olfato, el gusto, la visión o el habla. Estos síntomas suelen ser de naturaleza disociativa y pueden estar relacionados con traumas. Por ejemplo, las contracturas disociativas se observaron con frecuencia en soldados combatientes traumatizados durante la Primera Guerra Mundial (cf., Van der Hart *et al.*, 2000) y también se pueden ver en víctimas de malos tratos crónicos durante la niñez:

Una mujer de 24 años, Mary (PAN), con un TDI tendía al suicidio y las autolesiones de forma extrema. Presentaba una grave contractura de la mano derecha que apareció cuando se lesionó la muñeca derecha en un accidente de coche a la edad de 17 años. El terapeuta se preguntaba si habría “una parte de su mente” (i.e., una parte disociativa) que por alguna razón sentía la necesidad de mantener la mano en dicha posición. En calidad de PAN, Mary pensaba que ésta podía ser una posibilidad. El terapeuta invitó a la presunta parte disociativa a salir a la luz. Apareció una parte de aspecto triste y deprimido (PE) que había intentado matarse. Sintiendo insoportablemente sola, esta PE se había arrojado delante de un coche. Conservó la mano en aquella dolorosa posición porque desde entonces una parte de ella misma ya estaba muerta, y porque la distracción asociada al dolor físico era más soportable que la soledad.

La pérdida de funciones y sensaciones motrices también tiene lugar en las víctimas en calidad de PE que han quedado fijadas a la paralización o la sumisión total. Con respecto a la paralización, los pacientes dicen ser incapaces de moverse al tiempo que continúan sintiendo extremadamente asustados e hipervigilantes. Es preciso diferenciar este estado de paralización de la sumisión total, en la que los pacientes se encuentran en un estado de “derrumbe” [*shut-down*, quiebra] extremo, despegados del entorno, sin sentir nada emocionalmente ni físicamente, y carentes del menor impulso a moverse ni a pensar. En este estado, los músculos de las víctimas traumatizadas se vuelven flácidos y en ocasiones pueden adoptar transitoriamente posiciones fijas. El conjunto de síntomas disociativos somatomorfos que incluye anestesia corporal, analgesia e inhibiciones motrices predijo extraordinariamente bien la presencia de trastornos disociativos complejos, mejor que ninguna otra agrupación de síntomas disociativos somatomorfos (Nijenhuis, Spinhoven, Vanderlinden, Van Dyck & Van der Hart, 1998).

***Pérdida de habilidades.*** La pérdida de habilidades no sólo implica la ausencia de determinadas acciones mentales, sino también de acciones conductuales. Cuando la PE tiene el pleno control ejecutivo, las habilidades asociadas a la vida cotidiana propias de la PAN desa-

parecen con frecuencia. Así, las víctimas traumatizadas en calidad de PE suelen decir que no tienen la menor idea de cocinar, cuidar de los niños o cumplir con sus obligaciones laborales, y por regla general se sienten incapaces y desbordados por las tareas de la vida cotidiana porque no tienen acceso a las habilidades necesarias durante períodos enteros de tiempo.

***Pérdida de sensaciones.*** La pérdida o la disminución de las sensaciones es algo común en los individuos traumatizados. Pueden aparecer diversos grados de anestesia –una pérdida más o menos profunda de las sensaciones corporales incluido el sentido del tacto, la presión, la temperatura, el dolor (analgesia), el movimiento, la activación fisiológica incluida la excitación sexual [*sexual arousal*], y demás signos físicos tales como el hambre o la fatiga. Estas pérdidas pueden inducir algunos síntomas de despersonalización, tales como vivenciar (partes de) el cuerpo como un objeto extraño. Otras manifestaciones de la pérdida de sensaciones incluyen la pérdida parcial o total de audición, visión (e.g., visión de túnel), gusto y olfato.

### ***Síntomas disociativos psicomorfos positivos***

Mientras que los síntomas disociativos negativos implican sentir y saber “demasiado poco”, los síntomas disociativos psicomorfos positivos constituyen manifestaciones de sentir y de saber “demasiado” (Janet, 1904/1983b, 1911/1983c). Los síntomas positivos incluyen los síntomas intrusivos propios del TEPT y otros trastornos relacionados con experiencias traumáticas. De forma característica, dichos síntomas representan intrusiones de la PE en la PAN, así como alternancias totales entre la PAN y la PE. Por ejemplo, cuando las víctimas en calidad de PE han quedado fijadas a un determinado recuerdo traumático en particular, esta parte puede irrumpir en la PAN. Las víctimas en calidad de PAN pueden entonces vivenciar los mismos recuerdos y emociones que la PE, pero sin comprender claramente qué son o de qué se trata. A todos los niveles de disociación estructural, la PAN y la PE pueden irrumpir en sus dominios respectivos.



**Síntomas schneiderianos.** Las intrusiones mentales de una parte disociativa en otra parte suelen ser interpretadas por los clínicos como evidencia de muchos de los 11 síntomas schneiderianos de primer orden relacionados con la esquizofrenia (Boon & Draijer, 1993; Ellason & Ross, 1995; Kluft, 1987a; Loewenstein, 1991a; Ross & Joshi, 1992; Ross *et al.*, 1990). Dichos síntomas incluyen alucinaciones tales como voces discutiendo o haciendo comentarios, e imágenes de experiencias traumáticas; inserción del pensamiento y extracción [robo] del pensamiento; y pensamiento delirante. Otros de los síntomas schneiderianos suelen vivirse como egodistónicos y procedentes del interior, en lugar del exterior. Las voces disociativas pueden generalmente mantener una conversación con el terapeuta y con otras partes del paciente, mientras que las voces de la esquizofrenia siguen una pauta bastante fija y repetitiva, y no son capaces de relacionarse.

En los casos relativamente simples de disociación estructural, puede que las voces se limiten exclusivamente a algo que ocurrió durante el suceso traumático (e.g., un bebé llorando, o la voz de un niño diciendo: “No me hagas más daño, por favor”, o la voz de un agresor diciendo: “Si dices algo, te mato”). A medida que aumenta la complejidad de la disociación estructural y que diversas partes de la personalidad tienen más relaciones entre sí, la cualidad de las “voces” puede cambiar e incluir temas relacionados con el presente. Por ejemplo, una PE puede hacer un comentario de pasada sobre las acciones de la PAN: “¿Por qué no eres capaz de hacer nada como Dios manda?”. O varias PEs pueden hablar unas con otras, y derivar en la sensación de un “parloteo” caótico de fondo para la PAN, que puede distraerse totalmente. O bien determinadas partes puede interferir en el trabajo diciendo cosas tales como: “¡Qué aburrido es esto!”. Y algunas PANs pueden ser de ayuda: “¡Adelante, ya verás como sí puedes!”.

Una experiencia común en los pacientes disociativos es la sensación de que les han “metido” o “sacado” los pensamientos de la mente (inserción del pensamiento y extracción del pensamiento). Por regla general, esta experiencia la vive la parte de la personalidad que ejerce el control ejecutivo en ese momento (e.g., la PAN), mientras

que la inserción o la extracción es controlada por otra parte. Sophie decía: “Los pensamientos me caían dentro de la cabeza del mismo modo que si alguien pusiera un huevo; no sé qué se supone que tenía que hacer con ellos. Me veía obligada a hacerme cargo de todo lo que me cayera, ¡y ni siquiera eran mis propios pensamientos!”.

El pensamiento delirante puede aparecer en los individuos disociativos, pero la mayoría de las veces la verdadera dificultad reside en otro tipo de cogniciones perturbadas [alteraciones o trastornos del pensamiento] relacionadas con la disociación.

**Valoraciones cognitivas.** Las distintas partes disociativas pueden tener una visión del mundo, un sentido de la identidad y un sistema de creencias totalmente diferentes. Así, puede haber alternancias desconcertantes entre valoraciones cognitivas y percepciones de los demás, de las situaciones y de uno mismo enormemente discrepantes.

**Fantasías y ensoñaciones diurnas.** La *propensión* a la fantasía implica una limitación de la función crítica, lo que se puede considerar como un síntoma disociativo negativo cuando atañe a una o más partes disociativas, pero no a otras. La presencia de fantasías puede eventualmente constituir un síntoma positivo. Por ejemplo, una PAN puede fantasear haber tenido una infancia feliz, aunque la realidad fue todo lo contrario.

**Alteraciones en la relación con los demás.** Los síntomas disociativos pueden aparecer en las víctimas traumatizadas dentro del contexto de las relaciones con otras personas. Por ejemplo, en calidad de PAN una víctima puede sentirse cómoda con una persona cercana, tener un concepto elevado de ella y tratarla bien. Pero una PE puede sentirse muy amenazada por la confianza con esta misma persona y tratarla con suspicacia y hostilidad. Cuando tales PANs y PEs se invaden o se alternan mutuamente, las personas traumatizadas pueden manifestar un estilo de vinculación desorganizado (Liotti, 1999a; Main & Morgan, 1996).

**Alteraciones afectivas.** Los cambios en el estado de ánimo y la desregulación afectiva son frecuentes en el TEPT complejo (Chu, 1998a; Ford *et al.*, 2005; Schore, 2003b; Van der Kolk, Pelcovitz *et al.*, 1996) y los trastornos disociativos (cf., Cardeña & Spiegel, 1996; Chu, 1998a). Estas alteraciones pueden estar relacionadas con la disociación estructural. Por ejemplo, un afecto que generalmente no está presente en la víctima traumatizada en calidad de PAN puede irrumpir en la vida cotidiana de forma repentina e inesperada, procedente de una PE que revive las emociones violentas relacionadas con la traumatización (Chefet, 2000). Alternancias de afectos claramente diferenciados (así como de los pensamientos, las sensaciones y la conducta asociados) pueden acompañar a las oscilaciones [los cambios o giros repentinos] entre las diversas partes disociativas de la personalidad porque cada una de ellas puede englobar afectos e impulsos diferentes. Además, las alternancias afectivas también pueden tener lugar dentro de una parte (o más partes) de la personalidad cuando esta parte tiene un ámbito limitado de tolerancia al estrés psicofisiológico (Nijenhuis *et al.*, 2002).

### ***Síntomas disociativos somatomorfos positivos***

Los síntomas disociativos somatomorfos positivos incluyen sensaciones específicas, otras percepciones, y acciones motrices o conductuales de diversas partes disociativas de la personalidad que no tienen lugar en otras partes (Janet, 1907, 1909b; Butler, Mueser, Spock & Braff, 1996; Nijenhuis & Van der Hart, 1999b; Van der Hart *et al.*, 2000). Estos síntomas incluyen dolor; conductas intencionadas; movimientos repetitivos e incontrolados tales como tics, temblores y parálisis; y percepciones sensoriales (vista, tacto, oído, gusto y olfato) que pueden o no ser distorsionadas. La revictimización [la reiteración de las agresiones] constituye un síntoma disociativo positivo cuando las partes disociativas de la personalidad fijadas a la sumisión total se reactivan y asumen el control total de la conciencia y la conducta.

**Síntomas schneiderianos.** Los síntomas disociativos somatomorfos positivos incluyen los síntomas schneiderianos de primer orden relacionados con la pasividad somática, tales como la sensación de que el cuerpo está siendo controlado por otra persona, y de que impulsos y acciones procedentes de otras partes irrumpen en una parte disociativa de la personalidad. La irrupción de recuerdos traumáticos suele tener un componente sensorial. Por ejemplo, los sujetos pueden tener la sensación de que una mano les rodea el cuello, de que tienen las manos atadas, o de que alguien se mueve furtivamente detrás de ellos. Algunas perturbaciones visuales incluyen un elemento de reviviscencia como, por ejemplo, ver el rostro del agresor superpuesto al rostro del terapeuta, y ver imágenes específicas de experiencias traumáticas. Otras alteraciones perceptivas también pueden ser síntomas disociativos somatomorfos positivos, incluidas las alucinaciones sensoriales relacionadas con experiencias traumáticas (el olor a alcohol o a semen).

### **La interrelación entre los diversos tipos de síntomas disociativos**

Si bien por motivos de claridad hemos distinguido entre síntomas negativos y positivos, y entre síntomas somatomorfos y psicomorfos, en la práctica muchos de los síntomas incluyen todas estas formas de disociación. Los síntomas positivos y negativos pueden alternarse o coexistir simultáneamente. Así, las alteraciones afectivas pueden incluir síntomas positivos en una parte de la personalidad (presencia de un afecto intenso), en tanto que otra parte manifiesta síntomas negativos (pérdida de este mismo afecto). Y dado que el afecto se relaciona con la conducta, el afecto disociado puede incluir síntomas disociativos somatomorfos. Por ejemplo, una parte disociativa de la personalidad que está rabiosa puede golpear la pared (síntoma somatomorfo positivo). Otra parte disociativa no siente la rabia (síntoma psicomorfo negativo) y dice: “Yo no golpeé ninguna pared y tengo el brazo entumecido” (síntoma somatomorfo negativo).

La naturaleza duradera de los síntomas negativos tiene que ver por regla general con el control ejecutivo más habitual de la víctima traumatizada en calidad de PAN, que sufre únicamente irrupciones esporádicas de la PE. Pero eventualmente los síntomas positivos pueden mostrarse más persistentes dentro del marco de la vida cotidiana. En tal caso, las PANs se vuelven menos funcionales y las PEs irrumpen con más frecuencia. Asimismo, durante el transcurso de la terapia, a medida que todas las partes de la personalidad se van sintiendo más seguras en el presente, pueden aumentar las intrusiones dado que un mayor número de PEs comienzan a relacionarse con el terapeuta.

La tabla 5.1 presenta una visión general de los diversos síntomas disociativos, incluidos los síntomas disociativos negativos y positivos, psicomorfos y somatomorfos.

## **Alteraciones de la conciencia**

Con el redescubrimiento de la disociación en los años 70 y 80 del pasado siglo (e.g., Hilgard, 1977), se han añadido algunos síntomas adicionales al dominio de los síntomas disociativos. Estos síntomas incluyen particularmente los relacionados con los fenómenos atencionales que se podían ver en la hipnosis, tales como el quedarse absorto, las ensoñaciones diurnas, la inmersión en la imaginación, la alteración en el sentido del tiempo, actitudes similares al estado de trance, y las llamadas hipnosis de circulación [*highway hypnosis*] (e.g., Bernstein & Putnam, 1986; Hilgard, 1977; Ray & Faith, 1995; Ross, 1996; Putnam, 1997). Las alteraciones de la conciencia incluyen una amplia gama de experiencias y de síntomas que son omnipresentes entre la población normal y la población clínica (e.g., E.B. Carlson, 1994; Coons, 1996), a diferencia de la disociación estructural, que constituye un fenómeno único de las personas traumatizadas.

Ciertos grados de alteración de la conciencia son necesarios para funcionar adaptativamente. Las alteraciones normales suceden todos

**Tabla 5.1**  
Clasificación fenomenológica de los síntomas disociativos  
(Adaptado de Nijenhuis, 2004; Van der Hart *et al.*, 2000)

|                                        | Síntomas disociativos psicomorfos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Síntomas disociativos somatomorfos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Síntomas disociativos negativos</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérdida de memoria: amnesia disociativa</li> <li>• Despersonalización incluyendo una división entre una parte vivencial y una parte observadora de la personalidad</li> <li>• Pérdida del afecto: anestesia emocional</li> <li>• Pérdida de rasgos del carácter.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérdida de sensaciones: anestesia (todas las modalidades sensoriales)</li> <li>• Pérdida de la sensibilidad al dolor: analgesia</li> <li>• Pérdida de acciones motrices, i.e., pérdida de la capacidad de moverse (e.g., catalepsia), hablar, tragar, etc.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Síntomas disociativos positivos</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Síntomas intrusivos psicomorfos (síntomas schneiderianos), e.g., oír voces; emociones, pensamientos e ideas "forzadas".</li> <li>• Aspectos psicomorfos de la reviviscencia de sucesos traumáticos, e.g., determinadas percepciones visuales y auditivas, afectos e ideas.</li> <li>• Aspecto psicomorfos de las oscilaciones entre las partes disociativas de la personalidad</li> <li>• Aspectos psicomorfos de una psicosis disociativa, i.e., un trastorno que incluye una activación relativamente prolongada de una parte disociativa psicótica.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Síntomas intrusivos somatomorfos, e.g., sensaciones y movimientos corporales (e.g. tics) "forzados" • Pseudoataques epilépticos.</li> <li>• Aspectos somatomorfos de la reviviscencia de sucesos traumáticos, e.g., determinadas sensaciones y movimientos corporales relacionados con la experiencia traumática.</li> <li>• Aspectos somatomorfos de las oscilaciones entre las partes disociativas de la personalidad.</li> <li>• Aspectos somatomorfos de una psicosis disociativa.</li> </ul> |

los días en todas las personas. Todos los sistemas de acción requieren una retracción adaptativa del campo de la conciencia, o un estrechamiento de la atención, con el fin de poder concentrarse en determinadas tendencias de acción específicas, tales como trabajar o cuidar de los hijos. Algunos sistemas, como la regulación de la energía, requieren una disminución del nivel de la conciencia, de manera que la persona pueda descansar y dormir.

Volvemos a la definición que propone Janet (1907) de la *histeria*, el antiguo término aplicado a los trastornos disociativos genéricos, para clarificar mejor la diferencia entre la disociación estructural y las alteraciones de conciencia. Janet define la histeria como “una forma de *depresión mental* caracterizada por la *retracción del ámbito de la conciencia personal* y una tendencia a la *disociación y emancipación de los sistemas de ideas y funciones* que constituyen la personalidad” (p. 332, las cursivas son nuestras). (Por “depresión mental” Janet no se refiere a la depresión emocional, sino más bien a una disminución de la eficiencia mental). Con toda claridad, Janet distingue entre disociación y alteraciones (retracción) de la conciencia, pero también señala que una y otras aparecen en las personas traumatizadas.

### ***El ámbito de la conciencia***

La *cantidad* de estímulos que se conservan en el conocimiento consciente en un momento dado se conoce como el campo o el ámbito de la conciencia. Este ámbito puede ser muy amplio o estar extremadamente limitado (reducido), de manera que la persona puede ser consciente de muchísimas cosas en un momento dado, o de muy pocas. No toda la información percibida será susceptible de ser recordada, porque es imposible además de absolutamente desadaptativo recordar todos los estímulos percibidos (Luria, 1968). Sin embargo, unas veces somos capaces de “dejar entrar” más que otras, dependiendo de la amplitud de nuestro campo de conciencia. A veces esto es un proceso voluntario, bajo la forma de la concentración deliberada, la imaginación guiada y la meditación. Otras veces no lo es, adop-

tando la forma de una incapacidad para concentrarse y focalizar la atención cuando estamos cansados o estresados, o un exceso de vida de fantasía, o quedarse mirando fijamente a la pared durante horas sin advertir el paso del tiempo.

La retracción del ámbito de la conciencia, o el estrechamiento de la atención, es característico tanto de la PAN como de la PE. Pero aunque la retracción de la conciencia y demás alteraciones de la misma puedan acompañar a la disociación estructural y la ausencia de integración, también pueden aparecer al margen de una disociación estructural. La clave está en que las acciones mentales subyacentes difieren fundamentalmente de la disociación estructural. En la disociación estructural, las partes disociativas recuerdan cuanto menos algunas experiencias y hechos, generando recuerdos episódicos y semánticos que pueden o no ser accesibles a otras partes disociativas. Las alteraciones de la conciencia implican generalmente un *defecto* en la capacidad de generar tales recuerdos episódicos y semánticos en *cualquier* parte de la personalidad (Holmes *et al.*, 2005; Janet, 1907; Myers, 1940; Steele *et al.*, en prensa; Van der Hart *et al.*, 2000).

### ***El nivel de la conciencia***

Las alteraciones del *nivel* de la conciencia abarcan desde niveles muy elevados a niveles muy bajos. Un nivel muy elevado puede estar relacionado con una actitud de hiperalerta como, por ejemplo, cuando una persona (o una parte de la personalidad) se pone a buscar desesperadamente indicios de posibles amenazas. La disminución del nivel de conciencia denota un deterioro de la *calidad de la acción mental y conductual*, un defecto en la capacidad de percibir y recordar adecuadamente experiencias y hechos de importancia al margen de la amplitud o la estrechez del ámbito de la conciencia. La disminución de la conciencia puede manifestarse a través de fenómenos comunes tales como los problemas de concentración debidos a la fatiga, la ansiedad o una enfermedad, así como los síntomas de despersonalización tales como el sentirse irreal, abstraído [*spacey*], nebuloso, distante [*detached*] o extraño, la desrealización y la distor-



sión del sentido del tiempo (J.G. Allen, Console & Lewis, 1999; Van der Hart & Steele, 1997). Formas graves que van del estupor al coma pueden aparecer en algunas enfermedades y lesiones neurológicas, y también a veces junto con otros trastornos físicos graves (e.g., un fallo hepático). Cuando la disminución significativa del nivel de conciencia sea persistente, se deben descartar siempre las causas orgánicas.

El ámbito y el nivel de la conciencia actúan en tándem en todas las ocasiones. La concentración de la atención implica una combinación de retracción voluntaria con un nivel elevado de conciencia. La consciencia atenta [*mindfulness*] puede implicar un ámbito amplio o estrecho y un nivel elevado de conciencia. Los niveles bajos de conciencia junto con un ámbito amplio o estrecho de conciencia, conducen a estados de abstracción o somnolencia, trance o ausencia de reacción [*unresponsiveness*].

### ***Alteraciones normales versus alteraciones patológicas de la conciencia***

Las alteraciones de la conciencia se han venido describiendo de forma característica en la bibliografía clínica especializada como “disociación normal”, “disociación no patológica”, “disociación leve” o “disociación menor” (Bernstein & Putnam, 1986; E. B. Carlson, 1994; Prince, 1927; Putnam, 1991). Ahora bien, dichas alteraciones no implican necesariamente una disociación estructural, razón por la cual pertenecen de hecho a una categoría diferente. Tanto los niveles elevados como los niveles bajos de conciencia pueden ser absolutamente patológicos en el caso de ser excesivos, frecuentes, rígidos e inflexibles. Por ejemplo, en caso de amenaza sería adaptativo un nivel elevado de conciencia y la retracción del ámbito de la conciencia a los indicios de amenaza. Pero esto mismo sería desadaptativo cuando la concentración exclusiva en la percepción del peligro tiene lugar en el contexto de la vida cotidiana sin que exista ninguna amenaza, como en el caso de las víctimas traumatizadas que están constantemente hiperalerta y suspicaces. Por el contrario, si la persona no es capaz de

acceder a un nivel elevado de conciencia y un ámbito de conciencia altamente focalizado durante la amenaza, como sucede en el estado de sumisión total, puede que no advierta las posibles formas de salir de la situación. En el trabajo, es deseable tener un nivel generalmente elevado de conciencia y un ámbito de conciencia relativamente restringido, con el centro de atención en la tarea que tengamos entre manos.

Algunas personas necesitan quedarse “mirando fijamente a la pared” durante unos minutos antes de ponerse en marcha por las mañanas. Forma parte de la transición normal propia de un nivel más bien bajo y un ámbito restringido de conciencia poco antes y después de la experiencia de dormir. Pero si el “mirar fijamente a la pared” prosigue durante horas o se repite durante períodos prolongados a lo largo del día o no es posible interrumpirlo voluntariamente, entonces se vuelve patológico. Soñar despierto es sano y normal hasta cierto punto, pero no lo es si la persona se pierde en un mundo de fantasía desbordante durante horas, en lugar de hacerle frente a la vida cotidiana (Somer, 2002). La atención normal va y viene a lo largo del día; períodos de aumento de la alerta pueden estar salpicados por períodos de somnolencia o de fatiga. Es adaptativo entrar intencionadamente en estados de trance para relajarse sanamente, mientras que “abstraerse” suele ser generalmente desadaptativo, si bien nos sucede con frecuencia cuando estamos cansados, enfermos o estresados, y es tan habitual que es objeto de muchas bromas. Pero una disminución más seria de la conciencia, del tipo de la sensación de estar en una especie de trance o “en otro mundo”, constituye una experiencia frecuente en los adultos que fueron víctimas de malos tratos y abandono emocional durante la niñez.

El que las personas no puedan recordar experiencias y hechos en alguna parte de su personalidad bajo condiciones de malos tratos y abandono emocional se conoce como “disociación contextual” (L.D. Butler, Duran *et al.*, 1996) o “desapego disociativo” (J.G. Allen, Console & Lewis, 1999; Holmes *et al.*, 2005). Esta supuesta disociación se atribuye a que la persona está demasiado desbordada, preocupada o abstraída como para percibir y recordar. Sin embargo,

como señalamos más arriba, no tiene por qué haber necesariamente una disociación estructural para que aparezcan fallos de memoria. Estos fallos pueden eventualmente ser adaptativos, en el sentido de que ayudan a la persona a hacerle frente al estrés o la experiencia traumática en un momento dado:

Una mujer, Mary, con una historia de abusos y abandono emocional de niña, tenía lagunas muy grandes en los recuerdos de su niñez. La paciente se había caracterizado por una disociación estructural secundaria, pero incluso después de integrar todas las partes de su personalidad, todavía quedaban muchas de estas lagunas de memoria. Cuando habló de sus esfuerzos por afrontar el implacable estrés de la vida cotidiana siendo niña, quedó claro que sencillamente gran parte de su niñez jamás había sido registrada. Mary señaló: “La gente pensaba que yo era un bicho raro. Me quedaba con la nariz pegada al libro. Trataba de no prestar atención y de concentrarme exclusivamente en lo que tuviera delante de mí en ese momento. Jamás podía recordar los detalles de las cosas. A veces, cuando estaba viendo la TV o leyendo un libro, casi podía sentir cómo aparecía aquel muro interponiéndose entre el resto del mundo y yo. De esa forma no tenía por qué saber ni enterarme de nada respecto de nada”.

### ***Alteraciones de la conciencia en la PAN y la PE***

Diferentes partes disociativas pueden manifestar diversos grados de alteración del ámbito y el nivel de la conciencia a niveles patológicos, particularmente las víctimas de experiencias traumáticas en calidad de PE. Mientras que una parte puede no reaccionar, otra puede mostrarse totalmente hipersensible y alerta. Mientras que una parte únicamente es consciente de un recuerdo traumático, otra está completamente alerta y concentrada en una amplia variedad de actividades dentro del contexto de la vida cotidiana. Las PANs y PEs pueden tener cierta conciencia unas de otras, pero no obstante evitar asiduamente cualquier recuerdo mutuo, retrayendo sus respectivos ámbitos de conciencia con objeto de excluirse mutuamente (véase el capítulo 10):

Una paciente, Etty, con un TDI se sentía acosada por las voces persecutorias de distintas PEs y trataba de anularlas e ignorarlas poniendo la televisión, la radio y el lector de compactos al mismo tiempo, y a continuación se esforzaba por identificar los sonidos de un determinado instrumento en el disco que estuviera puesto: un ejemplo de una retracción deliberada extrema del ámbito de la conciencia.

### ***Alteraciones peritraumáticas de la conciencia***

Durante las experiencias traumáticas, las alteraciones involuntarias y graves de la conciencia suelen estar presentes hasta cierto punto. Estos fenómenos pueden estar relacionados con la disociación estructural de alguna forma, pero también pueden aparecer al margen de la disociación. Algunos instrumentos concebidos para evaluar la disociación peritraumática (e.g., Marmar *et al.*, 1994) incluyen la retracción y la disminución de la conciencia como síntomas nucleares. Como analizamos más arriba, es difícil determinar si estos síntomas pueden ser indicativos de una disociación estructural.

La hipervigilancia y la hiperactivación fisiológica durante la experiencia traumática pueden agotar a la persona y manifestarse a través de un descenso significativo en el nivel de conciencia de las víctimas traumatizadas durante el suceso o inmediatamente después del mismo. Este fenómeno se observó frecuentemente en los veteranos combatientes con “neurosis de guerra” durante la Primera Guerra Mundial (e.g., Culpin, 1931; Lévi, 1918; Myers, 1940). Myers, por ejemplo, señala que inmediatamente después del suceso traumático se produce “una cierta pérdida de la conciencia. Pero ello puede ir de un desvanecimiento u “obnubilación” ligera, momentánea y casi imperceptible, a la inconsciencia profunda y duradera” (1940, p. 66).

De forma similar a las descripciones de los soldados combatientes durante la Primera Guerra Mundial que quedaron traumatizados, en nuestra práctica clínica muchas de las víctimas de malos tratos crónicos durante la niñez refieren que sufrieron un grave descenso de la conciencia inmediatamente después de los episodios de abusos siendo niños. Suelen referir a menudo experiencias tales como esconderse dentro de un ropero o algún otro “lugar seguro”, meterse en la

cama y taparse con las sábanas hasta más allá de la cabeza, “acordarse” [*zoning out*], sentirse “incapaz de pensar”, incapaz de concentrarse, perderse “dentro de la cabeza”, “adentrarse en la oscuridad”, “bloquear el acceso en relación con el propio cuerpo”, y quedarse absorto o abstraído [*spacey*].

### ***Alteraciones de la conciencia y síntomas disociativos: hallazgos de investigación***

Los hallazgos de investigación apoyan la idea de que la retracción y la disminución de la conciencia difieren de la disociación, pero suelen acompañarla. Así, en el “cuestionario de disociación” (DIS-Q; Vanderlinden, Van Dyck, Vandereycken & Vertommen, 1993), la correlación entre la absorción –una forma de alteración de la conciencia– y otros factores más directamente indicativos de disociación estructural tales como la amnesia, la fragmentación de la identidad y la pérdida del control, tiende a ser más baja que las correlaciones entre estos tres factores entre sí. Y las puntuaciones de los pacientes con trastornos disociativos en el “cuestionario de disociación somatomorfa” (SDQ-20; Nijenhuis *et al.*, 1996) también guardan una correlación menor con la absorción medida según el DIS-Q que con los otros tres factores mencionados.

La “escala de experiencias disociativas” (DES; Bernstein & Putnam, 1986) incluye ítems que abordan la disociación “no patológica” y la disociación “patológica” (Waller, Putnam & Carlson, 1996). Como alegamos anteriormente, los ítems “no patológicos” tales como la absorción y la inmersión en la imaginación no se derivan de la disociación estructural, pero los ítems “patológicos” de la DES *sí* representan de hecho síntomas de disociación estructural. Waller y colaboradores (1996) descubrieron que un subconjunto de ocho ítems que miden la disociación “patológica” son mejores predictores de los sujetos que padecen una disociación crónica que la DES tomada en conjunto. Estos ítems, llamados la DES-T(axon), [*taxon*, grupo taxonómico], incluyen los ítems que indicarían la presencia de una disociación grave y ninguno de los ítems “no patológicos” relacionados

con las alteraciones de conciencia. La DES-T no sólo predice el TDNE y el TDI mejor que la DES, sino que también es un mejor predictor del trastorno por despersonalización (Simeon *et al.*, 1998). Waller y colaboradores (1996) concluyen que estos resultados apoyan la opinión original de Janet respecto de que “existen dos tipos de personas: los que sufren estados disociativos crónicos y los que no” (p. 315). Aunque la DES-T valora las manifestaciones de disociación estructural algo mejor que la DES, las puntuaciones de la DES-T podrían estar influenciadas por la información facilitada por los propios sujetos respecto de las alteraciones de conciencia (Levin & Sprei, 2003).

Otros estudios sugieren que las alteraciones de la conciencia no son exclusivas de las personas traumatizadas, sino que son prominentes en pacientes con todo tipo de trastornos mentales. Leavitt (2001) documenta que las alteraciones de la conciencia son muy prominentes en pacientes con toda clase de problemas mentales, no sólo de origen traumático. También encuentra que la gravedad de las alteraciones de conciencia parece estar asociada a la psicopatología más general, y no a la disociación *per se*. Así, la mayoría de las personas que padecen alteraciones de conciencia no presentan disociación estructural, pero la mayoría de las personas que han desarrollado una disociación estructural también presentan alteraciones patológicas de la conciencia. Las alteraciones de la conciencia serían, pues, indicadores *sensibles pero no específicos* de la disociación estructural, esto es, su presencia puede insinuar la presencia de una disociación estructural, pero no son una indicación directa de disociación. Y cuanto menos un estudio ha puesto de manifiesto que los síntomas de disociación estructural o disociación “patológica” estarían asociados a la traumatización, pero no así las alteraciones de conciencia o los síntomas [de disociación] “no patológicos” (Irwin, 1999).

En conclusión, las alteraciones de conciencia aparecen en pacientes con una amplia variedad de trastornos mentales. No son necesariamente manifestaciones de disociación estructural, pero aparecen junto con la disociación estructural. Su presencia persistente, especialmente bajo formas patológicas, debe alertar al clínico sobre la posibilidad de una disociación estructural.

### ***Despersonalización y desrealización***

Existen dificultades específicas en determinar si los síntomas de despersonalización y de desrealización son síntomas de disociación estructural o no, porque estas denominaciones se aplican generalmente a toda una variedad de fenómenos. Hemos hablado de la existencia de una PE observadora y una PE vivencial: esta sería claramente una manifestación de disociación estructural a la que se ha llamado despersonalización (cf., Putnam, 1993; Steinberg, 1995). Ahora bien, la bibliografía especializada actual describe otros varios fenómenos que también se califican de despersonalización, pero que podría implicar únicamente la presencia de alteraciones de conciencia, y en razón de ello podrían no denotar una disociación estructural. Tales síntomas pueden incluir sensaciones de extrañeza o desconocimiento en relación consigo mismo; sensación de irrealidad como, por ejemplo, estar soñando; y alteraciones perceptivas o alucinaciones en relación con el cuerpo (Spiegel & Cardeña, 1991; Steinberg, 1995). La desrealización implica una sensación de irrealidad y desconocimiento en relación con el propio entorno, así como distorsiones del espacio y del tiempo (Steinberg, 1995). Dado que dichas alteraciones de la conciencia pueden aparecer independientemente de la disociación estructural, no necesariamente deberían calificarse de disociativas sin un estudio más profundo.

La despersonalización y la desrealización son fenómenos ubicuos que se encuentran en muchas afecciones psiquiátricas y son referidos por una proporción substancial de la población general (Aderibigbe, Bloch & Walker, 2001). Son tan frecuentes que suponen la tercera queja más común en los pacientes psiquiátricos, después de la ansiedad y la depresión (Cattell & Cattell, 1974). Variantes que van de leves a graves aparecen en los trastornos de ansiedad, la depresión, la esquizofrenia, los trastornos por abuso de sustancias psicoactivas, el trastorno límite de la personalidad y los trastornos convulsivos, así como en los trastornos disociativos (Boon & Draijer, 1993; Dell, 2002; Steinberg, 1995). Pueden aparecer en personas normales bajo los efectos de un estrés leve o moderado, estados hipnagógicos, fatiga,

enfermedad, medicación, y alcohol e intoxicación por drogas. Por regla general, las experiencias de despersonalización y desrealización resultan desagradables.

Obviamente, los síntomas de despersonalización son la esencia del trastorno por despersonalización (Guralnik *et al.*, 2000). La despersonalización es muy común entre las personas con diversos tipos de traumatización (e.g., Cardeña & Spiegel, 1993; Carrion & Steiner, 2000; Darves-Bornoz *et al.*, 1999; Harvey & Bryant, 1998), y con trastornos que van del TEA [trastorno por estrés agudo] (Harvey & Bryant, 1998, 1999) y el TEPT (Bremner, Steinberg *et al.*, 1993) a los trastornos disociativos complejos (Boon & Draijer, 1993; Dell, 2002; Steinberg *et al.*, 1994). Muchas de las partes disociativas de la personalidad vivencian síntomas de despersonalización (Van der Hart & Steele, 1997):

Hanny llevaba sufriendo síntomas de despersonalización hasta donde alcanzaba su memoria, y pensaba que estas experiencias eran normales. No había ninguna evidencia de que su personalidad estuviera disociada estructuralmente. Su trastorno por despersonalización se mostró refractario a la psicoterapia de larga duración hasta que se hizo evidente la existencia de una PE “niña pequeña”. Cuando el terapeuta invitó a la paciente en calidad de PAN a tomar plena conciencia de sus sensaciones corporales, Hanny notó que la zona de la pelvis le parecía fría y muy distante. El terapeuta sugirió que tal vez Hanny podría hacer entrar en calor esta zona del cuerpo y conectar más con ella. Cuando así lo hizo, salieron a la luz imágenes de una niña pequeña. Al principio, esta PE se limitaba a mirar fijamente a Hanny con una expresión despectiva. Más adelante acusó a Hanny de haberse olvidado de ella y de no querer saber nada de los malos tratos ni del abandono emocional. La “niña pequeña” recordaba un incidente aislado de un incesto perpetrado por su padre y el abandono emocional general por parte de su madre, que era una mujer egocéntrica. Hanny superó su despersonalización cuando finalmente aceptó y más adelante integró a la niña pequeña y sus recuerdos.

Clínicamente, es esencial advertir si los fenómenos de despersonalización y desrealización tienen lugar al margen de una disociación estructural, o constituyen una manifestación de una disociación



estructural, dado que los enfoques de tratamiento serán diferentes dependiendo de si la disociación está presente o no (Allen *et al.*, 1999).

## Resumen

La inconsciencia [*nonrealization*] respecto del trauma, y más específicamente la disociación estructural de la personalidad, tienden a manifestarse a través de un espectro de síntomas mentales y físicos cuya diversidad es más aparente que real. La disociación estructural puede definirse en términos de síntomas positivos y negativos, y éstos pueden entenderse adicionalmente como psicomorfos o somatomorfos. Estos síntomas son diferentes de las alteraciones de la conciencia, tales como el “abstraerse”, pero las alteraciones patológicas sí suelen acompañar a la disociación estructural. Numerosos síntomas que no suelen considerarse habitualmente disociativos pueden ser más específicos de determinadas partes de la personalidad, pero no de otras. Síntomas tales como las tendencias suicidas, el consumo de sustancias, las autolesiones y la promiscuidad pueden todas ellas manifestarse en una parte disociativa de la personalidad, pero no en otra. Si bien la teoría nos brinda una forma clara de discernir los síntomas disociativos de los no disociativos, en la práctica real puede ser muy difícil valorar la naturaleza de un determinado síntoma en particular. Puede decirse que un síntoma es disociativo únicamente si existe una evidencia clara de la presencia de distintas partes disociativas de la personalidad, y el síntoma en cuestión aparece en una parte, pero no en otras.

# 6

## La disociación estructural y el espectro de trastornos relacionados con la traumatización

---

*[A]ntecedentes de traumas infantiles suelen encontrarse con frecuencia en pacientes diagnosticados de trastorno límite de la personalidad, trastornos afectivos, trastorno por somatización, trastornos disociativos, autolesiones, trastornos de la alimentación y abuso de sustancias... [U]no de los principales elementos que todos estos trastornos tienen en común es el predominio de la disociación.*

—Alexander McFarlane & Bessel Van der Kolk (1996, p. 570)

La explicación del papel que desempeña la disociación estructural de la personalidad en los trastornos de origen traumático puede ayudar a los clínicos e investigadores a encontrarle un sentido a los posibles vínculos entre la amplia variedad de síntomas y de trastornos llamados comórbidos que presentan muchas de las víctimas traumatizadas. Las personas traumatizadas presentan habitualmente una comorbilidad grave y compleja. Es dudoso que tantos síntomas y trastornos comórbidos no formen parte integrante de un *único* síndrome postraumático, dado que no existían antes de la traumatización. Proponemos que un factor común de primer orden sería *la disociación estructural*.

Algunos expertos en el ámbito del trauma son más de la opinión de que las clasificaciones que aparecen en el DSM-IV y la CIE-10 de los trastornos de origen traumático son defectuosas. Por consiguiente, se ha propuesto una nueva categoría diagnóstica (i.e., el trastorno complejo por estrés postraumático), además de todo un espectro de síntomas traumáticos (Van der Kolk, 1996) y de trastornos de origen traumático (Bremner *et al.*, 1998; Moreau & Zisook, 2002). La complejidad de la disociación estructural podría ser un importante principio organizador dentro de un posible espectro de trastornos relacionados con experiencias traumáticas.

## **Trastronos relacionados con la traumatización**

Existe una variedad de trastornos mentales de origen traumático. Aunque en el DSM-IV son pocos los trastornos mentales manifiestamente vinculados a la traumatización, los datos empíricos indican que en los pacientes con una amplia gama de trastornos mentales, muchos de ellos, y en algunos casos prácticamente todos, refieren una traumatización. Muchos de estos trastornos incluyen una comorbilidad prominente, que el DSM-IV describe bajo el epígrafe de rasgos descriptivos y trastornos adicionales. Las características y atributos comunes de los trastornos de origen traumático se pueden entender indistintamente en términos de comorbilidad y de disociación estructural.

### ***Trastorno por estrés agudo***

Existen sólo dos trastornos en el DSM-IV que incluyen el criterio de que la persona en cuestión haya vivido o presenciado un acontecimiento traumático. Estos trastornos son el trastorno por estrés agudo (TEA) y el trastorno por estrés postraumático (TEPT). Al igual que el TEPT, el TEA figura dentro de los trastornos de ansiedad (Bryant & Harvey, 2000). El TEA se prolonga de dos días a cuatro semanas, y se inicia dentro del plazo de cuatro semanas después del suceso trau-

mático. Cuando los síntomas se prolongan más allá de estos límites temporales, el diagnóstico se transforma en un TEPT. Algunos autores alegan, por consiguiente, que el TEA debería considerarse como un TEPT (e.g., R.N. Marshall, Spitzer & Liebowitz, 1999). Independientemente de si en última instancia el TEA es un diagnóstico por derecho propio, lo cierto es que constituye un firme predictor del ulterior TEPT (Brewin, Andrews, Rose & Kirk, 1999; Classen, Cheryl, Hales & Spiegel, 1998; Grieger *et al.*, 2000; Harvey & Bryant, 1998).

Aunque el TEA se clasifique como un trastorno de ansiedad, su diagnóstico se realiza en parte sobre la base de la presencia de tres o más de los llamados síntomas *disociativos*, i.e., entumecimiento, reducción de la conciencia del entorno, desrealización, despersonalización y amnesia disociativa. Pero, como señalamos en el capítulo 5, la reducción de la conciencia respecto del entorno estaría esencialmente relacionada con alteraciones en el nivel y el ámbito de la conciencia, y en razón de ello puede no ser necesariamente de naturaleza disociativa. Lo mismo se puede decir de una serie de síntomas que se suelen calificar habitualmente de despersonalización y desrealización. Así, aunque el diagnóstico de TEA se hace sobre la base de unos supuestos síntomas disociativos negativos, algunos de estos síntomas pueden no ser disociativos. De hecho, el diagnóstico de TEA ha abierto el debate en el ámbito del estudio del trauma sobre la confusión en relación con las distintas definiciones de disociación (e.g., Harvey & Bryant, 1999b; Holmes *et al.*, 2005; R.N. Marshall *et al.*, 1998). No obstante, el DSM-IV indica que la presencia de síntomas disociativos (negativos) es esencial para el diagnóstico, razón por la cual parece razonable considerar la disociación como un mecanismo subyacente del trastorno.

Para el diagnóstico de TEA también deben satisfacerse otros criterios: *reviviscencias persistentes, marcada evitación de estímulos relacionados con el trauma y marcada hiperactivación fisiológica o ansiedad*. Ya expusimos las razones por las cuales consideramos las intrusiones como síntomas disociativos positivos, y la posibilidad de que la hiperactivación fisiológica pueda tener su origen en la presencia de distintas partes disociativas de la personalidad. *El diagnóstico de TEA*

*requiere, pues, la presencia de síntomas disociativos tanto negativos como positivos.*

Los casos más simples de TEA probablemente incluyen una PE [parte emocional] muy rudimentaria junto con una PAN [parte aparentemente normal] que engloba la personalidad del individuo antes del trauma. A lo largo del transcurso de unas pocas semanas, algunos sujetos traumatizados proceden a integrar estas dos partes de su personalidad, y el TEA se resuelve. Pero un número significativo no sigue esta evolución y consiguientemente desarrollan un TEPT. La inconsciencia respecto de la experiencia traumática también puede estar a la base de varias de las características asociadas del TEA, incluidos los sentimientos de desesperación, culpa e inutilidad (e.g., la PE estancada en un duelo que obstaculiza la recuperación), y conductas impulsivas y arriesgadas (e.g., síntomas disociativos positivos de la PE).

Los casos más complejos de TEA probablemente implican más de una PE rudimentaria. En otras palabras, los casos más simples estarían asociados a la disociación estructural primaria, y los casos más complicados a la disociación estructural secundaria. Por ejemplo, en el TEA complejo, el sujeto puede haber desarrollado dos PEs que se desenvuelven paralelamente (e.g., una PE que vivencia y una PE que observa), o bien dos o más PEs secuenciales, cada una de ellas con sus propias características (e.g., una PE fijada a la paralización, y otra PE fijada a la sumisión total). En algunos casos, una persona puede manifestar los síntomas de un TEA en respuesta a un suceso potencialmente traumático, en el que la reactivación de recuerdos traumáticos ya existentes (en la línea del fenómeno de la llamada “doble emoción” descrito en el capítulo 5) desempeña un papel preponderante pero con frecuencia no reconocido. En ese caso, el trastorno asociado al trauma sería en realidad más complejo que el TEA.

### ***Trastorno por estrés postraumático***

El TEPT es agudo cuando la duración de los síntomas es inferior a tres meses, y es crónico cuando los síntomas se prolongan durante

tres meses o más, y es de comienzo demorado si han transcurrido como mínimo seis meses entre el suceso traumático y el inicio de los síntomas. Además de la exposición a un suceso potencialmente traumático, el TEPT requiere la presencia de *reviviscencias persistentes* (criterio B), *evitación persistente* (criterio C), *hiperactivación fisiológica persistente* (criterio D), y duración de los síntomas superior a un mes (criterio E) (APA, 1994). Consideramos que las reviviscencias, parte de la evitación, y la hiperactivación fisiológica serían de naturaleza disociativa, razón por la cual el TEPT se puede considerar, pues, como un trastorno disociativo, tal y como se ha venido proponiendo (Brett, 1996; Chu, 1998a; Van der Hart *et al.*, 2004).

Según la teoría de la disociación estructural de la personalidad, la gravedad y el alcance de los síntomas disociativos del TEPT debe ser menor que en el TEPT complejo y el TDI [trastorno disociativo de la identidad]. Las puntuaciones en disociación de los pacientes con un TEPT son de hecho menores que las de los sujetos con trastornos disociativos del DSM-IV, pero significativamente mayores que en el caso de los sujetos sin un TEPT (e.g., Bremner *et al.*, 1992; El-Hage *et al.*, 2002).

La mayoría de los pacientes con un TEPT (alrededor de un 80 %) presentan otros síntomas comórbidos además de las reviviscencias, la evitación y la hiperactivación fisiológica, o bien cumplen los criterios para el diagnóstico de otros trastornos mentales adicionales (e.g., Van der Kolk, Pelcovitz, Mandel, Sunday & Spinazzola, 2005). Ello incluye (síntomas de) otros trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo y trastornos por abuso de sustancias (McFarlane, 2000), trastornos disociativos (e.g., Johnson, Pike & Chard, 2001), quejas somáticas (e.g., Van der Kolk, Pelcovitz *et al.*, 1996), trastorno por déficit de atención con hiperactividad (Ford *et al.*, 2000), además de cambios de personalidad y trastornos de personalidad (Southwick, Yehuda & Giller, 1993). Estos síntomas y trastornos asociados pueden ser tan prominentes que lleguen a desviar la atención del clínico y del investigador respecto de la traumatización coexistente en el paciente (Van der Kolk & McFarlane, 1996).

## ***TEPT complejo***

Muchas de los “rasgos descriptivos asociados” que menciona el DSM-IV a propósito del TEPT simple incluyen grupos de síntomas del TEPT de tipo complejo. El TEPT complejo (Herman, 1992a, 1993), también conocido como trastorno por estrés extremo no especificado (TEENE; Ford, 1999; Pelcovitz *et al.*, 1997; Roth *et al.*, 1997; Van der Kolk *et al.*, 2005), se formuló originalmente como un trastorno por estrés prolongado y extremo, sobre todo los abusos infantiles. Algunos autores utilizan el término *TEPT crónico* en casos en los que podría ser más apropiado el de *TEPT complejo* (e.g., Bremner, Southwick, Darnell & Charney, 1996; Feeny, Zoellner & Foa, 2002).

La mayoría de los sujetos con un TEPT complejo han padecido una traumatización crónica de niños por parte de otra u otras personas (Bremner, Southwick *et al.*, 1993; Breslau *et al.*, 1999; Donovan *et al.*, 1996; Ford, 1999; Ford & Kidd, 1998; Roth *et al.*, 1997; Zlotnick *et al.*, 1996). En consonancia con la teoría de la disociación estructural, estos sujetos presentan síntomas disociativos graves (Dickinson, DeGruy, Dickinson & Candib, 1998; Pelcovitz *et al.*, 1997; Zlotnick *et al.*, 1996). Pero todavía falta una evaluación de la disociación somatomorfa y una evaluación más precisa de los síntomas disociativos psicomorfos del TEPT complejo.

Además de los síntomas del TEPT (Ford, 1999), los pacientes con un TEPT complejo presentan alteraciones del carácter y un elevado riesgo de revictimización [de volver a ser víctimas de experiencias traumáticas similares] (Herman, 1993; Ide & Paez, 2000). Los criterios propuestos para el diagnóstico de TEPT complejo incluyen los siguientes grupos de síntomas: (1) *alteraciones en la regulación de los afectos y los impulsos*; (2) *alteraciones de la atención o de la conciencia*; (3) *alteraciones en la percepción de sí mismo*; (4) *alteraciones en las relaciones con los demás*; (5) *somatizaciones*; y (6) *alteraciones en los sistemas responsables de la adscripción de sentido* (Pelcovitz *et al.*, 1997; Roth *et al.*, 1997; Van der Kolk *et al.*, 1993, 2005). Existe una fuerte posibilidad de que estas agrupaciones de síntomas sean disociativas (cf., capítulo 5; Van der Hart, Nijenhuis *et al.*, 2005).

### ***Trastorno límite de la personalidad***

En la mayoría de los casos, el trastorno límite de la personalidad (TLP) aparece asociado a experiencias traumáticas, síntomas disociativos y otros trastornos relacionados con la traumatización (e.g., Herman & Van der Kolk, 1987; Laporte & Guttman, 1996; Ogata *et al.*, 1990; Zanarini *et al.*, 2000). En un estudio longitudinal de sujetos que presentaban diversos trastornos de personalidad, los pacientes con TLP refieren la tasa más elevada de exposición a experiencias traumáticas (particularmente a traumas sexuales, incluidos los abusos sexuales durante la niñez), la tasa más elevada de TEPT y las edades más tempranas en el momento de la primera experiencia traumática (Yen *et al.*, 2002). Muchos de los estudios sugieren la presencia de una relación específica entre el TLP y los abusos sexuales (e.g., Zanarini *et al.*, 2002; McClean & Gallop, 2003). Otros estudios también refieren tasas muy elevadas de abandono emocional [*neglect*] durante la niñez (Zanarini *et al.*, 1997), y las formas más graves de TLP estarían asociadas a las traumatizaciones más graves (Yen *et al.*, 2002; Zanarini *et al.*, 2002).

Muchos de los pacientes con un TLP le temen al abandono [*abandonment*] y a la intimidad. El miedo al abandono y la agresividad [*anger*] intensa podrían estar relacionados con el abandono, los malos tratos y las privaciones reales. La constante expectativa de que van a ser castigados o represaliados [elegidos como víctimas] y la reiteración de las relaciones abusivas y fallidas conducen al creciente fondo de amarga decepción, frustración, autodesprecio y rabia [*rage*] (Chu, 1998a, p. 46). Estas intensas emociones dominan las relaciones personales y la relación terapéutica del paciente. Las mismas estarían asociadas al apego no resuelto, preocupado o desorganizado/desorientado relacionado con experiencias traumáticas (Agrawal, Gunderson, Holmes & Lyons-Ruth, 2004; Buchheim, Strauss & Kachele, 2002). El apego desorganizado es un firme factor de vulnerabilidad y un importante predictor de la disociación (crónica) (Ogawa *et al.*, 1997; cf., capítulo 4), y sus síntomas son de hecho los de la disociación (Barach, 2004). El apego desorganizado y otras for-



mas de apego inseguro son predominantes en las víctimas de malos tratos, y la teoría del apego ha contribuido notablemente a explicar y describir la dificultades caracterológicas duraderas de las personas traumatizadas (Alexander, 1992; Alexander & Anderson, 1994; Bizard, 2001, 2003; Lyons-Ruth, 1999, 2001; Schore, 2003a). Si bien el apego desorganizado suele asociarse habitualmente, pero no en todos los casos, a los malos tratos, siempre está asociado a una actitud por parte del cuidador que va más allá de la desatención o la disarmonía normales, y ello podría explicar por qué algunos pacientes con TLP no refieren una traumatización *per se*.

Dado que el TLP se asocia a la traumatización grave y temprana y al apego desorganizado, cabría esperar que los pacientes con TLP presentaran numerosos síntomas disociativos psicomorfos y somatomorfos. Esto ha sido confirmado por diversos estudios de investigación (e.g., G. Anderson, Yasenik & Ross, 1993; Chu & Dill, 1991; Gershuny & Thayer, 1999; Stiglmayr, Shapiro, Stieglitz, Limberger & Bohus, 2001; Wildgoose, Waller, Clarke & Reid, 2000).

El diagnóstico de TLP se basa en una pauta omnipresente de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la imagen de sí mismo y los afectos, junto con una marcada impulsividad, que comienza en la adultez joven. Ha de incluir cinco de los siguientes síntomas: (1) *esfuerzos frenéticos por evitar el abandono real o imaginario*; (2) *una pauta de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizadas por la alternancia entre los extremos de la idealización y la desvalorización*; (3) *alteraciones de la identidad; un sentido de la identidad o de la propia imagen marcada y persistentemente inestable*; (4) *impulsividad en un mínimo de dos áreas potencialmente autodestructivas* (gastar dinero, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida); (5) *conducta suicida reiterada, gestos o amenazas de autolesiones*; (6) *inestabilidad afectiva debida a una marcada reactividad del estado de ánimo* (de unas pocas horas a [más raramente] unos pocos días); (7) *sensación crónica de vacío*; (8) *agresividad fuera de lugar e intensa, o dificultad en controlar la agresividad*; (9) *ideación paranoide o síntomas disociativos graves transitorios y asociados al estrés*.

Puede ser difícil establecer un diagnóstico diferencial entre el TLP, el TEPT complejo y los trastornos disociativos del DSM-IV, debido al amplio solapamiento entre los síntomas esenciales y adicionales de dichos trastornos. Existe un notable paralelismo entre los grupos de síntomas del TLP y del TEPT complejo. Ambos trastornos incluyen la desregulación afectiva, alteraciones de la identidad, tendencias suicidas, abuso de sustancias, autolesiones y dificultades de relación (APA, 1994; Driessen *et al.*, 2002; Gunderson & Sabo, 1993; McLean & Gallop, 2003; Yen *et al.*, 2002), y ambos incluyen unos déficits y rasgos psicobiológicos muy similares (Driessen *et al.*, 2002).

La disociación está muy relacionada con las autolesiones (Noll, Horowitz, Bonanno, Trickett & Putnam, 2003), que son muy frecuentes en los pacientes con TLP (Brodsky, Cloitre & Dulit, 1995). Aproximadamente la mitad de los pacientes con un TDI también tienen un TLP (Boon & Draijer, 1993; Chu, 1998b; Dell, 1998; Elason, Ross & Fuchs, 1996), y muchos presentan una combinación de características del trastorno límite con los trastornos por evitación (76 %), autodestructivo (68 %) y pasivo-agresivo (45 %) de la personalidad (Armstrong, 1991; Dell, 1998). Pero los pacientes con un TLP obtienen puntuaciones más bajas en amnesia disociativa en el “cuestionario de disociación” (DIS-Q) que los pacientes con un TDI, y un menor grado de confusión y alteración de la identidad (Vanderlinden, 1993). Estas diferencias distinguen al TLP del TDI.

Sobre la base de estos datos, parece probable que la mayoría de los pacientes con el diagnóstico de TLP puedan ser entendidos y tratados como personas traumatizadas que han sido maltratadas y abandonadas emocionalmente a edades tempranas, mientras que un pequeño subgrupo podría presentar otros factores etiológicos asociados a su trastorno de la personalidad.

Proponemos que el TLP implica una disociación estructural secundaria. En consonancia con esto, Golyunkina & Ryle (1999) encontraron que los pacientes con un TLP presentaban una parte disociativa de la personalidad que parece ser una PAN (una PAN que “da la cara”) y más de una PE (correspondientes a la rabia del agresor, la rabia de la víctima, la víctima pasiva y el zombi). Algunos pacientes

con un TLP presentan síntomas disociativos graves y en realidad pueden estar en el límite con un TDNE [trastorno disociativo no especificado] o un TDI. Nuestras observaciones clínicas sugieren que las partes disociativas de la personalidad en los pacientes con un TLP muestran un menor grado de emancipación y de elaboración, además de un sentido de la identidad menos diferenciado [*distinct*] que en el TDNE o el TDI.

La alternancia entre las partes disociativas en el caso del TLP suele ser entre una PAN característicamente deprimida y vacía, y unas PEs enfurecidas o desbordadas fijadas a un trauma del pasado, lo que podría explicar la inestabilidad y la reactividad afectivas. El apego desorganizado que aparece en la mayoría de los pacientes con un TLP estaría asociado a las oscilaciones disociativas a nivel de relación (e.g., Blizard, 2001, 2003; Lyons-Ruth, 1999, 2001). Unas partes disociativas de la personalidad buscarán la cercanía e idealizarán a los demás, en tanto que otras partes de la personalidad evitarán y desvalorizarán a las mismas personas, lo que deriva en unas relaciones tan intensas como inestables. Así, diferentes partes disociativas de la personalidad compiten a causa de unas necesidades contradictorias: a unas les mueve la necesidad de vincularse y de mantener el apego a toda costa, en tanto que a otras les mueve la necesidad de evitar el apego.

### ***Trastornos disociativos***

Los trastornos disociativos del DSM-IV incluyen la amnesia disociativa, la fuga disociativa, el trastorno por despersonalización, el trastorno disociativo no especificado en otros apartados (TDNE) y el trastorno disociativo de la identidad (TDI). Estos trastornos, sobre todo el TDI, se ha demostrado desde hace tiempo que están asociados a la traumatización infantil prolongada, grave y temprana (Chu, Frey, Ganzel & Matthews, 1999; Coons, 1994; Draijer & Boon, 1993; Hornstein & Putnam, 1992; D. O. Lewis, Yeager, Swica, Pincus & Lewis, 1997; Nijenhuis, 2004; Ogawa *et al.*, 1997; Putnam *et al.*, 1986; Ross *et al.*, 1991). La amplia mayoría de los pacientes con TDI (85-

97%) han sufrido formas graves de maltrato, y una minoría de casos podría relacionarse con el abandono emocional grave en ausencia de abusos sexuales o maltrato físico y unas actitudes sumamente anormales por parte de los padres que inducen un estilo de apego desorganizado en el niño (Blizard, 1997, 2003; Draijer & Langeland, 1999; Liotti, 1999a, 1999b).

Son muchos los autores que señalan que el TDI sería la forma más compleja de TEPT (e.g., Bremner *et al.*, 1996; Dell, 1998; Loewenstein, 1991; Spiegel, 1984, 1986, 1993). En consonancia con ello, los síntomas del TEPT son muy frecuentes en los pacientes con trastornos disociativos, y el 60% de los pacientes con un TDNE y el 89% de pacientes con un TDI satisfacen plenamente los criterios del TEPT (Boon & Draijer, 1993).

***Amnesia disociativa.*** El criterio principal del DSM-IV para el diagnóstico de amnesia disociativa es la *incapacidad repentina de recordar información personal que es demasiado amplia como para poder atribuirla a los olvidos corrientes*. El diagnóstico también requiere que no esté presente ningún otro trastorno disociativo. Los recuerdos que el paciente no puede recuperar suelen ser de naturaleza traumática, pero también pueden tener que ver con conflictos o con otras causas (APA, 1994; Van der Hart & Nijenhuis, 2001). La amnesia disociativa se ha observado en los traumas de guerra, las traumatizaciones relacionadas con la experiencia del Holocausto (Van der Hart & Brom, 2000), pérdidas traumáticas, robos, torturas, y maltrato físico, además de actos suicidas y actos criminales (para las revisiones, véase Brown, Schefflin & Hammond, 1998; Van der Hart & Nijenhuis, 1995). Los antecedentes de traumas infantiles también guardan una fuerte relación con la amnesia disociativa (Coons & Milstein, 1989; Loewenstein, 1993).

El DSM-IV señala que las características adicionales de los pacientes con amnesia disociativa incluyen otros síntomas disociativos psicomorfos tales como la regresión a otras edades y los estados de trance espontáneos, la analgesia (un síntoma disociativo somatomorfo), las autolesiones, los impulsos y actos agresivos y suicidas, y

el deterioro laboral y en las relaciones personales. Todas estas características pueden implicar una disociación estructural. Puede haber, pues, un trastorno disociativo más complejo más allá de la amnesia disociativa (e.g., Coons & Milstein, 1989; Loewenstein, 1993). Los trastornos comórbidos adicionales incluyen el trastorno de conversión (i.e., un trastorno disociativo somatomorfo), los trastornos del estado de ánimo y los trastornos de personalidad. En nuestra opinión, la amnesia disociativa sugiere el predominio de la PAN, mientras que los síntomas disociativos positivos ocasionales sugieren la irrupción de la PE.

**Fuga disociativa.** El criterio principal del DSM-IV para el diagnóstico de fuga disociativa es *un viaje repentino e inesperado lejos del hogar o del lugar habitual de trabajo, junto con una incapacidad de recordar el pasado*, en ausencia de otro trastorno disociativo. Las características y trastornos asociados incluyen depresión, culpa, impulsos agresivos y suicidas, trastornos del estado de ánimo, TEPT y trastornos relacionados con el consumo de sustancias. Los pacientes que tienen un episodio de fuga disociativa (ya sea como síntoma o como trastorno) de forma característica presentan antecedentes de maltrato grave durante la niñez (Berrington, Liddel & Foulds, 1956; Loewenstein, 1993; Kirshner, 1973), pero las fugas también pueden estar relacionadas con conflictos intensos u otros tipos de situaciones estresantes tales como una discordia matrimonial, problemas económicos y acontecimientos bélicos (Kirshner, 1973; Kopelman, 1987). El conocimiento consciente del paciente parece estar dominado en gran medida por una aseveración nuclear patogénica o idea fija, del tipo de: "¡Tengo que salir de aquí!" (Janet, 1907, 1909b; Van der Hart, 1985).

Mientras que la amnesia disociativa es un síntoma *negativo*, la fuga disociativa incluye no sólo la amnesia, sino también síntomas disociativos *positivos* muy complejos a nivel de conducta. En las fugas disociativas, otra parte de la personalidad se hace con el control total de la conducta y la conciencia de la PAN habitualmente presente, viaja a un lugar diferente y a menudo suele realizar conductas que no son características de la persona en cuestión en calidad de PAN.

Durante la fuga algunos pacientes experimentan una amnesia total respecto de su anterior identidad, lo que indica una fuerte división entre las partes de la personalidad. La mayoría tienen cierta idea de su identidad, pero no pueden recordar aspectos importantes de su vida. Las fugas disociativas pueden indicar una división disociativa transitoria entre distintas partes de la personalidad, pero lo habitual es que sean una manifestación de otra parte de la personalidad que generalmente no suele estar activa dentro del marco de la vida cotidiana, sino que era más bien interna hasta el momento de la fuga.

En unos casos, los pacientes con fugas disociativas presentan una PAN que continúa desenvolviéndose en la vida cotidiana, aunque pueden desempeñar un trabajo diferente y manifestar un ámbito de conciencia anormalmente restringido. En otros casos, la parte que emprende la fuga se entiende mucho mejor en calidad de PE. Por ejemplo, a veces se comportan de una forma infantil o emprenden agresiones o actúan movidos por el miedo o la perplejidad. Con frecuencia, los pacientes diagnosticados inicialmente de fuga disociativa acaban dando indicios de padecer una serie de síntomas disociativos más complejos (Boon & Draijer, 1993, 1995; Steinberg, 1995).

***Trastorno por despersonalización.*** Los síntomas de despersonalización son frecuentes en muchos trastornos mentales. Generalmente, estos síntomas son transitorios. Cuando los síntomas son primarios y crónicos, y se manifiestan en ausencia de otros trastornos mentales importantes, cabe hacer el diagnóstico de trastorno por despersonalización. Los criterios incluyen *episodios persistentes o recurrentes de sentirse distante respecto de los propios procesos mentales o del propio cuerpo*, al tiempo que *la prueba de realidad se conserva intacta*. Este trastorno presenta una comorbilidad importante con la ansiedad, la depresión (Baker *et al.*, 2003) y los trastornos relacionados con el consumo de sustancias (APA, 1994). Entre los diferentes tipos de traumatización, la despersonalización como trastorno y como grupo de síntomas suelen estar fuertemente asociados al maltrato emocional (Simeon, Guralnik, Schmeidler, Sirof & Knutelska, 2001).

Baker y colaboradores (2003) encontraron que el comienzo más temprano del trastorno se relacionaba con niveles significativamente superiores de disociación medidos con la DES [“escala de experiencias disociativas”; Bernstein & Putnam, 1986]. En el capítulo 5 analizamos los síntomas específicos de la despersonalización y nos preguntamos si no sería más apropiado considerar algunos de los síntomas de primer orden como alteraciones de la conciencia más que como síntomas disociativos. No obstante, algunos síntomas son claramente disociativos, como las experiencias de estar fuera del cuerpo, que indican que una parte de la personalidad vivencia y otra observa. Otros síntomas de irrealidad pueden tener lugar cuando una parte de la personalidad se adentra intrusivamente en otra, o cuando está a punto de ocurrir un giro repentino entre las partes.

En algunos casos, la despersonalización puede ser un síntoma prominente que conduce al diagnóstico de TDI a raíz de una detenida evaluación diagnóstica:

Una joven doctorada, Martha, entró en terapia debido a la confusión, las dificultades en terminar su tesis y una sensación persistente de irrealidad a raíz de una inesperada intervención quirúrgica de envergadura. Se descartaron las causas orgánicas. A lo largo de las sesiones se fue haciendo patente que Martha oscilaba rápidamente de una parte de la personalidad a otra, y la despersonalización era secundaria a la rápida alternancia y la confusión de las distintas partes al hacerse con el control ejecutivo (“¿Cómo he venido a parar aquí? Esta no es mi vida”).

***Trastorno disociativo no especificado.*** El diagnóstico de TDNE en el DSM-IV comprende seis categorías. Aquí nos centraremos exclusivamente en la primera categoría, a saber, las manifestaciones clínicas similares al TDI que no satisfacen plenamente los criterios para este trastorno. Clínicamente, esta categoría constituye el diagnóstico de elección cuando sujeto tiene síntomas congruentes con el TDI, pero las distintas partes disociativas no dan muestras de una elaboración ni una autonomía extremas y pueden no estar tan activas en la vida cotidiana como algunas partes de la personalidad en los pacientes con un TDI (Boon & Draijer, 1993; Steinberg, 1995). Los

pacientes con un TDNE tienen ciertamente un perfil específico a nivel de disociación que difiere del TDI. Dicho perfil incluye síntomas disociativos un tanto menos graves, predominio de la irrupción de partes que derivan en síntomas disociativos positivos en lugar de partes que se hacen totalmente con el control ejecutivo, y un nivel menos grave de trastornos de la personalidad (Boon & Draijer, 1993; Dell, 1998, 2002; Steinberg, 1995). Estos hallazgos deberían impulsar la reformulación de los criterios para el TDNE con el fin de mejorar la precisión diagnóstica. En nuestra experiencia clínica, de forma consistente la mayoría de los pacientes con un TDNE presentan una disociación estructural secundaria.

***Trastorno disociativo de la identidad.*** Los criterios del DSM-IV para el TDI incluyen la *presencia de dos o más identidades o estados de personalidad claramente diferenciados; cuanto menos dos de estas identidades o estados de personalidad asumen de forma recurrente el control de la conducta de la persona; y amnesia*. Estos criterios plantean serios problemas de diagnóstico. Por ejemplo, ¿cuál es el alcance de lo que sería propiamente una identidad o un estado de personalidad disociativo? ¿En qué medida debe estar presente la amnesia? ¿Debe una parte hacerse con el control total, o la influencia pasiva basta para satisfacer el criterio de asumir el control? ¿Qué sucede con las identidades disociativas que actúan en el presente, pero no tienen un nombre en particular ni otras características definitorias? Los criterios del DSM-IV para el diagnóstico de TDI son lo suficientemente ambiguos como para plantear serios problemas clínicos a la hora de hacer diagnósticos precisos, particularmente para la mayoría de los pacientes con un TDI en los que no se advierten unas “identidades” llamativamente diferentes.

Los expertos, pues, instan a los clínicos a aplicar instrumentos diagnósticos fiables y válidos tales como la “entrevista clínica estructurada para la identificación de los trastornos disociativos del DSM-IV” (SCID-D; Steinberg, 1994), o el “inventario multidimensional de disociación” (MID, Dell, 2002; Dell, 2006a, 2006b; Somer & Dell, 2005), que sería un instrumento relativamente nuevo. La SCID-D



constituye un valioso instrumento diagnóstico (Boon & Draijer, 1993; Kundakci, Şar, Kiziltan, Yargic & Tutkun, 1998; Steinberg, 1995, 2000), pero se requiere una experiencia clínica y una formación substanciales para su correcta aplicación y para la interpretación de las respuestas del paciente (Draijer & Boon, 1999).

La larga lista de características y trastornos adicionales del DSM-IV que serían comórbidos con el TDI incluye síntomas del TEPT, autolesiones, conductas agresivas [en el sentido de agresiones físicas], homicidas (Nijenhuis, 1996) y suicidas, impulsividad, relaciones repetitivas que incluyen malos tratos y abusos sexuales, síntomas de conversión (i.e., disociativos somatomorfos), así como trastornos del estado de ánimo, trastornos relacionados con el consumo de sustancias, trastornos sexuales y trastornos de la alimentación, además de trastornos de la personalidad.

Se advierte una creciente gravedad de los fenómenos disociativos a lo largo del continuum de trastornos asociados a la traumatización, siendo los pacientes con un TDI los que manifiestan los niveles más graves de síntomas disociativos. Por ejemplo, los pacientes con un TDI obtienen las puntuaciones más elevadas de todas las poblaciones en los cuestionarios de disociación sobre la base de la información facilitada por los propios sujetos, incluida la DES [escala de experiencias disociativas] (Boon & Draijer, 1993; Nijenhuis, Van Dyck *et al.*, 1999; Van IJzendoorn & Schluengel, 1996), el DIS-Q [cuestionario de disociación] (Vanderlinden, 1993), el MID (Dell, 2002/2006) y el SDQ-20 [cuestionario de disociación somatomorfa] (Nijenhuis *et al.*, 1996; Nijenhuis, Matthes *et al.*, 2004). También obtienen las puntuaciones mas elevadas en el SCID-D (Boon & Draijer, 1993; Steinberg, 1994), el MID (Dell, 2006; Somer & Dell, 2005) y la “guía de entrevista para la detección de trastornos disociativos” (DDIS; Ross, 1989).

### ***Psicosis y traumatización***

Una mayoría substancial de personas con una “enfermedad mental grave”, categoría bastante indiferenciada que incluye la esquizofrenia, el trastorno bipolar y los trastornos psicóticos no especifica-

dos, refieren haber tenido experiencias traumáticas (Goodman, Rosenberg, Mueser & Drake, 1997; Goodman, Thompson, Weinfurt, Corl, Acker & Mueser, 1999; Mueser *et al.*, 1998; Read, Van Os, Morrison & Ross, 2005). Muchos pacientes psicóticos refieren antecedentes de abusos sexuales durante la niñez (Holowka, King, Saheb, Pukall & Brunet, 2003; Janssen *et al.*, 2005; Read, Perry, Moskowitz & Connolly, 2001; Read & Ross, 2003; Read *et al.*, 2005), y las personas crónicamente traumatizadas pueden ser particularmente vulnerables a la psicosis (J.G. Allen, Coyne & Console, 1996, 1997; Hamner, Frueh, Ulmer & Arana, 1999).

Ninguna de las definiciones de los síntomas psicóticos en el DSM-IV (APA, 1994, p. 273) ofrece una demarcación clara entre los síntomas psicóticos, un número considerable de síntomas intrusivos del TEPT y los trastornos disociativos. Esta falta de claridad dificulta el diagnóstico diferencial entre la psicosis, los trastornos disociativos y el TEPT. Según la definición más estricta del DSM-IV, los síntomas psicóticos incluyen delirios y alucinaciones prominentes, con alucinaciones que tienen lugar en ausencia de ninguna conciencia [*insight*] respecto de su naturaleza patológica. Una definición menos restrictiva de la psicosis incluye las alucinaciones prominentes que la persona en cuestión reconoce como experiencias alucinatorias. Una definición todavía más amplia incluye síntomas positivos de esquizofrenia tales como el habla desorganizada y las conductas llamativamente disgregadas o catatónicas.

Muchos pacientes traumatizados, con trastornos que van del TEPT y el TLP al TDI, presentan síntomas psicóticos según la definición del DSM-IV (R.W. Butler *et al.*, 1996; David, Kutcher, Jackson & Mellman, 1999; Miller, Abrams, Dulit & Fyer, 1993; Ross, 2004). Un porcentaje de estos pacientes satisfacen los criterios de un trastorno psicótico comórbido del DSM-IV (Bleich & Moskowitz, 2000; Hamner, Frueh, Ulmer & Arana, 2000; Sautter *et al.*, 1999; Tutkun, Yargic & Şar, 1996). Sin embargo, la mayoría de los estudios no aclaran si dichos síntomas o trastornos psicóticos tienen una base disociativa o no. Proponemos que en la mayoría de los pacientes traumatizados, estos síntomas son indicativos de una disociación estructural.

***Síntomas psicóticos y síntomas disociativos.*** Los pacientes con un TEPT crónico [i.e., complejo] y características psicóticas comórbidas, presentan síntomas positivos y negativos de psicosis correspondientes a un nivel de gravedad similar al de los pacientes con esquizofrenia (Hamner *et al.*, 2000). También es posible que los síntomas psicóticos sean pasados por alto en los pacientes traumatizados con un TEPT crónico dado que tales pacientes “son reticentes a hablar de estos síntomas y porque puede que no presenten los cambios manifiestos en el afecto ni los delirios extravagantes característicos de otras psicosis como, por ejemplo, la esquizofrenia” (Hamner *et al.*, 2000, p. 217).

Existe un solapamiento fenomenológico entre los síntomas psicóticos y los síntomas disociativos. Por ejemplo, muchos pacientes con trastornos disociativos complejos y muchos pacientes con esquizofrenia oyen voces, y ambos tipos de pacientes pueden presentar alteraciones en la prueba de realidad. Este solapamiento contribuye a la confusión teórica respecto de la naturaleza de los síntomas psicóticos y los síntomas disociativos, y a la falta de precisión en el diagnóstico de los trastornos disociativos y la psicosis (C.A. Pope & Kwapil, 2000). Los pacientes con un TDI o un TDNE suelen ser diagnosticados erróneamente como enfermos de esquizofrenia u otros trastornos psicóticos, principalmente porque refieren alucinaciones auditivas [voces] y otros síntomas schneiderianos de primer orden (Boon & Draijer, 1993; Ross, Norton & Wozney, 1989). Muchos pacientes psicóticos tienen síntomas disociativos (Ross, 2004; Spitzer, Hayg & Freiburger, 1997). Por ejemplo, Haugen y Castillo (1999) encontraron que los pacientes diagnosticados de esquizofrenia paranoide o diferenciada padecían síntomas como amnesia grave, despersonalización y fragmentación de la identidad sobre la base de la SCID-D [“entrevista clínica estructurada para la identificación de los trastornos disociativos del DSM-IV”]. Los autores concluyen que “un factor subyacente al no reconocimiento de los trastornos disociativos graves en pacientes diagnosticados de trastornos psicóticos probablemente sea el enorme solapamiento de los síntomas schneiderianos de primer orden en ambos tipos de trastornos” (p. 753). El solapamiento

fenomenológico también afecta a los síntomas negativos; esto es, los síntomas esquizofrénicos negativos, los síntomas de evitación del TEPT y los síntomas de depresión (Kuipers, 1992). Sin embargo, Ellason y Ross (1995) encontraron que los pacientes con un TDI presentaban más síntomas positivos de esquizofrenia, pero menos síntomas negativos que los pacientes con esquizofrenia.

No siempre está clara la diferencia entre los síntomas psicóticos y los síntomas disociativos. Por ejemplo, las partes disociativas de la personalidad pueden no percibir determinadas partes del cuerpo, alucinar un tamaño y unas dimensiones corporales diferentes o creer que son de un sexo diferente del sexo real del paciente, o que ni tan siquiera son humanos. Estas alucinaciones negativas y positivas que son tan comunes en los trastornos disociativos complejos, encajan perfectamente con las definiciones de psicosis mencionadas más arriba. Ahora bien, en los pacientes con trastornos disociativos estos síntomas constituyen manifestaciones de las distintas partes disociativas, y durante el transcurso de la terapia su prueba de realidad suele mejorar significativamente, cuando no completamente. Estos síntomas disociativos [en los pacientes disociativos no psicóticos] también son refractarios a la medicación antipsicótica.

No se debe subestimar la presencia de síntomas schneiderianos de primer orden tanto en los pacientes disociativos como en los pacientes psicóticos. El MID [“inventario multidimensional de disociación”] (Laddis, Dell, Cotton & Fridley, 2001; véase el capítulo 5) discrimina bien entre los pacientes con TDI y los pacientes con esquizofrenia, sobre la base de dichos síntomas. Los ítems indicativos de TDI eran “no sentirse unido, no sentirse como un todo íntegro”, “sentir que hay otra persona dentro de uno mismo que puede salir a la luz y hablar si así lo quiere”, y “cambiar rápidamente de estado de ánimo sin ninguna razón aparente”. Entre el 80 y el 98 % de pacientes con un TDI seleccionaron ítems que incluyen voces discutiendo, conversando o haciendo comentarios; sentimientos “forzados”, impulsos “forzados” y acciones “forzadas”, influencias sobre el cuerpo, extracción [robo] del pensamiento e inserción del pensamiento. Los ítems seleccionados con más frecuencia por los pacientes con esquizofrenia incluían

la impresión de que “Los propios pensamientos están siendo retransmitidos, de manera que otras personas pueden oírlos”, sentir que “La propia mente o el propio cuerpo están dominados por una persona famosa” (e.g., Elvis Presley, Jesucristo, Madonna o el Presidente Kennedy), y “Oír voces procedentes de lugares insólitos (e.g., el aire acondicionado, el ordenador, las paredes) y que tratan de decirle a la persona en cuestión lo que tiene que hacer”.

Los pacientes con un TDI obtienen puntuaciones *más elevadas* que los pacientes con esquizofrenia en siete de los ocho síntomas schneiderianos de primer orden (véase también Ellason & Ross, 1995; Kluft, 1987a; Ross, Miller, Reagor, Bjornson, Fraser & Anderson, 1990; Ross, 2004; Yargic, Şar, Tutkun & Alyanak, 1998). Otros rasgos distintivos del TDI incluyen oír voces de niños y voces más persecutorias que las referidas por los esquizofrénicos. La abundante presencia de síntomas schneiderianos de primer orden en el TDI sugiere la posibilidad de un trastorno disociativo complejo e indica que no debe hacerse el diagnóstico de esquizofrenia sobre la base de estos síntomas exclusivamente. El solapamiento también sugiere que los hallazgos sobre la prevalencia de la traumatización y la naturaleza de los síntomas en pacientes supuestamente psicóticos debe interpretarse con precaución en el caso de que estos pacientes no hayan sido sistemáticamente entrevistados con la ayuda de instrumentos diagnósticos pensados específicamente para la detección de trastornos disociativos.

***Psicosis disociativa.*** Se ha propuesto la categoría diagnóstica de psicosis disociativa para aquellos casos en los que el trastorno psicótico esté relacionado con una experiencia traumática y sea de naturaleza claramente disociativa –fundamentada en la disociación estructural de la personalidad (Graham & Thavasotby, 1995; Van der Hart, Witztum & Friedman, 1993). La psicosis disociativa ha sido documentada en una serie de pacientes traumatizados con diagnósticos que van del TEPT al TDI (Graham & Thavasotby, 1995; Tutkun *et al.*, 1996; Van der Hart & Spiegel, 1993; Van der Hart, Witztum *et al.*, 1993). El trastorno se denominó originalmente psicosis histérica

(Hollender & Hirsch, 1964; Moreau de Tours, 1865). Se han sugerido los siguientes criterios para el diagnóstico de psicosis disociativa (Van Gerven, Van der Hart, Nijenhuis & Kuipers, 2002; Van der Hart, Witztum *et al.*, 1993): (1) los síntomas disociativos psicomorfos o somatomorfos son prominentes; (2) la psicosis clínica en cuestión puede entenderse como una afección disociativa; (3) existe una disociación estructural; y (4) aparecen conductas significativas en la psicosis clínica en cuestión que el paciente no puede controlar. Estos cuatro criterios abordan el carácter disociativo de la psicosis en cuestión, pero ¿qué define propiamente a esta psicosis como tal? En los casos de psicosis disociativa, de forma característica una parte de la personalidad, particularmente una PE, ha perdido todo contacto con la realidad actual y está inundada de alucinaciones aterradoras. Las alucinaciones, que en algunos casos persisten durante semanas o meses, son en su mayoría de naturaleza visual o auditiva, y pueden corresponder a reviviscencias extremadamente intensas del trauma real o experiencias simbólicas [fantaseadas, imaginarias] extremadamente amenazantes derivadas de la traumatización primaria (Van der Hart, Witztum *et al.*, 1993). La medicación antipsicótica no siempre es útil en estos casos, y la psicoterapia es el tratamiento de elección. Ello incluye descansar, reducir el estrés, educar a la víctima en calidad de PAN en relación con la psicosis clínica y, de ser posible, contactar con las PEs atrapadas en las alucinaciones aterradoras, seguido de la transformación y de la resolución de dichas alucinaciones y de los recuerdos traumáticos asociados.

***La psicosis en el TLP y el TDNE.*** También se han observado “episodios psicóticos transitorios” en pacientes con un TLP, pero no suele tomarse en consideración su posible naturaleza disociativa. No obstante, Lotterman (1985) señala que estos episodios se caracterizan por la presencia de síntomas disociativos psicomorfos y somatomorfos. El mismo autor también informa de que muchos pacientes de su muestra estaban traumatizados. Los síntomas psicóticos en el TLP pueden durar de semanas a meses, pero por lo general son de vida corta. Estos síntomas suelen ser refractarios al tratamiento

médico, incluida la terapia electroconvulsiva, pero responden a la psicoterapia. La combinación de dichas características sugiere la presencia de una psicosis disociativa.

La psicosis disociativa también puede manifestarse en pacientes con un TDNE:

Anja, diagnosticada de TDNE y de psicosis disociativa, deambulaba durante días en una aparente confusión, dando pasos diminutos, con los pies y las rodillas hacia adentro y mascullando con una voz infantil: “Rojo, todo es rojo”. La medicación, el descanso y el paso del tiempo no mejoraron su estado. Cuando el terapeuta se sumó a ella y se mostró de acuerdo en que todo en su mundo era rojo, también sugirió que tal vez algunos lugares podrían ser más o menos rojos que otros. Este enfoque finalmente ayudó a Anja a relacionar que el lugar más rojo era su ropa interior. Era la sangre a raíz de haber sido violada analmente a una edad temprana por un hombre que tenía los pies deformes y cuyo modo de andar la paciente había estado imitando. Esta revelación, junto con la actitud empática del terapeuta, llevó el episodio psicótico a su desenlace al cabo de unas pocas horas.

En el caso de Anja, los contenidos de la psicosis disociativa correspondían a un aspecto de un suceso traumático tal y como era vivido por una PE de corta edad. Sin embargo, como señalamos más arriba, los contenidos también pueden incluir experiencias fantaseadas –de características alucinatorias– extremadamente ansiógenas y derivadas de una experiencia traumática de la vida real. Tales experiencias secundarias pueden incluir visiones inducidas por la culpa del tipo de ser perseguido por un diablo o un demonio, o de ser torturado en el infierno (Janet, 1894-1895/1898b, 1898a; Van der Hart & Spiegel, 1993; Van der Hart, Witztum *et al.*, 1993).

### ***Trastornos somatomorfos***

El DSM-IV reconoce dos trastornos principales que incluyen quejas y dificultades físicas que no tienen una causa orgánica. Tanto el *trastorno por somatización* como el *trastorno de conversión* se asocian a antecedentes de traumatización y a la disociación.

**Trastorno por somatización.** La somatización aparece como parte de la psicopatología general de muchos pacientes psiquiátricos, pero es especialmente prominente en las personas crónicamente traumatizadas (e.g., Andreski, Chilcoat & Breslau, 1998; Atlas, Wolfson & Lipschitz, 1995; Dickinson, DeGruy, Dickinson & Candib, 1999; Nijenhuis, 2004; Roelofs, Keijsers, Hoogduin, Naring & Moene, 2002; Van der Kolk *et al.*, 2005). La gravedad de la somatización generalmente correlaciona con la gravedad del trastorno de origen traumático y de los síntomas disociativos.

El trastorno por somatización del DSM-IV requiere la presencia de *numerosas quejas física antes de los 30 años de edad* y la totalidad de los siguientes criterios durante el transcurso del trastorno: (1) *cuatro síntomas dolorosos*; (2) *dos síntomas gastrointestinales*; (3) *un síntoma sexual*; (4) *un síntoma pseudoneurológico*; (5) *los síntomas demuestran ser funcionales o, en el caso de existir una causa médica, generan un malestar y una limitación que exceden lo que razonablemente cabría esperar*. Ni el DSM-IV ni la CIE-10 señalan que la somatización pueda implicar una disociación somatomorfa, ni que los síntomas puedan ser de origen traumático. Por ejemplo, los síntomas pseudoneurológicos de los síntomas de conversión del DSM-IV son de naturaleza disociativa. Las características y trastornos adicionales del trastorno por somatización incluyen ansiedad y estado de ánimo deprimido, conducta impulsiva y antisocial, amenazas e intentos de suicidio, una vida caótica, además de trastornos relacionados con el consumo de sustancias y TLP, todos los cuales podrían estar asociados a la disociación estructural en algunos casos cuanto menos.

Poco se sabe de la gravedad de los síntomas disociativos psicomorfos en el trastorno por somatización. Por comparación con un grupo de pacientes orgánicos, los pacientes somatizadores presentaban más amnesia disociativa (R.J. Brown, Schrag & Trimble, 2005). Los dos grupos refirieron niveles similares de despersonalización, desrealización, confusión de la identidad y alteración de la identidad. Desconocemos si existen estudios sobre la disociación somatomorfa en el trastorno por somatización.



Es esencial que los clínicos indaguen la posibilidad de que un síntoma somático que no tiene una explicación médica pueda tener una naturaleza disociativa subyacente, porque el tratamiento de los trastornos somatomorfos depende de las causas subyacentes. La naturaleza disociativa de un síntoma somatomorfo únicamente se puede determinar cuando se demuestra que el síntoma se relaciona específicamente con una parte disociativa de la personalidad (Nijenhuis, 2004).

***Trastorno de conversión / trastornos disociativos de los movimientos y las sensaciones.*** Según el DSM-IV (APA, 1996, p. 452), la característica esencial del trastorno de conversión es la presencia de síntomas o déficits que afectan a las funciones motrices o sensoriales voluntarias y que sugieren una afección neurológica u otra afección médica general. El DSM-IV no clasifica los trastornos de conversión como trastornos disociativos somatomorfos y afirma que “si la conversión y los síntomas disociativos se dan en un mismo sujeto (lo cual es frecuente), se deben hacer los dos diagnósticos” (APA, 1994, p. 456). Así pues, el DSM-IV considera que los síntomas de conversión son diferentes de los síntomas disociativos. Sin embargo, sobre la base teórica y empírica de que disponemos debería considerarse que la naturaleza fundamental de las conversiones es disociativa (Bowman, 2006; Kihlstrom, 1992; McDougall, 1926; Nemiah, 1991; Nijenhuis, 2004; Spitzer *et al.*, 1999; Van der Hart & Op den Velde, 1995). La denominación de la CIE-10 (OMS, 1992) de *trastornos disociativos de los movimientos y las sensaciones* supone un avance a este respecto. La categoría engloba *los trastornos disociativos motrices, las convulsiones disociativas, la anestesia disociativa y las pérdidas sensoriales, los trastornos disociativos (de conversión) mixtos, y otros trastornos disociativos (de conversión)*. Sin embargo, la CIE-10 no reconoce que la categoría de *trastornos somatomorfos* puede implicar una disociación somatomorfa profunda. Debería considerarse seriamente la categoría de trastornos disociativos somatomorfos de cara a las próximas ediciones del DSM y de la CIE.

Los pacientes con un trastorno de conversión del DSM-IV presentan porcentajes elevados de disociación somatomorfa y psicomorfa,

además de tener antecedentes de traumatización y acontecimientos vitales estresantes recientes (Moene *et al.*, 2001; Nijenhuis, Van Dyck *et al.*, 1999; Roelofs *et al.*, 2002; Roelofs, Spinhoven, Sandijck, Moene & Hoogduin, 2005; Şar, Akyuz, Kundakci, Kiziltan & Dogan, 2004). Los pacientes que presentan el síntoma disociativo somatomorfo de ataques pseudoepilépticos (i.e., convulsiones disociativas), obtienen puntuaciones elevadas en disociación psicomorfa y somatomorfa, y un número substancial de estos sujetos refieren antecedentes de traumatización (Bowman & Markand, 1996; Kuyk, Spinhoven, Van Emde Boas & Van Dyck, 1999; Prueter, Schultz-Venrath & Rimpau, 2002).

Los criterios del DSM-IV para el trastorno de conversión incluyen: (1) *uno o más síntomas que sugieren un problema médico neurológico o de otro tipo*; (2) *el inicio o la exacerbación de los síntomas aparece asociada a unos estresores o conflictos psicológicos*; (3) *el síntoma no es provocado ni fingido intencionadamente*; (4) *los síntomas no se limitan al dolor ni a una disfunción sexual*, lo que indicaría más bien una somatización. La comorbilidad de los trastornos de conversión incluye las llamadas quejas somáticas que no se corresponden con la conversión, los trastornos disociativos, la depresión mayor, y los trastornos de personalidad.

Los síntomas disociativos somatomorfos serían manifestaciones de partes disociativas de la personalidad, por rudimentarias que puedan ser. Así, los pacientes con trastornos disociativos somatomorfos tendrán un determinado nivel de disociación estructural y deben ser evaluados con objeto de identificar la posible presencia de otro trastorno de origen traumático tal como, por ejemplo, un TEPT, un TDNE o un TDI.

### **¿Comorbilidad o espectros de síntomas y trastornos en las personas traumatizadas?**

Existe una considerable evidencia de que muchos sujetos traumatizados presentan una amplia gama de síntomas y satisfacen los

criterios de toda una variedad de trastornos mentales, particularmente cuando la traumatización comenzó en la niñez temprana, fue de naturaleza interpersonal [implicó la intervención o la relación con otra u otras personas], incluyó una amenaza para la integridad física, y fue grave y crónica. Muchas de las características descriptivas adicionales de los trastornos de origen traumático se describieron más arriba. Dichas características incluyen estado de ánimo deprimido, ansiedad y pánico, disfunciones sexuales, problemas de sueño, autolesiones, síntomas somatomorfos, impulsos agresivos [a las agresiones físicas], impulsos suicidas, y deterioro en el trabajo y en las relaciones personales. Los trastornos adicionales o comórbidos en el caso del TEPT, el TLP, los trastornos disociativos, la esquizofrenia y los trastornos somatomorfos incluyen la *depresión mayor* (e.g., Brady, Killeen, Brewerton & Lucerini, 2000; J.C. Perry, 1985; Şar, Kundakci *et al.*, 2000), los *trastornos de ansiedad* (J.G. Allen, Coyne & Huntoon, 1998; Brady, 1997; Breslau, Davis, Andreski & Peterson, 1991; Lipschitz, Winegar, Hartnick, Foote & Southwick, 1999; Stein *et al.*, 1996), los *trastornos por abuso de sustancias* (e.g., Brady, 1997; McClellan, Adams, Douglas, McCurry & Storck, 1995; McDowell, Levin & Nunes, 1999), y los *trastornos de alimentación* (Brady *et al.*, 2000; Darves-Bornoz, Delmotte, Benhamou, Degiovanni & Gaillard, 1996; Lipschitz *et al.*, 1999; Vanderlinden, 1993).

Los trastornos disociativos del DSM-IV, sobre todo el TDNE grave y el TDI, tienden a incluir la comorbilidad más importante y extrema (Boon & Draijer, 1993; Şar & Ross, 2006; Steinberg, 1995; Steinberg *et al.*, 1994). Ahora bien, como señalamos más arriba, incluso los pacientes con un TEPT suelen presentar trastornos adicionales (APA, 1994; Breslau *et al.*, 1995; Kessler *et al.*, 1995; McFarlane & Papay, 1992; Van der Kolk, Van der Hart & Marmar, 1996). Futuros estudios deberán explorar el grado en el que dicha comorbilidad se relaciona con la disociación estructural de la personalidad derivada de la traumatización.

### ***Comorbilidad, desregulación afectiva y disociación estructural***

La amplia gama y el profundo solapamiento de síntomas y de trastornos que caracterizan a las víctimas de una traumatización, sobre todo cuando esta traumatización fue grave y crónica, sugieren que los diferentes síntomas y trastornos están estrechamente relacionados. Ante la diversidad de síntomas y trastornos, y la consiguiente dificultad en la precisión diagnóstica, los especialistas en el ámbito del trauma han planteado la cuestión de si no deberíamos concebir los problemas relacionados con las experiencias traumáticas a lo largo de un continuum (e.g., Allen, 2001; Van der Kolk, 1996). Van der Kolk y colaboradores (1996) sugieren un espectro de *síntomas* relacionados con la traumatización, incluidos los síntomas del TEPT, los síntomas disociativos, la desregulación afectiva, la somatización, la depresión, y los problemas laborales y de relación. Otros autores proponen un espectro de *trastornos* relacionados con la traumatización, que iría del TEPT al TDI (Bremner *et al.*, 1998; Moreau & Zisook, 2002). Si bien estas opiniones indican que existiría una relación mutua entre una amplia variedad de síntomas y de trastornos mentales, no parecen ofrecer un sustrato común que explicara los vínculos existentes entre ellos. Al exponer sus ideas en relación con un espectro de síntomas asociados a la traumatización, Van der Kolk *et al.* (1996) hacen referencia a la labor tanto de Janet como de Nemiah (1998), que pensaban que reviste una importancia crucial prestar atención al papel desempeñado por la disociación. Pero Van der Kolk y colaboradores no explican cómo podría relacionarse la disociación [estructural de la personalidad] con la totalidad de los síntomas del espectro que proponen.

Schore (1994, 2003a, 2003b) considera que la desregulación afectiva es el sustrato común de los síntomas y trastornos relacionados con la traumatización. Coincidimos con Schore en que la desregulación afectiva es una de las características principales de todos los trastornos de origen traumático, pero añadimos que en los sujetos traumatizados dicha desregulación se presenta habitualmente dentro del contexto de la disociación estructural. Otro tanto sucede con la

falta más global de autorregulación que Van der Kolk (1996) considera como “el efecto de mayor alcance del trauma psicológico tanto en niños como en adultos” (p. 187). Así pues, la regulación afectiva en las personas traumatizadas estaría asociada a determinadas [vendría dictada por las distintas] partes disociativas de la personalidad (Van der Hart, Nijenhuis *et al.*, 2005). Ciertas partes de la personalidad pueden estar deprimidas y mostrar tendencias suicidas, en tanto que otras tienen estados de ánimo diferentes. Existe un estudio que señala esta posibilidad al advertir que si bien los pacientes con un TEPT padecen niveles de depresión similares a los pacientes con una depresión mayor, los pacientes con TEPT presentan una gama mucho más amplia de variabilidad en el estado de ánimo (Golier, Yehuda, Schmeidler & Siever, 2001). En el TEPT, la PE puede tener miedo, sentir pánico o consumir sustancias (para defenderse de los recuerdos traumáticos y demás síntomas disociativos positivos penosos), realizar conductas bulímicas o anoréxicas, y actos agresivos [agresiones físicas], o padecer síntomas somatomorfos tales como anestesia corporal, dolor localizado, o parálisis corporal. Algunos de los síntomas y los trastornos se corresponden con la desregulación y el conflicto entre estas distintas partes y los sistemas de acción que mediatizan su funcionamiento. Por ejemplo, la desregulación puede derivarse de los conflictos entre partes agresivas, partes que tienen miedo y partes que buscan el apego. Algunas de tales partes parecen estar fuertemente mediatizadas por el sistema nervioso simpático, y otras por el (sistema dorsal vagal que forma parte del) sistema nervioso parasimpático, lo que derivaría igualmente en la desregulación psicofisiológica (Nijenhuis & Den Boer, 2007). El sistema nervioso simpático prepara el cuerpo y la mente para la acción, mediando así en la defensa activa, como la huida y la lucha. Aumenta el ritmo cardíaco y estimula la secreción de *catecolaminas* (acetilcolina, epinefrina, norepinefrina). Por su parte, el sistema nervioso parasimpático conserva la energía, dado que disminuye el ritmo cardíaco, aumenta la actividad intestinal y glandular, y relaja los músculos esfinterianos del tracto gastrointestinal. Actúa, pues, para invertir los efectos del *sistema nervioso simpático*.

En resumen, proponemos que la disociación estructural de la personalidad constituye el sustrato psicobiológico común, o cuanto menos uno de los sustratos principales de los síntomas y trastornos de las personas traumatizadas. Nuestra teoría sugiere que el espectro de trastornos relacionados con la traumatización implica diferentes grados de disociación estructural. Esta hipótesis queda abierta a la comprobación empírica.

## **Resumen**

El DSM-IV y la CIE-10 incluyen trastornos que estarían relacionados por definición con sucesos traumáticos (TEA y TEPT) o que han sido relacionados con tales sucesos a raíz de la investigación y de la experiencia clínica. Sin embargo, los criterios de estos trastornos incluyen sólo un pequeño subgrupo de entre la amplia gama de síntomas que aparecen en las personas traumatizadas. El DSM-IV califica eventualmente estos otros problemas de características y trastornos adicionales a los trastornos de origen traumático. Pero esta calificación tan vaga no subraya los hallazgos consistentes relativos a la existencia de correlaciones significativas entre una gama de síntomas de origen traumático, y el considerable solapamiento entre los diversos trastornos de origen traumático. Existe una amplia gama de trastornos mentales relacionados con experiencias traumáticas, tales como el TEA, el TEPT, el TEPT complejo, el TLP, los trastornos disociativos del DSM-IV, los trastornos psicóticos y los trastornos somatomorfos. Proponemos que cada uno de estos trastornos implica diversos grados de disociación estructural. Comprender este sustrato tiene consecuencias de primer orden para el tratamiento.



# II

## LA TRAUMATIZACIÓN CRÓNICA Y LA PSICOLOGÍA JANETIANA DE LA ACCIÓN

---





## Introducción a la Parte II

---

*[E]n [la disociación estructural], las funciones no se disuelven por completo... continúan subsistiendo... Lo que se disuelve es la personalidad, el sistema que agrupa las diferentes funciones en torno a una misma personalidad.*

—Pierre Janet (1907, p. 332)

*[L]o que se altera en los síndromes de desconexión neurológica y en los trastornos disociativos no es tanto el grado de actividad de un área cerebral o una función psíquica, sino el grado de interrelación entre tales áreas o funciones.*

—Gerald Edelman & Giulio Tononi (2000, p. 67)

La teoría de la disociación estructural relacionada con la traumatización incluye tres principios básicos. El primero es que las personas crónicamente traumatizadas emprenden una gama de tendencias de acción mentales y conductuales sustitutivas (Janet 1919/1925, 1928b). Dichas tendencias de acción constituyen los esfuerzos de la víctima traumatizada por adaptarse a su mundo interior y exterior, pero no guardan proporción con la labor en cuestión. Así, toda parte disociativa de la personalidad está dirigida, desde su limitada pers-

pectiva, a alcanzar unos objetivos adaptativos con los recursos inadecuados que tiene al alcance. En segundo lugar, las limitaciones de las víctimas traumatizadas suelen implicar una falta de habilidades de regulación, a veces una falta de energía mental o física, y siempre una falta de eficiencia mental, una capacidad insuficiente de utilizar la energía mental con el máximo provecho. En tercer lugar, dichas deficiencias provocan y mantienen un grado mayor o menor de disociación estructural de la personalidad, además de una serie de síntomas relacionados.

Sobre la base de estos tres principios, esta parte de este libro tomará nuestra explicación de la disociación estructural expuesta en la parte I y se concentrará en las acciones mentales y conductuales específicas implicadas en la disociación estructural y en la integración. Nuestras ideas respecto de las acciones de las víctimas traumatizadas se inspiran fuertemente en la *psicología de la acción* de Janet (1919/1925, 1926a, 1928a, 1928b, 1934, 1938), y sirven de base teórica para la evaluación clínica y el tratamiento de los pacientes crónicamente traumatizados. La inclusión aquí de la labor de Janet no obedece a un recorrido romántico por la historia: sus ideas sobre las acciones son de la máxima utilidad y pragmaticidad para comprender la difícil situación de las víctimas de una traumatización, y su perspectiva está conociendo actualmente un importante resurgimiento en el ámbito de la psicología, si bien ignorando frecuentemente su labor (e.g., Berthoz, 2000; Carver *et al.*, 2000; Hurley, 1998; Llinás, 2001).

# 7

## La labor de síntesis y sus limitaciones en las víctimas de experiencias traumáticas

---

*Nuestra capacidad de actuar coherentemente en presencia de diferentes estímulos sensoriales, a menudo conflictivos, requiere un proceso de interrelación a lo largo de numerosos niveles de organización en ausencia de ningún mapa de orden superior que permita guiar el proceso. Este es el llamado problema de unificación...*

—Gerald Edelman & Giulio Tononi (2000, p. 106)

La salud mental se caracteriza por la elevada capacidad de integración, que unifica una amplia gama de fenómenos psicobiológicos en una sola personalidad (Edelman & Tononi, 2000; Fuster, 2003; Janet, 1889; Stuss & Knight, 2002). Cuando las personas tienen el nivel mental (muy elevado) necesario para integrar acontecimientos conmovedores, no desarrollan una disociación estructural. Cada uno de nosotros tenemos un límite respecto de lo que somos capaces de integrar bajo un estrés extremo o prolongado. Cuando los principales organizadores de nuestra personalidad, tales como las tendencias de acción y los sistemas de acción, están lo suficientemente integrados dentro de ellos mismos y entre sí, nuestras acciones mentales y conductuales pueden ser coordinadas y flexibles, permitiéndonos

adaptarnos de formas complejas y creativas. Y a su vez, estas tendencias de acción y sistemas de acción determinan en gran medida lo que integraremos en un momento o una situación dada y a lo largo del tiempo.

Sin embargo, a veces el nivel mental de una persona es tan bajo que diversos sistemas de acción (y tendencias de acción) se disocian unos de otros dentro de la personalidad, junto con un sentido de la identidad [*of self*, de sí mismo] limitado o bien más amplio organizado en torno a cada constelación [de sistemas y tendencias]. Hasta cierto punto, estos sistemas conscientes [*self-conscious*] asumen una vida propia o bien estos sistemas de acción jamás fueron adecuadamente integrados desde un principio en aquellas personas que han padecido abandono emocional y maltrato tempranos y crónicos.

La integración es el resultado de acciones de orden tanto inferior como superior. La psicología janetiana de la acción ayuda a comprender la integración normal y sus limitaciones. La integración implica dos acciones mentales principales: la *síntesis* y la *consciencia* (Janet, 1889, 1907, 1935a). En la síntesis percibimos, vinculamos o *unificamos* y *diferenciamos* (los distintos componentes de) nuestras experiencias (Edelman & Tononi, 2000; Fuster, 2003; Metzinger, 2003). Por ejemplo, tenemos que diferenciar qué estímulos son relevantes e irrelevantes para nuestros intereses actuales con el fin de funcionar adaptativamente. La *unificación* de diferentes percepciones en un todo uniforme incluye acciones mentales de orden inferior. Así, la unificación de los diferentes componentes de la percepción visual tales como el color y la forma de un objeto, así como de los resultados de la percepción visual, auditiva y quinesésica, suele ser inconsciente y automática. Estas acciones de orden inferior requieren niveles reducidos de energía y eficiencia mental. Sin embargo, para dirigir el propio campo de atención a las indicaciones verdaderamente importantes dentro de una situación compleja, y poder unificarlas al tiempo que ignorando las indicaciones irrelevantes, tenemos que llevar a cabo acciones mentales de orden superior conscientes, voluntarias y complejas. Las acciones mentales de orden superior requieren niveles elevados de energía y eficiencia mental. En razón

de ello, las acciones sintéticas se desarrollan a lo largo de un continuum de complejidad.

La consciencia [*realization*] (Janet, 1903, 1928a, 1935a; Van der Hart *et al.*, 1993; Steele *et al.*, 2005) incluye la adscripción de sentido [*meaning*], así como la creación de un sentido [*sense*] continuo de la identidad a través del tiempo y la experiencia, lo que incluye [la elaboración de] una narrativa autobiográfica o memoria episódica coherente. Por regla general, la consciencia es una acción más compleja que la síntesis. La síntesis puede tener lugar sin una consciencia plena, lo que supone un problema muy común en las víctimas de experiencias traumáticas. Pero las acciones sintéticas constituyen el fundamento de la consciencia y en razón de ello no se pueden separar completamente de la misma. El énfasis en este capítulo recae en la síntesis, en tanto que la consciencia se abordará más detalladamente en el capítulo siguiente.

## **La relación entre las acciones mentales y conductuales**

Buena parte de la integración tiene lugar instantánea y automáticamente, y generalmente fuera de nuestro conocimiento consciente. Pero hace falta tiempo, además de una labor mental consciente y compleja para integrar determinadas experiencias tales como los cambios de primer orden en nuestro sistema de creencias, nuestro sentido de la identidad a través del tiempo y las diversas situaciones, las experiencias dolorosas o reñidas con nuestros valores y, ciertamente, las experiencias traumáticas. Y las experiencias traumáticas tienen la capacidad de alterar alguno o la totalidad de los elementos anteriores.

Tenemos que sintetizar (unificar y diferenciar) nuestras percepciones, afectos, cogniciones y movimientos corporales en un momento dado y a través del tiempo con objeto de emprender una acción adaptativa acorde con los objetivos que queremos alcanzar. La síntesis se considera habitualmente como un “proceso”. Pero este proceso se compone de hecho de una serie de acciones específicas,

tanto mentales como conductuales, que se pueden explicar y alentar en las víctimas. Suele entenderse por acciones lo que hacemos y decimos en el mundo exterior para lograr determinado efecto. Pero las acciones no implican únicamente nuestros movimientos y nuestra conducta, sino que incluyen acciones mentales tales como las percepciones sensoriales (incluidas las sensaciones corporales), las vivencias emocionales, los pensamientos, recuerdos, fantasías, planes y juicios (Janet, 1926b, 1928a, b, 1929b). Las acciones mentales pueden tener lugar en ausencia de movimientos corporales (Janet, 1927). Ahora bien, las acciones conductuales dependen de la interacción dinámica integrada de las acciones perceptivas, afectivas y cognitivas, y de las acciones motrices encaminadas a la consecución de objetivos específicos.

Recientes hallazgos neurobiológicos señalan que las acciones mentales y conductuales tienen mucho en común. Por ejemplo, se activan neuronas especulares ya no sólo cuando emprendemos una acción conductual, sino también la acción mental de observar la misma acción conductual realizada por otra persona diferente, o por el hecho de imaginarse y de reconocer la acción conductual (e.g., Garbarini & Adenzato, 2004; Stamenov & Gallese, 2002). Ya sea que estemos sintiendo un dolor nosotros mismos u observando a otra persona a la que queremos sufriendo, las mismas neuronas especulares se activan en la ínsula (Singer *et al.*, 2004), una de las partes del cerebro que interviene en las emociones, la percepción del dolor y la motivación. Estos y otros hallazgos relacionados indican que las neuronas especulares nos ayudan a *simular* la experiencia de los demás en nuestras propias mentes de forma más regular, contribuyendo con ello a aumentar nuestra capacidad de empatía y de mentalización (Gallese, Keysers & Rizzolatti, 2004), dos importantes tendencias de acción mentales que ocasionalmente son deficitarias en las víctimas de experiencias traumáticas. Adicionalmente, contribuyen al aprendizaje a través de la imitación de la conducta de otra persona mediante la simulación mental (Rizzolatti & Craighero, 2004).

Las neuronas especulares también contribuyen a predecir los efectos de nuestras acciones conductuales. De hecho, la acción men-

tal de la percepción incluye mucho más que un registro de los hechos. Incluye la *predicción* de lo que sucederá a continuación porque incluye la *simulación mental* de la acción conductual (Berthoz, 2000; Llinás, 2001). Nuestras percepciones y cogniciones están incorporadas [*embodied*], i.e., enraizadas a nuestra interrelación corporal con el mundo, y las neuronas especulares desempeñan un papel importante a este respecto (Garbarini & Adenzato, 2004; Smith & Gasser, 2005; M. Wilson, 2001, 2002). Esta intuición ya fue formulada previamente por Janet (1935a), quien señaló que la percepción de un individuo no sólo estimula una acción inmediata en respuesta a la situación, sino que incluye igualmente una estimación respecto de posibles percepciones futuras. Por ejemplo, cuando un paciente percibe que el terapeuta está enfadado, también predice cómo va a actuar el terapeuta a continuación, por ejemplo, gritando o pegando. Y el paciente reaccionará conductualmente a dicha predicción, tal vez paralizándose. Todo ello sucede en cuestión de milisegundos.

No podemos separar nuestras acciones mentales de nuestras conductas mundanas: son compañeros sinérgicos, cada uno de los cuales configura el rumbo del otro en dirección a la adaptación. Las acciones mentales asociadas a las percepciones, incluida la percepción de las sensaciones corporales y las vivencias afectivas, las cogniciones y las acciones conductuales, no actúan independientemente, sino que abarcan un todo complejo, en el que cada uno depende constantemente de los demás para las entradas y salidas de información [*input and output*] (Barkow, Cosmides & Tooby, 1992; Buss, 2004; Hurley, 1998). Este bucle de *feedback* [ciclo de retroalimentación] se denomina *ciclo dinámico de percepción-acción motriz* (Hurley, 1998). Los ciclos de percepción-acción motriz deben tener una organización y una focalización, o de lo contrario serían una maraña caótica de acciones mentales y conductuales (Edelman & Tononi, 2000). De hecho, estos ciclos están coordinados por nuestros objetivos derivados de los sistemas de acción, e incluyen la evaluación continua de los progresos en dirección a la consecución de los objetivos. Y nuestros objetivos, ya sea que incluyan relacionarse con los demás,



jugar, descansar, trabajar, solucionar problemas, o estar fuera de peligro [ponerse a salvo], están ampliamente determinados por sistemas de acción que se activan durante un período determinado. En otras palabras, los ciclos específicos de percepción-acción motriz –lo que percibimos, pensamos, sentimos y hacemos– vendrían organizados y limitados por las restricciones propias del sistema (o sistemas) de acción de los cuales forman parte.

Las víctimas de experiencias traumáticas, sus partes disociativas y las interrelaciones entre dichas partes pueden entenderse en relación con estos ciclos perceptivo-motrices y sus objetivos. Dado que las partes disociativas de la personalidad están relativamente cerradas a cuanto menos algunas percepciones y objetivos que corresponden a la totalidad de la persona, puede que los ciclos de percepción-acción motriz de dichas partes disociativas sean inapropiados para la situación. Por ejemplo, una parte disociativa que éste centrada exclusivamente en la defensa no puede percibir ni responder correctamente a las situaciones sociales complejas sin percibir una amenaza y actuar en consecuencia.

Una acción conductual adaptativa depende por regla general de la acción mental de anticipar correctamente el resultado de dicha acción. Por ejemplo, un paciente puede predecir que estrechar cálidamente la mano del terapeuta generará una sensación de buen entendimiento. El apretón de manos ofrece un *feedback* perceptible como, por ejemplo, los movimientos de ambas personas en dirección al apretón de manos, y la duración y la fuerza del mismo, si viene acompañado de un contacto ocular, y mucho más. Las personas han de evaluar o valorar (lo que supone una acción mental) sus acciones conductuales a medida que éstas se van desplegando, de manera que puedan comparar (lo que supone otra acción mental) los resultados de una acción conductual con el objetivo de dicha acción (Carver & Scheier, 2000; Hurley, 1998).

Las acciones desadaptativas de las víctimas de experiencias traumáticas suelen ser consecuencia de predicciones incorrectas respecto de sus propias acciones y las acciones de los demás. Dependiendo de la interrelación de sus percepciones, afectos, cogniciones y movi-

mientos corporales, a un paciente (o una parte disociativa de la personalidad) el apretón de manos le puede parecer de ayuda y tranquilizador, mientras que a otro le puede parecer intimidatorio y retirar la mano, e incluso un tercero puede tener la impresión de que el terapeuta no quería verdaderamente estrecharle la mano en absoluto porque su percepción de sí mismo le dice que es una persona desagradable o repugnante.

### **La integración y los objetivos de las acciones**

Nuestros objetivos biopsicosociales van desde los más elementales, tales como la necesidad de comer, descansar y estar fuera de peligro, a los objetivos existenciales y altamente desarrollados, tales como el deseo de mejorar la calidad de nuestras relaciones, de acceder a un sentido espiritual, y de ser unos seres humanos éticos y productivos. Cabe considerar que todos los objetivos humanos estarían fuertemente influenciados por los sistemas de acción fundamentales responsables de la vida cotidiana y la defensa, y por las relaciones de orden superior que hemos desarrollado entre los diferentes sistemas de acción. Estos sistemas de acción y las relaciones de orden superior que trazamos entre ellos nos ayudan a desarrollar objetivos adaptativos (e.g., evitar lo que nos resulta aversivo y acercarnos a lo que nos parece útil). Estos objetivos suelen estar relacionados con unos valores (e.g., lo que nos parece atractivo, bueno, importante) que son intrínsecos a los sistemas de acción. Nos ayudan a adaptar nuestras acciones en respuesta a los cambios significativos internos y externos. Los sistemas de acción, pues, guían firmemente lo que tendemos a percibir, ignorar, sentir, valorar, pensar y hacer y, por tanto, lo que integramos ya sea consciente o inconscientemente. Las víctimas de experiencias traumáticas tienen que aprender a integrar las percepciones correctas de la situación actual con los sistemas de acción y los objetivos apropiados.

### ***Problemas de las víctimas de experiencias traumáticas en relación con los objetivos***

Como apuntamos más arriba, el primero de los principios de la teoría de la disociación estructural es que los individuos crónicamente traumatizados se esfuerzan por adaptarse a su mundo interior y exterior, pero no siempre tienen el nivel mental y los recursos necesarios para emprender acciones adaptativas. Recurren a tendencias de acción mentales y conductuales sustitutivas que se derivan de un nivel mental inferior (Janet, 1919/1925, 1928b). La falta de integración en las víctimas traumatizadas limita indebidamente su capacidad de satisfacer objetivos, restringe los tipos de objetivos que son capaces de establecer en una situación dada y reduce la probabilidad de emprender acciones adaptativas con objeto de alcanzar algunos de sus objetivos:

Una mujer de 54 años, Alie, diagnosticada de un TDNE [trastorno disociativo no especificado], pensaba que su terapeuta estaba enfadado con ella cuando presenció durante una sesión que se mostraba enojado después de que acabara de descubrir que alguien (no Alie) le había quitado su estilográfica preferida. En calidad de PAN [parte aparentemente normal de la personalidad], Alie comprendía la explicación que le daba el terapeuta de la verdadera razón de su enfado, el cual no iba dirigido a ella. No obstante, se activó una PE [parte emocional de la personalidad] atemorizada. Esta PE percibía correctamente que el terapeuta estaba enfadado, pero valoraba incorrectamente el enfado como una amenaza física sobre la base de sus experiencias con los malos tratos de su padre, y se quedó paralizada. En calidad de PE, Alie recordaba los malos tratos y poco más, lo que determinaba fuertemente las percepciones, sentimientos, cogniciones, movimientos corporales y objetivos de esta parte de la personalidad. Además, la PE de Alie sólo era capaz de sintetizar los beneficios a corto plazo de sus acciones, es decir, de ponerse a salvo, pero no los costes a largo plazo. Eran muy serias y negativas las consecuencias a largo plazo de su conducta para la PE y para la persona de Alie en su totalidad, entre ellas: el aumento de la evitación por parte de la PAN de esta PE intrusiva, la persistencia de unas defensas desadaptativas en situaciones que no revestían ningún peligro, la falta de mentalización respecto de las acciones de los demás dentro

del ámbito de la PE, la prolongación del estancamiento en los recuerdos traumáticos, y el mantenimiento de la disociación estructural.

El caso de Alie ejemplifica las dificultades que se presentan cuando las víctimas de experiencias traumáticas no se dan cuenta de que se ha alcanzado un objetivo, de manera que seguir detrás de ello resulta desadaptativo. En calidad de PE, Alie seguía enzarzada en defenderse de los malos tratos de su padre mediante la paralización, sin tomar conciencia de que los malos tratos habían finalizado hacía ya mucho tiempo.

A veces tenemos que ajustar nuestros objetivos: ello suele requerir un nivel mental relativamente elevado. Las víctimas de experiencias traumáticas pueden no tener conciencia de cuándo es necesario y posible “recalibrar” los objetivos (Carver & Scheier, 2000). Cuando un objetivo está fuera del alcance, tenemos que interrumpir nuestras acciones hasta que el objetivo se vuelva accesible. Cuando un objetivo es inalcanzable, debemos abandonar definitivamente los esfuerzos por alcanzarlo. Se requiere un elevado nivel mental para tomar conciencia de que un objetivo esencial en el que hemos invertido mucho esfuerzo (e.g., el deseo de que unos padres que nos maltratan nos quieran de una forma sana) está totalmente fuera de nuestro alcance. Las víctimas pueden no tener este nivel, por lo que prosiguen las acciones con objeto de alcanzar un objetivo no realista:

En calidad de PE, Alie buscaba con desesperación que sus padres la quisieran y era incapaz de darse cuenta de que tenía que hacer el duelo por la pérdida de semejante posibilidad; no podía aceptar que su objetivo era inalcanzable y que, por lo tanto, no era realista seguir intentándolo. Seguía sintiéndose impelida a ganarse el amor de sus padres, aun cuando la PAN evitaba tener contacto ocular con ellos y sabía que no podía hacer nada por cambiar la actitud de sus padres hacia ella. En calidad de PAN, evitaba esta PE y no se daba cuenta de que había desarrollado (la PAN) el nivel mental suficiente para integrar esta parte emocional de la personalidad. Alie no había ajustado, por lo tanto, su objetivo de evitar esta PE al objetivo de una posible integración gradual.

***Los conflictos entre las partes disociativas implican conflictos de objetivos.*** Todos sin excepción tenemos diversos momentos en los nuestros objetivos entran en conflicto, pero nuestra capacidad de reconciliarlos en base a priorizar y tomar en consideración las mejores opciones a nuestro alcance, constituye una de las funciones de la integración. El grado de eficiencia mental necesario para integrar los objetivos conflictivos aparece alterado en las víctimas de experiencias traumáticas, las cuales por definición han desarrollado un nivel de disociación estructural que hace que los conflictos internos sean relativamente inaccesibles a una posible reconciliación. A las partes disociativas les resulta difícil o imposible reconocer otras partes u objetivos que pueden ser totalmente discrepantes. Pueden tener ideas muy divergentes respecto de qué valores y objetivos son más importantes en la vida del paciente tomado en su totalidad. Debido a la rígida limitación de su campo de conciencia, tienden a evaluar las acciones exclusivamente a la luz del sistema (o sistemas) de acción específico por el cual están mediatizados [determinados].

Dado que las partes disociativas de la personalidad pueden estar indebidamente cerradas mutuamente (Braude, 1995), pueden padecer una amnesia parcial o total en relación con otras partes disociativas y sus objetivos. O bien pueden ser conscientes, pero creer que los objetivos de otras partes de la personalidad no tienen “nada que ver conmigo”. Algunas partes disociativas pueden sentir empatía hacia otras. Pero la mayoría suelen estar resentidas, desprecian o se avergüenzan de lo que otras partes de la personalidad quieren o necesitan (i.e., de sus objetivos). Les falta comprensión y empatía hacia los objetivos que no están dentro de su ámbito limitado de experiencia. Las distintas partes disociativas tienden a responder negativamente unas a otras porque están condicionadas a hacerlo así (condicionamiento valorativo, véase el capítulo 10). A una víctima en calidad de PAN que se enorgullece de no enfadarse jamás porque no quiere ser como el maltratador de su hermano, le costará muchísimo aceptar a una parte furiosa de él mismo cuyo objetivo es la venganza. O una víctima en calidad de PE a la que el sexo le parece algo repulsivo, sólo a la fuerza aceptará una parte que quiere salir y dis-

frutar de las relaciones sexuales. Una parte moralista puede avergonzarse de otra parte que bebe mucho, pero que no puede hacer nada por impedirlo. Las tensiones opuestas entre las partes disociativas y sus objetivos pueden ser apremiantes y a veces abrumadoras. Sin embargo, en el curso de la terapia es esencial acabar por aceptar todas las distintas partes y comprender los objetivos de cada una de ellas. Como señala una víctima de incesto:

No podía [PAN] encontrar la forma de conectar con la niña de noche [PE] a la que había abandonado por completo. Sencillamente no la soportaba. No sentía la menor compasión por ella en absoluto. Pero por fin empezaba a comprender que seguiría empantanada en el fango de la anormalidad [que jamás dejaría de estar trastornada] hasta que no encontrara la forma de dejar de juzgarla [a la niña de noche, la PE] tan despiadadamente (Van Derbur, 2004, p. 281).

## **Fases del cumplimiento de objetivos**

Nuestras acciones tienen el propósito de alcanzar objetivos específicos. Nos desenvolvemos con la máxima efectividad cuando podemos prepararnos, iniciar, desarrollar, evaluar y finalizar acciones de tal forma que nuestros objetivos se vean satisfactoriamente cumplidos. Estas fases del cumplimiento de los objetivos generalmente deberían fundirse [entremezclarse sin fisuras] en unas acciones que estuvieran bien ejecutadas de principio a fin. Pero las víctimas de experiencias traumáticas eventualmente se quedan estancadas en diversas fases del cumplimiento de los objetivos –en diferentes etapas o niveles de las tendencias de acción (véase también el capítulo 9).

### ***Preparación***

Como analizamos más arriba, cuando nos preparamos para la acción, la simulamos en nuestra mente. Dicha simulación constituye una acción mental integradora que incluye la planificación y la eva-

luación de los efectos esperados de las acciones imaginadas. Puede ser consciente y volitiva, o no. La preparación para la acción únicamente es adaptativa cuando existe la *necesidad* de actuar y cuando tenemos la oportunidad de realizar nuestro objetivo. Por ejemplo, el prepararse para la defensa inminente únicamente es adaptativo cuando existe un riesgo inminente de ataque. Sin embargo, las víctimas de experiencias traumáticas tienden a prepararse para defenderse aun cuando estén absolutamente fuera de peligro. Perciben (erróneamente) la amenaza imaginaria más que las indicaciones de una seguridad real, razón por la cual sobreestiman la amenaza y subestiman la seguridad. Puede que sobreestimen qué personas es probable que vayan a rechazarles, al tiempo que subestiman el cariño que las personas sienten hacia ellos. Por el contrario, puede que las víctimas no estén preparadas para determinadas acciones. Por ejemplo, en calidad de PAN puede que subestimen el peligro porque no integran suficientemente las señales reales de amenaza. O puede que no sean capaces de prepararse para entablar relaciones sociales positivas si les han abandonado emocionalmente hasta tal punto que no disponen de ninguna base para simular las situaciones relacionales a nivel mental.

### ***Inicio***

Hacer planes es mucho más fácil que traducirlos en una acción conductual. Para ponerse en marcha se requiere un determinado nivel mental, y cuando éste es demasiado bajo, no podemos llevar a la práctica estos planes. Las víctimas pueden tener el nivel mental necesario para concebir los mejores planes imaginables, pero a veces les falta el nivel requerido para ponerlos en práctica. O bien pueden empezar, pero darse fácilmente por vencidos. Pueden cansarse o aburrirse, no saber coordinar acciones más complejas, temer que vayan a fracasar, o temer que puedan tener éxito y de resultados de ello perder algo esencial (“e.g., “Si mejoro, lo mismo podría decidir que tengo que dejar a mi pareja”).

### ***Ejecución y evaluación continua de las acciones***

Los sistemas de acción nos mueven a evaluar los efectos inmediatos de nuestras acciones conductuales a lo largo de los ciclos recurrentes de percepciones, sentimientos, pensamientos y movimientos corporales (i.e., los ciclos de percepción-acción motriz). Dicha evaluación implica sopesar y, por lo tanto, integrar los costes y los beneficios de nuestras acciones en curso en concordancia con su relación con el objetivo establecido. Nuestros ciclos recurrentes de percepción-acción motriz nos permiten evaluar y en razón de ello ajustar casi cualquier acción, desde un simple movimiento corporal a las acciones mentales altamente complejas asociadas a la consciencia y la creatividad. La evaluación continua de los efectos de nuestras acciones (lo que supone una acción mental en sí misma) nos dice, por ejemplo, cuándo hemos de abandonar un proyecto y trazar una nueva línea de acción. Cuantas más experiencias [*events*] internas y externas sinteticemos y evaluemos que sean relevantes para los objetivos que queremos alcanzar, más eficaces serán nuestras acciones. Las acciones encaminadas a un objetivo constituyen esfuerzos por reducir las discrepancias entre el estado de cosas deseado y el estado de cosas real (Carver & Scheier, 2000). Por ejemplo, dentro del ámbito del sistema responsable de la defensa, nuestras evaluaciones pueden decirnos si una determinada estrategia defensiva es eficaz o si debemos cambiar de táctica (cf., Carver & Scheier, 2000). Estos cambios flexibles estarían mediatizados por diferentes subsistemas o modalidades de defensa y por los vínculos o relaciones entre las mismas. Pero tales transiciones rápidas y fluidas sólo funcionarán en el caso de que hayamos integrado los diferentes componentes del sistema defensivo. De la misma forma, todos los sistemas de acción requieren la difícil labor de integrar sus distintos componentes (i.e., subsistemas y modalidades).

La forma en que logramos un objetivo a corto plazo debe analizarse dentro del contexto de los objetivos a largo plazo siempre que ello sea posible. Las acciones mentales y conductuales únicamente son adaptativas cuando integramos el presente inmediato junto con



las consecuencias futuras, acción integradora ésta que se conoce como *presentificación* (capítulo 8). Y a menudo hemos de analizar una acción dentro del contexto más amplio de los muchos objetivos y de nuestras necesidades como persona total. En otras palabras, hemos de ser capaces de valorar nuestras acciones dentro del contexto de la mayoría, cuando no la totalidad, de los sistemas de acción junto con sus correspondientes objetivos que comprenden nuestra personalidad. Por ejemplo, un terapeuta puede responder con la misma moneda a un paciente que se enfurece con él y le insulta. Las acciones defensivas del terapeuta pueden disuadir al paciente de seguir ofendiendo verbalmente (objetivo defensivo logrado). Pero tal acción podría dañar irreparablemente la relación terapéutica (cuidado y apego fallidos). Las acciones terapéuticas adaptativas, como muchas de las acciones necesarias en la vida cotidiana, requieren la delicada y compleja integración de toda una gama de sistemas de acción y de objetivos.

Las partes disociativas pueden no prestar la suficiente atención al *feedback* procedente de sus propias acciones o de las acciones de otras partes de la personalidad, razón por la cual no pueden evaluar adecuadamente la efectividad de sus acciones. Pueden ignorar o evitar su cuerpo y no advertir las indicaciones físicas de malestar o de dolor; pueden desconocer o evitar otras partes disociativas que podrían brindar un *feedback* importante; y pueden no prestar atención a las indicaciones que aparecen en las relaciones o en el entorno. Por ejemplo, algunas partes disociativas no parecen darse cuenta del daño o del dolor sufrido cuando se cortan o se queman. Algunas partes disociativas no parecen integrar el hecho de que todas las partes de la personalidad comparten un solo y mismo cuerpo. Cuando una víctima traumatizada en calidad de PAN oye a una parte de la personalidad aterrorizada suplicando internamente que la ayuden, la persona en cuestión puede evitar la voz en lugar de tomar nota de que algo va mal y hacer algo constructivo en relación con el problema. Y cuando las partes disociativas están estancadas en los recuerdos traumáticos, son incapaces de recoger *feedback* del presente que podría cambiar su conducta temerosa por otra que se adaptara más a la realidad actual.

### ***Finalización y consciencia***

Finalizamos nuestras acciones cuando nos damos cuenta [tomamos consciencia] de que hemos alcanzado nuestros objetivos. Uno de los principios fundamentales de la psicología janetiana de la acción es que las acciones convenientemente realizadas y finalizadas contribuyen a mejorar nuestra eficiencia mental. Ahora bien, este efecto deseable sólo tendrá lugar si integramos el hecho de que verdaderamente hemos alcanzado nuestro objetivo, esto es, de que hemos consumado nuestras acciones. Reconocemos y tomamos posesión (i.e., personificamos –otro de los aspectos de la consciencia que abordaremos en el próximo capítulo) de nuestros logros cuando iniciamos la *acción de [celebrar] el triunfo* (Janet, 1919/1925, 1928b). Esta acción de triunfo se manifiesta, por ejemplo, en la enorme sonrisa que se dibuja en la cara de un niño cuando consigue mantenerse en la bicicleta por primera vez, el salto extático de un jugador de fútbol que acaba de marcar un gol, o la alegría de un paciente que se ha hecho más de valer.

Se requiere un cierto grado de eficiencia mental para tomar consciencia de nuestros pequeños y nuestros grandes logros. Las víctimas de experiencias traumáticas que emprenden acciones de una forma impersonal o desmotivada pueden no apreciar lo suficiente sus éxitos, razón por la cual su eficiencia mental no aumenta en virtud de una sensación de logro. Y pueden minimizar o descartar sus éxitos por distintas razones.

La disociación estructural de la personalidad implica no poder consumir acciones integradoras de primer orden, a saber, la (re)integración de las partes disociativas de la personalidad. Esta deficiencia está íntimamente relacionada con la incapacidad que sienten las víctimas traumatizadas de zanjar las acciones a las que llamamos recuerdos traumáticos (Janet, 1919/1925, 1928a; Van der Hart, Steele, Boon & Brown, 1993). Como dijimos más arriba, Janet señala que las víctimas de experiencias traumáticas:

prosигuen la acción, o más bien el intento de actuar, que se inició cuando sucedieron los hechos [el suceso traumático], y se agotan en este eterno recomenzar... La [víctima] continúa enfrentada a una difícil

situación en la que no ha podido desempeñar un papel satisfactorio, una situación a la cual su adaptación ha sido imperfecta, de modo que sigue esforzándose por adaptarse. La reiteración de esta situación, de estos continuos esfuerzos, da lugar a la fatiga... (1919/1925, p. 663).

Este derroche inútil de esfuerzo por satisfacer un objetivo que no pudo ser alcanzado (e.g., defenderse eficazmente de un agresor, o conseguir la atención y el amor de un cuidador abandonico), caracteriza los recuerdos traumáticos y agota las energías y la eficiencia mental de la víctima. Finalmente desemboca en el estado de declive postraumático en el que la víctima es incapaz de satisfacer ningún objetivo en la vida, y en última instancia acaba con una profunda sensación de fracaso y de derrumbe. Las víctimas se vuelven más adaptativas cuando pueden invertir su energía en tomar conciencia de que el suceso traumático ha tenido lugar. Este objetivo requiere darse cuenta de que no se puede hacer nada por cambiar lo que pasó, de que la experiencia ha afectado profundamente a su existencia, y de que no está sucediendo en el momento actual. El caer en la cuenta de que el suceso traumático ha tenido lugar constituye una acción de lo más difícil que requiere un elevado nivel mental. Ello conduce al doloroso duelo por todas las pérdidas, lo que también requiere un elevado nivel mental. Buena parte del tratamiento de las víctimas de traumatizaciones crónicas está encaminado a desarrollar este nivel mental.

### **La integración en la salud mental y en la traumatización**

La integración, la combinación de las acciones de síntesis y de consciencia, incluye emprender una serie de acciones, comenzando desde el nivel más elemental por la organización de las neuronas en redes neurales, con objeto de poder vivir unas vidas adaptativas y creativas que nos permitan superar las complejas dificultades del mundo que nos ha tocado en suerte. En última instancia, la integración nos brinda la capacidad exclusivamente humana de extraer un senti-

do y una coherencia a partir de las vivencias respecto de nuestro mundo y de nuestro sentido de la identidad a través del tiempo (Janet, 1929a; Siegel, 1999; Tucker, Luu & Pribam, 1995). Como dijimos, lo que integramos depende en gran medida de nuestros sistemas de acción innatos y sus correspondientes emociones esenciales, que cumplen unas funciones organizadoras de primer orden. La personalidad sana se caracteriza por la firme capacidad de integrar una amplia gama de tendencias de acción mentales y conductuales (Janet, 1889), ya no solamente dentro del ámbito de un único sistema de acción aislado, sino también entre los distintos sistemas de acción.

### ***La disociación estructural de origen traumático como modalidad única de integración fallida***

La integración se desarrolla a lo largo de un continuum, y todos sin excepción adolecemos de cierto grado de imperfección a nivel de integración. Pero no todos los defectos de integración desembocan en una disociación estructural. Como señalamos más arriba, la disociación estructural relacionada con experiencias traumáticas implica específicamente una división indebida o un defecto de integración de los sistemas psicobiológicos que juntos constituyen la personalidad. Un elemento esencial de esta disociación incluye la fragmentación del sentido de la identidad. Normalmente nos sentimos un tanto diferentes trabajando que jugando, muy diferentes como amantes que como víctimas de un atraco, y diferentes de niños que de adultos. Debemos integrar estas experiencias discrepantes de nosotros mismos y de nuestro mundo y concebir una historia medianamente unitaria a partir de las mismas: “[Yo] soy la misma persona que trabaja, juega, ama y fue asaltada; [yo] soy una persona adulta y ya no soy un niño, pero soy la *misma* persona: todas estas experiencias son *mías*”.

La persona disociada no es capaz de este grado de integración, cuanto menos hasta cierto punto. A veces la disociación estructural puede limitarse exclusivamente a un único suceso traumático aislado, como en el caso del TEPT [trastorno por estrés postraumático] de

tipo simple, con una PAN amplia y una PE muy limitada. Pero el defecto de integración puede ser mayor en el caso de las personas que fueron crónicamente traumatizadas de niños. A estos niños se les privó con frecuencia de las herramientas evolutivas necesarias para desarrollar un sentido coherente de sí mismos, a saber, un sentido unificado y singular de la propia identidad (D. Stern, 1985).

Por regla general, nos referimos a nuestro “yo” como el agente activo de la integración: “Yo integro mi experiencia”. Pero de hecho nuestro “yo” no integra la experiencia, sino que más bien constituye el *resultado* de las acciones integradoras (Loevinger, 1976; Metzinger, 2003). El sentido unificado de la propia identidad sale a la luz una vez que hemos integrado inconsciente y conscientemente los muchos “yoes” o “estados yoicos” que forman parte del desarrollo normal (Harter, 1999; D. Stern, 1985) y que, según sugerimos, se basan en gran medida en diversas (constelaciones de) sistemas de acción y sus correspondientes subsistemas y modalidades. Los pacientes con una disociación estructural relacionada con una traumatización no han podido llevar a cabo adecuadamente las acciones integradoras que generan y mantienen un sentido ampliamente coherente de la propia identidad y una personalidad coherente.

## **Síntesis**

A menudo debemos emprender series o “sucesiones” integradas de acciones mentales y conductuales con objeto de alcanzar nuestros objetivos. La integración de estas acciones es en sí misma una acción mental que puede ser consciente o no. La *síntesis* implica *unificar* y *diferenciar* entre una gama de acciones mentales y conductuales que constituyen nuestro mundo interior y exterior en cualquier momento dado y a través del tiempo. Así, nuestro mundo vivencial no es algo que nos viene dado sino una construcción o interpretación personal continua sobre la base de nuestras apreciaciones subjetivas. La *síntesis* no es fenómeno de todo o nada sino que se desarrolla a lo largo de un continuum, y nuestra capacidad de sintetizar sufre oscilaciones. Por ejemplo, cuando estamos totalmente despiertos la *síntesis*

será de mayor calidad que cuando estamos cansados. La síntesis nos brinda el fundamento básico de nuestra unidad normal a nivel de conciencia y de historia, que continúa desarrollándose adicionalmente a través de niveles superiores de integración. Cuando la síntesis es incompleta pueden aparecer alteraciones de conciencia y síntomas disociativos. Cuando la conciencia individual se repliega o disminuye, puede que la persona no sintetice adecuadamente determinados estímulos. Puede que no sea consciente en absoluto de un estímulo, o que sea sólo vagamente consciente del mismo. En el caso de los pacientes disociativos, de forma característica una parte disociativa sintetiza determinados estímulos y otras partes no. Pero cuando una persona disociada también padece una disminución o un estrechamiento grave de la conciencia, estímulos necesarios para la adaptación no serán sintetizados en modo alguno por ninguna parte de la personalidad. Por ejemplo, Susan tenía un TDI [trastorno disociativo de la identidad] y también se abstraía totalmente [*spaced out as a whole person*] con frecuencia, de manera que ninguna de sus partes disociativas prestaba atención al momento presente. Por ello, a veces ninguna parte de ella guardaba ningún recuerdo del presente. La síntesis que tiene lugar en un momento o una situación dada se denomina *síntesis nuclear*, en tanto que la síntesis de la experiencia a lo largo del tiempo se denomina *síntesis extendida*.

***Síntesis nuclear.*** La síntesis nuclear implica unificar sensaciones, emociones, pensamientos, acciones conductuales y un sentido de la propia identidad dentro del contexto de un momento o situación dados, pero también diferenciarlos entre sí. En otras palabras, la síntesis adaptativa en un momento dado debe incluir los estímulos internos y externos esenciales, y los ciclos de percepción-acción motriz apropiados. A un nivel más amplio, implica la coordinación y la cohesión inmediata de los sistemas de acción. La síntesis nuclear adaptativa establece los fundamentos para la síntesis a lo largo del tiempo (i.e., síntesis extendida). El defecto en la síntesis nuclear se puede manifestar bajo la forma de síntomas de disociación estructural o alteraciones desadaptativas de la conciencia.

Lo que sintetizamos en un momento o situación dados está fuertemente influenciado por las tendencias de acción y los sistemas de acción (y sus modalidades) que se activan en ese momento. La síntesis de los sistemas de acción y de sus componentes constituye un cometido evolutivo: unas personas sintetizan estos sistemas más adecuadamente que otras, y nuestra capacidad de sintetizarlos puede fluctuar según las circunstancias. Por ejemplo, puede que sinteticemos menos bien los sistemas de acción cuando nuestro nivel mental es bajo, como sucede cuando estamos extremadamente cansados o enfermos, o cuando nos debatimos con los intereses altamente conflictivos o contradictorios de distintos sistemas de acción: “Me han puesto una fecha tope en el trabajo, pero estoy muy cansado: ¿me conviene trabajar o descansar?”

**Unificación.** Unificar (o conectar) aspectos de nuestras experiencias internas y externas es uno de los aspectos de la síntesis en un momento dado. El primer paso para unificar en un todo las acciones dirigidas a un objetivo incluye conectar entre sí distintas acciones perceptivas relacionadas pero diferentes. Buena parte de esta clase de síntesis tiene lugar de forma automática e inconsciente. Por ejemplo, habitualmente unificamos automática e inconscientemente sensaciones relativas al movimiento y el tacto, la temperatura, el gusto, el olfato y la vista, en un todo y una percepción de orden superior. Pero no siempre es este el caso. Por ejemplo, cuando aprendemos nuevas habilidades o nos concentramos conscientemente y con gran esfuerzo en un artículo que estamos leyendo, la síntesis está lejos de ser automática.

Las víctimas traumatizadas pueden tener dificultades incluso al nivel más elemental de síntesis. Mientras que unas partes disociativas pueden percibir y unificar correctamente determinados estímulos, otras partes no. Este defecto a la hora de unificar percepciones que corresponden en su conjunto a un todo puede generar una variedad de síntomas, incluidos los síntomas disociativos somatomorfos negativos tales como la analgesia o bien la anestesia quinestésica:

Una paciente, Alie, que había sido violada repetidamente de niña, era capaz de tener impresiones sexuales placenteras en calidad de PAN. Pero cuando iniciaba la relación sexual con su pareja, se activaba una PE que no tenía la menor sensación genital, lo que generaba dificultades sexuales. Esta parte de ella jamás había logrado sintetizar plenamente las sensaciones pélvicas porque esta zona de su cuerpo había quedado insensibilizada en un esfuerzo por reaccionar defensivamente durante la violación.

También tenemos que unificar las percepciones con nuestras motivaciones y objetivos, y vincular éstos con las acciones apropiadas a fin de poder satisfacer nuestros objetivos. Y por supuesto, entre nuestras motivaciones más poderosas figuran las emociones, que también debemos incluir junto con nuestras acciones. Las partes disociativas que no incluyen los sentimientos como parte de su experiencia pueden ser emocionalmente planas o insensibles. Sin el sentimiento necesario para dirigir las y motivarlas, tales partes disociativas suelen tener dificultades en generar la suficiente energía y eficiencia mental para actuar adaptativamente.

Los sistemas de acción deben ser unificados para que la síntesis sea adaptativa. Por ejemplo, comer acompañados no significa exclusivamente comer (que es una modalidad del sistema encargado de la regulación de la energía), sino también la integración sin fisuras de acciones relacionadas con la socialización tales como el apego y a veces el juego, la exploración o incluso la sexualidad (e.g., coquetear). Pero también tenemos que ser capaces de inhibir sistemas de acción que no sean apropiados a la situación. Por ejemplo, la participación en una comida no debe incluir la activación del sistema de defensa si no existe ninguna amenaza, y por regla general tampoco debe incluir el coqueteo. Si tales tendencias de acción están disociadas, el individuo tendrá menos control sobre su activación y su inhibición. Cuanto más fuerte sea la integración entre los distintos sistemas de acción y sus correspondientes sentidos de la identidad, más flexible y estable será la personalidad, lo que favorecerá el mejor funcionamiento posible en el presente (Jackson, 1931/1932; Janet, 1889; Meares, 1999; Nijenhuis *et al.*, 2004):



A una paciente, Mary, con un TDNE le resultaba doloroso y atemorizante el hecho de comer acompañada y por ello prefería comer sola. Cuando comía con otras personas, no quitaba los ojos del plato ni participaba en la conversación. Comía muy rápido y solía buscarse una excusa para abandonar pronto la mesa. Había desarrollado unos vínculos rígidos y profundos entre la comida y la defensa porque de niña las comidas estaban cargadas de riñas violentas, burlas crueles y ataques verbales sarcásticos. Su familia no charlaba amigablemente ni mantenían conversaciones interesantes o se reían juntos (relaciones sociales, exploración, juego), razón por la cual jamás aprendió a integrar estos sistemas de acción con el comer. Era adaptativo que Mary se dedicara a defenderse durante las comidas con su familia, pero de adulta ello perjudicó su capacidad de mostrarse sociable con sus amistades.

Nuestras acciones mentales y conductuales deben estar vinculadas a nuestra conciencia [*awareness*] de nosotros mismos (i.e., nuestro sentido de la propia identidad). Este sentido depende principalmente del desarrollo de impresiones de lo que [le] sucede en nuestro cuerpo o a nuestro cuerpo en un momento y situación dados (Damasio, 1999). Incluso en la síntesis nuclear (i.e., lo que sucede en un momento dado), nos remitimos en cierta medida a nuestra historia personal y nuestra herencia genética, incluido nuestro sentido previo de la propia identidad (Fuster, 2003). La síntesis en un momento dado no puede tener lugar sin basarse en alguna síntesis del pasado conservada cuanto menos en la memoria implícita (Edelman & Tononi, 2000).

Un problema de primer orden para las personas traumatizadas es que su sentido de la identidad dentro de las distintas partes disociativas es demasiado estrecho y rígido, porque se deriva de una gama de experiencias y de sistemas de acción demasiado limitada, y excluye gran parte de la historia de la víctima. Cuando las víctimas de experiencias traumáticas son incapaces de unificar adecuadamente las acciones con un sentido de la propia identidad en un momento dado, vivencian síntomas de despersonalización. Por ejemplo, cuando Alie se tocaba el abdomen o los genitales, le daba la impresión de que se trataba del cuerpo de otra persona. *Sabía* que eran suyos, pero no lo *sentía* así.

En resumen, cuando las partes disociativas pueden percibir sentimientos, pensamientos, recuerdos, deseos, conductas y el sentido de la identidad de otras partes disociativas, pero no los consideran como suyos, adolecen de una unificación deficitaria. Lo mismo se puede decir de las partes disociativas que no logran sintetizar los estímulos externos verdaderamente importantes. Por ejemplo, una parte disociativa puede ver al terapeuta moverse en su asiento y percibirlo como una muestra de rechazo o desaprobación, pero no percibir otras señales que indican que el terapeuta se mantiene atento y empático.

**Diferenciación.** La síntesis nuclear adaptativa no sólo implica unificar lo que va unido en un momento y un contexto dado. También hemos de diferenciar entre lo que percibimos y lo que realmente hacemos. Es importante, pues, saber que nuestras percepciones, vivencias afectivas, pensamientos y movimientos se relacionan mutuamente en un momento dado, pero no dejan de ser diferentes. Por ejemplo, debemos ser capaces de distinguir entre nuestro propio cuerpo y lo que es externo a nosotros (“La silla no forma parte de mí”, “Tú eres una persona independiente de mí”). Ello implica un nivel muy elemental de tendencias de acción (véase el capítulo 9).

Las víctimas de experiencias traumáticas carecen eventualmente de dicha diferenciación nuclear. Cuando confunden los pensamientos y los hechos objetivos, pueden preguntarse: “¿Estoy realmente en el trabajo o estoy soñando?”. O bien confunden las alucinaciones con la realidad: “¡Mi madre está ahí y quiere llevarme con ella!”. También pueden tener dificultades en diferenciar los deseos y las acciones conductuales. Por ejemplo, las víctimas en calidad de PE a veces están convencidas de que realmente han matado a su agresor, cuando de hecho tan sólo lo fantasearon.

**Atención.** Además de saber que determinadas acciones mentales y conductuales están relacionadas pero difieren entre sí, debemos ser capaces de saber *qué* estímulos internos y externos debemos sintetizar e ignorar en una situación dada. Esta es una función de la *aten-*

ción y constituye una manifestación de la direccionalidad hacia un objetivo de los sistemas de acción (o constelaciones de sistemas de acción) adaptativos. La atención nos ayuda a concentrarnos, sintetizar y reaccionar a lo esencial, y excluir aquello que no lo es. La atención se basa en las tendencias de acción y los sistemas de acción que nos dirigen en un momento dado (Fuster, 2003). Incluye, pues, la capacidad de ignorar estímulos irrelevantes que es esencial para la organización de la experiencia. Esta es una acción mental en sí misma, a la que Janet (1935a) se refiere como la reacción a lo insignificante (*la réaction de l'insignifiant*). Algunas víctimas traumatizadas son incapaces de llevar a cabo esta importante acción mental de la exclusión, y de forma inapropiada se concentran en detalles ajenos, sin llegar a captar los elementos esenciales de una experiencia.

Las personas sanas pueden desplazar su atención en caso necesario y con ello cambiar lo que sintetizan dependiendo de las exigencias de la situación. Las víctimas traumatizadas no suelen poder “cambiar de marcha” con tanta facilidad. Las partes disociativas de la personalidad tienden a quedar fijadas a un ámbito restringido de conciencia, prestando atención únicamente a estímulos relacionados con sus sistemas de acción, tales como la defensa. Otras veces, las víctimas desplazan su atención de manera reactiva e inapropiada, sin un control consciente. Estos cambios, que pueden ser adaptativos o no, pueden tener lugar cuando una determinada parte disociativa en particular responde de forma refleja a estímulos muy intensos.

Algunos estímulos internos y externos tienen una capacidad muy fuerte natural y universal de activar un determinado sistema de acción, y se conocen como estímulos incondicionados. Estos estímulos pueden suscitar un cambio casi instantáneo y adaptativo en nuestra atención y nuestros objetivos. Por ejemplo, un ruido repentino y fuerte a nuestra espalda desencadenará una reacción defensiva inmediata. Las víctimas traumatizadas (en calidad de una o más partes disociativas de la personalidad) han aprendido a asociar determinados estímulos que antes les resultaban neutros con estímulos aversivos incondicionados. En razón de ello, estos estímulos anteriormente neutros se convierten en estímulos condicionados. Las víctimas pres-

tan una atención excesiva (o reaccionan en exceso más frecuentemente) a estímulos amenazantes condicionados (Izquierdo, Cammarota, Vianna & Bevilaqua, 2004; Peri, Bien Shakh, 2000). Algunas partes disociativas, pero no todas, pueden presentar este sesgo en la atención. Así, una parte puede verse desencadenada por un determinado estímulo en tanto que otra parte no:

Una paciente, Pia, con un TDI tenía una PE que se percibía como una niña de 6 años. Esta parte de su personalidad se asustaba del ruido de los portazos porque en el pasado habían venido seguidos regularmente de la entrada de un agresor que la golpeaba y la forzaba. Sin embargo, en calidad de PAN Pia no recordaba ningún abuso y por ello no le encontraba ningún significado especial a los portazos. Cuando la puerta de una habitación lindante con el despacho del terapeuta se cerró de un portazo, Pia le prestó atención durante escasos segundos y acto seguido prosiguió con su sesión. Pero al poco comenzó a sentirse inquieta. No sabía qué le pasaba, pero comentó que venía a ser algo así como si tuviera un monstruo dentro. Al momento siguiente, Pia cambió a una PE temerosa que sentía mucho miedo y concentraba su atención en la puerta del despacho como si fuera a entrar alguien peligroso. El miedo de esta PE fue cediendo gradualmente tan sólo cuando el terapeuta la acompañó con objeto de comprobar que no había nadie en el vestíbulo.

El grado en el que las víctimas traumatizadas prestan atención a un estímulo condicionado depende, pues, fuertemente de la probabilidad de que remita a un estímulo incondicionado. Únicamente pueden estimar esta probabilidad sintetizando y valorando el estímulo condicionado dentro del contexto (i.e., sabiendo lo que está sucediendo en el presente). Las víctimas deben aprender a ignorar estímulos irrelevantes y detener una reacción defensiva inhibiendo su sistema de defensa cuando el estímulo condicionado no indica ninguna amenaza. Con la reiteración de este proceso, la atención que prestan al estímulo condicionado deberá reducirse al mínimo, al tiempo que su sistema defensivo permanece inhibido o desactivado.

En general, algunas partes disociativas no prestan la suficiente atención a determinados estímulos condicionados significativos y

prestan demasiada a estímulos irrelevantes (i.e., se subimplican en la reacción a lo insignificante [no son capaces de excluir o descartar oportunamente lo que no es esencial]). Por ejemplo, en calidad de PAN Carla hablaba con gran detalle de su trabajo, pero ignoraba partes temidas internamente. Otras partes prestan atención a determinados estímulos condicionados y no atienden lo suficiente al contexto de los estímulos (la situación actual), por lo que les resulta muy difícil ignorar estímulos tales como los ruidos normales del despacho del terapeuta. Estas diferencias atencionales y sintéticas entre las distintas partes disociativas suele explicar los grandes cambios repentinos de atención en las víctimas traumatizadas (volveremos sobre estas cuestiones del condicionamiento y la valoración del contexto en el capítulo 10).

Los terapeutas deben ser conscientes de las limitaciones en la síntesis nuclear y ayudar a los pacientes a prestar atención, unificar y diferenciar los estímulos relevantes en un momento dado e ignorar los irrelevantes (i.e., activar la [re]acción a lo insignificante). A los pacientes se les puede ayudar a ser más conscientes de la experiencia actual, a estar atentos [*be mindful*] y aceptar las sensaciones, las emociones y los pensamientos (Hayes, Folette & Linehan, 2004). Pueden ser alentados a mirar al terapeuta e interpretar el lenguaje corporal más correctamente, no centrándose exclusivamente en un único aspecto tomado por separado. A los pacientes se les puede enseñar gradualmente a centrarse en la situación global junto con la capacidad de excluir lo que no sea relevante.

**Síntesis extendida.** Muchos objetivos no se alcanzan en un momento aislado, sino que incluyen una larga serie o sucesión de acciones que deben ser sintetizadas a lo largo del tiempo. A esta acción mental compleja la llamamos síntesis extendida (i.e., unificar y diferenciar a través del tiempo y de las distintas situaciones). La síntesis extendida implica establecer asociaciones entre acontecimientos y experiencias relacionadas, además de distinguirlas. Por ejemplo, unificamos las experiencias de hoy y de ayer, pero advertimos que son diferentes. Lo que vemos como acontecimientos relacionados está

influido por las constelaciones de sistemas de acción que hemos creado. Una ventaja principal de la síntesis extendida es que nos permite aprender de nuestras experiencias y concebir soluciones cada vez más complejas y creativas a los retos que nos plantea la vida sobre la base de lo que hemos aprendido.

Es más fácil unificar experiencias similares que unificar las que son de alguna forma diferentes. Las víctimas de experiencias traumáticas, por ejemplo, pueden ser más propensas a asociar experiencias relacionales negativas con muchas personas diferentes a lo largo del tiempo, y en razón de ello ser menos capaces de percibir las experiencias relacionales positivas que tienen lugar en la sesión de terapia.

Nuestra capacidad de alcanzar diferentes objetivos se maximiza cuando emprendemos continuamente la síntesis extendida de nuestros diferentes sistemas de acción, y cuando sintetizamos dichos sistemas de acción con nuestro entorno interior y exterior siempre cambiante (e.g., Borkovec & Sharpless, 2004; Hurley, 1998). En muchos casos, no podremos perseguir objetivos diferentes al mismo tiempo (e.g., descansar y trabajar). Ello se debe a que los sistemas de acción que son muy diferentes tienden a excluirse mutuamente y a que la capacidad de nuestra memoria activa es bastante limitada. En consecuencia, no podemos emprender una amplia o compleja variedad de acciones diferentes a la vez. La síntesis nuclear incluye una síntesis relativamente limitada de tendencias de acción y objetivos diferentes. En el caso de la síntesis extendida, unificamos y diferenciamos una gama mucho más amplia de acciones y de objetivos similares y discrepantes a lo largo del tiempo.

Realizamos modalidades simples de síntesis extendida, tales como escuchar música, donde sintetizamos largas sucesiones de notas en una melodía que se sucede en el tiempo, o planificarnos el día mientras conducimos para ir al trabajo. La síntesis extendida también nos ayuda a realizar acciones altamente complejas. Nos ayuda a crear nuestra historia vital y un sentido coherente de la propia identidad, porque podemos unificar, diferenciar y coordinar no sólo un único sistema de acción aislado, sino complejas constelaciones de sistemas

de acción durante largos períodos de tiempo. Por ejemplo, podemos sintetizar nuestros intereses y experiencias como padres, parejas, profesionales y amigos a lo largo del tiempo como [distintos] aspectos de nuestra identidad total [única].

La falta de síntesis explica en gran medida la aparente incapacidad que presentan las víctimas de experiencias traumáticas de aprender de la experiencia en diferentes ámbitos de la vida, porque la experiencia no ha sido adecuadamente sintetizada. Diferentes partes de la personalidad sintetizan diferentes experiencias y objetivos a través del tiempo, de manera que generan ya no sólo una visión diferente del mundo en un momento dado, sino también eventualmente una historia personal diferente, por muy limitada que pueda ser. Y dado que las partes disociativas no están totalmente separadas unas de otras, se enzarzan en conflictos motivados por los diferentes objetivos que persiguen, además de sus diferentes percepciones y experiencias sobre la base de las discrepancias en sus síntesis nucleares y extendidas.

La comprensión de los problemas que tienen las víctimas traumatizadas con la síntesis nuclear y extendida, le ayudará a los terapeuta a comprender y modificar muchos de los síntomas disociativos y de las alteraciones patológicas de la conciencia.

## **Resumen**

Todos sin excepción integramos nuestra personalidad y nuestro mundo de experiencias a través de una amplia gama de acciones mentales y conductuales inconscientes y conscientes. La psicología janetiana de la acción contribuye a nuestra comprensión de las acciones específicas de integración y sus limitaciones en la disociación estructural. Desde esta perspectiva, la integración no se entiende como el resultado de unos “mecanismos” y “procesos”, sino que se deriva de unas acciones integradoras creativas y específicas. Sin embargo, algunas formas de psicopatología cuanto menos, incluida la disociación estructural, implican una limitación indebida de estas

acciones integradoras. Las acciones mentales y conductuales integradoras que realizamos en un momento o una situación dados y a través del tiempo están guiadas por (constelaciones de) sistemas de acción. Estos sistemas nos motivan a iniciar determinados ciclos de percepciones, cogniciones y acciones conductuales en dirección a un objetivo. Las personas traumatizadas presentan diversas dificultades dentro de estos ciclos que disminuyen la probabilidad de acceder a la integración. La integración tiene lugar en diferentes niveles; unos son más automáticos y elementales, otros son más conscientes y requieren un funcionamiento mental mucho más elevado. La modalidad elemental de integración corresponde a la síntesis.





# 8

## La traumatización como síndrome de ausencia de consciencia

---

*Todo caer en la cuenta trae consigo promesas de acción, ya se trate de promesas de relatos de acciones pasadas o de promesas de acciones futuras. En determinadas personas, el pensar en llevar a cabo estas acciones genera tal grado de ansiedad que dicha representación mental se torna imposible.*

—Pierre Janet (1945, pp. 181-182)

La integración no sólo implica la capacidad de sintetizar la experiencia. También incluye la capacidad exclusivamente humana de extraer un significado y generar un sentido coherente del tiempo, la realidad, la identidad y la experiencia. Tales acciones mentales complejas, propias de la *consciencia* [*realization*] (Janet, 1903, 1928a, 1935a; Van der Hart *et al.*, 1993), requieren un nivel de funcionamiento mental más elevado que la síntesis, necesitando la máxima cantidad de nuestra energía mental y de nuestro nivel de eficiencia. Son éstas las acciones más difíciles para las víctimas, al menos en relación con sus experiencias traumáticas. De hecho, la disociación de la personalidad de origen traumático se conoce como el *síndrome de ausencia de consciencia* [*nonrealization*] (Janet, 1935a; cf., Van der Hart, Steele, Boon & Brown, 1993). El problema nuclear en el caso

de la traumatización es que las víctimas sean capaces de tomar plena conciencia de lo que les sucedió y de cómo les afectó a sus vidas y a lo que son. En otras palabras, la incapacidad de tomar conciencia incluye muchas formas de *desconocer* [*not knowing*] un trauma psíquico grave (Laub & Auerhahn, 1993). De hecho, las personas crónicamente traumatizadas suelen tener dificultades en ser conscientes ya no sólo de sus experiencias traumáticas, sino también en su vida cotidiana.

## Consciencia

Debemos realizar actos de consciencia o de lo contrario nuestros intentos por adaptarnos a nuestro mundo cambiante no estarán basados en la realidad y en razón de ello correrán un mayor riesgo de ser desadaptativos. Cada acto de consciencia incluye dos componentes (Janet, 1935a; cf., Van der Hart, Steele *et al.*, 1993). La primera acción es *formular creencias* respecto de nuestras experiencias: qué pasó, por qué, y a quién. La segunda es *adaptar nuestras acciones mentales y conductuales subsecuentes* sobre las base de dichas creencias. En otras palabras, nos basamos [*rely*, confiamos] en lo que hemos sintetizado para elaborar una visión del mundo y obrar en consecuencia.

La consciencia va de lo mundano y lo práctico, a la adscripción de un sentido filosófico y espiritual a nuestras vidas. Puede ser instantánea, o ganarse lenta y dolorosamente durante el transcurso de un largo período de tiempo, requiriendo un elevado nivel mental. Muchos de estos reconocimientos [*realizations*] finalmente incluyen creencias conscientes susceptibles de ser verbalizadas. Es frecuente decir: “*Me doy cuenta* [*soy consciente*] de que: tengo que controlar más mis gastos; soy una buena persona; mi padre está muerto y ya no puede seguir maltratándome; soy un adulto y puedo responsabilizarme de mí mismo; mi vida y las cosas que me pasan tienen un sentido”. Las creencias que se derivan de la consciencia no son instantáneas, acrílicas e ingenuas, sino que han sido debidamente meditadas.

Implican, pues, tendencias de acción más *reflexivas* que *reflejas*. Tales reconocimientos favorecen la introducción de cambios en nuestras acciones mentales y conductuales habituales, que pueden resultarnos bastante novedosos y diferentes (véase el capítulo 9).

La consciencia es más que una acción cognitiva intelectual; también incluye el afecto y la conducta que acompañan al saber que una experiencia o que un hecho es real y tiene unas consecuencias sobre nuestra existencia personal. Así pues, aceptamos todas nuestras experiencias para bien y para mal, nos alegramos de ellas o nos resignamos a lo que son, y reorganizamos nuestra conducta en consecuencia (Janet, 1935a, 1945). En resumen, las creencias asociadas a la consciencia son cogniciones “candentes” y no cogniciones “frías” (cf., Abelson, 1963). La consciencia tiene que ver con identificar nexos entre nuestro mundo y nuestro sentido de la identidad, y con cambiar nosotros mismos y cambiar nuestro mundo a raíz de ello. De esta forma, la consciencia desempeña un papel predominante en la continua “construcción” de nuestra personalidad (Janet, 1929a).

### ***Las víctimas traumatizadas y la inconsciencia social***

La falta de consciencia no es un problema que se limite a las víctimas de experiencias traumáticas, sino que se manifiesta en cierto grado de muchas formas en todos los individuos y sociedades. Cuanto más grave y generalizada sea la inconsciencia, más serias serán las consecuencias. La consciencia tiene un fuerte componente social. Con frecuencia compartimos revelaciones [*realizations*] significativas con otras personas como una forma de solidificar nuestro conocimiento y crear una narrativa respecto de cómo han influido estas mismas revelaciones en nuestras vidas y nuestras relaciones. Dicha participación social favorece la posibilidad de que los reconocimientos se puedan traducir en cambios en nosotros mismos, en los demás y en nuestro mundo. También a veces necesitamos del apoyo social para tomar conciencia de algunas cuestiones difíciles, tales como la pérdida de un ser querido. La empatía, el apoyo y el cariño de los demás pueden aumentar nuestra energía y nuestra eficiencia mental

hasta el punto de que podamos tomar conciencia de algunas cuestiones dolorosas que de lo contrario podrían resultarnos insoportables. De hecho, la falta de apoyo social está considerada como un factor de vulnerabilidad de primer orden en relación con la traumatización continua (capítulo 1). De hecho, las víctimas suelen estar rodeadas de personas que son incapaces o reacias a tomar conciencia del impacto de los abusos y del abandono emocional:

Una paciente, Kelly, cuyo padre la maltrataba gravemente, recordaba que su madre parecía no darse cuenta cuando alguno de los hijos sangraba o tenía hematomas, y en cierta ocasión pasó andando por encima del hermano de Kelly, que estaba inconsciente en el suelo después de haber recibido una paliza, y siguió con sus labores domésticas como si no hubiera pasado nada. El hecho de que el padre fuera un maltratador jamás fue mencionado por nadie de la familia, hasta que Kelly se decidió a hablar de ello por primera vez al cabo de varios años de terapia.

Formas graves de inconsciencia no sólo tienen lugar en las personas y las familias, sino también en la sociedad en conjunto. Por ejemplo, la gente se escandaliza de que haya malos tratos, pero el tratamiento al que pueden acceder las víctimas es muy escaso, aunque sepamos que los abusos infantiles suelen tener una consecuencias devastadoras y de por vida. Nuestra sociedad parece tener un conocimiento impersonal de ciertas cosas, que propicia que la gente se sienta cómoda por el hecho de ser lo bastante conscientes como para reconocer un problema, pero no hasta el punto de exigir que se introduzcan cambios sociales ni entre las personas que serían difíciles y complejos. Así, a nivel tanto individual como social no suele haber prácticamente ningún apoyo para que las víctimas traumatizadas puedan tomar conciencia de sus devastadoras experiencias. Como señalan Van der Hart y colaboradores: “De hecho, suele haber una enorme presión por parte de los agresores y de las familias para que prosiga la norma de la disociación y la negación que caracteriza a la inconsciencia colectiva” (1993, p. 175; cf., Herman, 1992b).

La consciencia incluye dos tipos de acciones mentales y conductuales principales relacionadas, que constantemente están madurando nuestra visión de nosotros mismos, de los demás y del mundo; a saber: la *personificación* (Janet, 1903, 1929a) y la *presentificación* (Janet, 1928a, 1935b). Ambas acciones implican la capacidad de diferenciar entre lo que debería parecernos más real y lo que debería parecernos menos real (Janet, 1928a; Van der Hart & Steele, 1997).

## Personificación

La personificación es un componente esencial de la consciencia que implica la capacidad de tomar posesión personal de nuestras experiencias: “Esta es *mi* experiencia”. Nos volvemos conscientes de que un acontecimiento en particular nos sucede a *nosotros*, de que [*nosotros*] hemos hecho o hemos sentido algo, de que una experiencia va a afectarle a *nuestra* vida y cambiamos nuestras acciones en consecuencia (Janet, 1935a). La personificación conecta así nuestro sentido de la identidad con acontecimientos pasados, presentes y futuros, y con nuestras acciones mentales y conductuales, brindándonos la sensación de ser agentes activos [*agency*].

Al igual que sucede con la consciencia en general, la personificación se deriva de los ciclos de percepción-acción motriz; lo que personificamos (y lo que no) depende en gran medida del continuo ciclo de lo que percibimos y cómo obramos en el mundo. Como señalamos anteriormente, el centro de atención y de interés [*focus*] de estos ciclos depende de los sistemas de acción que se encuentren activos. Fortalecemos nuestro sentido de la propiedad de nuestras acciones mentales y conductuales cuando nos presentamos a nosotros mismos (y a veces a los demás) un informe [*account*] de las mismas. En otras palabras, formulamos creencias respecto de lo que nos sucede a nosotros y dentro de nosotros. Esta relación [*balance*] de lo que nos pertenece a nivel de experiencia personal debe aparecer bajo la forma de pensamientos y creencias conscientes y de ordinario verbalizadas. Nuestra posesión de las experiencias se vuelve

más intensa cuando podemos hacer declaraciones [*statements*] sociales acerca de las mismas que cuando las conservamos para nuestros adentros. Cuando, por ejemplo, el terapeuta se recuerda a sí mismo que debe ser terapéutico con un paciente que se muestra furioso y desafiante [*lashing out*], está haciendo un informe de su consciencia de la conducta del paciente en relación con él, y también de su propia conducta en respuesta. Dado que ha formulado la creencia de que el paciente necesita ayuda para sus problemas de relación, y *es consciente* de su papel personal como terapeuta (“Yo soy el terapeuta de este paciente, no su adversario”), es capaz de actuar reflexiva y responsablemente en lugar de defensivamente. Y cuando habla de sus conflictos en una reunión o una supervisión (i.e., hace un informe verbal de los mismos), es más capaz de tomar conciencia de su papel personal como terapeuta. De hecho, el hacer un informe de nuestra experiencia nos ayuda a volvernos más conscientes, más atentos a lo que estamos haciendo, y con ello más responsables de cómo reaccionamos a lo que sucede dentro de nosotros mismos, en nuestra relación con los demás y en el mundo. Y cuando compartimos este informe con otras personas significativas, nuestro sentido de la responsabilidad respecto de obrar conscientemente sobre la base de aquello de lo que hemos tomado conciencia, se vuelve todavía mayor.

El hecho de relatar(nos) [*recounting*] una experiencia a nosotros mismos y a los demás una sola vez no suele ser suficiente para desarrollar una consciencia adecuada. Por ejemplo, el terapeuta puede necesitar acordarse con frecuencia de que debe responder terapéuticamente a determinados pacientes cuando se siente inclinado a hacerlo de otra forma, y es responsable de emprender una acción práctica como parte inherente de dicha constatación. El que necesitemos recordarnos o hablar repetidamente de sucesos inhabituales, difíciles o estresantes (contar nuestra realidad), subraya el hecho de que la personificación no siempre es una tarea fácil. Y al igual que sucede con todas las formas de consciencia, se requiere más energía y eficiencia mental para personificar las experiencias que están fuera del ámbito de nuestra experiencia normal o que nos desbordan.

Al igual que la síntesis, la personificación puede tener lugar en un momento o situación dado (nuclear) o a través del tiempo (extendida).

### ***La personificación nuclear***

La personificación nuclear es la capacidad de hacer nuestra la experiencia en el momento presente (cf., Damasio, 1999; Edelman & Tononi, 2000; D.N. Stern, 2004), lo que nos estimula a asumir la responsabilidad de emprender acciones mentales o conductuales inmediatas. Por ejemplo, al personificar nuestras impresiones corporales o emocionales actuales, podemos decir: “Me siento cansado”, y cuidar de nosotros mismos tomándonos un descanso. De no llevar a cabo una personificación nuclear, no vivenciaremos tales impresiones como nuestras, no obraremos en relación con ellas, o bien nos limitaremos a actuar de forma refleja. Muchas víctimas de experiencias traumáticas no personifican suficientemente sus acciones mentales y conductuales, sus sentimientos, sus pensamientos y sus conductas en un momento dado. Ello les hace sentirse impersonales. Por ejemplo, en calidad de PAN [parte aparentemente normal de la personalidad] pueden sentir: “Voy con el piloto automático; sé que estoy aquí, pero no lo siento así”.

### ***La personificación extendida***

La personificación extendida consiste en una serie de actividades mentales mediante las cuales unificamos y diferenciamos nuestras experiencias junto con nuestro sentido de la identidad a través del tiempo y de las diferentes situaciones. Construimos nuestra personalidad, incluida la historia personal y la identidad autobiográfica (Damasio, 1999), en base a relacionar sucesiones de experiencias personificadas nucleares y actuar en consecuencia. Parafraseando a Damasio (1999, p. 17), nuestra propia identidad autobiográfica depende de nuestros recuerdos personificados sistematizados de situaciones relativas a las características más importantes o más constantes de nuestra vida: de quiénes nacimos, dónde, cuándo, lo que nos gus-



ta, lo que no, la forma en que reaccionamos habitualmente a un problema o un conflicto, nuestro nombre, acontecimientos vitales significativos que memorizamos y demás. Y con ello la personificación extendida contribuye a la elaboración de un sentido coherente de la identidad y de la experiencia a través del tiempo.

Los diferentes papeles que desempeñamos en la vida deben ser puestos en relación, cuanto menos en cierta medida, como parte de nuestra identidad total. Por ejemplo, los terapeutas deben ser capaces de personificar sus distintos papeles y experiencias como niños, adolescentes, estudiantes, padres, parejas y amigos cuando están desempeñando el papel de terapeutas. Cada uno de estos papeles y experiencias probablemente tiene algo útil que ofrecer dentro del contexto de la situación terapéutica antes o después. Pero al mismo tiempo, estos papeles están en el trasfondo, susceptibles de ser traídos a un primer plano, pero no son predominantes, porque nos damos cuenta de que nuestro principal papel dentro de la situación terapéutica es el de terapeutas.

### ***Dificultades de personificación en las víctimas de experiencias traumáticas***

Nuestra personalidad incluye no sólo la percepción de quiénes somos a lo largo del tiempo, nuestro sentido de la identidad, sino también determinadas habilidades, tendencias de acción y combinaciones de sistemas de acción que hemos aprendido o creado. Las víctimas traumatizadas a veces tienen problemas en transferir habilidades de un área de la vida a otra, porque no han sido capaces de personificar las habilidades o las tendencias de acción (sistemas de acción) a través de sus diferentes sentidos de la identidad, ya se trate de un papel diferente en la vida o de una parte disociativa diferente de la personalidad. Por ejemplo, pueden ser excelentes a la hora de negociar y de ser empáticos con los demás en el trabajo, pero ser incapaces de obrar del mismo modo en las relaciones personales más cercanas en casa, o bien internamente con distintas partes de la personalidad.

Las víctimas traumatizadas no personifican sus acciones en un momento dado y a través del tiempo bajo la égida de una personalidad integrada y unificada. Su disociación estructural implica la existencia de cuanto menos dos “yoes” [*me's*]. Dentro de esta organización, cada una de las partes disociativas personifica algunas acciones y experiencias, pero considera en mayor o menor grado como “no yo” [*not me*] otras acciones y experiencias incluidas en otra o más partes diferentes:

En calidad de PE [parte emocional de la personalidad], Alie era incapaz de personificar buena parte de su vida actual. Por ejemplo, no sentía el menor interés en hacer las labores de la casa, lo cual no veía como algo suyo. No creía que formara parte de Alie, y tenía la impresión de que no necesitaba hacerse cargo de las situaciones de la vida actual, tales como trabajar o quedar con los amigos. Era incapaz de personificar algunas de sus propias sensaciones corporales, no sintiendo nada en los genitales, como si no le pertenecieran. Alie tenía varias partes disociativas, cada una de las cuales tenía un sentido relativamente independiente de la identidad –una de ellas como un niña dando sus primeros pasos, otra como una niña más mayor, otra como una adolescente. Pero era incapaz de emprender una personificación extendida para integrar en un todo estos diferentes sentidos de la identidad. Y en calidad de PAN, era incapaz de personificar sus antecedentes de malos tratos como algo que le perteneciera, y no se sentía motivada a integrarlos y con ello a funcionar a un nivel mental más elevado.

Cada parte disociativa ha personificado cuanto menos cierto grado de sentido de la identidad: “Yo siento; Yo pienso; Yo me hago daño; Yo sé”. Pero la personificación puede ser extremadamente limitada en el caso de que una parte de la personalidad sólo sea consciente de una cantidad mínima de experiencia extraída de la totalidad de la historia de la persona como, por ejemplo, unos pocos momentos fragmentarios dentro de un suceso traumático más amplio. Unas partes disociativas han ido poco más allá de la personificación nuclear de los breves momentos de tiempo a los que están fijadas, de donde la falta de personificación extendida. Tales partes de la personalidad tienen una pequeña base de consciencia y consecuentemente una pe-

queña gama de tendencias de acción. Por ejemplo, en el TEPT [trastorno por estrés postraumático] de tipo simple, una única PE puede englobar poco más que la personificación (nuclear) de una experiencia traumática y su recuerdo, incluida la síntesis de las sensaciones dolorosas y del miedo. Cuanta más experiencia a través del tiempo haya personificado la víctima dentro de una parte disociativa de la personalidad, más elaborada será la identidad autobiográfica de esta parte disociativa y más tipos de acción podrá emprender dicha parte.

Por esencial que pueda ser, la personificación puede llevarse demasiado lejos cuando la síntesis no incluye la oportuna diferenciación. Por ejemplo, algunas víctimas pueden llegar a creer que la experiencia de otra persona es suya. Un paciente estaba confundido sobre si tenía el recuerdo de ver cómo su padre le pegaba a su hermano, o si había tenido una experiencia extracorporal en la que se había visto a sí mismo mientras le pegaban. Otra paciente refirió que sentía dolor físico si estaba cerca de alguien que tuviera algún dolor. Un problema más común es el de sentirse desbordado por el sufrimiento de otra persona como si fuera nuestro: una dificultad tal vez no demasiado ajena a muchos terapeutas altamente empáticos en respuesta a sus pacientes. En tales casos parecemos incapaces de “filtrar” las experiencias de otras personas y de separarlas de las nuestras.

Las víctimas necesitan mucha ayuda para poder personificar sus experiencias, tanto en un momento dado como en el tiempo. Este es un componente esencial de la consciencia que se desarrollará con el tiempo durante la terapia. Todas las partes disociativas deben ser ayudadas a elevar su nivel mental hasta el punto de que puedan personificar las experiencias de otras partes de la personalidad. Así, cada una de las partes disociativas en última instancia debe ser capaz de responder al momento actual y a la historia de la persona total y decir: “Esta es *mi* experiencia, *mis* sentimientos, *mi* cuerpo, *mi* historia”.

La personificación es una parte necesaria de la integración, pero no enteramente suficiente para ayudarnos a introducir cambios sólidos en nuestra forma de pensar, sentir y actuar. La persona puede hacer suya (personalizar) la experiencia, y sin embargo no acabar de

sentirse movida a ser diferente como consecuencia. Los cambios reales y duraderos vienen bajo la forma de la *presentificación*.

## Presentación

La presentificación es el esfuerzo humano complejo de *vivir* [*being*] y *actuar* simultáneamente en el momento presente de una forma sumamente reflexiva. Esta acción multifacética incluye la experiencia de “estar presente” (i.e., *presencia* [*presentness*] o vivir “el momento de la experiencia subjetiva mientras está teniendo lugar...” [D.N. Stern, 2004, p. xiii]). Estamos presentes cuando sintetizamos y personificamos los estímulos internos y externos actuales que son cruciales para nuestros intereses actuales, y adaptamos en consecuencia nuestras subsiguientes acciones mentales y conductuales.

Además, cuando sentimos que estamos presentes, hemos enlazado nuestro pasado y nuestro futuro con el aquí y ahora. De hecho, la presentificación va más allá de ser consciente del momento presente. Implica crear nuestro momento presente a partir de la síntesis de experiencias personificadas que se extienden a través del tiempo y de las distintas situaciones; a partir del pasado, el presente y el futuro proyectado. En última instancia, la presentificación es nuestra creación [construcción] del *contexto* y del *sentido* del momento presente dentro de nuestra historia personal.

De hecho, la función de la presentificación es ayudarnos a organizar y cambiar nuestras acciones y a veces nuestro sentido respecto de quiénes somos. Nos permite elaborar creencias reflexivas y actuar con deliberación, convicción, conciencia y propósito, captar nuestra realidad al máximo y actuar adaptativamente a raíz de ello (Janet, 1928a, 1935a; Ellenberger, 1970). En otras palabras, tenemos que presentificar para adaptarnos, evolucionar y poder llegar a un complejo equilibrio entre estabilidad y flexibilidad dentro de nuestra personalidad:

Un paciente, Jonathan, con un TEPT de tipo complejo fue capaz con el tiempo de tomar conciencia de su dolorosa historia llena de malos

tratos. En virtud de ello, se sentía más presente en términos generales, era más consciente de sí mismo, de los demás y de los contextos en los que se desenvolvía. Se daba cuenta de que debido a su historia le resultaba difícil confiar en los demás, pero también reconocía que ya no tenía necesidad de seguir actuando sobre la base de esta sensación de desconfianza. Su terapeuta y él analizaron las claves que podía utilizar para ayudarlo a saber si alguien podía ser digno de confianza, y aprendió a progresar lentamente con confianza dando cada paso a su propio ritmo. Aprendió que la mayoría de las personas no son unos maltratadores y aprendió a tener amigos que le trataban bien. Jonathan se volvió más capaz de conectar con los demás en el presente. También se sentía más optimista en relación con su futuro, sin preocuparse tanto de fracasar y de no ser capaz de cuidar de sí mismo.

En calidad de acción de la máxima complejidad, la presentificación requiere nuestros niveles más elevados de energía y eficiencia mental. En razón de ello, esta acción desaparece fácilmente y con frecuencia cuando estamos estresados o distraídos. Es nuestro mayor logro conservar la presentificación tanto en el ahora como durante el transcurso de la vida, y es uno de los objetivos últimos de la terapia con personas traumatizadas. Al igual que sucede con las acciones de la síntesis y la personificación, también podemos entender la presentificación desde la perspectiva del momento (presentificación nuclear) así como a través del tiempo y la experiencia (presentificación extendida).

### ***La presentificación nuclear***

La presentificación nuclear es la acción de estar presente en el momento. Incluye hacer un balance [*account*, informe, relación] de nuestra acción y experiencia presente (Janet, 1903, 1928a, 1935a) en tanto que viviendo en el aquí y ahora y en tanto que reales. Otro componente de la presentificación nuclear incluye adaptar nuestras acciones inmediatas a dicho balance. El balance puede no ser verbal, pero el hecho de expresarlo con palabras le dará un mayor grado de realidad. Nuestro balance del presente, lo que constituye una acción mental en sí misma, está influenciado por otras acciones mentales y con-

ductuales y a su vez influye en nuestra conducta a través de los constantes ciclos de percepción-acción motriz. Con ello, no confundimos el pasado con el presente, ni lo interno con lo externo, sino que nos mantenemos conectados a la síntesis de nuestra realidad del momento. Suele ser esencial que los pacientes hagan balances verbales conscientes de sus presentificaciones nucleares en terapia, porque ello les ayuda a consolidar la integración, estimulando así las acciones de nivel superior más adaptativas. Por ejemplo, un paciente puede decir: “Aquí estoy sentado en este sofá azul del despacho y mi terapeuta está sentado enfrente de mí al otro lado, escuchando lo que estoy diciendo. Estoy fuera de peligro y nadie va a hacerme ningún daño”.

La presentificación nuclear exige mucha energía y eficiencia mental. No es fácil prestar atención a los estímulos y acciones que verdaderamente nos importan en el momento presente sin divagar en el pasado o el futuro, o sin perder el equilibrio adaptativo entre el conocimiento consciente de nuestro mundo interno y externo. Y el estar plenamente presentes requiere que tengamos el nivel mental suficiente para mantener la atención y controlar las alteraciones desadaptativas serias al nivel de la conciencia. Se requiere un esfuerzo mental todavía mayor para concentrarse reflexivamente en la acción presente.

En la presentificación nuclear, de forma inmediata reflexionamos y aceptamos nuestras experiencias en curso (e.g., Hayes *et al.*, 2004; Linehan, 1993), acciones mentales éstas que son esenciales para la integración. Dichas acciones se han descrito en términos de mentalización [*mindfulness*, conciencia atenta] y se refieren principalmente a la observación y la reflexión respecto de nuestras propias acciones (e.g., sentimientos, pensamientos). En otras palabras, la presentificación nuclear requiere la capacidad de tener una *teoría de la mente*, de saber que tenemos una mente, que otras personas también la tienen, y de ser conscientes de cómo funcionan nuestras propias mentes y de lo que les afecta o les influye, en lugar de limitarnos sin más a reaccionar a las experiencias internas (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002; Fonagy & Target, 1996). La presentificación nuclear no sólo incluye la conciencia de sí mismo, sino la intensificación del cono-

cimiento consciente respecto de nuestro entorno, y en última instancia incluye nuestra *respuesta* reflexiva a nuestra conciencia atenta [nuestro tener presente].

El estar presentes, que constituye el elemento esencial de la presentificación nuclear, no implica estar atentos [*mindful*] a todos los estímulos; ello sería imposible, abrumador y muy desadaptativo. Hemos de seleccionar adaptativamente aquellas experiencias en las que estamos presentes [o debemos estar presentes, o tener presentes]. Por ejemplo, puede que sea más adaptativo en un momento dado centrar la atención en el exterior, y en otro concentrarse internamente en lo que estamos pensando, sintiendo o recordando. Pero incluso en el momento de la concentración interior, debemos conservar el suficiente conocimiento consciente del exterior para poder responder en caso necesario. Nuestro centro de atención en un momento dado está determinado en gran medida por las combinaciones de sistemas de acción que están activados, por lo que nos motiva a la sazón.

Gracias a la presentificación nuclear, no vivimos el presente siempre cambiante como una gama de sucesivos fragmentos, sino como una experiencia personal coherente que tiene un sentido, y que incluye nuestra motivación de alcanzar determinados objetivos a través de una serie de acciones mentales y conductuales. Existe esta coherencia o cohesión porque continuamente nos ocupamos de hacer balances de nuestro presente. Somos capaces de obrar así en razón de la memoria activa [*working memory*]. La capacidad de la memoria activa, aunque limitada en su extensión, nos permite enlazar el presente con el pasado y el futuro inmediatos, de manera que podamos realizar acciones prospectivas sobre la base de las experiencias pasadas y las circunstancias actuales. En otras palabras, la memoria activa nos ayuda a enlazar las predicciones de los resultados de nuestras acciones con el pasado y con el momento actual, permitiéndonos con ello adaptarnos mejor al presente. En razón de ello, se habla de la memoria de trabajo como del presente recordado (Edelman, 1989) y como nuestra memoria activa a corto plazo (Fuster, 2003).

Así pues, la presentificación nuclear, nuestro balance del presente, no sólo incluye el presente sin más, sino que sería una síntesis de

los recuerdos y las predicciones que necesitamos para adaptarnos a una situación inmediata. Por ejemplo, incluimos cuanto menos algo de nuestra identidad autobiográfica y algunos aspectos de nuestra historia personal como parte del vivir [estar] en el presente, así como habilidades y conocimientos previamente aprendidos (Damasio, 1999; Fuster, 2003; D.N. Stern, 2004).

### ***La presentificación extendida***

La presentificación extendida tiene lugar a través del tiempo y de las distintas situaciones. Requiere nuestra máxima energía y eficiencia mental para poder mantenerse, porque debemos integrar y condensar cantidades ingentes de experiencias procedentes de nuestra vida entera: diferentes recuerdos, afectos, sentidos de la propia identidad, además de diversos papeles, relaciones, tendencias de acción y sistemas de acción. En la presentificación extendida coordinamos nuestras acciones ya no solamente con el mundo exterior, sino con la totalidad de nuestra personalidad (Ellenberger, 1970).

Obviamente, nuestra capacidad de estar presentes va y viene de forma natural: ni en el mejor de los casos es un estado uniforme en el tiempo. Pero tenemos que estar presentes el tiempo suficiente como para poder salvar [trazar un puente con] las veces en las que no estamos demasiado presentes. Enlazamos, pues, la cantidad suficiente de experiencia para que ésta nos resulte relativamente coherente y en consecuencia nuestra personalidad sea también coherente. Esta es la función de la presentificación extendida. Nos orienta en el tiempo y el espacio, y orienta nuestra existencia personal. Se trata de saber que nuestro presente interoceptivo y exteroceptivo, la percepción de nuestro mundo interior y exterior, se enraízan en nuestro pasado y en nuestro futuro. Así pues, hacemos un balance de nosotros mismos y de nuestra historia a lo largo del tiempo, y actuamos en consecuencia. En virtud de la presentificación extendida y la personificación extendida asumimos la responsabilidad respecto de nuestras acciones pasadas, presentes y futuras.



Al igual que sucede con la síntesis y la personificación, la diferencia entre la presentificación nuclear y extendida no es tanto categórica como una cuestión de grado. La presentificación nuclear corresponde a una única situación, o como mucho a una gama muy limitada de situaciones contiguas. La presentificación extendida alude a la consciencia de sucesiones mucho más elaboradas de presentificaciones nucleares. Así, la presentificación extendida abarca de los 10 primeros minutos de nuestra existencia, pongamos por caso, a la totalidad de nuestra vida. Es en virtud de la constante presentificación extendida como vamos expandiendo nuestra personalidad y el balance de nuestra vida (i.e., nuestra memoria autobiográfica y nuestra identidad autobiográfica).

### ***La falta de presentificación y de personificación en las víctimas traumatizadas***

Los problemas de presentificación implican intrínsecamente, cuanto menos en cierto grado, problemas de síntesis y de personificación dado que las dos últimas son necesarias para que la primera pueda tener lugar. Uno de los principales obstáculos de la presentificación son las alteraciones patológicas o crónicas en el campo de conciencia y el nivel de conciencia, un problema endémico en las víctimas de experiencias traumáticas. Si las víctimas no sintetizan y personifican adecuadamente una experiencia, no prestan atención en el momento, están abstraídos, despersonalizados, ofuscados o confundidos, les será imposible estar plenamente presentes. En otras palabras, las víctimas de experiencias traumáticas suelen ser incapaces de realizar las acciones mentales asociadas a la presentificación nuclear y, por tanto, de ser adaptativos.

También es imposible estar presentes cuando las víctimas traumatizadas permanecen fijadas al pasado. Las PEs suelen presentar una falta tan grave de presentificación que ni tan siquiera son conscientes del presente real, mucho menos van a ser capaces de actuar adaptativamente en respuesta al mismo. Tienen su propio sentido anacrónico del presente, que incluye demasiadas cosas del pasado. Al

mismo tiempo, también tienen un sentido de la propia identidad que excluye o tan sólo incluye parcialmente el sentido de la identidad vivenciado por otras partes de la personalidad: un defecto éste de personificación. Cuando en calidad de PE las víctimas reviven un recuerdo traumático, tienen un sentido de la existencia personal a lo largo de una extensión limitada de tiempo, fijada a un pasado que perciben como el presente. Pero ni dicha vivencia ni dicho sentido de la identidad están integrados con el presente.

En calidad de PAN, las víctimas tampoco suelen ser capaces de vivir plenamente en el momento, dado que evitan las reminiscencias internas y externas de la traumatización, lo que deriva nuevamente en dificultades de síntesis. Cuando se producen las irrupciones de los recuerdos traumáticos (y de las PEs), su capacidad de estar presentes se vuelve todavía más limitada. Cuando las víctimas traumatizadas no son capaces de tolerar ciertos estímulos, tales como un sentimiento o un recuerdo, o la vista de alguien que les recuerda a su agresor, no podrán incluirlos en sus personificaciones ni en su presentificaciones nucleares ni extendidas. En su lugar, las víctimas evitan dichos estímulos y llevarán a cabo una serie de acciones sustitutivas con el fin de perpetuar la evitación: esta es la *ausencia de consciencia*.

La evitación experiencial (Hayes *et al.*, 2004) se puede apreciar distintamente en la síntesis, la personificación y la presentificación. En la evitación de la síntesis, las víctimas traumatizadas en calidad de PAN o de PE evitan incluir determinadas percepciones en particular. Por ejemplo, las partes disociativas pueden estar convencidas de que “No tengo pechos”, “Eso no pasó jamás”, “No siento ninguna rabia”. Cuando evitan personificar lo que han sintetizado, pueden decir: “Estos pechos son reales, pero da la impresión de que no fueran míos”, “Sí pasó, pero no a mí: fue a otra persona”, o “La rabia está ahí, pero es de esa otra parte, no es mía”. La evitación de la presentificación, lo que supone un defecto de síntesis y de personificación, puede llevarles a decir: “Puesto que no tengo pechos, o que no son míos, no necesito hacerme ninguna mamografía”, “Al margen de que abusaran de mí o no, eso no ejerce ningún impacto sobre mí en el día de hoy”, “No soy responsable si le pego a alguien, porque la rabia no es mía”.

## Consciencia y sentido del tiempo y de la realidad

La consciencia depende de nuestra capacidad de saber lo que es real en un momento dado, y de distinguir el momento presente en el tiempo y en el espacio; de diferenciar entre el pasado, el presente y el futuro. Y también debemos ser capaces de distinguir la realidad de las experiencias internas, tales como los recuerdos, fantasías, sueños, ideas, pensamientos y deseos, de las experiencias externas. Janet (1903) denomina a esta capacidad la función de la realidad (*fonction du réel*). Uno de los prerrequisito de la personificación y la presentificación extendida es saber que el pasado y el futuro se relacionan con el presente, que es nuestra realidad actual, pero se distinguen del mismo. Esta capacidad suele estar dañada en las víctimas de experiencias traumáticas tanto en lo relativo a la organización del curso temporal de sus experiencias como al conocimiento de lo que es real en un momento dado (Janet, 1928a, 1932a; Terr, 1984; Van der Hart & Steele, 1997). Terr (1983, 1984) señala que el sentido del tiempo es una adquisición evolutiva relativamente reciente y como tal, se ve fácilmente alterada por las experiencias traumáticas.

Con objeto de adaptarnos, debemos organizar nuestra experiencia de manera que el presente concreto parezca lo más real y relevante en el momento, en tanto que el pasado y el futuro cercanos parezcan menos reales (Janet, 1919/1925, 1928a, 1932a; Van der Hart & Steele, 1997). Esta percepción es la más adaptativa porque únicamente podemos actuar en el presente concreto. Janet (1928a, 1932a) le llama a esta organización la *jerarquía de los grados de realidad* y señala que en el proceso de adaptación a la vida muchas de las dificultades se derivan de no poder organizar adecuadamente nuestro sentido de la realidad en el tiempo y el espacio.

La distorsión temporal mas frecuente en las víctimas de experiencias traumáticas consiste en revivir el pasado como si fuera el presente. Algunos pacientes también pueden distorsionar el presente condensándolo o ampliándolo; por ejemplo: “Estuve trabajando y pensé que sólo había pasado una hora, pero se me había ido prácticamente todo el día”. Algunos pacientes no tienen sentido del tiem-

po. Un paciente miraba constantemente el reloj durante la sesión y decía: “No tengo la menor idea de cuánto tiempo llevamos, si ha pasado un minuto o una hora”.

Con objeto de saber qué es más relevante y más real, creamos síntesis de nuestras experiencias en el presente, de nuestras rememoraciones del pasado inmediato, y de nuestras ideas acerca del futuro inmediato, que incluyen un sentido estable de la propia identidad: “Soy todo yo: mi pasado, mi presente y mi futuro”. Pero la personificación nuclear y extendida puede tener lugar sin la presentificación nuclear y extendida sin reconocer correctamente el presente (real). De hecho, en calidad de PE las víctimas traumatizadas pueden emprender un grado limitado de personificación nuclear y extendida, pero confundir el presente vivenciado [subjetivo] y el presente real. En otras palabras, confunden el pasado y el presente.

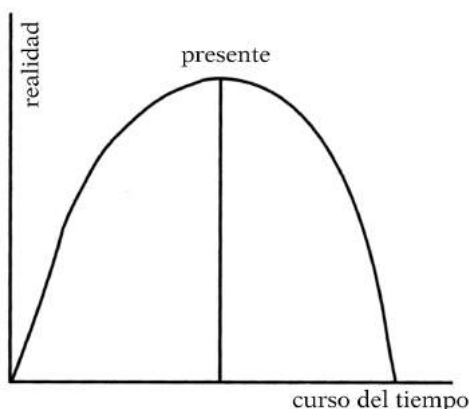
**Tabla 8.1**

Jerarquía de los grados de realidad de Pierre Janet

- 
1. *La realidad presente*, que se aplica a nuestras acciones mentales y conductuales, incluida nuestra percepción de la realidad interna y externa.
  2. *El futuro inmediato*, que nos interesa casi tanto como el presente, si bien de una forma menos vívida.
  3. *El pasado reciente*, que incluye las rememoraciones afectivas, con sus recuerdos felices y desdichados, sus ilusiones y sus remordimientos.
  4. *Lo ideal*, que reconocemos que no es real, pero que queremos ver hecho realidad.
  5. *El futuro lejano*, que esperamos ver hecho realidad, pero que es demasiado remoto como para interesarnos enormemente.
  6. *El pasado extinto [dead] o distante*, que ha perdido su carácter afectivo, pero cuya realidad todavía conservamos como algo que ocurrió en el tiempo.
  7. *Lo imaginario*, que reconocemos que no es real. Los sueños [fenómenos oníricos], cuando los reconocemos como tales, serían un ejemplo de este imaginario.
  8. *Las ideas*, acciones verbales cuya realidad no afirmamos ni negamos.
  9. *Los pensamientos*, acciones verbales que ni tan siquiera cuestionamos si son reales o no lo son.
-

La tabla 8.1 muestra la jerarquía ideal de la realidad que propone Janet y la figura 8.1 muestra la curva que representa la relación ideal entre el curso del tiempo y los grados de realidad. La capacidad de mantener esta jerarquía de los grados de realidad es una parte esencial de la consciencia.

El grado de realidad de determinados estímulos internos y externos puede cambiar. Lo que consideramos más o menos real en el momento actual [en el ahora] depende de lo que parece ser el objeto más adaptativo de nuestra atención dentro de un contexto interno y externo dado, y viene mediatizado por los sistemas de acción. Por ejemplo, una madre que acaba de tener otro bebé está fuertemente mediatizada [influenciada, afectada] por el apego y los cuidados. Sus intensos sentimientos de amor y protección la ayudan, pues, a percibir las necesidades de su bebé en mitad de la noche como lo más urgente y lo más real, y su propia necesidad de descansar como algo secundario, como algo menos real en este momento. La activación crónica de la defensa también configura nuestra visión de la realidad. Después de pasar por unos sucesos traumáticos de gran magnitud, el mundo jamás volverá a parecernos el mismo, el peligro se vuelve más real y más plausible, y puede que nos volvamos más propensos a defendernos con más rapidez y más facilidad.



*Fuente:* adaptado de Janet, 1928a, p. 492.

**Figura 8.1** Relación entre el curso del tiempo y los grados de realidad

Aunque Janet presenta esta jerarquía de grados de realidad como algo bastante fijo, de hecho es mucho más flexible. Las personas sanas pueden cambiar voluntaria y transitoriamente su sentido de la realidad actual en consonancia con los objetivos específicos que tengan en mente. Por ejemplo, cuando alguien decide recordar una experiencia difícil puede tejer una narrativa que permita evocar la realidad de este hecho del pasado en mayor o menor medida. Si le está contando la historia a un desconocido relativo, resultaría más apropiado un menor grado de realidad; elegiría distanciarse más emocionalmente de la experiencia en cuestión. Pero si le está relatando la historia a un terapeuta con objeto de resolver alguna cuestión pendiente, sería apropiado un grado de realidad más intenso y por tanto más elevado. Existe un elemento de intención y manipulación consciente inherente a este proceso, y una persona sana raramente siente ninguna confusión en la secuencia temporal y por tanto no confunde en realidad el pasado y el presente. Pero las víctimas de experiencias traumáticas pueden estar demasiado despersonalizadas como para sentir que algo sea real, o pueden estar excesivamente atrapadas en una experiencia del pasado.

### ***Estimaciones de la realidad demasiado altas y demasiado bajas***

Janet distingue dos formas básicas en las que los pacientes manifiestan su alteración del tiempo y consiguientemente de la realidad: sitúan su estimación [*account*] de la realidad demasiado alto o demasiado bajo en la jerarquía de los grados de realidad (Janet, 1928a, 1932a; cf., Van der Hart & Steele, 1997). Por ejemplo, cuando una víctima está convencida erróneamente de que es mala y sucia, esto mismo se convierte para ella en su realidad: coloca esta valoración incorrecta de la realidad demasiado alto dentro de su experiencia. También está convencida de que no le cae bien a nadie, a pesar de la realidad objetiva de que la gente la encuentra verdaderamente encantadora: coloca esta valoración de la realidad demasiado bajo. El ejemplo ilustra que cuando una valoración es demasiado elevada (e.g.,

“soy mala”), de ello se desprende automáticamente que otra valoración (e.g., “soy agradable”) será demasiado baja. Y cuando una parte disociativa sitúa una valoración de un suceso demasiado alto (e.g., una PE que está convencida de que todavía corre un grave peligro), habitualmente otra parte disociativa sitúa una valoración del mismo suceso demasiado bajo dentro de la jerarquía (e.g., una PAN que está convencida de que no abusaron de ella). Situar las valoraciones de la realidad demasiado bajo o demasiado alto son modalidades principales de *inconsciencia* (Janet, 1935a, 1945; Van der Hart, Steele *et al.*, 1993).

***Estimaciones erróneas de la realidad en las PEs.*** De forma característica, las PEs le adjudican a los recuerdos traumáticos y las creencias relacionadas con los mismos un lugar tan elevado dentro de la jerarquía de los grados de realidad que dichos recuerdos les parecen mucho más reales que el presente real, que habitualmente suelen colocar demasiado bajo dentro de la jerarquía. No se dan cuenta de que son recuerdos del pasado, sino que, antes bien, viven la realidad interior como si se tratara del presente. Suelen ser incapaces de distinguir entre la realidad de una experiencia interior (un *flashback*), y la de la realidad externa, lo que implica una falta de diferenciación (véase el capítulo 7).

Las estimaciones erróneas de la realidad en el caso de las PEs tienen que ver con su limitada eficiencia mental, además de con el estrechamiento del campo de la conciencia y la gama limitada de los sistemas de acción que determinan sus percepciones, emociones, cogniciones y acciones conductuales. Estas restricciones perjudican el alcance y la calidad de sus ciclos de percepción-acción motriz, y en razón de ello limitan su capacidad de presentificar. Tales partes disociativas también pueden confundir la realidad del futuro imaginado: el futuro se convierte en un espejo del pasado. Aun en el caso de que ya no vivan con su agresor, o de que su agresor haya muerto, las PEs asustadas tienden a concentrarse en imaginarse un futuro que equivale a una réplica del pasado: “¡Papá me va a hacer daño!”. De forma característica, las PEs deprimidas se concentran en un pasado des-

graciado, pero no ven mucho futuro, o ninguno. Algunas PEs dicen estar agonizantes o muertas –para ellas no tiene sentido imaginarse ningún futuro en absoluto.

Muchas de las características físicas y emocionales subjetivas de las PEs se basan en su percepción errónea de la realidad. Tienen la sensación de estar viviendo en el pasado; en razón de ello, se ven a sí mismas hablando, actuando, pensando, con el mismo aspecto y sintiendo como lo hacían en el pasado. O pueden tener la sensación de que son lo que fantasearon ser: “Soy Superman”, “Soy invulnerable”. En resumen, las partes disociativas se sirven habitualmente de dichas ideas y fantasías como substitutos de las acciones de orden superior que están fuera de su alcance, tales como reconocer el trauma:

Una paciente, Adeleide, con una disociación estructural secundaria, tenía una PE con la identidad de una quinceañera, que estaba convencida de que tenía el pelo largo. Este fue ciertamente el caso durante su adolescencia, pero no ahora. La PE era, pues, incapaz de darse cuenta de que en el presente llevaba el pelo corto. Cuando el terapeuta invitó a la PE a comprobar la longitud de su cabello, se sintió conmovida y confundida de ver que tenía el pelo corto. Cuando habló de su agresor sádico, lo “vio” en la habitación donde se desarrollaba la terapia, se sintió extremadamente ansiosa y creyó que estábamos en 1964. En calidad de PE, Adeleide tenía una visión desfasada de la realidad que situaba demasiado alto en la jerarquía de los grados de realidad. Cuando el terapeuta le pidió que explicara por qué sentía que no pasaba el tiempo por ella, dijo: “Sólo existo durante unos breves momentos en el tiempo, no me dejo ver mucho. Cuando pasa una semana o más sin hacer acto de presencia, no me he hecho más mayor en absoluto. Usted se deja ver toda la semana, por eso usted es una semana más viejo en comparación con la semana pasada. Pero yo no”.

Esta parte de Adelaide no se percataba de que seguía bajo la influencia de los largos períodos de tiempo que era incapaz de reconocer (sintetizar, personificar y presentificar). Creía firmemente que lo que no percibía plenamente no le afectaba, aun cuando supiera que el tiempo sí pasaba para los demás. Por ello estaba convencida de que apenas crecía y se cepillaba sus largos cabellos, enfrascada en



acciones imaginarias sustitutivas del reconocimiento [*realization*] del presente.

Las PEs que tienen la sensación de que son niños eventualmente pueden presentar un retraso evolutivo en el sentido del tiempo, lo que se puede acabar extendiendo a la víctima traumatizada en su totalidad (Van der Hart & Steele, 1997). En razón de ello, a veces no pueden decir en qué tiempo viven o tienen una sensación de intemporalidad, como el caso de la PE a la que el período entre sesiones le parece interminable y en consecuencia hace llamadas telefónicas de emergencia al terapeuta. Tales PEs también pueden tener la sensación de que el terapeuta desaparece en el período entre sesiones, se pierde en un tiempo sin fin. El sentido del tiempo y la capacidad de organizar las propias experiencias en relación con el pasado, el presente y el futuro, constituye un importante componente del desarrollo de la constancia objetal en los pacientes de tales características.

***Estimaciones erróneas de la realidad en las PANs.*** Mientras que las PEs sienten el pasado como demasiado real, las PANs sienten que no es lo bastante real. La PAN de los pacientes puede percibir el pasado como algo vago, fragmentario o inexistente, o bien como una historia que no tiene que ver con *ellos*: les falta personificar su pasado. Janet describe las cualidades de tales recuerdos irreales [*nonrealized*]:

[Estos recuerdos] son sólo informes vacíos, sin imágenes ni actitudes circundantes, sin evocar ninguna sensación de alegría ni de tristeza; y sin despertar ningún interés ni ningún deseo de actuar, ya sea alargándolos o acortándolos. A veces estos informes irreales [*unreal*] ni tan siquiera vienen acompañados de ninguna creencia y el paciente no puede afirmar que estas visiones hayan tenido una existencia real en el pasado (1932a, p. 145).

La inconsciencia respecto del pasado puede adoptar varias formas, la más grave y generalizada de las cuales sería la amnesia completa: el pasado no es real porque no existe (Janet, 1935a). Una forma menos extrema caracteriza a muchas PANs que sienten que su pasado es un hecho, pero no tiene que ver con ellos o no es verdade-

ramente real: “Sé que pasó, pero no tengo la sensación de que me pasara a mí”; “No siento nada si lo pienso”, “Parece así como un sueño”. Colocan sus versiones del pasado, incluidas las experiencias traumáticas, demasiado bajo en la jerarquía de los grados de realidad.

Las observaciones clínicas indican que las PANs viven el presente como si fuera menos real que cuando las víctimas traumatizadas están totalmente integradas y están *presentes*. Esta falta de presentificación es especialmente intensa cuando padecen síntomas de despersonalización y desrealización y pierden el sentido razonable del tiempo: “No puedo recordar si estamos a martes o a sábado, y por eso no sé si tengo que ir a trabajar o no”. Muchas PANs (y algunas PEs) tienen la sensación de no ser reales o de vivir en un sueño. Una paciente sumamente traumatizada le preguntó a su terapeuta: “¿Como puedo saber si esta sesión es un sueño o es real? ¿Cómo puedo saber si lo que estoy pensando es lo que está pasando o si sólo estoy pensándolo?”. Varios ítems de la DES [escala de experiencias disociativas] reflejan la tendencia a colocar la experiencia demasiado bajo dentro de la jerarquía: “Algunas personas tienen la sensación de no estar seguras de si han hecho algo o si sólo habían pensando hacerlo” (Bernstein & Putnam, 1986). Estos ítems no reflejan una disociación *per se*; pero suelen acompañar a la disociación estructural, sobre todo cuando el nivel mental de la víctima traumatizada es bajo.

Muchas de las víctimas de experiencias traumáticas tienen un sentido del futuro escorzado [acortado]. Carecen de la eficiencia mental necesaria para la presentificación extendida. No pueden hacer predicciones correctas respecto de un futuro cercano o más remoto. A algunas PANs les resulta muy difícil planificar lo que van a hacer con más de unas pocas horas de antelación. Otras PANs no pueden imaginarse un futuro personal más remoto y están convencidas de que no van a vivir mucho. Para las PANs que sufren frecuentes irrupciones de las PEs, el futuro puede parecer espantoso o sin esperanza, indistinguible del pasado traumático. Esta impresión se deriva de la falta de diferenciación entre la realidad actual y el pasado, el presente y el futuro.

## Resumen

La consciencia supone un nivel complejo de integración que requiere un funcionamiento mental superior. Incluye acciones mentales y conductuales que nos ayudan a crear una experiencia coherente y significativa a partir de nuestras vidas, y unificar nuestra personalidad en un todo. Dado que las acciones asociadas a la consciencia requieren el máximo nivel de energía y eficiencia mental, suelen ser las más difíciles de llevar a cabo por parte de las víctimas sobre todo en relación con sus experiencias traumáticas. La traumatización se entiende, pues, como un problema de inconsciencia. No sólo los individuos, sino las familias y las sociedades también presentan diversos grados de inconsciencia, lo que hace que cada vez sea más difícil que las personas traumatizadas puedan recibir el apoyo social que necesitan para tomar conciencia de sus experiencias. La consciencia incluye dos componentes. El primero es la personificación: la capacidad de tomar posesión personal de nuestra experiencia y actuar en consecuencia. Un prerrequisito para pasar a la acción es sintetizar nuestras experiencias con nuestro sentido de la identidad. En la personificación vamos más allá: tomamos posesión y asumimos la responsabilidad. La personificación nuclear es la capacidad de hacer nuestra la experiencia en un momento o situación dados, en tanto que la personificación extendida es la capacidad de personificar las acciones y las experiencias a través del tiempo y las diversas situaciones. El segundo componente de la consciencia es la presentificación: la capacidad de vivir en el presente al tiempo que relacionándolo con el pasado y el futuro, aceptando con ello la realidad al máximo de nuestra capacidad y obrando adaptativamente en respuesta a dicha realidad.

# 9

## La jerarquía de tendencias de acción

---

*Los estímulos sencillos y ya conocidos desencadenan por lo general reacciones automáticas también sencillas. Pero si los influjos provenientes del mundo externo adquieren una mayor intensidad, se precipitan y sobrevienen de forma inesperada, o bien se revisten, por otra parte, de formas muy diversas, desconocidas o complejas, entonces la generada en este caso será una situación difícil, que reclamará una actuación tan inmediata como necesaria, y las reacciones propias de esta última, además de tener que ajustarse a circunstancias que presentan un superior nivel de complejidad, arrastrarán simultáneamente consigo una mayor inversión de fuerzas. De no producirse la reacción, se producirán entonces derivaciones o emociones.*

—Leonard Schwartz (1951, p. 103)

El terapeuta tiene que comprender las tendencias de acción que el paciente puede y no puede (todavía) llevar a cabo, qué acciones son necesarias para superar la traumatización, y saber cómo ayudar a las víctimas de experiencias traumáticas a desarrollar estas tendencias con objeto de ayudarles a solucionar los problemas relacionados con la traumatización y mejorar su vida cotidiana. La jerarquía de las tendencias de acción de Pierre Janet (Ellenberger, 1970; Janet, 1926a, 1926b,

1935b, 1936, 1938) constituye una guía útil a este respecto. Anticipa y se relaciona con muchas de las intuiciones modernas de disciplinas que tratan las tendencias de acción, tales como la psicología evolutiva y la psicología cognitiva (Loevinger, 1976; Schore, 2003a, 2003b), la teoría del aprendizaje (Rescorla, 2003), el psicoanálisis (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002), la neurobiología (Berthoz, 2000; Damasio, 1999; Fuster, 2003; Llinás, 2001; Panksepp, 1998), la psicología de la evolución (Buss, 2005), y la neurofisiología (Metzinger, 2003; Noë, 2004). Al igual que hacía Janet, reconocemos que la jerarquía propone una serie de divisiones de las tendencias de acción del ser humano un tanto arbitrarias y selectivas, pero clínicamente convenientes e instructivas.

### **Tendencias de acción y acciones**

Las tendencias de acción implican adaptaciones a los cambios ambientales. Es decir, se han desarrollado a partir de una larga historia de selección evolutiva y están dirigidas a unos objetivos (Buss, 2005; Janet, 1926a). Dependiendo de su complejidad, abarcan una gama de diferentes acciones mentales y conductuales que se llevan a cabo en distintas fases: latencia, preparación, inicio, ejecución y finalización (Janet, 1934). Estas acciones primeramente implican percepciones, incluidas sensaciones físicas, impresiones emocionales, pensamientos y movimientos. Cuando percibimos el tipo “adecuado” de estímulos internos y externos, y nos encontramos en el estado psicobiológico “adecuado”, activamos la correspondiente tendencia de acción a partir de la latencia y entramos en la fase de preparación. Por ejemplo, cuando nuestro nivel de azúcar en sangre es bajo y advertimos la sensación concomitante de hambre, nos disponemos a empezar a buscar comida. Cuando percibimos una señal de amenaza y sentimos miedo, nos preparamos para defendernos. Cuando nos dejan solos pero somos altamente dependientes de los demás, nos disponemos a llorar a voz en grito pidiendo ayuda o apoyo.

El que verdaderamente iniciemos una o más acciones específicas, y en ese caso, con qué prontitud, suele depender de la aparición y de

nuestra percepción de uno o más estímulos adicionales que actúan a la manera de señales de “adelante” [*go*]:

Lara (TDI [trastorno disociativo de la identidad], 33 años) no se atrevía a comer cosas que le gustaran, porque sus padres la habían castigado severamente por ello durante su niñez. Únicamente le daban sobras. Sólo cuando el terapeuta, en quien había aprendido a confiar, le ofreció chocolate y le aseguró que no la iba a castigar si lo aceptaba y se lo comía, Lara empezó a comer cosas “prohibidas”. Cogió el chocolate de la mano del terapeuta y, en un mar de dudas, se lo llevó a la boca. Así, el hecho de que el terapeuta le ofreciera de comer dentro de un entorno seguro, incluido el apoyo relacional, le permitió a la paciente iniciar la acción anteriormente inhibida de comer algo que le gustaba.

El inicio de una acción viene seguido de la fase de *ejecución*, que implica llevar la acción a cabo como, por ejemplo, masticar y tragar la comida después de cogerla con la mano. La fase final de las tendencias de acción es su *finalización*. Por ejemplo, Lara notó y se dio cuenta que no debía comer demasiado chocolate porque su estómago no estaba acostumbrado a ello. Esta percepción y consciencia supuso una señal de “alto” [*stop*] en relación con comer chocolate. La finalización suele implicar el percatarse [*realization*] conscientemente. En el caso de las acciones automáticas, la finalización implica más bien un [re]conocimiento inconsciente de lo que hemos hecho y de que hemos alcanzado el objetivo de la tendencia de acción, o de que no podemos alcanzarlo. Pero habitualmente debemos percatarnos conscientemente de las acciones importantes y sus resultados. Para ayudar a Lara en relación con esto, el terapeuta se aseguró de que era capaz de personificar y presentificar el hecho de que *ella* había comido chocolate (personificación), que lo había comido *hacia un minuto* y que *a continuación* no había sido castigada, sino elogiada por ello. De modo que estaba fuera de peligro en el *presente* (presentificación nuclear), y probablemente seguiría fuera de peligro en *futuras* ocasiones cuando volviera a comer cosas deliciosas (presentificación extendida), cuanto menos cuando estuviera en presencia del terapeu-

ta (una importante variable contextual; véase el capítulo 10 en relación con la evaluación del contexto).

Las tendencias de acción requieren una combinación de *energía mental*, energía física en el caso de que impliquen movimiento, y la capacidad de utilizar dichas energías –esto es, *eficiencia mental*. Cuanto más compleja sea una tendencia de acción, mayor deberá ser nuestra energía mental y eficiencia mental para iniciarla, realizarla y concluirla. Las acciones mentales nos permiten sopesar los méritos de las acciones mentales o conductuales alternativas, tales como contemplar distintas posibilidades terapéuticas para abordar el problema actual del paciente. En este sentido, podemos ahorrar tiempo y energía. Y lo que tal vez sea incluso más importante, anticipando los efectos de nuestras acciones podemos seleccionar acciones provechosas y prevenir acciones perjudiciales. Por ejemplo, el terapeuta previene los problemas cuando predice correctamente cómo va a afectarle una determinada observación (crítica) a un paciente con rasgos propios de un trastorno límite de la personalidad. La anticipación de los efectos de las acciones implica la presentificación y es la base de la cultura humana. Ahora bien, las acciones mentales sólo pueden afectar al entorno indirectamente. Por ejemplo, suele ser mucho más fácil *planificar* determinadas conductas, hacer la promesa de emprender acciones conductuales que emprenderlas de verdad. Las víctimas pueden prometer firmemente: “Mañana me levantaré temprano y haré las labores de la casa”, o “Dejaré a mi pareja (que me maltrata) y viviré sola”. No obstante, llegado el momento, algunas víctimas pueden ser incapaces de llevar estas promesas de la fase de disposición a la fase de inicio y proseguir hasta finalizar. Se detienen antes de empezar, o inician las labores domésticas poco convencidos y sin entusiasmo, o tratan de estar presentes o de tolerar sus emociones, pero puede que se den rápidamente por vencidos (Janet, 1903, 1934).

Las tendencias de acción no sólo requieren energía y eficiencia, sino también regulación. Uno de los reguladores de las tendencias de acción es el *esfuerzo*, porque cada acción necesita un determinado grado adaptativo de fuerza o de dedicación (Janet, 1932c). Cuando intentamos hacer algo con demasiada fuerza, o no lo intentamos con

la fuerza suficiente, es probable que nuestras acciones resulten fallidas. Se requiere experiencia para saber cuánto esfuerzo precisa una acción adaptativa. La experiencia mejora la eficiencia mental porque ahorra un gasto inútil de energía y aumenta la probabilidad de éxito. Según Janet (1929b, 1932c), como regulador de la acción y de las tendencias de acción, el esfuerzo es una acción secundaria que acompaña al movimiento, que es la acción primaria. Otro de los reguladores de la acción es el éxito o logro, al que Janet llama la acción del triunfo (Janet 1919/1925, 1928b; cf., capítulo 7).

### **Niveles y complejidad de las tendencias de acción**

La jerarquía sugiere que podemos considerar nuestra personalidad como una construcción [una creación] que implica diferentes niveles de tendencias de acción (Janet, 1929). En este sentido, la personalidad es un sistema dinámico complejo con unas tendencias de nivel superior derivadas a partir de las tendencias de acción de nivel inferior; si bien no pueden ser explicadas totalmente por las mismas. Así, cada uno de los niveles de la jerarquía actúa sobre la base de su propia serie de principios (cf., G.F.R. Ellis, 2005). Por ejemplo, las tendencias que incluyen el lenguaje, y por tanto la simbolización, son de un nivel más elevado que las tendencias de acción presimbólicas y no se pueden explicar por estas tendencias de acción de nivel inferior: el lenguaje tiene sus propios principios.

Existe una substancial evidencia actual en favor de la idea decimonónica (Bain, 1855; Jackson, 1931-1932; Janet, 1926a) de que el desarrollo de nuestra especie (filogénesis) y nuestro desarrollo individual (ontogénesis) implican tendencias de acción de una complejidad creciente (e.g., Fuster, 2003).<sup>1</sup> Así pues, la gama de tendencias

---

1. Al igual que Jackson, Janet también creía que nuestra ontogénesis resume nuestra filogénesis; que a medida que maduramos, repetimos los pasos evolutivos de nuestra especie y que dichos pasos aparecen representados fielmente dentro de la jerarquía. En su formulación literal esta hipótesis es incorrecta. Por ejemplo, se suele aceptar generalmente que



abarca de los reflejos básicos que son en su mayor parte automáticos y rígidos, a las acciones altamente reflexivas, voluntarias y creativas. Janet (1926a, 1938) las divide convenientemente en tres grupos principales –tendencias de acción inferiores, intermedias y superiores. Cada grupo incluye varios subniveles. Véase la tabla 9.1 para una visión de conjunto en la que hemos adaptado la terminología de la jerarquía de Janet, cuyos términos originales incluimos entre paréntesis en el desarrollo de los sucesivos apartados. La complejidad de las diferentes tendencias de acción aumenta con el número de acciones componentes que debemos sintetizar (i.e., unificar y diferenciar) y conscientizar (i.e., personificar y presentificar). Y cuanto más compleja sea una tendencia de acción, más complejos serán los ciclos de percepción-acción motriz implicados.

Los niveles de tendencias de acción que constituyen la personalidad evolucionan junto con la edad y la experiencia. Esta estratificación es adaptativa porque a veces necesitamos tendencias de acción inferiores, tales como los movimientos reflejos, para alcanzar nuestros objetivos (e.g., montar en bicicleta, escribir a máquina) y otras veces se precisan tendencias de acción intermedias o superiores. Así, las tendencias de acción superiores no son mejores ni más adaptativas en sí mismas que las inferiores: depende de la situación. No es adaptativo pensar mucho para montar en bicicleta, por ejemplo –las tendencias de acción de nivel inferior son las más eficientes para este tipo de acciones.

## **Tendencias de acción inferiores**

Las tendencias de acción inferiores son las más simples. Muchas de ellas implican conductas automáticas y primarias que los huma-

---

hemos evolucionado de los peces a los mamíferos pasando por los reptiles, pero nuestro desarrollo embrionario no resume con precisión estas fases “pez”, “reptil” y “mamífero”. Existen no obstante importantes vínculos entre la ontogénesis y la filogénesis, como ponen de manifiesto los psicólogos contemporáneos de la evolución (Buss, 2005; Panksepp, 1998).

nos tenemos en común con otros mamíferos. Incluyen primariamente acciones limitadas y no verbales que sirven a objetivos a muy corto plazo. Con la excepción de los movimientos desorganizados, requieren cuanto menos cierto grado de síntesis. Los distintos grados de personificación y de presentificación únicamente aparecen con las tendencias de acción simbólicas básicas, que requieren un lenguaje elemental y un mayor grado de pensamiento y planificación.

### ***Movimientos desorganizados***

A falta de eficiencia mental, la energía mental no se utiliza para ninguna tendencia de acción (i.e., para la adaptación). La ausencia completa de eficiencia mental desemboca en un movimiento desorganizado en lugar de un esfuerzo por alcanzar un objetivo a través de una acción intencionada. Por ejemplo, los pacientes epilépticos gastan energía en agitaciones sin ninguna dirección cuando tienen un ataque, los pacientes con un trastorno de ansiedad cuando se angus-

**Tabla 9.1**  
Jerarquía de tendencias de acción

---

*Tendencias de acción de nivel inferior*

Reflejos básicos

Tendencias de acción reguladoras presimbólicas

Tendencias de acción sociopersonales presimbólicas

Tendencias de acción simbólicas básicas

*Tendencias de acción de nivel intermedio*

Tendencias de acción simbólicas reflejas

Tendencias de acción reflexivas

*Tendencias de acción de nivel superior*

Tendencias de acción reflexivas prolongadas

Tendencias de acción experimentales

Tendencias de acción progresivas

---

*Fuente:* Ellenberger, 1970; Janet, 1926a, 1926b, 1938.

tian, y las víctimas de experiencias traumáticas cuando experimentan emociones violentas relacionadas con la traumatización.

### ***Reflejos básicos***

Un reflejo básico incluye una reacción adaptativa, automática, involuntaria y organizada a un estímulo atractivo o aversivo. A este nivel, en esencia sintetizamos un estímulo y una respuesta que ha demostrado ser provechosa desde un punto de vista evolutivo. Por ejemplo, automáticamente retiramos la mano de un hornillo caliente o extendemos las manos para agarrarnos cuando nos vamos a caer. En términos de Pavlov, respondemos a un *estímulo incondicionado* con un *reflejo incondicionado*. Este reflejo puede ser una respuesta fisiológica (e.g., sudar cuando tenemos miedo) o una reacción motriz (e.g., el reflejo de alarma). Los estímulos incondicionados pueden ser positivos o atractivos, tales como comida, techo, calor y caricias. O pueden ser negativos. Por ejemplo, el maltrato y la desatención emocional, y los abusos físicos y sexuales incluyen estímulos incondicionados aversivos de primer orden tales como el dolor y el abandono. Estos estímulos desencadenan reflejos defensivos en la víctima una y otra vez.

De forma característica, los reflejos operan sobre la base elemental del encendido/apagado; esto es, el estímulo incondicionado nos hace saltar a la acción o no. Por ejemplo, o nos alarmamos a pleno rendimiento o no nos alarmamos en absoluto. Esta regulación tosca de la acción puede ser adaptativa porque al instante invertiremos la máxima energía únicamente en reacciones que sean esenciales para nuestra supervivencia. Cuando iniciamos estos reflejos, inhibimos las tendencias de acción que son irrelevantes para la tarea que tenemos entre manos y que podrían interferir con la ejecución del reflejo. Por ejemplo, cuando nuestra mano toca un hornillo caliente no seguimos atendiendo a la comida que estamos cocinando, ni al amigo al que le estamos hablando. La desventaja de esta regulación elemental de encendido/apagado es que no podemos modular ni temporizar el reflejo. Por ejemplo, si una víctima traumatizada fuera más capaz de

sinetizar su sistema de defensa y su sistema de exploración, dicha persona podría iniciar acciones defensivas en el mejor momento posible en lugar de únicamente en el momento en que aparezca el estímulo incondicionado. Así, la víctima no se encogería automáticamente cada vez que el terapeuta levantara la mano mientras habla, sino que esperaría a ver lo que venía después antes de reaccionar inmediatamente.

Existen muchos matices de gris entre los niveles de la jerarquía. Por ejemplo, alguien puede decir: “Estoy un poco nervioso”. El sujeto se siente aprensivo, está presto a alarmarse, pero todavía no ha iniciado este reflejo. De modo que existe una doble acción: la inclinación a alarmarse, así como la inclinación a inhibir este reflejo. La inhibición de los reflejos implica una acción reguladora que aparece en el siguiente nivel de la jerarquía.

Además de un único estímulo exteroceptivo y una única respuesta, los ciclos de percepción-acción motriz [asociados a los reflejos básicos] incluyen la percepción de nuestro estado corporal. Por ejemplo, nuestro grado de atención y de respuesta a la comida depende de lo hambrientos o lo saciados que estemos. Dado que los sistemas de acción son homeostáticos y la homeostasis incluye de una forma esencial el cuerpo, percibimos nuestro estado corporal en relación con la mayoría de las tendencias de acción, desde las más simples en adelante. Estos sistemas regulan nuestro entorno interior mediante ajustes del equilibrio (e.g., regulación de la temperatura, búsqueda de seguridad). La consciencia de nuestro estado corporal es importantísima en el sentido de que nos permite seleccionar y emprender reacciones potencialmente adaptativas (Damasio, 1999) y después pasar a la siguiente acción. Por ende, el *estado real de nuestro cuerpo* influye en la intensidad con la que nos centraremos en un determinado estímulo incondicionado en particular y en la intensidad con la que responderemos. Por ejemplo, las víctimas de experiencias traumáticas suelen sentir miedo. Las sensaciones físicas relacionadas con el miedo funcionan como el equivalente de las sensaciones de hambre: cuanta más hambre tenemos, más nos sentimos compelidos a buscar comida; cuanto más miedo tenemos, más nos sentimos compelidos a

buscar seguridad y evitar el peligro. Pero las víctimas suelen tener miedo al margen de si verdaderamente están fuera de peligro o no. Responden a las sensaciones de miedo con la continua activación de su sistema de acción responsable de la defensa y la limitación del centro de atención a las posibles señales de amenaza, lo que en última instancia no genera homeostasis, sino más bien un serio desequilibrio.

No todas las acciones son totalmente automáticas al nivel de los reflejos básicos. También cabe la posibilidad de aprender, de crear nuevas síntesis a este nivel. Por ejemplo, podemos aprender a asociar un determinado estímulo (un cierto sonido) con un estímulo incondicionado (un golpe en la cabeza), lo que modifica nuestra respuesta original al estímulo. Esta síntesis, que se analizará con más detalle en el capítulo 10, nos ayuda a desenvolvernó más eficazmente en el mundo. Por ejemplo, una víctima aprendió de niño a iniciar inmediatamente un reflejo defensivo cada vez que oía unos pasos detrás porque ello solía preceder a que le pegaran. Desgraciadamente, tales reflejos persisten mucho después de que sean necesarios. Una víctima que actualmente está fuera de peligro seguirá regresando eventualmente a este nivel reflejo y se alarmará o se encogerá cada vez que oiga pasos detrás. Esta regresión implica una disminución importante de la eficiencia mental, lo que interfiere con su capacidad de regular el reflejo defensivo. Con frecuencia, una parte emocional de la personalidad (PE) reaccionará a un estímulo con un reflejo, el cual no puede ser detenido ni modulado por la víctima en calidad de PAN (parte aparentemente normal de la personalidad) ni por el terapeuta. Esta PE ha restringido el ámbito de la conciencia exclusivamente a las señales de amenaza y la respuesta refleja inmediata, y poco más. Las PEs que inician reflejos defensivos pueden incluso empezar a percibir al terapeuta como un agresor, perdiendo con ello la capacidad de diferenciar entre el terapeuta y su(s) maltratador(es). La disolución del contacto social normal cuando predomina el sistema de defensa, se debe probablemente a la inhibición concomitante de los sistemas de acción sociales, tales como el juego, el apego y la reproducción.

### ***Tendencias de acción reguladoras presimbólicas***

Las tendencias de acción reguladoras presimbólicas (*tendencias perceptivo-suspensivas*; Janet, 1938) son aquellas que implican esperar antes de actuar, y por ello representan nuestros intentos más tempranos de control de los afectos y de los impulsos. Se trata de acciones que podemos emprender incluso antes de adquirir el lenguaje y la capacidad de simbolizar, que implica un control de nivel superior. Así pues, se trata aún de tendencias de acción muy primitivas, de acciones reguladoras de impulsos no demasiado sofisticadas. Pero son menos explosivas que los reflejos porque su plena activación requiere cuanto menos dos pasos. Una vez que percibimos un estímulo (sed), ello activa nuestra disposición (impulso) a actuar (beber). Ahora bien, a este nivel de tendencias de acción podemos suspender este reflejo cuando también nos damos cuenta de que ello no satisfaría adecuadamente el objetivo (e.g., la saciación de la sed). Por ejemplo, el agua puede estar demasiado caliente, o también puede estar sucia. *Esperamos*, pues, un segundo estímulo (e.g., que el agua se enfríe) que permita dar salida al reflejo desde una fase de desarrollo [*construction*] y disposición (Janet, 1934) y dejamos que siga su pleno curso. Esta regulación a través del simple control de impulsos tiene varias ventajas sobre los reflejos básicos. Nos permite adaptar más nuestras acciones a lo que sucede a lo largo del tiempo –ganar en flexibilidad– y marca el comienzo de nuestra capacidad de acumular energía física y mental. Acumulamos energía cuando postponemos la acción motriz, porque la necesidad aumenta al tener que esperar. Por ejemplo, únicamente podemos postponer acciones tales como comer, beber y dormir por equis tiempo, y después debemos actuar. Este acrecentamiento de la impaciencia nos brinda la energía para llevar a cabo la acción (o acciones) motriz con fuerza física y dedicación mental. También nos ayuda a aprender que podemos obtener una satisfacción de las acciones aplazadas.

Las tendencias de acción reguladoras presimbólicas incluyen las tendencias responsables de la defensa (e.g., huida, paralización) y las tendencias de acción básicas en relación con objetos materiales

(“cosas”). Los objetos no existen para nosotros en un sentido psicológico hasta que no los *construimos*,<sup>2</sup> esto es, descubrimos cómo *utilizarlos*. Por ejemplo, un lugar seguro no se puede dar por hecho [no es algo que venga dado] en el caso de los niños maltratados, sino que únicamente se convierte en tal cuando descubren que, por ejemplo, pueden esconderse dentro del ropero y sentirse seguros. De la misma forma, una víctima tiene que aprender que el despacho del terapeuta es un lugar seguro. Nuestro uso de un objeto depende del sistema (o sistemas) de acción predominante en un momento dado. Así, dependiendo de si la víctima está dominada por el sistema de acción responsable de la defensa o de la vida cotidiana, puede percibir una silla como algo para esconderse detrás o para usar como un arma (defensa), o como un recordatorio de estar atado a una silla y ser maltratado de niño, o como algo en lo que sentarse y hablar tranquilamente y fuera de peligro con el terapeuta (exploración). Estos diferentes constructos (interpretaciones) median [determinan] unas tendencias conductuales totalmente diferentes respecto de un objeto (esconderse, pelear, encogerse, sentarse). Por ende, la construcción mental de un objeto de una forma u otra genera una cierta flexibilidad de acción conductual, en la medida en que nuestros sistemas de acción estén medianamente coordinados. Esta flexibilidad supone un avance en relación con el simple reflejo incondicionado, en el que la conexión entre el estímulo y la respuesta es fija en gran medida. Así, cuando la víctima es capaz de iniciar tendencias de acción presimbólicas, sus tendencias de acción son ligeramente más flexibles. Es decir, la persona puede adaptarse con más facilidad que cuando estaba completamente dominada por los simples reflejos.

Las tendencias de acción reguladoras presimbólicas también incluyen la regulación de diferentes tendencias de acción en relación con una *situación*. Una situación implica la combinación de la percepción de dos o más estímulos diferentes que aparecen en estrecha proximidad mutua. Por ejemplo, un niño tiene sed y ve un vaso con

---

2. *N. del T.*: *Construct* en el original inglés, con el doble significado de “construir” y de “interpretar”, esto es, de crear (idear, concebir) en virtud de atribuir un sentido.

agua, pero también ve a su maltratador en la habitación. Estos distintos “objetos” –el agua y el maltratador– pueden ser relevantes para distintos sistemas de acción (gestión de la energía y defensa). Para resolver posibles conflictos, estos sistemas de acción deben estar (ser) integrados. Así, el niño hará mejor en suspender el deseo de beber agua si el maltratador puede castigarle por ello.

Finalmente, la regulación presimbólica implica gestionar necesidades que no pueden ser satisfechas porque el estímulo que liberaría la acción motriz no tiene lugar [no aparece]. Por ejemplo, Lara no tenía forma alguna de manejar su desesperada necesidad de comida, agua y calor cuando sus maltratadores la encerraron en un cobertizo en pleno invierno durante varios días seguidos. Por tanto, durante aquel período no pudo realizar y consumir las tendencias de acción de comer, beber y buscar calor. En el tratamiento quedó claro que en calidad de PE, Lara seguía obsesionada en el presente con la comida, la bebida y el calor como si le faltaran. Tenía tanto miedo de que le negaran estos artículos de primera necesidad que evitaba buscarlos o aceptarlos cuando se los ofrecían. Esto es, los estímulos normales de comida y de bebida que normalmente activarían las oportunas conductas encaminadas a alcanzarlos, no activaba las tendencias de acción de Lara con objeto de satisfacer sus propias necesidades.

La regulación presimbólica comprende el inicio de la atención, porque dado que contenemos [dejamos en suspenso] la acción conductual, esperamos o buscamos el estímulo que nos diga que podemos dar salida a la acción suspendida. Y esperar y buscar implican acciones mentales incipientes que generan los fenómenos de la memoria y del sentido del tiempo. Sin estas acciones mentales, no veríamos el sentido de esperar ni de buscar. Los ciclos de percepción-acción motriz implicados en esta regulación son, pues, más complejos que en el caso de los reflejos básicos.

El ciclo de percepción-acción motriz correspondiente a este nivel dentro de la jerarquía también incluye un concepto del propio cuerpo. A medida que vamos construyendo “objetos” mentalmente, sentimos la diferencia entre los objetos externos y nuestro cuerpo. El concepto del propio cuerpo y su distinción respecto del mundo exterior



determina un concepto primitivo de la propia identidad (Janet, 1929a; Damasio, 1999; Metzinger, 2003). Este sentido de la identidad corporal nos permite ajustar nuestras acciones conductuales a nuestro entorno actual, posibilidad que apenas existe al nivel de los simples reflejos. Nuestras acciones conductuales se vuelven un poco más flexibles.

Las partes disociativas, particularmente las PEs, eventualmente están dominadas por las tendencias de acción reguladoras presimbólicas. El término dominación implica que la tendencia de acción mediatiza fuertemente el desenvolvimiento del paciente, pero que esta no es necesariamente la única tendencia que guía sus acciones:

De niña, Petra (TDNE [trastorno disociativo no especificado]) sentía fuertes impulsos de pegarle a su padre (que abusaba de ella) por rabia y por el deseo de oponer resistencia. Pero solía diferir este impulso hasta que el padre se hubiera ido después de forzarla, y entonces se ponía a pegarle a la pared o a darse golpes a ella misma. Su capacidad de diferir la acción de pegar era adaptativa en aquel momento, porque sabía por experiencia que el pegarle a su padre acarrearía un contraataque espantoso y más dolor.

Golpear otra cosa que no fuera su padre constituía un sustituto de las verdaderas acciones defensivas que Petra no podía realizar, porque como niña que era todavía le faltaba el nivel mental y la base para poder emprender tendencias de acción de nivel superior, tales como cuestionar la conducta de su padre, o pedir ayuda externa.

La falta de control de impulsos o de regulación afectiva (i.e., la regulación básica de los sistemas de acción) es un problema muy notable en las víctimas de experiencias traumáticas. Particularmente en calidad de PE, las víctimas inician ciclos perceptivo-motrices simples que excluyen la autorregulación que sería más adaptativa. A veces, su ámbito de conciencia está tan restringido que no sintetizan estímulos vitales, y su eficiencia mental es tan baja que no pueden controlar sus impulsos. Por ejemplo, en calidad de PE las víctimas pueden golpear a sus parejas cuando se sienten gravemente amenazadas o reviven sucesos traumáticos. En estos casos pueden estar tan

“ciegos” que arremetan contra una persona querida, en lugar de contra una almohada u otro objeto. Ahora bien, dada la suficiente eficiencia mental, pueden suspender determinados impulsos durante mucho tiempo, o incluso no llegar a realizarlos (plenamente) jamás (Bailey, 1928; Janet, 1928b):

Finalmente Petra le pegó a su padre con rabia y desesperación cuando éste intentó violarla incluso después de casarse y de quedarse embarazada. La combinación del embarazo y el intento de violación constituyó el segundo componente estimular que liberó la acción defensiva diferida. Había acumulado tanta energía que le pegó y pateó a su padre con violencia. En otras palabras, pegarle a su padre se había convertido en una tendencia de acción altamente cargada.

### ***Tendencias de acción sociopersonales presimbólicas***

En los reflejos básicos y las tendencias de acción reguladoras presimbólicas, un solo individuo lleva a cabo la acción completa. En las tendencias de acción sociopersonales presimbólicas, a las que Janet (1938) se refiere más escuetamente como tendencias de acción *sociopersonales*, se añade una complicación. Ahora la acción de un individuo debe ser completada por la acción complementaria de otro individuo. Como señala Bailey (1928, p. 215) resumiendo el punto de vista de Janet, “[u]n acto es social cuando varios individuos se asocian para llevar a cabo distintas secciones del acto. Es un acto diferido en el que la segunda estimulación procede de la acción de nuestros asociados”. A este nivel, nuestros ciclos perceptivo-motrices incluyen el reconocimiento [*recognition*] de los demás y de su relación con nosotros, pero todavía con escasa presencia del lenguaje. Este reconocimiento supone el comienzo de la mentalización [*mentalization*, de la elaboración mental simbólica]. Las acciones asociadas a la mentalización implican el reconocimiento de que los demás no son simples “objetos”, como sucede en el nivel anterior de la jerarquía, sino que tienen sus propias mentes y por tanto tienen sentimientos, pensamientos y objetivos que pueden ser diferentes de los nuestros (e.g., Rizzolati & Craighero, 2004; cf., capítulo 7). La mentalización nos

permite ser empáticos y aprender de los demás (e.g., habilidades) y responder adaptativamente tanto a sus acciones como a las nuestras (Keysers & Perrett, 2004; Keysers *et al.*, 2004).

Las tendencias sociopersonales presimbólicas son primariamente no verbales, y pueden dividirse en acciones de imitación, subordinación y colaboración. Nuestra exquisita habilidad para la imitación ocupa un lugar central en la cultura humana (Gallese, 2003; Rizzolati & Craighero *et al.*, 2004). El aprendizaje por imitación es mucho más eficiente o *económico* (véase el capítulo 12) que el aprendizaje por ensayo y error, porque ahorra energía, tiempo y errores. Nuestra capacidad de imitar está a nuestro alcance desde muy pronto. Por ejemplo, los bebés comienzan a imitar la expresión facial de sus madres antes de las 40 horas después de nacer (Berlucchi & Aglioti, 1997). Las acciones de imitación incluyen al imitador y al imitado. Algunos individuos dejan que les imiten o estimulan a los demás a imitarles, y asumen el riesgo de cometer errores (e.g., los padres). Otros (e.g., sus hijos) imitan de buen grado estos modelos. Janet (1926a, 1935b) sostiene que la colaboración implícita en la imitación supone el origen de la jerarquía social, de todas las conductas sociales de subordinación, incluidas las acciones tales como dar y seguir órdenes. A este nivel de tendencias de acción, en el tratamiento el terapeuta puede servir de modelo del que los pacientes pueden imitar conductas adaptativas y aprender siguiendo directrices. Por ejemplo, el terapeuta puede hacer una respiración profunda y animar al paciente a imitar dicha conducta con objeto de enseñarle técnicas de respiración.

El conocimiento de nuestras propias acciones y de las de los demás también incluye la síntesis de nuestras sensaciones corporales y afectivas (Damasio, 1999). Estas sensaciones nos informan de cómo les afectan a los demás nuestras acciones, lo cual es un prerrequisito fundamental para la colaboración, y nos permite desarrollar una relación con nosotros mismos, que es una forma de colaboración interior (Janet, 1935b). En razón de ello, la colaboración con otras personas probablemente sea una base muy importante de nuestra capacidad de relacionarnos con nosotros mismos –de la conciencia

de nosotros mismos como individuos, de la propia identidad [*self-consciousness*] (Barkley, 2001; Janet, 1929a). Cuando nos damos cuenta del impacto que podemos ejercer sobre otras personas y sobre nosotros, desarrollamos la capacidad de regular nuestras relaciones con los demás y con nosotros mismos (Janet, 1928b, 1929b, 1932c).

Las víctimas traumatizadas eventualmente pierden las tendencias sociopersonales presimbólicas, como cuando reviven los sucesos traumáticos y en razón de ello pierden el contacto con el presente y con las personas que les rodean. Es decir, pierden su contexto social y las conductas básicas que lo acompañan. Por ejemplo, el terapeuta puede darle una orden sencilla al paciente que está teniendo un *flash-back*: “Abre los ojos, por favor”. Pero la víctima (todavía) no puede seguir la orden. Las víctimas pueden tener síntomas disociativos negativos que, en calidad de PAN o en calidad de una PE totalmente sumisa, les desconectan de importantes señales corporales y emocionales que podrían serles de ayuda en un contexto social. Las consecuencias de esta pérdida son serias. Las víctimas pierden la capacidad de sentir empatía respecto de otras personas y de ellos mismos, y de imitar, de seguir directrices no verbales, y colaborar con el terapeuta o con cualquier otra persona. Las víctimas en calidad de PAN suelen ser capaces de emprender tendencias de acción sociopersonales, pero no necesariamente en todas las circunstancias. Algunas PE también pueden funcionar mínimamente a este nivel cuando se sienten relativamente seguras. Es decir, pueden relacionarse e imitar a aquellas personas en las que confían, tales como el terapeuta, y así aprender de ellos por cauces *no verbales*.

### ***Tendencias de acción simbólicas básicas***

Las tendencias de acción simbólicas básicas (*tendencias intelectuales simples*; Janet, 1938) incluyen el uso de “herramientas” y de un lenguaje simple (Janet, 1935b) en nuestros ciclos de percepción-acción motriz. Las “herramientas” son objetos que utilizamos adaptativamente, tales como una cesta para llevar manzanas (Janet, 1936), un palo para pegarle a un adversario, un reloj para controlar

el tiempo. Pero lo más importante y lo más relevante para la terapia, utilizamos las palabras y el lenguaje como *herramientas simbólicas*, sobre la base de nuestra capacidad de relacionar una cosa con otra, lo cual constituye la base de la inteligencia (Janet, 1936). Por ejemplo, a este nivel comprendemos que una orden puede derivar en una reacción obediente y que podemos utilizar objetos concretos para alcanzar objetivos que de lo contrario estarían fuera de nuestro alcance (e.g., un hacha para cortar un árbol). Ahora podemos ver a los objetos y a las personas de más de una forma, lo cual aumenta espectacularmente la flexibilidad de nuestras acciones. Por ejemplo, ahora una persona puede ser una “herramienta simbólica” a la que “utilizamos” para sentir alegría, seguridad, solicitud, relajación, esparcimiento, así como miedo, vergüenza y turbación. El lenguaje supone un paso enorme en nuestra capacidad de simbolización, dado que las palabras son símbolos de una cosa, una persona, una experiencia, un suceso, etc. Y el uso de lo verbal (y demás herramientas) es altamente económico. Por ejemplo, ahora podemos darle a alguien o a nosotros mismos una orden, lo cual es más rápido y requiere menos energía: ya no tenemos que demostrar cómo hay que hacer algo. La desventaja es que es no tenemos ninguna certidumbre de que la orden vaya a ser ejecutada. El lenguaje también implica la capacidad de organizar los hechos en el espacio y en el tiempo, es decir, la sintaxis (“Cogió un palo, me pegó y se fue”). En razón de ello, constituye una herramienta esencial para la personificación, y por ende para el sentido de la propia identidad (“Me llamo John; tengo sueño”); y para la presentificación, y por ende para el sentido del tiempo (“Vi a la abuelita esta mañana, ahora estoy solo, pero mañana volveré a verla”). En otras palabras, el lenguaje es probablemente un requisito de la autoconciencia y la memoria autobiográfica propias del ser humano. La personificación y la presentificación incipientes nos permiten regular más nuestras propias acciones, dado que nos permiten imaginarnos diferentes líneas de acción sobre la base de la experiencia personal previa y anticipar sus posibles resultados.

Cuando las víctimas traumatizadas emprender tendencias de acción simbólicas básicas, pueden simbolizar sus experiencias de

una forma sencilla y utilizar “herramientas” de formas igualmente elementales. Por ejemplo, pueden hacer un dibujo de sus experiencias y darse cuenta de que el dibujo es una representación de la experiencia (cuando dominan unos niveles muy bajos de tendencias de acción, pueden responder con miedo y reacciones defensivas ante una imagen del agresor, como si se tratara del agresor real). Las víctimas también pueden añadir unas pocas palabras al dibujo, utilizar un lápiz para darle golpes, o bien decir algunas palabras sencillas (e.g., “No me gusta *esto*”). En este nivel de la jerarquía, el paciente puede hacer promesas sencillas (e.g., “Haré un dibujo”, “Haré los deberes para casa”), lo que aumenta su autocontrol y su efectividad social. Sin embargo, los terapeutas no deben sorprenderse de que puede que las víctimas no siempre tengan el nivel mental para traducir estas promesas en una acción conductual.

Las tendencias de acción simbólicas básicas pueden ser débiles en las PEs subjetivamente muy “pequeñas”. Por ejemplo, las víctimas en calidad de tales PEs pueden no ser capaces de decir la hora, coger un bolígrafo y escribir, y saber únicamente utilizar y comprender un lenguaje muy simple. Estos recursos se debilitan todavía más cuando se sienten muy asustados, enfadados o avergonzados. Incluso en calidad de PAN, a las víctimas les puede resultar eventualmente muy difícil expresar sus sentimientos con palabras. Sobre todo cuando se emocionan en exceso, su dominio activo y pasivo del lenguaje se vuelve más simple. Los terapeutas deben ser conscientes de estas limitaciones.

### **Tendencias de acción intermedias**

Las tendencias de acción intermedias implican el uso de símbolos, incluido el lenguaje. Algunas tendencias de acción intermedias son reflejas e incluyen creencias impulsivas. Otras son más reflexivas. Estas tendencias de acción más sofisticadas implican la capacidad de suspender [diferir] las creencias inmediatas, faltas de juicio crítico.

### ***Tendencias de acción simbólicas reflejas***

Las tendencias de acción simbólicas reflejas (*creencias y acciones reflejas*; Janet, 1926a, 1926b, 1938) incluyen promesas de llevar a cabo determinadas acciones (motrices) que no pueden ser inmediatamente ejecutadas porque el estímulo (la configuración estimular) que desencadena la acción todavía no está presente (e.g., “Mañana haré los deberes para casa”). Estas acciones son simbólicas porque se expresan bajo una fórmula verbal. Las promesas reflejas amplían enormemente el poder de las órdenes, lo cual es eficiente. Janet considera las promesas que incluyen una ejecución diferida como una forma de *creencia* (e.g., una víctima traumatizada puede decir: “Créeme cuando te digo que jamás volveré a cortarme otra vez”). Las creencias reflejas suelen estar asociadas a acciones motrices igualmente reflejas que podemos verbalizar. Por ejemplo, una paciente, Janny, con un TEPT complejo y un TDNE, muy obedientemente hacía sus deberes terapéuticos para casa. Cuando su terapeuta le preguntó qué sacaba en claro de ellos, contestó: “Bueno, la verdad es que no lo sé; lo hago porque es lo que usted espera de mí”.

De hecho, la desventaja de las creencias simbólicas reflejas es que suelen ser aceptadas de una forma acrítica y ser potencialmente insostenibles (e.g., “Estoy convencida de que todos los recuerdos tardíos [retardados] de los abusos infantiles son falsos, así que no voy a aceptarlos como recuerdos reales”). A este nivel, pues, sintetizamos y aceptamos literalmente [*at face value*, por la cara] información sensorial, mensajes verbales y pensamientos, y actuamos en consecuencia. El riesgo que ello conlleva es que las creencias y las acciones asociadas se basan en sentimientos, prejuicios, sugerencias, y visiones restringidas de nosotros mismos y de los demás. Suelen incluir un pensamiento reduccionista, en blanco y negro, lo que implica un ámbito restringido de conciencia que limita nuestra consciencia del pasado, el presente y el futuro anticipado. Este bajo nivel de presentación extendida, y los consiguientes problemas asociados a la jerarquía de los grados de realidad (cf., capítulo 8), se relaciona con la presencia a este nivel de una débil memoria autobiográfica que

“ignora la localización correcta en el tiempo y constituye el punto de partida de las leyendas y los mitos” (Ellenberger, 1970, p. 391).

Las creencias reflejas son el centro de atención de las teorías cognitivas contemporáneas que se concentran en las creencias irracionales (e.g., Kubany, Hill & Owens, 2003; Ziegler & Leslie, 2003) y los esquemas cognitivos fijos; es decir, las creencias nucleares desadaptativas respecto de nosotros mismos, los demás y el mundo (Dutton, Burghardt, Perrin, Chrestman & Halle, 1994; Galloucis, Silverman & Francek, 2000). Por ejemplo, a este nivel nuestro sentido de la identidad no ha evolucionado hasta llegar a un verdadero sentido de la identidad personal. Más bien tendemos a seguir las reglas del grupo (e.g., nuestra familia o nuestro grupo de iguales), no nos diferenciamos demasiado de otros miembros de dicho grupo, somos muy sensibles a la desaprobación de otros miembros del grupo y nos inclinamos a rechazar a otros grupos (Janet, 1936; Loevinger, 1976).

Muchas víctimas, tanto en calidad de PAN como en calidad de PE, presentan una plétora de creencias reflejas relacionadas con la traumatización (e.g., “soy una persona sucia”, “no merezco ser feliz”, “más tarde o más temprano me dejarás”). Tienen dificultades en distinguir entre los sentimientos (subjetivos), las fantasías y los hechos más objetivos; tienen problemas con la jerarquía de los grados de realidad. Los sentimientos y las fantasías pueden ser para ellos tan reales, si no más, que la “realidad objetiva”. Suelen adherirse a creencias reflejas y emprender acciones conductuales para evitar tomar conciencia de hechos dolorosos. Por ejemplo, las víctimas prefieren creer que ellos tienen la culpa de los malos tratos y el abandono emocional que caracterizó su niñez ante que reconocer que estaban indefensos [que no tenían nada que hacer].

Algunas de las creencias reflejas y acciones motrices de las víctimas se basan en sugerencias perversas (Janet, 1910/1911, 1919/1925). Son muchos los agresores que implícita y explícitamente inducen ideas falsas en sus víctimas. Por ejemplo, quienes cometen abusos sexuales infantiles tienden a decir cosas tales como: “Fuiste tú quien me obligaste a hacerlo, porque eres mala”, de manera que las PEs pueden creer: “Me merezco que me peguen, no soy buena” (cf., Salter,



1995). Los agresores también utilizan esta sugerencia perversa cuando amenazan a la víctima para impedir que desvele los abusos –“Si alguna vez dices algo, iré a por ti y te haré daño”.

Los pacientes con trastornos relacionados con experiencias traumáticas tienden a adherirse a creencias reflejas centradas en torno a las emociones (S. Epstein, 1991) y por ende a los sistemas de acción. Por ejemplo, unas partes disociativas creen que el mundo es peligroso, que ellos son débiles y vulnerables, y que los demás son peligrosos o desconsiderados, razón por la cual hacen bien en correr y esconderse siempre (huida). Otras partes disociativas consideran que el mundo es malévolos, que les explotan, y que los demás son injustos e indignos de confianza, por lo que se vuelven suspicaces y están prestos a contraatacar impulsivamente (lucha). La rigidez de su sentido de la identidad y de los sistemas de acción sea tal vez más evidente y específica en los recuerdos traumáticos. Cuando una víctima en calidad de PE revive los sucesos traumáticos, suele aferrarse al sistema de acción responsable de la defensa y a creencias reflejas tales como: “Estoy indefenso”, “Me va a estrangular”, o “Soy una persona sucia”.

### ***Tendencias de acción reflexivas***

Las tendencias de acción reflexivas (*creencias y acciones reflexivas*; Janet, 1938) son tendencias de acción sociales simbólicas que implican deliberación (Janet, 1926a). A este nivel, ampliamos nuestros ciclos de percepción-acción motriz con la introducción del debate externo e interno y el razonamiento meditado. Sopesamos junto con otras personas o bien por nosotros mismos si prometemos algo o no; es decir, subscribimos la creencia de que emprenderemos una acción conductual. Así pues, expresamos nuestra creencia refleja en una fórmula verbal y la examinamos críticamente (“¿Es realista creer que puedo ayudarle a mi paciente a integrar este recuerdo traumático en una sola sesión, justo antes de irme de vacaciones?”). A este nivel, nuestro ámbito de conciencia es considerablemente más amplio, dado que ahora sintetizamos toda una variedad de ángulos (e.g., “Este recuerdo retardado de los abusos infantiles podría ser cierto”).

Consideramos estos ángulos o posiciones como ideas o posibilidades sobre la base de las cuales podemos actuar, pero no necesariamente, y por lo mismo simular diferentes líneas de acción. En una palabra, reflexionamos más y actuamos en consecuencia.

Las tendencias de acción reflexivas pueden ser más adaptativas que las tendencias de acción de nivel inferior. Por ejemplo, en el caso de que un paciente lo maltrate verbalmente, el terapeuta tiene varias opciones respecto de cómo actuar en lugar de limitarse a responder pagándole con la misma moneda. Y el paciente puede comenzar a revisar tendencias reflejas que llevaba largo tiempo sosteniendo, y descubrir que no son hechos determinantes sino ideas que pueden ser ciertas o no. La reflexión acerca de nuestros pensamientos, sentimientos y demás acciones mentales nos permite inferir las intenciones y motivaciones que subyacen a nuestra conducta y la de los demás. Este aspecto de la mentalización (Fonagy *et al.*, 2002) nos ayuda a predecir más acertadamente las acciones de los demás (Janet, 1938; Llinás, 2001) y a regular las nuestras. Nos libera de creer y hacer ciegamente lo que nos dicen, pero introduce dudas e incertidumbres que son difíciles de resolver cuando las tendencias de acción superiores todavía están fuera del alcance (e.g., “Si no soy depravada y mala, entonces, ¿por qué me pegaron y me violaron?”). Las víctimas que funcionan a este nivel, habitualmente como consecuencia de la labor de la fase 1 (capítulo 13), son capaces de servirse de las palabras para identificar, modular y expresar sus estados mentales. Pueden contarles a los demás y a sí mismos lo que sienten y con ello regular sus acciones mediante el intercambio social y la autorreflexión. A este nivel pueden ser capaces, la mayoría de las veces con la ayuda del terapeuta, de transformar sus recuerdos traumáticos en recuerdos narrativos autobiográficos.

La capacidad de emprender acciones reflexivas constituye el fundamento y el precedente de la tendencia de acción de nivel superior responsable de la *consciencia*, incluido un alto grado de personificación y de presentificación. La reflexión facilita el descubrimiento y la comprensión de nuestra realidad interoceptiva personal y del mundo interpersonal más amplio; es decir, el desarrollo de una “teoría de la

mente" (Fonagy & Target, 1997). Cuando las víctimas traumatizadas alcanzan este nivel, pueden valorar hasta qué punto son *reales* los fenómenos y las acciones (Janet, 1928a, 1932c; Metzinger, 2003). Por ejemplo, ahora pueden reconocer que un pensamiento o un recuerdo es menos real que una acción motriz basada en estas mismas acciones mentales, y que el presente es más real que el pasado o el futuro.

La personificación tiene sus raíces en las tendencias de acción sociopersonales, una vez que empezamos a advertir las diferencias entre nosotros y los demás. Las tendencias de acción simbólicas básicas nos brindan un primer sentido verbalizado (rudimentario) de la propia identidad, que puede evolucionar en dirección a un sentido de la identidad corroborativo reflejo (Janet, 1929a; Loevinger, 1976). Al nivel de las tendencias de acción reflexivas, comenzamos a reflexionar acerca de quiénes somos y reconocemos que nuestros contenidos mentales nos pertenecen a nosotros y que nuestra vida es diferente e independiente de la de los demás. Cuando las víctimas alcanzan este nivel, dejan de sentirse meramente como el objeto de las percepciones de los demás ("Mi tío dice que soy una puta, así que debe ser verdad") y a desarrollar un sentido personificado de la propia identidad (cf., Loevinger, 1976). Empiezan a dudar, por ejemplo, de que otras personas puedan saber lo que piensan, de que el deseo de pegarle a alguien demuestre la propia maldad, o de que obligatoriamente tengan que ser las personas que los demás les dicen que son. Pero la capacidad de dudar también tiene sus desventajas. Las víctimas pueden sentirse muy inseguras respecto de sí mismas cuando renuncian a las creencias desadaptativas reflejas, cuando desconfían de las nuevas ideas ("Sé que no soy mala, pero no sé si voy a ser capaz de aguantar todo el dolor que se me viene encima"; "¿Me puede asegurar que no va a salir corriendo cuando empiece a hablar de todo lo que llevo por dentro?"). Inicialmente, las nuevas ideas les vuelven vulnerables.

La reflexión implica evaluar los hechos y las experiencias dentro del contexto del pasado, el presente y el futuro anticipado –la presentificación extendida. Estas acciones mentales se ven seriamente comprometidas en los trastornos de origen traumático. Una vez que las víctimas traumatizadas son capaces de funcionar de forma más

regular al nivel de las tendencias de acción reflexivas, gradualmente comienzan a emprender cada vez más este tipo de acciones.

## **Tendencias de acción superiores**

Las tendencias de acción superiores implican la capacidad de emprender largas secuencias de tendencias de acción al servicio de objetivos a largo plazo, la capacidad de emprender estas tendencias de una forma deliberada y sistemática, y la capacidad de personificar y de presentificar nuestra existencia a un elevado nivel de abstracción.

### ***Tendencias de acción reflexivas prolongadas***

Las tendencias de acción reflexivas prolongadas (*tendencias racional-energéticas*; Janet, 1938) implican la capacidad de invertir en objetivos a largo plazo, y por ende de distribuir la energía en acciones complejas y mantenerlas a lo largo del tiempo. Esta capacidad nos permite comprometernos –con otras personas y con nosotros mismos– en empeños de primera magnitud tales como los esfuerzos académicos, la formación oficial y la psicoterapia a largo plazo. El objetivo de la aventura puede que no sea únicamente la ganancia personal, sino que también puede tener que ver con un principio moral más elevado (“Me dedico a ayudar a las víctimas de experiencias traumáticas, aunque a veces puede ser una labor difícil e ingrata”). Los ciclos de percepción-acción motriz engloban ahora largas sucesiones de acciones, e incluyen la síntesis de un sentido del deber y de la capacidad personales, acciones voluntarias, iniciativa, perseverancia, paciencia y moralidad (cf., Loevinger, 1976).

Las víctimas que funcionan a este nivel –habitualmente en calidad de PAN– pueden emprender proyectos al servicio de un objetivo más elevado que el de la recompensa inmediata, aun cuando las acciones implicadas sean desagradables. Logran acceder un grado bastante elevado de personificación y a la capacidad de imaginarse objetivos realistas para un futuro muy lejano. Y en razón de ello pueden acep-

tar los retos que entraña una terapia, que requieren una dedicación y una resistencia de primer orden. Ahora bien, muchas de las PANs y la mayoría de las PEs no alcanzan estos niveles. El tratamiento de la traumatización crónica supone un gran esfuerzo para las víctimas y los terapeutas por igual, que exige una amplia gama de pequeños avances. La mayoría de las víctimas (y, todo hay que decirlo, algunos clínicos) no tienen la eficiencia mental necesaria para darse cuenta del alcance de la terapia en la que se embarcan, pero la mayoría de las veces sí pueden superar la dificultad de un número limitado de pasos terapéuticos.

### ***Tendencias de acción experimentales***

Las tendencias experimentales implican la capacidad de comprobar sistemáticamente las ideas reflexivas, incluidas las hipótesis científicas. También engloban la capacidad de llevar a cabo experimentos conductuales –comprobación sistemática en la práctica. En niveles inferiores de la jerarquía, necesitamos que nos demuestren o que nos digan lo que funciona, aprender de las experiencias por ensayo y error, o mediante el condicionamiento. Pero a partir del nivel de las acciones reflexivas y sobre todo al nivel que ahora nos ocupa, aprender se convierte en algo explícito y por propia iniciativa. Ahora aceptamos que nuestras ideas pueden ser equivocadas o erróneas, y podemos admitir nuestros errores y aprender de ellos. Las tendencias experimentales requieren un alto grado de personificación y una fina apreciación de aspectos relevantes del pasado, el presente y el futuro anticipado, y por ende un alto grado de presentificación (extendida).

Las víctimas necesitan aprender a ser más eficaces a la hora de afrontar sus turbulentas vidas. Los terapeutas deben ayudarles a emprender acciones importantes que implican analizar sistemáticamente su mundo interior y exterior, y ajustar sus acciones a los resultados de este análisis (observación y uso de la “mente sabia”; Linehan, 1993). Si bien muchas de las víctimas tienen mucho miedo de analizar y tomar conciencia de su mundo pasado, actual y futuro, y de probar con nuevas acciones mentales y conductuales, en esto justamente con-

siste la terapia. Más concretamente, idealmente el tratamiento ayuda a las víctimas traumatizadas a alcanzar este elevado nivel de funcionamiento con respecto a una amplia gama de sistemas de acción.

### *Tendencias de acción progresivas*

Las tendencias progresivas suponen nuestro máximo desarrollo y nuestras acciones más originales. Por ejemplo, al funcionar a este nivel comprendemos los conceptos de coincidencia (e.g., “Fue una mala suerte que estuviera en casa cuando aquel hombre entró y me violó”), casualidad (e.g., “Los abusos que sufrí podrían haberle pasado a cualquiera; no fue culpa mía”), evolución (e.g., “Muchas de mis reacciones a los abusos pueden parecer extrañas, pero he aprendido que fueron acciones útiles que proceden de nuestros ancestros; cualquiera podría tener estas mismas reacciones”), libertad (e.g., “Son muchas las fuerzas que influyen en mi conducta, pero eso no significa que no tenga elección o que no pueda cambiar”) y relatividad (“Mi madre me maltrató y me desatendió emocionalmente, y ello me ha afectado profundamente en muchos aspectos, pero no en todos: soy algo más que la víctima de una traumatización”). Ahora nos damos cuenta de que la vida y la experiencia evolucionan a lo largo de vastas extensiones de tiempo y que nosotros, al igual que todos los seres humanos y todas las experiencias humanas, somos únicos a pesar de todas nuestras características comunes. Esta consciencia implica la presentificación y la personificación supremas.

En general, son muchos las personas que no alcanzan el nivel de las tendencias progresivas. Para que las víctimas puedan funcionar a este nivel tienen que haberse beneficiado considerablemente de la labor de la fase 3 y haber integrado la totalidad de su personalidad –todas las partes de la misma junto con sus recuerdos traumáticos. A este nivel las víctimas de experiencias traumáticas pueden finalmente desarrollar una profunda comprensión emocional de que su traumatización no se debió a ellos, sino a unas personas perturbadas o irresponsables. Si viene al caso, también pueden tomar conciencia de que algunas de las personas que les hicieron daño estaban ellos mis-

mos traumatizados, pero fueron incapaces o no estuvieron dispuestos a superar su afección.

## **Eficiencia mental y energía mental**

Existe una relación íntima y recíproca entre la eficiencia mental y el nivel de las tendencias de acción (Janet, 1928b, 1934). Para comprender esta relación, es importante clarificar nuestra definición de eficiencia mental. En la Introducción describimos la eficiencia mental como la capacidad de concentrar y utilizar eficazmente la energía mental disponible en el momento. Pero el concepto abarca de hecho tres significados diferentes aunque relacionados. El primero sería *el nivel más elevado de tendencias de acción en el que podemos invertir nuestra energía mental y física, sin una pérdida o desperdicio indebidos de energía*. Esto es, cuanto mayor sea nuestra eficiencia mental, más elevadas serán las tendencias de acción que podamos emprender, a condición igualmente de que contemos con la suficiente energía mental. A medida que vamos madurando biológica y psicológicamente y recibiendo la estimulación social y material necesaria, aumentamos nuestra eficiencia mental dentro de los límites o los márgenes de nuestro potencial. La estimulación social positiva incluye acciones tales como el apoyo y el aliento social, en tanto que la estimulación material adecuada vendría dada por un entorno que no tenga ni demasiado pocos ni un número excesivo de estímulos.

Pero nuestra eficiencia mental no es fija. Antes bien, oscila entre el margen de nuestros límites inferiores y superiores actuales, y estos límites pueden cambiar con el tiempo y con las situaciones (Janet, 1921-1922, 1934). Por ejemplo, nuestra eficiencia mental disminuye, o su desarrollo se detiene, cuando nos quedamos traumatizados. La eficiencia mental también disminuye cuando estamos cansados o enfermos –cuando tenemos menos energía mental y física a nuestra disposición. Como dijimos más arriba, las PANs tienen un nivel más elevado de eficiencia mental que las PEs, pero el grado de eficiencia de ambos tipos de partes disociativas de la personalidad también oscila.

El segundo significado del término *eficiencia mental* implica la *capacidad de seleccionar el nivel de tendencia de acción requerido para adaptarse a una situación dada*. Dicha selección, dicha acción mental, puede ser muy difícil y por ello requiere un determinado nivel de eficiencia mental. Cuando nuestra eficiencia mental es elevada, seleccionamos el nivel de tendencias de acción que mejor encaja con la tarea que tenemos entre manos, pero cuando esta eficiencia es demasiado baja, somos más propensos a seleccionar niveles que son demasiado elevados o demasiado bajos. No debemos emprender tendencias de acción de nivel superior cuando las acciones automáticas irían mejor [serían más apropiadas]. Por ejemplo, un apretón de manos debe ser una acción consciente, pero también un tanto refleja. Algunas víctimas traumatizadas desperdician una energía mental preciosa obsesionándose con la idea de si el contacto físico inherente a este saludo le resultará sucio y repulsivo a la otra persona. Esta obsesión les impide estrecharle la mano a un desconocido [*a visitor*] y dificulta la acción espontánea y fluida. Por otro lado, frente a un ataque físico tenemos que confiar en nuestros reflejos, antes que en la comprensión detenida de los problemas emocionales del agresor. Pero en muchas situaciones necesitaremos una mezcla de tendencias de acción de orden inferior y de orden superior de uno o más sistemas de acción.

A veces tenemos la eficiencia mental para seleccionar el nivel de tendencia de acción necesario para alcanzar un objetivo. Pero podemos no tener la eficiencia mental para llevar a cabo la tendencia. Por ejemplo, una víctima traumatizada puede tener la eficiencia mental necesaria para reconocer que tiene que integrar unos sentimientos dolorosos. Pero puede que su eficiencia mental sea demasiado baja como para emprender esta difícil acción integradora.

El tercer significado de eficiencia mental denota una característica inherente a las tendencias de acción. *Esta característica incluye el grado de eficiencia mental necesario para iniciar, desarrollar y concluir una determinada tendencia de acción* (Janet, 1934). Cuanto más elevada sea la tendencia de acción, más eficiencia mental se requerirá para llevar a cabo [*accomplish*, realizar] la tendencia.



En resumen, cuando nuestra eficiencia mental es elevada y nuestra energía mental suficiente, y cuando deseamos firmemente alcanzar un objetivo determinado, podemos seleccionar el nivel y el tipo de tendencia de acción que sea más adaptativo de cara a alcanzar dicho objetivo, y ejecutarla con precisión, dedicación y gracia [*grace*].

### **La movilidad a lo largo de la jerarquía de las tendencias de acción**

Nos quedamos traumatizados cuando nuestra eficiencia mental o nuestra energía mental es demasiado baja como para emprender las tendencias de acción de alto nivel que se requieren para integrar acontecimientos extremadamente aversivos. La combinación de estos sucesos y la baja eficiencia mental puede conducir a una detención evolutiva o una regresión a tendencias de acción desadaptativas de bajo nivel.

La fijación o la regresión se manifiesta a través de *sustitutos* de las tendencias de acción adaptativas (Janet, 1928b; véase el capítulo 7). Como señala Jackson (1931/1932), “[l]a disolución [desintegración]... es un proceso de falta de desarrollo... de lo menos organizado, lo más complejo y más voluntario, a lo más organizado, lo más simple y más automático” (p. 46). La disolución (Meares, 1999; Meares, Stevenson & Gordon, 1999) o la regresión no necesariamente implican una pérdida completa de las tendencias de acción más avanzadas, pero sin embargo supone un importante *cambio de preponderancia en dirección a tendencias de acción de nivel inferior* (Janet, 1903, 1909a, 1928b). Por ejemplo, bajo una amenaza importante real o percibida como tal, las víctimas no necesariamente pierden totalmente su dominio del lenguaje y su capacidad de relacionarse socialmente, pero estos recursos tienden ciertamente a volverse mucho más débiles y más simples bajo tales circunstancias. Cuando las víctimas han quedado fijadas a niveles inferiores de la jerarquía, tendrán, pues, dificultades en simbolizar sus experiencias con palabras, en comunicar sus experiencias a los demás y en tomar

conciencia de lo que les pasó. En su lugar, emprenderán *acciones sustitutivas* (Janet, 1903).

Los sustitutos [sucedáneos] implican cambios desadaptativos a tendencias de acción de nivel inferior, y por ende a un nivel de integración cualitativamente inferior. En términos de la teoría de sistemas dinámicos no lineales (Edelman & Tononi, 2000), los sustitutos suponen caer en una forma de autoorganización de nivel inferior. El término *no lineal* significa que un estímulo menor puede tener un efecto mayor sobre un sistema, o que un estímulo o conjunto de estímulos mayor puede no ejercer ningún efecto sobre un sistema. Es decir, que existe una relación no proporcional entre la entrada de información [*input*] y el efecto. Cuando las víctimas traumatizadas retroceden a lo largo de la jerarquía, sus acciones se verán guiadas por los principios de autoorganización propios de una tendencia de acción de nivel inferior. Este cambio, que puede venir provocado por un incidente menor, se manifestará a través de unas tendencias de acción cualitativamente diferentes. Por ejemplo, muchos terapeutas expertos en traumas han vivido la experiencia de que una observación “equivocada” puede generar una crisis de primera magnitud en un paciente. Dicha crisis incluye una o más acciones sustitutivas tales como las autolesiones y la ruptura transitoria de una vinculación segura. Y una leve reminiscencia de una experiencia traumática puede provocar una reviviscencia total del acontecimiento bajo la forma de unas acciones sensomotrices dolorosas excesivas y altamente emocionales acompañadas de la pérdida de todas las tendencias de acción sociopersonales.

Las emociones excesivas o violentas (Janet, 1889, 1909a; Van der Hart & Brown, 1992) suponen una modalidad particular de acciones sustitutivas. Las emociones violentas implican un exceso de energía mental y física, y una insuficiente eficiencia mental para servirse de estas energías, lo que deriva en conductas desorganizadas. Son, pues, diferentes de las emociones intensas, que pueden acompañar y guiar la acción adaptativa (Janet, 1928b). Las emociones violentas pueden aparecer cuando nuestros sistemas de acción se ven puestos a prueba por encima de los límites de nuestro funcionamiento.

El terapeuta también puede sentir que las distintas partes disociativas y la víctima traumatizada como un todo funcionan, en un sentido técnico, como sistemas dinámicos no lineales. Esto es, puede haber una relación extraordinariamente desproporcionada entre la entrada de información del terapeuta y los efectos de esta información sobre la víctima. Por ejemplo, el terapeuta puede invertir mucho esfuerzo en explicarle a la víctima que ella no es responsable de los malos tratos –sin obtener el menor provecho. Este gasto de energía y tiempo puede verse totalmente neutralizado por el miedo de la víctima a renunciar a la fantasía, por la creencia refleja de que el agresor la habría querido si ella no hubiese sido “tan mala”. Otras veces, el terapeuta se encuentra con que las víctimas son capaces de lograr un “avance decisivo”, un aumento repentino de la eficiencia mental que se manifiesta bajo la forma de un salto a una tendencia de acción superior: una intuición [*insight*] fundamental repentina, una idea meditada novedosa, o una fusión inesperada entre dos partes anteriormente disociadas. En resumen, eventualmente la progresión puede ser tan rápida como la regresión.

La regresión y la progresión suponen cambios cualitativos en los ciclos de percepción-acción motriz. Lejos de ser nueva, esta idea ya fue propuesta en el siglo XIX. Así, inspirándose en Bain (1855), Jackson (1931/1932) sugiere que existe una continuidad de la función sensomotriz en todos los niveles del sistema nervioso. La hipótesis de la existencia de ciclos multiestratificados de percepción-acción motriz recibe un apoyo fundamental del análisis filosófico (Hurley, 1998; véase el capítulo 7) y la investigación psicobiológica (Berthoz, 2000; Fuster, 2003) contemporánea. En términos psicobiológicos, los ciclos de orden superior implicarían redes neurales que incluirían estructuras y funciones corticales superiores, en tanto que los ciclos de orden inferior estarían asociados al predominio subcortical. Las diferencias entre las víctimas en calidad de PANs y en calidad de PEs implicarían, pues, diferentes redes neurales. Los hallazgos procedentes de la reciente investigación con neuroimágenes apoyan dicha hipótesis (véase el cuadro 9.1).

**Cuadro 9.1****Regresión y fijación a tendencias de acción de bajo nivel en la traumatización compleja: hallazgos psicobiológicos**

Los hallazgos de los estudios psicobiológicos sobre el TEPT (Liberzon & Phan, 2003) y el TLP [trastorno límite de la personalidad] de origen traumático (Schmahl *et al.*, 2003), apoyan firmemente la hipótesis de que la traumatización implica una regresión o una fijación a niveles indebidamente bajos y rígidos de ciclos perceptivo-motrices. Por ejemplo, cuando los pacientes traumatizados son expuestos a una descripción grabada de sus experiencias traumáticas, presentan una actividad cerebral anormal en las áreas cerebrales prefrontales tales como el córtex prefrontal medial y el cíngulo anterior. Estas estructuras corticales superiores están implicadas de forma esencial en la regulación de las emociones. Por el contrario, las víctimas traumatizadas presentan una activación excesiva de la amígdala y del córtex insular cuando son expuestas al guión traumático [la grabación]. Estas áreas cerebrales subcorticales, de orden inferior determinan las reacciones emocionales a los estímulos amenazantes internos y externos reales o percibidos como tales, que se desarrollan más o menos libremente sin la restricción del control cortical superior.

Los estudios de la PAN y la PE en el TDI de origen traumático en mujeres sugieren que la PAN y la PE activan redes neurales diferentes cuando escuchan los guiones traumáticos que en calidad de PE perciben como un recuerdo personal, pero no así en calidad de PAN (Nijenhuis & Den Boer, en prensa; Reinders *et al.*, 2003, en prensa). La activación cortical se asocia más a la PAN, y la PE a la actividad subcortical. Por contraste con la PAN, la PE implica menos el córtex prefrontal medial y el cíngulo anterior, mientras que la ínsula, el córtex somatosensorial, el cuerpo caudado y la amígdala se activan más. La PAN despliega más activación en una amplia gama de estructuras cerebrales que la PE, incluidas las regiones del córtex parietal (áreas de Brodmann [BA] 7/40) y asociativo occipital (BA 17/18). Dado que estas áreas cerebrales aparecen también altamente activadas en pacientes diagnosticados de trastorno por despersonalización (Simeon *et al.*, 2000), Reinders y colaboradores (2003, en prensa) sugieren que la PAN controla más que la PE las reacciones emocionales al guión traumático grabado, pero falla en personificar la descripción del recuerdo del trauma (véase Lou *et al.*, 2004).

Estos hallazgos apoyan la teoría de la disociación estructural de la personalidad. Los participantes en calidad de PAN abrigan la creencia refleja de que el guión traumático grabado se no correspondía con algo que les hubiera sucedido a ellos. No tenían conciencia [*realized*] del suceso traumático como una experiencia personal. Las PEs carecían de toda presentificación respecto del guión traumático grabado e iniciaban reacciones defensivas condicionadas de bajo nivel cuando escuchaban la grabación.

## **Integración de las tendencias de acción y de los sistemas de acción**

Las tendencias de acción y los sistemas de acción son fenómenos relacionados. Un punto de conexión es que una determinada tendencia de acción en particular puede ser un componente de más de un sistema de acción. Por ejemplo, el lograr algo atractivo [tendencia] puede formar parte [sistemas] de la gestión de la energía, el apego, la exploración y el juego. Diferentes partes disociativas pueden, pues, emprender tendencias de acción que parecen muy similares a primera vista pero que de hecho sirven a objetivos diferentes. Por ejemplo, una víctima traumatizada puede tener dos PEs que no comen. Una PE puede no comer porque para esta parte de la personalidad sentarse a la mesa con otras personas es una señal condicionada de malos tratos. Sabiendo que el ayunar suprimirá finalmente la menstruación, la otra PE no come para evitar quedarse embarazada.

Otro vínculo entre las tendencias de acción y los sistemas de acción es que cada sistema de acción incluye tendencias de acción que son específicas de dicho sistema. Así pues, los vínculos innatos entre los estímulos incondicionados y las respuestas incondicionadas parecen residir en los sistemas de acción. Por ejemplo, la capacidad de las víctimas traumatizadas de iniciar una reacción de alarma o una paralización incondicionadas corresponde al sistema de defensa, y su tendencia a salivar cuando tienen apetito y ven o huelen comida es una respuesta incondicionada que corresponde al sistema de gestión de la energía. Las partes disociativas que están mediatizadas por sistemas de acción diferentes pueden, pues, tener reacciones totalmente diferentes a un determinado estímulo. Lo que se deriva de ello es que estas diferentes partes de la personalidad no se comprenderán demasiado bien las unas a las otras. Es más, a otras muchas personas, incluidos los terapeutas, les resultará difícil comprender o relacionar las respuestas aparentemente caprichosas del paciente, que pueden implicar cambios notables en el nivel de las tendencias de acción (e.g., “Ayer me quería porque le dije que estaba muy guapa y hoy esto mismo le da miedo. Nunca sabe uno cómo se la va a encontrar”).

Un aspecto evolutivo común de las tendencias de acción y los sistemas de acción sería la integración de las diferentes tendencias de acción y sistemas de acción dentro del marco de nuestra personalidad. Se desconoce en la actualidad cómo se produce exactamente la integración de las tendencias de acción y los sistemas de acción, si bien se han propuesto algunas hipótesis teóricas (Edelman & Tononi, 2000; G.F.R. Ellis & Toronchuk, 2005). Dichas hipótesis incluyen la idea de que las tendencias de acción de nivel superior y la integración entre los distintos sistemas de acción se derivan de las tendencias y sistemas de acción de nivel inferior, si bien no pueden explicarlas plenamente. Desde esta perspectiva, cada nuevo paso integrador más avanzado implicaría una nueva modalidad de autoorganización. Estos cambios no lineales podrían corresponderse con la observación de que las progresiones [los progresos], incluida la progresión dentro del tratamiento, pueden eventualmente producirse a saltos.

Los avances en la comprensión de la integración evolutiva normal de las tendencias y los sistemas de acción, y de cómo dificulta la traumatización infantil este desarrollo, son cuestiones de primera magnitud para futuros estudios. Un reto asociado sería comprender mejor cómo logran algunas de las víctimas superar estas dificultades de integración a pesar de los abusos y el abandono emocional significativos durante la niñez (i.e., averiguar más cosas sobre sus puntos fuertes). Una cuestión esencial que abordan estos estudios es que únicamente se pueden alcanzar objetivos importantes en la vida cuando integramos dos o más tendencias y sistemas de acción diferentes. La jerarquía sugiere que cuanto más elevado sea el nivel de la tendencia de acción, más sistemas de acción debemos integrar y mayor debe ser nuestra eficiencia mental para poder alcanzar el objetivo de la tendencia. La integración de un amplio historial de malos tratos y abandono emocional durante la niñez supone una tendencia de acción extremadamente exigente.

## Resumen

La jerarquía de tendencias de acción es útil para evaluar el nivel de tendencias de acción en el que se mueven las víctimas de experiencias traumáticas, y para comprender el nivel que deben alcanzar para superar su traumatización. La jerarquía comienza con las acciones más simples y automáticas que se derivan habitualmente de un único sistema de acción tomado por separado. Acaba con las acciones más difíciles y creativas que integran diversos sistemas de acción. La complejidad de la síntesis, la memoria, la regulación de la acción, el sentido de la identidad, el sentido del tiempo y la consciencia va aumentando con cada nuevo nivel dentro de la jerarquía de tendencias de acción, y también se puede expresar en términos de una creciente complejidad de los ciclos de percepción-acción motriz. La traumatización implica la fijación a niveles indebidamente bajos dentro de la jerarquía, o la regresión a tales niveles en el caso de cuanto menos algunas partes de la personalidad. Estas partes disociativas emprenden tendencias de acción inferiores e intermedias, cuando la tendencia de acción que se necesita para alcanzar un objetivo está más allá de su nivel de eficiencia, energía y esfuerzo mental. Dicha regresión suele ser tan repentina e imprevista como la progresión terapéutica a lo largo de la jerarquía.

# 10 El mantenimiento fóbico de la disociación estructural

---

*En el momento en que el menor recuerdo [del Holocausto] o fragmento de recuerdo pareciera estar a punto de aflorar a la superficie, luchábamos contra ello como si fueran espíritus malignos.*

—Aharon Appelfeld (1994, p. 18)

La disociación estructural de la personalidad puede tener un valor adaptativo si la víctima de la traumatización carece de la energía y la eficiencia mental para integrar sus experiencias traumáticas y las partes disociativas de su personalidad. En calidad de la parte aparentemente normal de la personalidad (PAN), puede que las víctimas con dicho nivel mental limitado sean más capaces de adaptarse a la vida cotidiana si logran evitar los recuerdos traumáticos asociados a la parte (o partes) emocional(es) de la personalidad (PE). Una serie de factores continúan manteniendo la disociación crónica a lo largo del tiempo aunque las víctimas pueden haber aumentado sus niveles mentales, haber madurado, disfrutar de un mayor apoyo social y ya no estar traumatizadas.



## Fobia a la acción

Las personas traumatizadas tienen una *fobia a la acción* que puede ser más o menos compleja y que básicamente tiene que ver con una serie de acciones relacionadas con el trauma (Janet, 1903, 1922). Esto es, las víctimas son incapaces de llevar a cabo eficazmente determinadas acciones asociadas a la traumatización porque temen, detestan o se avergüenzan y por tanto evitan dichas acciones, tales como sentir determinadas cosas o tener una vida sexual [*being sexual*]. Las fobias a las acciones relacionadas con el trauma son acciones sustitutivas que mantienen la disociación estructural dado que interfieren las acciones mentales integradoras necesarias para (re)integrar la personalidad dividida de las víctimas. También obstaculizan las acciones conductuales que fortalecerían las habilidades adaptativas de las víctimas, tales como el ser asertivo o el asumir riesgos sanos (Janet, 1904/1983, 1919/1925; Nijenhuis, Van der Hart & Steele, 2002, 2004; Steele, Van der Hart, Nijenhuis, 2005; Van der Hart, Steele, Boon & Brown, 1993).

La fobia nuclear a la acción implica la evitación de la síntesis y la consciencia plenas de las experiencias traumáticas, la *fobia a los recuerdos traumáticos* (Janet, 1904/1983; Van der Hart & Steele *et al.*, 1993). Muchas de las víctimas desarrollan fobias adicionales relacionadas con la experiencia traumática mediante el aprendizaje por generalización, al asociar la rememoración de los recuerdos traumáticos con otras determinadas acciones mentales y conductuales. Por ejemplo, Mark se avergonzaba de sentir la menor agresividad porque tenía miedo de ser igual que su violento agresor. Sandy evitaba el contacto ocular porque de niña le generaba una turbación extraordinariamente dolorosa cuando se burlaban de ella. Por consiguiente, las acciones de enfadarse o de mirar a los ojos en el momento actual [en el presente] también generarán miedo o vergüenza y en consecuencia se evitan. Las víctimas traumatizadas pueden evitar sensaciones físicas, afectos, pensamientos, deseos, necesidades, conductas y relaciones, siempre que guarden alguna relación con las acciones de sus recuerdos traumáticos. Tienden, pues, a “vivir en la superficie de la conciencia” (Appelfeld, 1994, p. 18).

Las víctimas cada vez se limitan y evitan más a medida que van generalizando su fobia a los recuerdos traumáticos a otros estímulos relacionados con el trauma. Por ejemplo, pueden desarrollar una fobia a las partes disociativas, y a determinadas sensaciones, movimientos, emociones y pensamientos en particular. El maltrato y el abandono infantil crónico generan además una fobia al apego y a la pérdida del apego [de la figura de apego] en relación con los cuidadores maltratadores o abandonicos, la cual puede generalizarse a otras muchas relaciones interpersonales. Además de todas estas fobias, las víctimas pueden volverse fóbicas a los cambios y a correr riesgos normales.

### **Orígenes de las fobias relacionadas con experiencias traumáticas**

Las raíces de las fobias relacionadas con experiencias traumáticas implican una serie de fenómenos multifacéticos e interrelacionados. Éstos incluyen el condicionamiento clásico y operante de los estímulos relacionados con el trauma, y dificultades en la integración de sistemas de acción discrepantes que son activados crónicamente por estímulos incondicionados y condicionados. Los orígenes de estas fobias también incluyen tendencias de acción desadaptativas derivadas del modelado deficitario, la inadecuada regulación diádica, la falta de habilidades emocionales elementales, y la falta de tendencias reflexivas y demás tendencias de acción de nivel superior (Nijenhuis, Van der Hart & Steele, 2004; Steele *et al.*, 2005). Las fobias relacionadas con el trauma también evolucionan como resultado de las defensas psicológicas rigidificadas, cogniciones desadaptativas relacionadas con el trauma, y deficiencias sociales y relacionales. Por ejemplo, las valoraciones cognitivas negativas de las experiencias incrementan las fobias. Una víctima puede creer que está loco, es sucio, débil, estúpido, o bien avergonzarse de tener determinados pensamientos, sentimientos o necesidades: en razón de ello, estas experiencias se evitan. Finalmente, existen factores neurobiológicos relacionados con el

trauma que probablemente contribuyan a mantener la disociación estructural. Éstos incluyen la desregulación del eje HPA, la insuficiente integración de diferentes componentes del sistema nervioso central, baja coherencia electroencefalográfica, falta de inhibición prefrontal del “cerebro emocional” en la PE, y volumen reducido del hipocampo y del gyrus parahipocámpico (e.g., Bremner, 1999; Ehling, Nijenhuis & Krikke, 2003; Kowal, 2005; Nijenhuis *et al.*, 2002; Nijenhuis & Den Boer, 2007; Schore, 2003a; Vermetten *et al.*, 2006).

### **Las fobias de origen traumático y el condicionamiento clásico**

El desarrollo y el mantenimiento de las fobias de origen traumático puede explicarse en gran medida mediante los principios de la teoría del aprendizaje. Éstos incluyen el condicionamiento clásico, el condicionamiento operante y el condicionamiento valorativo, el aprendizaje por generalización, y la falta de evaluación contextual. Con la excepción del condicionamiento valorativo, los descubrimientos procedentes de la teoría del aprendizaje se han incorporado a la bibliografía especializada sobre el TEPT [trastorno por estrés post-traumático] (Brewin & Holmes, 2003; Foa, Zinbarg & Rothbaum, 1992; Peri, Bien Shakh, Orr & Shalev, 2000; Rau, DeCola & Fanselow, 2005). Aunque la teoría del aprendizaje es altamente relevante para la comprensión y el tratamiento de todos los trastornos de origen traumático, estos descubrimientos se ignoran ampliamente en la bibliografía relacionada con los trastornos disociativos.

Al igual que cualquier fobia, las fobias de origen traumático incluyen dos componentes de primer orden. Uno de los componentes es el *miedo y demás emociones aversivas* (e.g., vergüenza, tristeza) *condicionadas clásicamente* hacia estímulos que las víctimas han asociado con sus experiencias traumáticas. Estos estímulos condicionados incluyen estímulos *exteroceptivos*<sup>1</sup> que en otro tiempo fueron indica-

---

1. Los estímulos exteroceptivos son aquellos que el individuo percibe en su mundo exterior.

tivos de la traumatización (e.g., “Cuando un hombre me mira de esa forma [estímulo condicionado], es porque me va a pegar [estímulo incondicionado]”) o que aluden fuertemente al mismo (e.g., “El olor del *aftershave* [estímulo condicionado] me recuerda a la violación [estímulo incondicionado]”). Los estímulos condicionados exteroceptivos incluyen estímulos sociales que las víctimas han asociado con el abandono emocional o los malos tratos. Por ejemplo, pueden percibir una observación amistosa como el preludio de un abuso. Los estímulos condicionados *interoceptivos*<sup>2</sup> esenciales son aquellos asociados a la síntesis y la consciencia de los recuerdos traumáticos (e.g., “Si tomara plena consciencia de lo que me pasó, me volvería loco o me mataría”). El segundo componente de las fobias de origen traumático es la *huida y la evitación condicionadas*. Esto es, cuando las víctimas perciben estímulos condicionados relacionados con el trauma, emprenden niveles inferiores de evitación y huida mental y conductual reflejas.

### ***Los estímulos condicionados clásicamente***

El condicionamiento clásico (Pavlov, 1927; Rescorla, 1998, 2003) es omnipresente en la traumatización, e incluye tendencias de acción de nivel inferior (Shalev, Ragel-Fuchs & Pitman, 1992; Van der Kolk, 1994). Esta modalidad elemental de aprendizaje por asociación es particularmente intensa cuando nos vemos expuestos a acontecimientos estresantes. Tales experiencias constituyen estímulos incondicionados aversivos intensos y recurrentes (Brewin, Andrews & Valentine, 2000) y acontecen de forma impredecible o incontrolable (Bolstad & Zinbarg, 1997; Buckley, Blamchard & Hickling, 1998).

---

2. La interocepción se define habitualmente como la sensibilidad a los estímulos que se originan en el interior del cuerpo. Dada la unidad fundamental del cuerpo y la mente, en nuestra opinión los estímulos interoceptivos no sólo incluyen las sensaciones y los movimientos subjetivos, sino también de forma más general las acciones mentales subjetivas y las vivencias que dichas acciones mentales generan.

Los estímulos condicionados relacionados con el trauma son aquellos que indican o aluden fuertemente a un estímulo incondicionado, e.g., una experiencia traumática en el caso de una persona traumatizada. En general, unos estímulos tienen más probabilidades de quedar condicionados que otros. Así, el condicionamiento clásico depende de la intensidad (prominencia) del estímulo, y del grado en que predice el estímulo incondicionado. Además, somos biológicamente propensos a quedar condicionados a los estímulos aversivos que hayan tenido alguna trascendencia para la supervivencia de nuestra especie (Garcia, Forthman-Quick & White, 1984; Mineka & Öhman, 2002). Por ejemplo, recelamos de forma natural de las caras de enfado porque son indicativas de un posible daño. La víctima traumatizada tiene, pues, una propensión a desarrollar un miedo condicionado clásicamente a las personas de aspecto agresivo [o que parecen enfadadas], en el caso de que fuera maltratada (un conjunto de estímulos incondicionados) por alguien con cara de pocos amigos (un estímulo condicionado en relación con los abusos en el caso de la víctima). Los abusos y el abandono emocional infantil incluyen una multitud de estímulos evolutivamente relevantes, dado que dicho maltrato supone una amenaza para la supervivencia, razón por la cual implica un condicionamiento clásico de primera magnitud.

Pero también podemos desarrollar una reacción condicionada clásicamente a estímulos que no tienen ningún valor determinado para la supervivencia contemplado desde una perspectiva evolutiva. Una paciente, Anne, de 37 años con un TDNE [trastorno disociativo no especificado], le tenía un miedo enorme a subirse a un coche negro. Desarrolló un miedo condicionado a los coches negros a raíz de que un vecino la forzara cuando era apenas una adolescente a entrar en un coche negro y la violara. En razón de ello, el estímulo anteriormente neutro del coche negro se convirtió para Anne en un estímulo condicionado relacionado con el trauma.

La diferencia entre los estímulos condicionados que *indican* y los estímulos que *aluden* a un estímulo incondicionado aversivo, es relevante desde un punto de vista clínico. Los estímulos que señalan [*signal*, que actúan a la manera de señal de] una experiencia traumática

son aquellos que indican que la misma está a punto de volver a ocurrir nuevamente. Los estímulos que aluden [*refer*, hacen referencia, remiten] a una experiencia traumática son aquellos que le recuerdan a la víctima lo que sucedió:

Una paciente, Nell, con una historia de malos tratos solía agacharse y taparse la cabeza con los brazos cada vez que alguien levantaba la mano de forma inesperada. El hecho de que alguien levante la mano suele ser generalmente un estímulo neutro. Pero en su caso *indicaba* una paliza. Nell había aprendido: “Si alguien levanta la mano de repente, es que me van a pegar”. Estímulos anteriormente neutros también pueden *aludir* a un suceso traumático, y en razón de ello convertirse en estímulos condicionados. Nell sentía unas náuseas enormes y entraba en pánico ante la vista o el olor de la ensalada de huevo. Cuando tenía 8 años, recibió una paliza particularmente brutal en mitad del almuerzo mientras estaba comiendo ensalada de huevo. El agresor le metió la comida a la fuerza por la garganta, atragantándola. Comer ensalada de huevo no era indicativo de los malos tratos, pero se los recordaba fuertemente.

Cuando las víctimas se ven expuestas repetidamente dentro del tratamiento a una *señal* condicionada como, por ejemplo, una mano levantada, sin que venga seguida del resultado esperado (e.g., recibir una paliza), pueden aprender que en la situación actual dicho estímulo condicionado no es indicativo del estímulo incondicionado (i.e., la amenaza real). Aprenden así que no hay necesidad de emprender ninguna respuesta defensiva condicionada. En otras palabras, su reacción refleja se convierte en una tendencia de acción de nivel superior que incluye la reflexión y la presentificación en el momento actual: “Esta persona está levantando la mano como una manera de expresarse, y ello no significa que yo esté a punto de recibir ninguna paliza”. Aprender que en la situación actual el estímulo condicionado no es indicativo del estímulo incondicionado constituye el principio guía de todas las formas de terapia de exposición. Pero cuando el terapeuta expone a las víctimas traumatizadas a un estímulo condicionado que *alude* [hace referencia a] o les recuerda sus experiencias traumáticas, la exposición no va a cambiar el significa-

do del estímulo. En su lugar, las víctimas necesitarán alguna forma de contracondicionamiento que modifique el significado del estímulo referencial condicionado. Por ejemplo, Nell tenía que aprender a asociar la ensalada de huevo con estímulos positivos tales como una pareja digna de confianza y la alegría de compartir una comida agradable juntos.

### ***El condicionamiento clásico y los estímulos interoceptivos***

Los estímulos condicionados clásicamente en los ejemplos anteriores (la mano levantada, el olor y la vista de la ensalada de huevo) incluyen estímulos exteroceptivos. El condicionamiento clásico también puede producirse con la percepción de estímulos interoceptivos (Goldstein & Chambless, 1978; Nijenhuis *et al.*, 2002). *El condicionamiento clásico de estímulos interoceptivos es crucial para el mantenimiento de la disociación estructural.* Dicho condicionamiento tiene lugar principalmente cuando la víctima en calidad de PAN sufre la irrupción inesperada de un recuerdo traumático. Dicha intrusión –con frecuencia vivida como algo desconcertante, abrumador y egodistónico (Van der Hart & Steele, 1999)– incluye tres series principales de acciones. En primer lugar, la víctima traumatizada en calidad de PE revive una experiencia traumática (lo que implica una serie de acciones mentales). En segundo lugar, esta misma víctima en calidad de PAN sintetiza mínimamente algún aspecto de la vivencia de la PE (i.e., se vuelve consciente del mismo). Ello entraña otra serie de acciones mentales sin lo cual la PAN no vivenciaría el (una parte del) recuerdo traumático. Pero la víctima en calidad de PAN no prosigue sintetizando o tomando conciencia plenamente del recuerdo. La interrupción de estas acciones integradoras tiene que ver con otra acción de la PAN, la de la huida mental. Así, en tercer lugar, la PAN procede a huir mentalmente del recuerdo traumático y de la PE asociada, dado que la vivencia del recuerdo es intrínsecamente aversiva. En su condición de intensa representación sensoriomotriz y afectiva de la experiencia traumática original, *el recuerdo traumático hace las veces de estímulo incondicionado tanto para la PAN como para la PE.*

Fijada a los recuerdos traumáticos, la víctima en calidad de PE no puede evitar ni huir de ellos. Pero, dado el suficiente nivel mental, la víctima en calidad de PAN sí *puede* [can] evitarlos, cuanto menos parte del tiempo, dado que está guiada por sistema de acción asociados a la vida cotidiana que pueden inhibir el sistema defensivo, y es posible que tenga el nivel mental necesario para evitar los recuerdos traumáticos. Las acción de huida de la PAN tienen a convertirse en reacciones condicionadas a estímulos que de forma evidente indican o aluden a una irrupción inminente de los recuerdos traumáticos. Dichos estímulos se convierten en estímulos interoceptivos condicionados para la PAN. Por ejemplo, la víctima traumatizada en calidad de PAN puede advertir que las intrusiones vienen precedidas de ansiedad. El amago de ansiedad se convierte en una señal condicionada que mueve a la víctima traumatizada en calidad de PAN a huir de [escape, evitar] dicha emoción (e.g., manteniéndose muy ocupado en el trabajo, o bebiendo).

En resumen, *la exposición de la PAN a los recuerdos traumáticos de la PE equivale funcionalmente a la exposición al suceso traumático original cuando la PAN no tiene la suficiente eficiencia mental como para poder integrar dichos recuerdos. En tales circunstancias, dicha exposición implica que la víctima queda nuevamente traumatizada por dichos estímulos interoceptivos, lo que no hace sino intensificar la disociación estructural.* La teoría de la disociación estructural predice, pues, que la división entre la(s) PAN(s) y la(s) PE(s) se hará más profunda con la reiteración de las reviviscencias traumáticas incontrolables. Al reiterarse las intrusiones, multitud de estímulos interoceptivos pueden convertirse en estímulos condicionados, en estímulos relacionados con el trauma para la víctima en calidad de PAN. Así, la PAN puede temer y evitar el sonido del llanto de la PE, la sensación de aceleración del pulso de la PE, o una imagen mental del agresor; si de forma destacada estos estímulos indican o acompañan a una intrusión traumática. La PAN también puede empezar a temer la PE en general, y acabar por temer a cualquier estímulo que sea indicativo o aluda a la PE.

La víctima en calidad de PAN aprende a evitar o huir de las intrusiones de la PE no sólo conscientemente sino también preconscien-



temente. Esto es, la PAN puede sintetizar preconscientemente un estímulo condicionado indicativo de una intrusión mental inminente, y evitarlo instantáneamente inhibiendo adicionalmente la síntesis (e.g., disminuyendo [el nivel] o retrayendo [el campo] [de] la conciencia). La investigación sugiere de hecho que las víctimas en calidad de PAN pueden bloquear la prosecución de la síntesis de los recuerdos traumáticos iniciada en una fase anterior del procesamiento de la información (véase el capítulo 9; Hermans, Nijenhuis, Van Honk, Huntjens & Van der Hart, 2006; Reiders *et al.*, 2003, en prensa). Así, de forma característica las víctimas en calidad de PAN no personifican los recuerdos traumáticos y no son conscientes de que esta laguna se deriva de su propia acción mental inhibitoria. Puede que simplemente tengan la impresión de que “el recuerdo no es mío”. Como señala Appelfeld (1994) a propósito de sí mismo y de otros supervivientes del Holocausto inmediatamente después de acabar la Segunda Guerra Mundial: “Hablábamos del pasado reciente con un extraño distanciamiento. Como si no nos hubiera ocurrido a nosotros” (p. 18).

### ***Reacciones variables a los estímulos condicionados clásicamente***

Las víctimas pueden responder a un determinado estímulo condicionado con una variedad de reacciones que pueden o no asemejarse a la acción defensiva original. Un estímulo condicionado amenazante inicialmente activará el sistema defensivo completo en lugar de un único subsistema (e.g., la huida) o modalidad (e.g., acurrucarse en una esquina) defensiva en particular. Esto se relaciona con el hecho de que en muchos casos de condicionamiento clásico, el estímulo condicionado (e.g., un hombre diciendo: “Vamos a jugar a un juego”) reactiva el recuerdo del estímulo incondicionado original (e.g., el abuso sexual siendo niño). En reacción a este recuerdo y a la percepción de las circunstancias del presente (e.g., el conocimiento de la fuerza física actual), la víctima seleccionará consciente o inconscientemente una determinada respuesta o modelo de respuesta partiendo

del sistema de defensa reactivado que mejor encaje con las actuales circunstancias (e.g., el ataque defensivo como adulto). Así pues, *la reacción condicionada no constituye una réplica exacta de la reacción incondicionada*. Por ejemplo, Anne se sometió a su agresor y no opuso resistencia cuando éste la obligó a entrar en el coche negro para violarla. Así pues, su respuesta original fue de sumisión. Ahora bien, de adulta tuvo una respuesta totalmente diferente cuando hubo de ser hospitalizada a causa de un episodio disociativo psicótico. Vino un taxi negro para trasladarla al hospital y ella forcejeó violentamente con dos hombres para evitar que la subieran en el taxi, dado que éste era un estímulo condicionado. Así pues, su respuesta como adulta fue la de pelear, no la sumisión, pero no obstante seguía formando parte del sistema de acción defensivo.

El condicionamiento clásico es en principio adaptativo. Por ejemplo, podemos adaptarnos mejor a nuestro entorno cuando somos conscientes de [*aware*, sabemos] que un hecho (el estímulo condicionado) predice otro hecho (el estímulo incondicionado). Esta conciencia [*awareness*, conocimiento] nos ayuda a encontrar estímulos incondicionados atractivos y a evitar los aversivos con más facilidad. Además, la flexibilidad de la respuesta a los estímulos condicionados es adaptativa porque la situación amenazante real actual puede ser diferente de la situación amenazante original. Por ejemplo, una antigua vía de escape puede quedar bloqueada de manera que debemos emprender otro tipo de acción evasiva, la cual no obstante continúa siendo una forma de huida.

Pero también hemos de saber que la relación entre el estímulo condicionado y el incondicionado no se aplica en todas las circunstancias; debemos saber *evaluar el contexto* en el que tiene lugar un estímulo condicionado (Bouton, 2004; Bouton, Westbrook, Corcoran & Maren, 2006). Dicha evaluación del contexto está ausente en las víctimas de experiencias traumáticas. De modo que continúan activando su sistema defensivo en reacción a un estímulo condicionado amenazante y no activan otros sistemas de acción que podrían de hecho encajar mucho mejor con el contexto actual.

## Las fobias y el condicionamiento operante

Las reacciones a los estímulos (condicionados) también pueden estar influenciadas por los efectos del condicionamiento operante (Skinner, 1988). El condicionamiento clásico incluye los efectos sobre las acciones de los estímulos que *preceden* a dichas acciones (e.g., una cara de enfado que indica que el maltrato está a punto de tener lugar). Por contraste, el condicionamiento operante implica aprender de las *consecuencias* de nuestras acciones. Por ejemplo, cuando el terapeuta aplica un nuevo tratamiento y obtiene unos resultados excelentes, aprende a aplicar este tratamiento más a menudo, siempre que la situación sea apropiada. La consecuencia del tratamiento es gratificante. Si un niño llora y le pegan por llorar, puede que aprenda a no llorar. La consecuencia de llorar es un castigo: la consecuencia de no llorar la es la evitación del castigo.

Existen diferentes tipos de “reforzadores” de nuestras acciones. Éstos incluyen el reforzamiento positivo (la recompensa), el reforzamiento negativo, el castigo, y la ausencia frustrante de recompensa (i.e., la recompensa esperada no tiene lugar). De entre ellos, nos centraremos en el reforzamiento negativo, dada la importancia de su papel en la evitación fóbica. El *reforzamiento negativo* implica la intensificación de una determinada conducta debido a que suprime o previene la aparición de un estímulo aversivo desagradable. Los estímulos interoceptivos (emociones, sensaciones, imágenes, pensamientos, etc., relacionados con el trauma) activados por los estímulos condicionados relacionados con el trauma (los “desencadenantes”) son sumamente aversivos para la víctima traumatizada. Por tanto, busca la forma de evitar estos estímulos. Por ejemplo, una víctima aprende que una determinada acción (e.g., estar muy ocupado, abstraerse, evitar pensar en el pasado) previene o reduce los sentimientos o recuerdos dolorosos, y por ello tiende a emprender dicha acción con más frecuencia en futuras ocasiones. Las estrategias de huida y evitación son reforzadas negativamente de forma regular en las víctimas traumatizadas, y en razón de ello aumentan gradualmente en intensidad y en frecuencia.

Las acciones reforzadas negativamente son omnipresentes en las personas traumatizadas. Por ejemplo, una víctima aprende a guardar silencio respecto de los abusos cuando el agresor le amenaza con contarlos. O bien la víctima aprende a contentar a los demás para evitar que le hieran o le rechacen. Estas respuestas reforzadas negativamente son muy fuertes y difíciles de superar. Conducen, por ejemplo, a que la víctima tenga una dificultad enorme para hablar en terapia acerca de lo que pasó, o en ser asertivo, incluso cuando la asertividad sea altamente necesaria. El reforzamiento negativo también puede conducir a las víctimas a aceptar las afirmaciones de sus agresores respecto de que están locos (i.e., las víctimas), son repulsivos, o responsables del abuso. Tomar conciencia de que tales afirmaciones son falsas puede ser más doloroso para un niño que tiene que seguir viviendo con el maltratador que adherirse a la creencia refleja de que el agresor tiene razón. Del mismo modo, un niño puede apegarse a un cuidador maltratador e indiferente porque la sensación de apego le brinda cierto alivio en relación con la dolorosa constatación de que el cuidador es y seguirá siendo una persona malévola. Puede ser menos aversivo mantener el apego a un cuidador maltratador que sufrir el dolor del abandono.

Los esfuerzos de las víctimas en calidad de PAN por evadir la síntesis y la consciencia de los recuerdos traumáticos también pueden verse *recompensados* (i.e., ser *reforzados positivamente*), y en razón de ello aumentar su frecuencia e intensidad. Por ejemplo, la evitación suele verse recompensada socialmente: “Me parece muy bien que sigas adelante con tu vida y que te olvides de lo que pasó. Así te sentirás mucho mejor”. Esta forma de recompensa social reiterada refuerza la evitación de los recuerdos traumáticos por parte de la víctima y le conduce a convencerse de que es un error o es malo tener ningún asunto pendiente importante [*serious unfinished business*, en el sentido de alguna cuenta pendiente grave con el pasado]. Esto es, favorece las creencias reflejas falsas.

### ***Evitación y huida de la amenaza percibida***

Una víctima traumatizada puede evitar conductualmente estímulos relacionados con la experiencia traumática. Por ejemplo, Nell, a la que en otro tiempo pegaron mientras comía ensalada de huevo, evitaba la ensalada de huevo. El solo hecho de verla la ponía enferma. Otras reacciones de evitación conductual a estímulos relacionados con el trauma incluyen evitar la intimidad, las relaciones sexuales, los conflictos interpersonales, las duchas o las bañeras, mirar o tocar el propio cuerpo, los lugares donde tuvieron lugares los abusos, y la terapia.

Las víctimas pueden evitar o huir conductualmente de sus propias acciones mentales temidas. Por ejemplo, pueden evadir temporalmente los recuerdos traumáticos autolesionándose, dado que esta acción genera opiáceos endógenos que bloquean o debilitan temporalmente la capacidad de reactivar dichos recuerdos dolorosos (Sandman, Barron & Colman, 1990). O pueden tomar drogas o beber alcohol con objeto de obnubilar la conciencia (Southwick, Bremner, Krystal & Charney, 1994), o mantenerse excesivamente ocupados con objeto de prevenir o bloquear los sentimientos y los pensamientos.

Las víctimas también pueden *evitar o huir mentalmente* de la percepción de amenazas externas. Ya hemos señalado que consciente o preconscientemente evitan la integración de los recuerdos traumáticos, las partes disociativas y demás acciones relacionadas con el trauma. Por ejemplo, en calidad de PAN las víctimas pueden saber que tratan de evitar sus recuerdos traumáticos: *“En el momento en que el menor recuerdo [del Holocausto] o fragmento de recuerdo pareciera estar a punto de aflorar a la superficie, luchábamos contra ello como si fueran espíritus malignos”* (Appelfeld, 1994, p. 18; las cursivas son nuestras). Las acciones de evitación que implican la *disminución del nivel de conciencia* incluyen mareos o vértigos, distracción o actitud ausente, confusión o aturdimiento, nebulosidad u ofuscación, y despersonalización. Otros substitutos de la integración incluyen la *retracción del ámbito de la conciencia* tal como, por ejemplo, la concentración obsesiva en los contenidos mundanos (más triviales o vul-

gares) de la vida cotidiana, las bromas o el parloteo incesante, o bien la fijación a emociones negativas (e.g., la vergüenza) percibidas como menos amenazantes que otras emociones (e.g., la agresividad). A la disminución y la retracción fóbica de la conciencia las llamamos *alteraciones fóbicas de la conciencia*.

El extremo de la alteración fóbica de la conciencia sería la desactivación total de una parte disociativa cuando la víctima se ve enfrentada a estímulos que dicha parte no puede o no quiere integrar. Esta acción sustitutiva implica una pérdida psicógena de conciencia de tal manera que el paciente en su totalidad se muestra absolutamente insensible o sordo, o bien un giro disociativo en el caso de que una parte diferente de la personalidad asuma el control de la conciencia y de la acción.

Otra acción condicionada fundamental de huida y evitación mental incluye el tratar a estímulos significativos como si fueran insignificantes. Por ejemplo, una PAN puede decirle al terapeuta y decirse a sí misma que no pasa nada, a pesar de estar oyendo llorar a una PE dentro de su cabeza.

### ***Evaluación contextual y aprendizaje por generalización***

Cuando un estímulo condicionado señala un peligro *real*, es adaptativo actuar para ponernos a salvo, para encontrar la forma de reducir o de eliminar la amenaza. Pero tales acciones son desadaptativas cuando el peligro es un error de percepción y por tanto no es real. Un estímulo condicionado no necesariamente genera una respuesta condicionada en todos los casos. Pero muchas de las víctimas son especialmente propensas a las reacciones reflejas ante estímulos relacionados con el trauma, al margen de las circunstancias. Es decir, suelen responder condicionadamente con independencia del contexto en que se encuentran. Ahora bien, la adaptación incluye la capacidad de realizar una *evaluación contextual* –la capacidad de diferenciar un contexto de otro y de elegir las propias acciones en consecuencia (Bouton, 2004; Bouton *et al.*, 2006). Ello requiere un nivel de tendencias de acción más elevado que el de las tendencias reflejas. En lugar

de ello, la víctima sigue una creencia refleja o una regla implícita en todos los casos: “Si un hombre me mira de esa forma, es porque va a abusar de mí”. La incapacidad de interpretar el contexto correctamente se debe en parte al hecho de que las PEs lo filtran todo a través de los cristales del sistema de acción responsable de la defensa. Adicionalmente, la víctima en calidad de PAN no valora suficientemente que una vez que su nivel mental ha aumentado y que dispone de un apoyo social, puede integrar los recuerdos traumáticos y las correspondientes PEs. La ausencia de una evaluación del contexto tanto por parte de la PAN como de la PE mantiene las fobias relacionadas con el trauma.

Las fobias relacionadas con el trauma pueden complicarse en virtud del *aprendizaje por generalización*. Las víctimas traumatizadas aprenden a responder de una forma similar a los estímulos que de alguna forma se asemejan al estímulo condicionado original. Aunque fue violada en un viejo coche negro para la chatarra y sin ruedas, Anne generalizó su miedo a todos los coches negros. Las víctimas pueden generalizar igualmente su respuesta a las relaciones con otras personas. Por ejemplo, Margaret tiene miedo de todos los hombres; Brett entra en pánico cada vez que una mujer lo besa; Sandy reacciona con una vergüenza inmediata cada vez que alguien la abraza.

Cuando las víctimas traumatizadas son incapaces de percibir correctamente el contexto actual y han generalizado muchos de los estímulos de la vida cotidiana de manera que tienen una serie de reacciones inapropiadas, no viven plenamente en el presente. Esto es, les falta presentificación. Como señalamos más arriba, la presentificación incluye valorar correctamente el pasado, el presente y el futuro, así como la relación entre ellos, al tiempo que reconociendo que el presente es lo más real. Cuando las víctimas temen excesivamente y evitan los recuerdos traumáticos, las partes disociativas y demás acciones relacionadas con el trauma, no están valorando el presente lo suficiente o correctamente. En su lugar, restringen el ámbito de su conciencia a un pasado en el que no fueron capaces de integrar sus experiencias traumáticas.

### **Condicionamiento valorativo**

El *condicionamiento valorativo* consiste en la transferencia inconsciente, automática y persistente de nuestros gustos y aversiones de un estímulo a otro. Cuando nos vemos expuestos simultáneamente a un estímulo neutro y a un estímulo que de forma natural nos gusta o nos repele, comenzaremos a gustar o rechazar dicho estímulo anteriormente neutro (Baeyens, Hermans & Eelen, 1993). El estímulo neutro puede volverse *intrínsecamente* atractivo o falto de atractivo después de un único apareamiento con el estímulo gustado o repelente. Por ejemplo, cuando una persona tiene sensaciones sexuales durante los abusos sexuales, el hecho de sentir las sensaciones sexuales se puede convertir en algo intrínsecamente aversivo.

El condicionamiento valorativo no es lo bastante conocido en el ámbito del estudio del trauma, pero sus efectos son omnipresentes en los casos de traumatización y de no detectarse puede permanecer impermeable al tratamiento. El condicionamiento valorativo explica en gran medida cómo aprenden las víctimas traumatizadas a despreciarse a sí mismos cuando son maltratados (física y/o sexualmente) y abandonados emocionalmente. Cuando se asocian intrínsecamente a sí mismos (“yo”) con los malos tratos, comienzan a valorar negativamente su propio ser [lo que son] (e.g., “soy malo”). Por ejemplo, las víctimas asocian su aversión, repugnancia, vergüenza y miedo a los abusos sexuales con el contacto físico, los olores corporales, sonidos relacionados con las relaciones sexuales, su propio cuerpo (e.g., “Mi cuerpo es asqueroso”) y sus reacciones físicas, la sexualidad en general, e incluso su concepto de sí mismos como personas (i.e., “Soy sucia y repugnante”). Puede que aprendan a aborrecer su sexo biológico (“Las chicas somos repugnantes y débiles”).

El condicionamiento valorativo puede tener lugar en relación con las partes disociativas. Una parte de la personalidad puede desarrollar una aversión hacia otra parte debido a que esta última se asocia con estímulos valorados negativamente. Por ejemplo, si la experiencia traumática generó vergüenza, la PAN puede aprender a avergonzarse de o despreciar a la PE implicada en la experiencia traumática.



En calidad de niña de día (PAN), Marilyn Van Derbur (2004) odiaba a la niña de noche (PE) que soportaba los abusos sexuales: “La aborrecía, la despreciaba y le echaba la culpa” (p. 191). La vergüenza es una emoción omnipresente en las víctimas traumatizadas, como resultado del condicionamiento valorativo de sí mismos. La mayoría de las veces permanece en silencio y oculta, tiñendo constantemente las experiencias de las víctimas. La vergüenza es abrumadora, y se entrelaza con el miedo y la agresividad que obscurecen su presencia. Puede inhibir otras acciones mentales afectivas, particularmente en el ámbito de las relaciones con los demás (Nathanson, 1987; Tomkins, 1963). Por ejemplo, puede inhibir la alegría, las sensaciones sexuales, la agresividad, la tristeza y el dolor. Esta emoción aversiva [la vergüenza] puede con ello impedir la integración de otras emociones.

El condicionamiento valorativo no sólo se produce en relación con sentimientos negativos en las víctimas traumatizadas; también puede relacionarse con sentimientos positivos. Por ejemplo, una víctima puede asociar la sensación positiva de cercanía con el sexo y volverse promiscua, buscando tener relaciones sexuales constantemente como una forma desadaptativa de sentirse cerca. Otros pueden asociar la sensación positiva de control y de fuerza con la agresión [el acto de agredir] o incluso con el sadismo, convirtiéndose así ellos mismos en agresores.

Las valoraciones negativas condicionadas mantienen la disociación estructural. Por ejemplo, una PE sumisa temerá y evitará a una PE agresiva [*fight*, atacante] que de forma refleja odia, insulta o hierre a esta PE sumisa. Tales sentimientos e ideas injustificadamente pero comprensiblemente crueles son difíciles de cambiar, dado que los efectos del condicionamiento valorativo son impermeables a la extinción ni a la corrección cognitiva (Baeyens, Eelen, Van den Bergh & Crombez, 1989): la exposición al estímulo condicionado y la introspección [*insight*] no van a cambiar la valoración negativa. Por ejemplo, la exposición de una PE agresiva a una PE sumisa no es suficiente. La terapia eficaz implica un *contracondicionamiento*. Por ejemplo, el terapeuta ayuda a la PE agresiva a asociar la PE sumisa

(estímulo valorado negativamente) con la constatación [*realization*] de que la sumisión tuvo un valor de supervivencia (estímulo valorado positivamente). Con ello, la PE agresiva finalmente aprende a asociar la empatía y el aprecio con la PE sumisa anteriormente despreciada. El mismo proceso puede tener lugar a la inversa, y la PE sumisa aprender a apreciar el valor de supervivencia de la PE agresiva. De esta forma, es posible alentar a las víctimas traumatizadas a aceptar todos los aspectos de sí ellos, tales como los pensamientos, los sentimientos, los deseos y las distintas partes disociativas.

### **Las fobias a los estímulos y acciones relacionadas con el trauma**

El condicionamiento clásico, operante y valorativo, y la falta de evaluación contextual son sumamente útiles para comprender las fobias relacionadas con los traumas. Estas fobias desempeñan un papel esencial en el mantenimiento de la disociación estructural, por lo que deben ser identificadas y superadas para poder resolver la disociación estructural de la personalidad.

#### ***Fobia a los recuerdos traumáticos***

Hablando de los recuerdos traumáticos en relación con los enfrentamientos, el veterano de la Primera Guerra Mundial Erich Maria Remarque (1929/1982) se mostraba convencido de que “Sería demasiado peligroso para mí que tradujera todas estas cosas en palabras” (p. 165). Tenía miedo de perder el control: “Tengo miedo de que crezcan indiscriminadamente y ya no pueda dominarlos” (p. 165). La acción mental de recordar los recuerdos traumáticos es “peligrosa” (i.e., abrumadora) para la víctima si su nivel mental es demasiado bajo como para poder integrarlos, cuando falta el apoyo social necesario, o cuando la amenaza todavía existe. Pero con la suficiente energía mental, eficiencia mental, apoyo, y seguridad real; con este cambio de contexto, las víctimas pueden integrar gradualmente los

recuerdos traumáticos y transformarlos sin peligro en recuerdos narrativos (episódicos) autobiográficos. Esta exigente labor, que implica concederle al pasado traumático un grado mucho más inferior de realidad, es un elemento nuclear de la fase 2 del tratamiento (capítulo 16). Cuando las víctimas continúan creyendo, habitualmente de forma absolutamente refleja, que los recuerdos traumáticos son intrínsecamente peligrosos y que rememorarlos supone perder el control, tienen fobia a los recuerdos traumáticos (Janet, 1904/1983b, 1919/1925; Van der Hart, Steele *et al.*, 1993). Esta es la fobia esencial a la acción mental que presentan las víctimas de experiencias traumáticas.

### ***Fobia a las acciones mentales derivadas del trauma***

La fobia a las acciones mentales relacionadas con la traumatización se deriva de la fobia nuclear a los recuerdos traumáticos e incluye miedo, asco o vergüenza por parte de la víctima en relación con acciones mentales que asocia con los recuerdos traumáticos. En razón de ello, la víctima tiende a temer y evitar las impresiones físicas y emocionales, así como el reflexionar sobre sí mismo. Las evaluaciones condicionadas negativas de las acciones mentales y los contenidos que las mismas generan contribuyen a esta fobia. Por ejemplo, las víctimas pueden creer: “Mi tío me dijo que soy una mierda; soy una mierda”; “De niño me negaron una serie de necesidades; tener necesidades es malo”; “Me sentí excitado cuando abusaron de mí sexualmente; las sensaciones sexuales son asquerosas”. Una vez que un afecto intenso, una sensación o una necesidad corporal (e.g., el deseo de que nos abracen) se califica de “espantoso” o “malo”, otras experiencias pueden ser calificadas de la misma forma a través del aprendizaje por generalización.

La superación gradual de la fobia a las acciones mentales derivadas del trauma constituye un prerrequisito para superar la fobia nuclear a los recuerdos traumáticos, lo que a menudo se suele pasar por alto en el tratamiento de los recuerdos traumáticos.

### ***Fobia a las partes disociativas de la personalidad***

Una fobia específica a las acciones mentales derivadas del trauma es la *fobia a las partes disociativas de la personalidad* (Nijenhuis, 1994; Nijenhuis & Van der Hart, 1999a). El miedo, la rabia, el asco o la vergüenza sentidas por una parte hacia otra es variable. Por ejemplo, las PEs que reciben algún apoyo de una PAN protectora, evitarán mucho menos esta PAN que otras partes disociativas. En realidad, algunas víctimas de experiencias traumáticas tienen partes que ya se interrelacionan mutuamente de una forma positiva antes del tratamiento; por ejemplo, dos PANs pueden colaborar en las labores cotidianas. Todo lo demás siendo igual, cuando existen tales relaciones colaboradoras y empáticas entre las partes disociativas, la integración de dichas partes probablemente será más fácil que la integración de las partes que no cooperan mutuamente o no se caen bien.

Ahora bien, son muchas las partes disociativas que se temen, se desprecian y se malinterpretan mutuamente. De la expresión de sus sentimientos e ideas reflejas al relacionarse entre sí, pueden seguirse interminables circuitos de realimentación negativa [bucles de *feedback* negativo] que desembocarían finalmente en el agotamiento nervioso [*exhaustion*] postraumático:

Una estudiante de postgrado, Sally, con un TDNE oía una voz crítica que la llamaba “estúpida” cada vez que trataba de hacer un trabajo difícil de investigación. La PE cuya voz oía, en el fondo tenía miedo de fracasar (fobia a asumir riesgos sanos) y por ello sabotaba la labor de Sally en calidad de PAN. Cuando la PAN oía la voz de la PE, lo que se había convertido para ella en un estímulo interoceptivo condicionado dado que indicaba y remitía a una crítica feroz, su acción refleja sustitutiva consistía en beber en exceso para apagar la voz. El resultado era que Sally se emborrachaba y no acababa el trabajo. La voz temida y despreciada volvía entonces con una virulencia renovada, rabiosa por el fracaso que a su vez generaba una vergüenza enorme. Cuanto más oía Sally la voz en calidad de PAN, más deprimida e inútil se sentía. Para evitar estos sentimientos, seguía bebiendo, lo que generaba más reprimendas internas de la PE. Finalmente Sally fue hospitalizada por abuso de sustancias e intento de suicidio.

Los recuerdos traumáticos vehementes de las PEs permanecen sin resolver en la medida en que la PAN logre evitarlos eficazmente. La reactivación crónica de estas vivencias negativas las intensifica, lo que se conoce como *enardecer* [*kindling*, echar leña al fuego] (McFarlane, Yehuda & Clark, 2002). Así, cuanto más son reactivadas las PEs por estímulos condicionados, más intensas tienden a volverse sus reacciones emocionales. Cuanto más intensas se vuelven las vivencias de las PEs, más las evitarán y las despreciarán las PANs. Y cuanto más evitativas sean las PANs, más se sentirán las PEs atrapadas en el pasado, asustadas, rechazadas o rabiosas. En una palabra, dichas PANs y PEs reaccionan cada vez más negativamente unas a otras y tratan cada vez más de evitarse mutuamente o de huir las unas de las otras. Esta espiral de evitación y de sensibilización impide la presentificación tanto en las PANs como en las PEs, lo que a su vez contribuye fuertemente a mantener la disociación estructural de la personalidad.

En los casos de disociación estructural terciaria, algunas PANs pueden despreciarse mutuamente o mostrarse desdeñosas, aunque no se tengan miedo. Por ejemplo, una PAN trabajadora puede despreciar a una PAN protectora que tiene sentimientos y por ello le resta valor al trabajo que constituye el ámbito principal de la PAN trabajadora. Esta parte disociativa evita los sentimientos, las necesidades de relación y los recuerdos traumáticos trabajando. Así, por debajo del desdén estaría también la evitación temerosa de los sentimientos (i.e., la PAN trabajadora tiene fobia a las acciones mentales). Este no es más que un posible ejemplo de cómo se entretajan mutuamente las diversas fobias relacionadas con experiencias traumáticas.

Existen varios tipos específicos de partes disociativas que son especialmente evitadas por otras partes de la personalidad. Estas incluyen las PEs atacantes que están fijadas al subsistema defensivo del ataque y tratan, con frecuencia inapropiadamente, de proteger a la víctima de lo que perciben como una amenaza. Y la mayoría de las partes disociativas le tienen más fobia todavía a las PEs persecutorias. Estas PEs se basan en los agresores introyectados [la modalidad defensiva de la introyección del agresor] y de forma característica vuelven a representar el maltrato original del agresor hacia la víctima

en su relación con otras partes. Pero también pueden dirigir la rabia fuera, hacia otras personas.

Además, las PEs que contienen recuerdos traumáticos insoportables o que realizan otras acciones mentales o conductuales altamente aversivas, son evitadas con especial intensidad. Son muchas las partes disociativas que aborrecen o temen a aquellas otras que contienen necesidades de dependencia rechazadas, sensaciones sexuales, terror, rabia, vergüenza, culpa, soledad, desesperación y pensamientos suicidas. No sólo se evitan estos pensamientos y deseos a causa de su intensidad y del dolor que generan, sino que a menudo las víctimas no pueden distinguir entre *sentir* y *hacer*, entre acciones mentales y acciones conductuales: un problema éste con los grados de realidad que incluye una falta de diferenciación entre el mundo subjetivo y el mundo objetivo. Así, las víctimas en calidad de PAN se esfuerzan cada vez más por mantenerse a distancia de las partes disociativas que temen que puedan “hacerse con el control” y obrar de acuerdo con unos sentimientos o impulsos inaceptables. Además de la superación de la fobia a otras acciones mentales relacionadas con el trauma, el éxito del tratamiento de la fobia a las partes disociativas es esencial antes de poder superar la fobia a los recuerdos traumáticos.

### ***Fobia al apego, a la pérdida del apego y a la intimidad***

Los niños maltratados tienden a desarrollar una fobia al apego cuando la acción de apegarse al cuidador ha quedado asociada al dolor emocional y físico. Así, la proximidad de un cuidador maltratador y abandonico activará los sistemas de defensa de las víctimas, lo que incluye distanciarse del cuidador y con frecuencia tendencias de acción de nivel muy bajo (i.e., reflejos simples y tendencias de acción reguladoras presimbólicas). Ahora bien, las víctimas tienden a activar [nuevamente] el sistema de apego, y por ende las tendencias de acción responsables de las relaciones y los intereses sociales [*social engagement*], desde el momento en que acceden a una cierta distancia mental o física respecto del cuidador (e.g., acercándose de nuevo al cuidador y diciéndole: “Quédate conmigo”).

Sobre todo en la traumatización crónica, la fobia al apego y a la pérdida del apego en relación con los cuidadores puede generalizarse a cualquiera que trate de establecer una relación cercana, incluidos los terapeutas. Para muchas de las víctimas, las relaciones interpersonales se convierten en estímulos condicionados que activan partes fijadas al acercamiento o la evitación del apego. Paradójicamente, la *fobia al apego* suele venir acompañada de una *fobia a la pérdida del apego* de la misma intensidad (Steele, Van der Hart & Nijenhuis, 2001). De forma característica, diferentes partes de la personalidad vivencian estas fobias opuestas. Se activan mutuamente en un círculo vicioso, con la percepción de un cambio en la cercanía o la distancia dentro de una relación, lo que deriva en el conocido patrón de “Te odio-no me dejes”. En términos psicobiológicos, la fobia al apego y a la pérdida del apego desactivan el sistema vagal ventral. Según Porges (2001, 2003; véase Nijenhuis & Den Boer, en prensa), este componente del sistema nervioso central les ayuda a las personas a regular los afectos potentes [las emociones fuertes] tales como el miedo y la agresividad a través de la interrelación social. Esto implica que *el apego perturbado* [las alteraciones en la experiencia de la vinculación] y *la falta de apoyo social disminuyen la eficiencia mental de las víctimas*.

Cuando unas partes disociativas evitan a otras partes que se esfuerzan por apegarse, una vez más ello mantiene la disociación estructural. Estas partes evitativas pueden incluir todo aquello que no esté mediatizado por el apego o el llanto de apego. Por otro lado, las partes disociativas temen y evitan la pérdida del apego cuando han quedado fijadas al llanto de apego o están movidas por las necesidades de dependencia insatisfechas, la tristeza y la soledad (Steele *et al.*, 2001). Estas partes pueden emprender relaciones indiscriminadas o insanas, en su desesperación por evitar la sensación de abandono, lo que aumenta el riesgo de que les hieran o les engañen. Las consiguientes dificultades de relación no hacen más que confirmarle adicionalmente a la víctima que no es digna de que la quieran, aumentando así todavía más el aislamiento y el autodesprecio.

La *fobia a la intimidad (emocional y sexual)* está estrechamente relacionada. A diferencia del apego de raíz biológica de un niño hacia

un cuidador, la intimidad estaría más bajo el control voluntario, lo que supone un mayor número de opciones respecto de desvelar aspectos de uno mismo y de las propias necesidades. El apego brinda el marco general para todas las relaciones, en tanto que la intimidad sería la forma más profunda y más satisfactoria de apego, que encontramos únicamente en unas pocas relaciones a lo largo de toda una vida. Muchas de las víctimas pueden entablar vínculos más superficiales y sociales, pero la mayoría de las veces no pueden intimar plenamente debido al miedo de que los conozcan y de que les hagan daño o de que los traicionen [los engañen o los decepcionen]. Pero existe en el ser humano el impulso a que nos conozcan, nos comprendan y nos quieran, y en las víctimas traumatizadas dicho impulso viene casi siempre expresado por algunas partes disociativas. La tensión entre los riesgos de la intimidad y el anhelo [el ansia] de intimidad contribuye a mantener la disociación estructural.

### ***Fobia a la vida normal***

La fobia a las acciones mentales derivadas del trauma puede generalizarse tanto que para algunas de las víctimas la vida se ve cada vez más limitada. Para otros, la vida es un descontrol dado que constantemente están reaccionando a estímulos condicionados y no salen del mundo familiar de la hiperactivación fisiológica y el caos. La activación crónica del sistema de acción responsable de la defensa imposibilita la activación de los sistemas de acción responsables de la vida cotidiana que podrían conducir a una vida más normal y equilibrada. Y aun cuando se activen los sistemas de acción responsables de la vida cotidiana, las tendencias de acción de las víctimas traumatizadas no suelen estar desarrolladas adecuadamente como para garantizar un funcionamiento sano en el ámbito de la vida normal. Sobreviene una *fobia a la vida normal* (Van der Hart & Steele, 1999), a medida que la víctima se siente cada vez más incapaz de afrontar muchas de las complejas y ambiguas situaciones de la vida, se ve desbordado por los estímulos condicionados de la vida cotidiana y evita todo lo posible las tareas de la vida cotidiana.



### ***Fobia a los cambios y a los riesgos sanos***

Para poder vivir una vida normal, tenemos ya no sólo que ser estables [en el sentido de tener una estabilidad a todos los niveles] y mantener unas rutinas y unos hábitos beneficiosos, sino también hacer ajustes sanos y aceptar cambios inevitables. El cambio es, obviamente, el fundamento esencial del éxito terapéutico y de la adaptación sana a la vida. Pero para las víctimas traumatizadas, el cambio suele representar pérdidas temidas o dolor, lo desconocido peligroso, o bien la repetición de algo terrible que sucedió en el pasado. El miedo al cambio es el responsable de que a las víctimas de experiencias traumáticas les resulte especialmente difícil superar su disociación estructural.

El cambio requiere la activación del sistema de exploración. Pero el cambio y las sensaciones concomitantes de ansiedad o incomodidad pueden activar el sistema defensivo, lo que a su vez desactiva la tendencia a explorar y experimentar:

Una paciente, Gloria, con un TDNE y un TLP [trastorno límite de la personalidad], se quejaba de que no podía comer sano, limpiar su casa ni controlar sus emociones. Quería hacer todas estas cosas, pero se sentía incapaz de introducir los cambios necesarios. Cuando su terapeuta abordó esta cuestión junto con ella, quedó claro que Gloria tenía miedo de que si cambiaba y se ponía mejor, decidiera separarse de su marido: algo que no quería hacer. También tenía miedo de que si se ponía mejor, su terapeuta la abandonaría, y de que por alguna razón en cualquier caso ella no se mereciera ponerse mejor.

Ciertas creencias nucleares reflejas hacen que el cambio sea difícil o atemorizante. Las víctimas suelen creer que el cambio significa “que las cosas irán a peor” o “me veré en la obligación de hacer algo contra mi voluntad”. Y también, como le dijo una paciente indignada a su terapeuta: “Está usted tratando de hacerme cambiar para que deje de ser yo misma; ¡usted no me acepta tal y como soy!”.

Las víctimas de traumatizaciones crónicas suelen asociar arriesgarse con fracasar. En razón de ello, de forma característica tienen

miedo de asumir riesgos sanos, porque temen que ello pueda desembocar en la humillación, la vergüenza y el desastre: su experiencia infantil habitual. Paradójicamente, muchas víctimas corren riesgos extremadamente peligrosos e impulsivos. Pero estos no son los riesgos calculados y meditados necesarios para el cambio adaptativo. Por el contrario, implican conductas reflejas de nivel inferior que no incluyen una consideración de las consecuencias potencialmente negativas ni del peligro. Pueden tomar drogas, beber en exceso y conducir, tener relaciones sexuales sin tomar precauciones, pasear solos de noche por un parque, faltar al trabajo o entablar relaciones destructivas con otras personas. Pero es menos probable que se arriesguen a buscar un trabajo mejor, a volver a estudiar para mejorar su educación, emprender una relación de pareja más vulnerable e íntima, o simplemente aprender algo nuevo, porque tienen miedo de ser ineptos o estúpidos y en última instancia de fracasar, con lo que la vida sería entonces peor que nunca. El miedo al fracaso, al cambio y al riesgo generan la necesidad de mantener el *statu quo* interno (i.e., la disociación estructural).

### **Los costes de mantener y las ganancias de superar la disociación estructural**

La personalidad integrada constituye un sistema altamente complejo, coordinado y coherente. En consecuencia, sus muchos subsistemas están interconectados. En términos de la teoría de sistemas dinámica no lineal (Edelman & Tononi, 2000; Putnam, 2005; el término *no lineal* se analiza en el capítulo 9 y más adelante), las partes disociativas de la personalidad son subsistemas indebidamente cerrados y simples por contraste con la personalidad integrada. Estos subsistemas no funcionan conjuntamente en armonía, suelen estar mediatizados [determinados] por un único sistema de acción o una constelación limitada de sistemas de acción y por regla general emprenden tendencias de acción indebidamente bajas. El ámbito de la conciencia que forma parte de estos subsistemas suele estar habi-

tualmente limitado a los objetivos de determinados sistemas de acción en particular, dejando al margen la integración con otros sistemas de acción. Por ejemplo, la mayoría de las PEs únicamente emprenden un número limitado de acciones defensivas, porque están determinadas por uno o más componentes del sistema de defensa, y por ende únicamente vivencian una pequeña gama de estados mentales y conductuales.

Aunque las partes disociativas puedan ser excesivamente cerradas y simples, también pueden ser de alguna forma adaptativas cuando el nivel mental de la víctima es bajo, o cuando los malos tratos son constantes, de manera que la defensa crónica favorece la supervivencia. Las víctimas en calidad de PE suelen reaccionar de forma automática, uniforme e instantánea ante lo que perciben como una amenaza, porque están centrados en el solo objetivo fundamental de la defensa. Sus acciones de bajo nivel están muy practicadas o altamente condicionadas, y no se sienten perturbados por la ambivalencia ni el conflicto que podría aparecer en el caso de que se activaran simultáneamente diferentes sistemas de acción. Estas características implican una economización de la energía en el caso de existir una amenaza real. Pero las PEs no pueden adaptarse a las situaciones que requieren evaluar una gama más amplia de estímulos y alternativas de acción, o un control altamente voluntario de la percepción y la acción motriz. Por ejemplo, como ya vimos, no evalúan suficientemente el contexto en el que aparece un estímulo condicionado, lo que implica que también emprenden reacciones defensivas en situaciones que en realidad no revisten ningún peligro. Esta falta de presentificación y la correspondiente inversión de energía y de tiempo en acciones sustitutivas, implica un derroche importante de energía mental y física, y una disminución de la eficiencia mental. Este desperdicio suele implicar un desequilibrio entre la energía mental y la eficiencia mental. La inversión inútil de energía finalmente desemboca en un derrumbe postraumático, que se traduce en el agotamiento nervioso y la descompensación (Janet, 1928b; Titchener, 1986).

Los terapeutas, pues, aspiran a elevar la eficiencia mental de las PEs y las PANs para ayudar a estas partes disociativas de la persona-

lidad a acceder a tendencias de acción de nivel superior (véase el capítulo 9). En términos de la teoría de sistemas, los terapeutas tratan de incrementar la complejidad de estos subsistemas de la personalidad, de manera que disminuya su autonomía. Las partes disociativas se vuelven más complejas cuando integran más elementos; por ejemplo, cuando aumentan la complejidad de sus ciclos de percepción-acción motriz en dirección a niveles superiores en relación con la jerarquía de las tendencias de acción. En razón de ello, cuando una PE empieza a comunicarse más con otra parte disociativa, el sistema de esta PE incluirá entonces nuevos elementos (i.e., nuevas acciones). La complejidad de un subsistema (i.e., una parte disociativa) incluye el conjunto de elementos de un (sub)sistema que están conectados de forma no lineal. Las conexiones entre estos elementos son no lineales cuando el cambio en uno de los elementos del sistema no es proporcional en relación con el cambio en uno o más de otros elementos del sistema. Dado que en su condición de subsistemas de la personalidad las partes disociativas son no lineales, este desarrollo puede generar un cambio desproporcionado en el sistema en su totalidad. En este sentido, la víctima en calidad de dicha parte disociativa hace entonces un uso más eficiente de su energía. La retribución de la víctima por su inversión de tiempo, esfuerzo y energía se ha visto incrementada.

Las PANs representan unos sistemas más abiertos y más complejos que las PEs. Los pacientes con un alto funcionamiento disponen de subsistemas de la personalidad particularmente abiertos y complejos. Muchas víctimas tienen PANs capaces de integrar habitualmente una amplia gama de estímulos. Algunas PANs pueden coordinar muchos sistema(s) de acción responsables de la vida cotidiana, y dicha integración les permite desenvolverse bien en este aspecto. Ahora bien, todas las PANs están excesivamente cerradas a la posibilidad de integrar acciones relacionadas con la(s) experiencia(s) traumática(s), lo cual limita su complejidad. Esta cerrazón consume energía dado que implica el despliegue de una evitación y una huida mental constantes.

El aumento de la complejidad de las partes disociativas en calidad de subsistemas de la personalidad implica un aumento de la comple-

alidad de la personalidad en su totalidad. En primer lugar, las partes disociativas no están totalmente separadas unas de otras, y en segundo lugar, el aumento de la eficiencia mental en una parte suele implicar un aumento de la conexión con otras partes. Debido a esta creciente complejidad, las acciones de la víctima traumatizada se vuelven menos automáticas y más flexibles. Estas tendencias de acción de nivel superior le permiten adaptarse más a un entorno cambiante. La víctima abandona gradualmente el gasto inútil de energía mental y física a cuenta de las acciones sustitutivas, y disfruta de los beneficios de acciones más eficientes y eficaces. La persona aumenta la energía y la eficiencia mental con cada nueva acción adaptativa bien desarrollada y bien finalizada (Janet, 1919/1925).

Pero los costes de esta ganancia son la ambivalencia, el conflicto y el aplazamiento de la gratificación (véase el capítulo 9). Por ejemplo, al desarrollar creencias reflexivas, las personas también sentirán ambivalencia (e.g., “Tengo varias opciones. ¿Cuál es la mejor opción en esta situación?”). Y cuando emprenden tendencias de acción prolongadas, deben esperar antes de verse recompensadas. Por ejemplo, una persona debe estudiar mucho y con constancia para sacar buenas notas, pero la verdadera “retribución” de estas acciones puede no ser evidente hasta el final del semestre. De forma similar, las ganancias de integrar los recuerdos traumáticos son profundas, pero pueden tardar mucho tiempo en materializarse. En razón de ello, las víctimas traumatizadas necesitan mucho apoyo terapéutico para aprender a tolerar la ambivalencia, la competencia [el conflicto] entre distintas necesidades y deseos personales, y el aplazamiento de la gratificación con objeto de poder llevar a cabo las tendencias de acción de nivel superior.

## Resumen

Las víctimas de traumatizaciones crónicas se caracterizan por la presencia de fobias a la acción que mantienen su disociación estructural. El condicionamiento clásico, operante y valorativo, la generali-

zación, la falta de evaluación contextual y de presentificación son factores cruciales entre los muchos que contribuyen a estas fobias. La superación de las fobias relacionadas con el trauma es esencial para el éxito del tratamiento. Dado que las partes disociativas de la personalidad se evitan tanto, funcionan como sistemas indebidamente simples, excesivamente cerrados, que actúan rígidamente y de forma refleja respecto de los estímulos relacionados con el trauma a los que temen y desprecian. Las víctimas desperdician mucha energía y tiempo en estas y otras acciones sustitutivas relacionadas, tales como revivir repetidamente los sucesos traumáticos, lo que conduce finalmente al agotamiento nervioso y la descompensación en algunos casos. Sus partes disociativas necesitan, pues, volverse más abiertas, complejas y flexibles, más reflexivas en sus acciones, y más abiertas a la cooperación y la coordinación con la personalidad como un todo. El terapeuta, pues, ayuda a las víctimas traumatizadas a crear y desarrollar un mayor equilibrio entre su energía mental y su eficiencia mental, lo que les permite afrontar más eficazmente los estímulos complejos internos y externos.



# **III**

## **EL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CRÓNICAMENTE TRAUMATIZADOS**

---





## Introducción a la Parte III

---

*Todo tiene su momento, y cada cosa su tiempo bajo el sol.*

—Eclesiastés 3,1

*Ella [la niña de noche] era la clave y yo sabía que a menos que pudiera integrar a la niña de noche y la niña de día, mi pesadilla seguiría adelante.*

—Marilyn Van Derbur (2003, p. 242)

En esta parte del libro describimos las intervenciones terapéuticas desde el punto de vista de la teoría de la disociación estructural en combinación con la psicología de la acción, con especial énfasis en las fobias de origen traumático. La resolución de cada una de las fobias requiere que aumente el nivel mental del paciente a fin de que puedan tener lugar acciones adaptativas de nivel superior, y especialmente las acciones integradoras de la síntesis y la consciencia [*realization*].

En el TEPT [trastorno por estrés postraumático] de tipo simple, que solamente incluye una PE [parte emocional de la personalidad] que abarca poco más que los recuerdos traumáticos, la aplicación directa [*straightforward*] de los modelos de tratamiento empíricamen-

te validados suele ser suficiente. Por ejemplo, los tratamientos estándar incluyen la exposición prolongada, los enfoques cognitivo-conductuales (Foa, Keane & Friedman, 2000; Resick & Schnicke, 1993; Follette, Ruzek & Abueg, 1998; Rothbaum, Meadows, Resick & Foy, 2000) y la EMDR [desensibilización y reprocesamiento a través de los movimientos oculares] (Chemtob, Tolin, Van der Kolk & Pitman, 2000; Gelinas, 2003; Power *et al.*, 2002). El tratamiento para los pacientes con este tipo de disociación estructural fue formulado hace ya tiempo por Myers a raíz de sus observaciones de soldados combatientes en la Primera Guerra Mundial agudamente traumatizados:

El tratamiento recomendado... consiste en restablecer la [parte de la] personalidad “emocional” despojada de su carácter patológico, aturdido, incontrolado, y en efectuar su unión con la [parte de la] personalidad “aparentemente normal” (1940, pp. 68-69).

Myers señala que cuando esta reintegración ha tenido lugar en la terapia:

resulta inmediatamente obvio que la [parte de la] personalidad “aparentemente normal” difería ampliamente en su apariencia física y en su conducta, además de mentalmente, de la personalidad completamente normal a la que de este modo finalmente se accede. Los dolores de cabeza y los sueños desaparecen; los síntomas circulatorios y digestivos se normalizan; incluso los reflejos pueden cambiar; y todos los síntomas histéricos [i.e., disociativos] quedan desterrados (1940, p. 69).

Así pues, los pacientes se vuelven mucho más adaptativos en la vida cotidiana y han sido capaces de tomar conciencia de que sus recuerdos de la experiencia (o las experiencias) traumática(s) forman parte de su historia vital y no están sucediendo ahora. De hecho, la (re)integración de la personalidad *implica* una mayor adaptación a la vida.

Pero estos tratamientos directos suelen fallar o resultar inadecuados en las personas traumatizadas de una forma más crónica. El tratamiento por fases, que sería la norma de atención de la traumatiza-

ción crónica (D. Brown, Schefflin & Hammond, 1998), se considera el enfoque más efectivo para estos pacientes. El fuerte énfasis en el desarrollo de habilidades y la mejora del nivel mental en la fase 1 es esencial antes de pasar a tratar directamente los recuerdos traumáticos. El tratamiento por fases pretende combinar lo mejor de las técnicas terapéuticas para aumentar la calidad de la vida cotidiana, resolver los recuerdos traumáticos y ayudar al paciente a (re)integrar su personalidad. Este campo está especialmente en deuda con los pioneros del moderno tratamiento del TEPT de tipo complejo y de los trastornos disociativos, y particularmente con Daniel Brown, Chris Courtois, Catherine Fine, Erika Fromm, Judith Herman, Richard Kluft y Colin Ross, entre otros. Estos clínicos realizaron progresos altamente novedosos en el ámbito de la aplicación de los modelos por fases a los casos más complejos y en lo referente a educar a otros terapeutas en estos métodos. Desde los años 80 del pasado siglo se han venido desarrollando muchas variantes del tratamiento por fases para las personas crónicamente traumatizadas (e.g., Brown & Fromm, 1986; Courtois, 1999, 2004; Gelinas, 2003; Herman, 1992b; Horevitz & Loewenstein, 1994; Huber, 1995; Kluft, 1999; McCann & Pearlman, 1990; Parson, 1984; Steele, Van der Hart & Nijenhuis, 1994; Van der Hart, 1991; Van der Hart, Van der Kolk & Boon, 1998; véase Brown *et al.*, 1998, para una excelente visión de conjunto). Cada uno de ellos sigue básicamente el enfoque original que aparece en la labor pionera de Pierre Janet hace ya más de un siglo (Janet, 1898c; cf., Van der Hart, Brown & Van der Kolk, 1989). Janet distingue las siguientes fases de tratamiento, cada una de ellas con sus propios objetivos o metas de tratamiento: (1) estabilización y reducción de síntomas; (2) tratamiento de los recuerdos traumáticos; y (3) (re)integración de la personalidad y rehabilitación. Este enfoque previene la confrontación prematura con los recuerdos traumáticos. Los enfoques terapéuticos que pretenden mejorar las habilidades asociadas a la vida cotidiana (e.g., Gold, 2000; Linehan, 1993) se pueden ver como una parte de la fase 1 del tratamiento.

El tratamiento por fases puede aplicarse de forma sencilla y directa en los casos menos complicados de disociación estructural secun-

daria (Van der Hart *et al.*, 1998). Pero en la mayoría de los casos de disociación estructural secundaria y terciaria, el tratamiento sería de larga duración y el modelo por fases adopta la forma de una espiral (Courtois, 1999; Steele *et al.*, 2005; Van der Hart *et al.*, 1998). Ello implica que, cuando sea necesario, la fase 2 del tratamiento se alternará periódicamente con la fase 1; y más adelante en el curso de la terapia, la labor de la fase 2 e incluso de la fase 1 se alternarán nuevamente con la fase 3 del tratamiento. Algunos enfoques clínicos recientes utilizan la fase 1 del tratamiento con repetidas incursiones breves a la fase 2 (Briere & Scott, 2006; Ford & Russo, en prensa). En todos los casos, el terapeuta que utilice un enfoque de tratamiento por fases debe comprender, respetar y trabajar con las limitaciones propias del nivel mental del paciente y de sus partes disociativas de la personalidad.

# 11 La evaluación del paciente traumatizado

---

*Con demasiada frecuencia, ni el paciente ni el terapeuta reconocen la relación entre el problema actual y la historia de la traumatización crónica.*

—Judith Herman (1992b, p. 123)

La teoría de la disociación estructural, con su énfasis en la psicología Janetiana de la acción, constituye una guía para la evaluación sistemática de las acciones mentales y conductuales integradoras de una persona traumatizada. La teoría sugiere que el núcleo de la traumatización y la disociación estructural es la falta de integración de las experiencias traumáticas y de sus consecuencias. Un objetivo crucial del tratamiento es, pues, el de ayudar al paciente a emprender la síntesis y la consciencia de los recuerdos traumáticos y las correspondientes acciones integradoras, incluidas acciones más adaptativas en la vida cotidiana actual. La evaluación debe, pues, centrarse en gran medida en comprender por qué el paciente no logra llevar a cabo estas acciones, y cómo se podrían fomentar dichas acciones adaptativas.

Los terapeutas deben comprender los problemas de adaptación específicos de un paciente dado y cómo trata éste de solucionarlos. Los problemas de adaptación se relacionan con niveles inferiores de eficiencia y/o de energía mental. Así, uno de los elementos centrales

de la evaluación reside en el nivel mental del paciente, y el de las diversas partes de la personalidad. Dentro de este contexto, la evaluación también se centra en los efectos del condicionamiento asociado al trauma, tales como las fobias predominantes del paciente, las cuales finalmente pueden superarse elevando el nivel mental. Dicha evaluación sienta las bases de un tratamiento sistemático por fases, ajustado a las necesidades únicas de cada paciente individual, pero tomando igualmente en consideración sus características comunes subyacentes, tales como las deficiencias de integración.

La evaluación inicial de las víctimas de traumatizaciones crónicas debe ser exhaustiva y metódica, abarcando todos los ámbitos de la vida y del funcionamiento mental (e.g., Briere, 1997, 2004; Chu, 1998a; Courtois, 1999; McCann & Pearlman, 1990). La evaluación de las víctimas de experiencias traumáticas consta de tres fases: la primera fase consiste en la evaluación clínica estándar, lo que incluye algunas preguntas sobre los síntomas disociativos. La segunda fase entraña una evaluación más específica de los síntomas y trastornos relacionados con el trauma, y por ende una evaluación de la gravedad de la disociación estructural. Ambas fases implican hacer un diagnóstico correcto y recoger una información esencial para la planificación del tratamiento. La tercera fase incluye el análisis sistemático continuo de la estructura, el funcionamiento y la historia del paciente y de su personalidad disociativa. Estos tres análisis, diferentes pero relacionados, deben ayudar al terapeuta a comprender el propósito de las acciones adaptativas y desadaptativas del paciente, así como las funciones y objetivos de diversas partes de la personalidad. Esta evaluación –esencial para planificar el tratamiento y ajustar el plan de tratamiento inicial– es continua.

### **Fase 1: Evaluación clínica estándar**

La evaluación clínica estándar incluye una historia familiar de posibles problemas psiquiátricos y de cualquier elemento repetitivo transgeneracional de abusos y abandono emocional. La formulación

de algunas preguntas sobre los síntomas disociativos y sobre la experiencia de sucesos potencialmente traumáticos, debería ser una parte habitual de la entrevista inicial con *todos* los pacientes (Courtois, 2004; Loewenstein, 1991). Pero estas indagaciones son únicamente preliminares, ofreciendo una visión de conjunto de lo que el paciente puede haber vivido. En esta fase, las preguntas no deben ahondar en detalles. No es apropiado suscitar emociones abrumadoras sin la seguridad de una sólida relación terapéutica y el conocimiento de que el paciente puede tolerar la intensidad. Una historia no se toma a la ligera, sino que el terapeuta indaga reflexivamente, guiado por los síntomas y la presentación más general del paciente, con el objetivo de comprender al paciente y de planificar el tratamiento. Y por supuesto, el terapeuta realiza una evaluación exhaustiva de los puntos fuertes y los recursos del paciente, dado que será necesario contar con ellos durante el transcurso de la terapia, y constituyen una fuente de autoestima y de sensación de competencia para el paciente (Ogden, Minton & Pain, 2006).

El terapeuta sólo puede tomar nota de lo observado o referido en un momento dado, dependiendo de lo que el paciente –que habitualmente se presenta en calidad de una parte aparentemente normal de la personalidad (PAN)– muestra, y está dispuesto y es capaz de comunicar. El paciente puede no ser capaz inicialmente de facilitar todos los elementos de la historia pertinente debido a la falta de memoria, la incapacidad de tomar conciencia del impacto de determinados sucesos, las amenazas de un agresor para que no diga nada, la evitación de sentimientos dolorosos tales como el miedo, la vergüenza o la culpa. Lo mejor que puede hacer el terapeuta es integrar la información de que dispone, lo que sienta las bases para ahondar en la relación con el paciente y finalmente conducirá a recabar más información. De esta forma, la evaluación es continua.

### ***Impacto de la evaluación sobre el paciente***

La forma en que el terapeuta recaba información sobre el paciente supone una intervención terapéutica en sí misma. El terapeuta debe ser muy receptivo a las sutiles reacciones conductuales y fisio-



lógicas del paciente durante la evaluación, vigilar la hipoactivación o la hiperactivación fisiológica (Ogden *et al.*, 2006) y los indicadores de síntomas disociativos tales como las voces intrusivas. Y dado que la hipoactivación y la hiperactivación fisiológica implican problemas en el equilibrio entre la eficiencia mental y la energía mental, el terapeuta comienza a ayudar al paciente a encontrar un mayor equilibrio entre ambas empezando por las sesiones de evaluación (cf., capítulo 12). El terapeuta debe ser especialmente comprensivo en lo referente a acoplarse [*pacing*, ajustar la velocidad, la actitud, etc.] con el mayor tacto a las personas traumatizadas a la hora de elaborar su historia y de hacerles preguntas sobre los síntomas disociativos (Courtois, 1999; Steinberg, 1995). Dado que la evitación fóbica es una cuestión central para las víctimas traumatizadas, las preguntas a quemarropa o las preguntas que de alguna forma sean amenazantes pueden ser demasiado intrusivas y contribuir a la descompensación o bien a que el paciente decida no volver a terapia. El terapeuta que reconoce y que responde adecuadamente a la experiencia disociativa y las profundas alteraciones de conciencia del paciente, contribuirá a crear una sensación de seguridad en éste. El paciente puede entonces sentir que la terapia no necesariamente tiene por qué volverle a traumatizar, sino que por el contrario supone una oportunidad de recibir empatía y ayuda en relación con unas experiencias y vivencias desconcertantes, espantosas o vergonzosas.

Así pues, la presentación del terapeuta es crucial. Es esencial una actitud relajada, congruente y auténtica. El terapeuta debe observar y comprender de qué forma su propio estilo le puede afectar a un paciente dado. Por ejemplo, el terapeuta más introvertido y parco en palabras puede parecer retraído e implícitamente crítico, en tanto que el más vivaz puede parecer entrometido y dominante. El terapeuta que brinda unas respuestas genuinas y moduladas a las acciones del paciente introduce con ello tendencias de acción de nivel superior. Estas acciones terapéuticas ayudarán al paciente, que habitualmente suele tener un defecto o un exceso de regulación, a regular mejor de alguna forma sus acciones (mejorar la eficiencia mental). Las intervenciones del terapeuta deben ser muy claras y precisas,

dejando el menor margen posible para la ambigüedad. Ello suele implicar el explicitar incluso lo que debería parecer obvio; por ejemplo, declarar que el paciente no está obligado a responder a determinadas preguntas, si bien se le puede preguntar acerca de por qué le resulta difícil responder.

### ***La presentación del paciente durante la evaluación***

El terapeuta debe estar atento ya no sólo al contenido de lo que dice el paciente, sino también a la manera como lo dice y a lo que parece que deja sin decir. La evaluación general incluye la observación de las reacciones afectivas y físicas del paciente a las preguntas y al propio terapeuta. Es esencial que el terapeuta preste atención a la comunicación no verbal del paciente (e.g., Ogden *et al.*, 2006). Por ejemplo, el tono de voz, volumen, ausencia de contacto ocular o miradas agresivas, movimientos inusuales o estereotipados, o actitudes físicas tales como rigidez, bajar la cabeza, paralización, balanceo o posturas provocativas, dan todas ellas una información muy útil y pueden llevar a profundizar en la exploración *cuando el paciente esté preparado*. Por ejemplo, los cambios inesperados y repetidos en el tono y el volumen de la voz, la postura física, las pautas a nivel de movimientos y los temas de conversación pueden indicar alternancias entre las partes disociativas. Cuando el terapeuta observe estos cambios, debe tomar nota de ellos, pero abstenerse de concluir inmediatamente la existencia de una disociación estructural. El terapeuta debe aplazar los juicios, y esperar a confirmar o refutar esta posibilidad hasta no haber recabado los datos suficientes.

El estilo de vinculación del paciente (e.g., evitativo, reticente, pre-ocupado, no resuelto) también brinda información sobre lo que se necesitará en el tratamiento en lo relativo a la actitud [enfoque, estilo] relacional más adecuada. Por ejemplo, la evaluación puede desarrollarse lentamente y con dificultad porque la víctima traumatizada no parece confiar en el terapeuta. La persona en cuestión puede sentirse demasiado angustiada o reticente como para dar ninguna información, permanecer en silencio o responder únicamente con mono-

sílabos o poco más. Algunos pacientes hacen preguntas del tipo de “¿Por qué quiere saber eso?” y responder: “Ya me han hecho antes esa misma pregunta miles de veces; ¡esto es una pérdida de tiempo!”. Cuando dichas conductas se repiten, pueden ser indicativas de formas [modalidades, estilos] inseguras de vinculación, incluido el apego desorganizado/desorientado. El terapeuta se da cuenta, pues, de que es preciso abordar con cierto detenimiento la fobia al apego y a la pérdida del apego.

La forma de hablar del paciente también brinda importantes detalles. La bibliografía sobre el apego subraya la importancia de analizar el discurso narrativo a la hora de determinar el estilo de vinculación en adultos (cf., Hesse, 1999, para una visión de conjunto). Pero el habla del paciente también informa de una amplia variedad de otras cuestiones, incluida la capacidad de verbalizar los sentimientos y los pensamientos, las lagunas manifiestas o posibles en la memoria narrativa autobiográfica, y la experiencia subjetiva de disociación. Por ejemplo, el uso de numerosos pronombres indirectos de manera que las frases resultan difíciles de comprender (e.g., ello, ellos), los cambios repentinos en la sintaxis o bien la presencia de una sintaxis inusual, el uso de la tercera persona en referencia a uno mismo, las interrupciones y los lapsos en el discurso, la vaguedad generalizada, cambios abruptos de sujeto, y los cambios repentinos en el tono o el ritmo (la cadencia) plantean la posibilidad de una disociación estructural (e.g., Loewenstein, 1991).

La presencia de lagunas significativas de memoria en la historia del paciente y demás problemas de memoria, levantan sospechas sobre una posible amnesia disociativa o alteraciones crónicas de la conciencia, así como sobre posibles problemas neurológicos concomitantes que podrían deberse al abandono emocional y los abusos.

### ***Las vivencias del terapeuta durante la evaluación***

Muchas de las víctimas de traumas (crónicos) han consultado a varios profesionales a lo largo del tiempo, cada uno de los cuales puede haber diagnosticado un trastorno mental diferente. Esta variabili-

dad puede estar relacionada con la plétora habitual de síntomas y con el carácter cambiante de los síntomas prominentes a causa de la alternancia de las partes disociativas que dominan la conciencia. También, dependiendo de sus sesgos teóricos particulares, los terapeutas anteriores pudieron tener una visión diferente de los síntomas relacionados con la traumatización e incluirlos dentro del contexto de diagnósticos diferentes.

La evaluación puede verse malograda por los pormenores, las digresiones, la vaguedad y la inducción de alteraciones de conciencia en el terapeuta. Ello guarda relación con acciones de las partes disociativas que tratan de evitar los recuerdos traumáticos y los estímulos relacionados (cf., Loewenstein, 1991). Los terapeutas especializados han descrito los intentos de obtener respuestas claras y sucintas de un paciente disociativo como algo similar a “pastorear gatos”. No es infrecuente que el terapeuta se sienta abstraído, somnoliento, confundido o distraído en la evaluación inicial de un paciente traumatizado. Los terapeutas especializados han descrito algunas de estas experiencias desconcertantes como “tomar una poción somnífera”, “ser hipnotizado”, “vagar por una sala llena de humo y de espejos”, “tener un pie fuera de la realidad”, y “perder de repente el hilo de los pensamientos”. Los terapeutas deben encontrar la forma de entrenarse con objeto de seguir presentes y de mantener un elevado nivel mental y el centro de atención.

Los terapeutas también pueden advertir que tienen una determinadas respuestas afectivas a un paciente, tales como tristeza, aburrimiento, ansiedad, irritación, asco, frustración o lástima. Estas respuestas pueden ser indicativas ya no sólo de una posible contra-transferencia, sino de la transferencia, el estilo relacional y las identificaciones proyectivas del paciente (Chu, 1998a; Courtois, 1999; Kluft, 1994a; Loewenstein, 1991).

### ***Tratamientos anteriores del paciente***

Los pacientes traumatizado suelen venir con una historia de tratamientos previos fallidos o incompletos. El análisis de este elemen-

to puede conducir a una información útil respecto de los obstáculos para la terapia que más adelante se pueden tomar como objetivos. Las indagaciones sobre las interrupciones de los tratamientos son útiles: si fueron precipitadas o planificadas, a iniciativa del paciente o del terapeuta, y cómo fueron vividas por el paciente. También, de cara a la planificación del tratamiento, es útil analizar de qué forma [en qué sentido, aspectos, etc.] las terapias y los terapeutas anteriores fueron o no fueron de utilidad.

Los tratamientos fallidos previos pueden deberse a problemas del paciente, errores del terapeuta, o ambas cosas. Así pues, el terapeuta actual debe tener cuidado de no tachar a los terapeutas anteriores de incompetentes o dar por sentado que el paciente es intratable. Ahora bien, son muchas las víctimas que han sido retraumatizadas por terapeutas que tenían unos conocimientos y unas habilidades inadecuadas para tratar problemas complejos de origen traumático, que tienen excesivos prejuicios en contra de los trastornos disociativos o que tienen complejas reacciones contratransferenciales. Estamos convencidos de que muchos de estos tratamientos fallidos se derivan de que a los terapeutas les resulta difícil acompasar [*pace*] adecuadamente la terapia en el caso de los pacientes traumatizados, y de que no siempre se toman en consideración la historia traumática del paciente, su falta de habilidades mentales y su disociación estructural como elementos esenciales en la planificación de un tratamiento por fases.

### ***Diagnósticos***

El diagnóstico puede ayudar a orientar el tratamiento indicando la necesidad de introducir determinadas opciones debidamente comprobadas, incluida la medicación psicotrópica (e.g., Foa, Keane & Friedman, 2000; Freeman & Power, 2005; Nathan & Gorman, 2002). Tenemos instrumentos de evaluación para diagnosticar el TEA [trastorno por estrés agudo] (Bryant & Harvey, 2000), el TEPT [trastorno por estrés postraumático] (e.g., Blake *et al.*, 1995; Brewin, 2005a; E.B. Carlson, 1997; Stamm, 1996; J.P. Wilson & Keane, 2004), y el TEPT complejo o los trastornos por estrés extremo (Pelcovitz *et al.*, 1997).

También disponemos de instrumentos específicos para investigar y diagnosticar los trastornos disociativos, y los analizaremos en detalle más adelante.

Ahora bien, los pacientes crónicamente traumatizados suelen encajar en muchas categorías diagnósticas, lo cual puede deberse a que las diversas partes disociativas de la personalidad tienen diferentes síntomas prominentes. Por ejemplo, una víctima en calidad de PAN puede parecer que tiene un trastorno por despersonalización, esquizofrenia o depresión mayor, en tanto que una PE [parte emocional de la personalidad] manifiesta síntomas de un trastorno por angustia, y otra PE satisface los criterios del trastorno por déficit de atención con hiperactividad o de un trastorno de alimentación. Los terapeutas pueden confundirse fácilmente a la hora de priorizar los diagnósticos, respecto de si seguir el protocolo de tratamiento para un único diagnóstico o si combinar los protocolos con objeto de ajustarse a una serie de diagnósticos. Así pues, los profesionales deben ser capaces de *integrar* una variedad de directrices para poder tratar eficazmente los complejos problemas de cada paciente.

### ***Derivación para medicación o evaluación (neuro)psicológica***

Si un paciente tiene síntomas que pueden ser tratados con fármacos psicotrópicos, debe ser derivado para una evaluación y un posible tratamiento adicional junto con la terapia. Pero en primer lugar, el terapeuta debe analizar las creencias del paciente y sus experiencias respecto de medicaciones anteriores, para determinar si se debe hacer alguna labor terapéutica en relación con las reticencias a tomar medicación. Además, dado que los pacientes crónicamente traumatizados pueden estar sobremedicados por psiquiatras poco informados, es esencial que los pacientes de tales características vean a un psiquiatra que esté familiarizado con las complejidades psicofisiológicas asociadas a la traumatización y que esté dispuesto a colaborar de buen grado con el terapeuta principal.

Si la presentación del paciente es muy inusual, compleja o desconcertante, o si aparecen graves perturbaciones cognitivas y de

memoria, estarían indicadas las pruebas neuro(psico)lógicas (Brand, Armstrong & Loewenstein, 1996). El papel de los déficits neurológicos jamás se debe subestimar en el caso de los pacientes traumatizados, que eventualmente han sufrido lesiones craneales, malnutrición, consumo frecuente de drogas y demás experiencias que podrían contribuir a crear daños cerebrales.

Las pruebas psicológicas de amplio espectro, incluida la aplicación del “inventario multifásico de personalidad de Minnesota-2” (MMPI-2), el “inventario clínico multiaxial de Millon” (MCMI-II) o el “listado de síntomas” (SCL-90), pueden ayudar a identificar el nivel mental general del paciente y podrían clarificar el papel que desempeñan las defensas sociales persistentes, los conflictos intrapsíquicos y las fobias relacionadas con el trauma en las dificultades que presenta el paciente (véase Briere, 2004, para una visión de conjunto). Pero es preciso señalar que en los pacientes muy disociativos, los resultados de los tests pueden ser contradictorios, dependiendo de qué parte(s) de la personalidad interviene(n) y de si las partes disociativas inhiben las respuestas sinceras.

En resumen, cabe sospechar una disociación estructural, y no deja de ser más que una sospecha, cuando el paciente habla de síntomas aparentemente disociativos, presenta fenómenos verbales y no verbales que podrían ser manifestaciones de una disociación estructural, refiere o alude a una historia de acontecimientos extremadamente estresantes, tiene un historial desconcertante que incluye muchos diagnósticos diferentes y tratamientos fallidos, y tiene ya no solamente una sin más, sino una notable combinación de estas distintas características.

## **Fase 2: Evaluación de los síntomas y trastornos relacionados con el trauma**

La siguiente fase de la evaluación implica un análisis más detallado de los síntomas y trastornos del paciente que pudieran estar relacionados con la traumatización. El primer paso consiste en elaborar

una historia de acontecimientos potencialmente traumáticos en la vida del paciente.

### ***Evaluación del historial traumático***

La evaluación general puede despertar fuertes sospechas respecto de la posible presencia de una disociación estructural; por ejemplo, reviviscencias persistentes, ausencias [*lost time*], conductas que se olvidan, o síntomas schneiderianos de primer orden. De ser así, se debe proceder a una evaluación más específica y detallada de los síntomas relacionados con el trauma. Existen una serie de recursos excelentes en relación con la evaluación clínica de las personas traumatizadas (e.g., S.N. Allen, 1994; Bartlett, 1996; Brand *et al.*, 2006; Briere, 1997; Briere & Spinazzola, 2005; E.B. Carlson, 1997; Chu, 1998a; Courtois, 1999, 2004; Loewenstein, 1991a; McCann & Pearlman, 1990; Newman, Kaloupek & Keane, 1996; Steinberg, 1995; J.P. Wilson & Keane, 2004).

Utilizamos el “listado de experiencias traumáticas” (TEC) porque este instrumento autoaplicable tiene unas buenas características psicométricas, no es demasiado confrontador para la mayoría de las víctimas, puede rellenarse en aproximadamente unos 20 minutos, e indaga alrededor de 29 tipos de sucesos potencialmente traumáticos (Nijenhuis, Van der Hart & Kruger, 2002). También disponemos de otra serie de instrumentos (cf., Carlson, 1997; Courtois, 1999; Ohan, Myers & Collet, 2002; Stamm, 1996; J.P. Wilson & Keane, 2004), tales como la “evaluación de los estresores vitales” (Krinley, Gallagher, Weathers, Kaloupek & Vielhauer, 1997) y la “evaluación de experiencias traumáticas para adultos” (Resnick, 1996). Sin salirse de los límites del nivel mental del paciente, el terapeuta debe indagar sobre los malos tratos, el abandono emocional, intervenciones médicas traumáticas y los miedos asociados al abandono (físico) y la muerte, pérdidas y duelos traumáticos, y alteraciones graves y tempranas al nivel de la vinculación. Si el paciente ha sufrido experiencias de tales características, debería introducirse una evaluación adicional del impacto de estos acontecimientos con el tiempo.



La evaluación del historial traumático, aunque pueda ser estresante, es valorada por la mayoría de los pacientes y es provechosa para los terapeutas (Walker, Newman, Koss & Bernstein, 1997). Pero puede favorecer la aparición de recuerdos y sentimientos que el paciente prefiere evitar o que podrían generar una disminución más o menos seria de la eficiencia mental, conduciendo así a las tendencias de acción de nivel inferior (cf., Courtois, 1999). Los terapeutas deben prever que las diversas partes disociativas de la persona traumatizada pueden tener reacciones absolutamente diferentes ante las preguntas sobre la traumatización del pasado, y que tan sólo una pequeña porción de estas reacciones puede ser evidente durante la sesión. Un paciente disociativo puede tener una gran dificultad en marcarse una velocidad adecuada debido a la disociación estructural y la carencia grave de eficiencia mental. Por ejemplo, en calidad de PAN impersonal un paciente puede referir experiencias traumáticas detalladas en la sesión y salir aparentemente tranquilo y con los pies en tierra, y más tarde autolesionarse o intentar suicidarse porque otras partes de la personalidad se sintieron desbordadas por los recuerdos traumáticos.

Los mismos problemas de reacciones inesperadas también pueden tener lugar durante la evaluación de la disociación estructural (que se analiza más abajo). Los pacientes disociativos pueden venir a terapia con la experiencia de que hablar de los síntomas disociativos puede provocar dichos síntomas. Esta experiencia puede volverles aprensivos y por ende limitar su eficiencia mental, lo que dificulta su capacidad de controlar los sentimientos y los recuerdos suscitados por la evaluación de la disociación estructural. Puede que les dé miedo o vergüenza admitir síntomas “raros” tales como comportarse como un niño, oír voces, agazaparse dentro de un ropero, o hacer movimientos extraños. Puede que sean reticentes a hablar de síntomas que pudieran tacharles de “locos” o “malos”. Así, puede que un paciente no refiera ni admita inicialmente una historia de abusos sexuales o maltrato físico, o experiencias tales como oír voces, ausencias [*losing time*], autolesiones, impulsividad [*acting out*] sexual, o abuso de sustancias. Muchos pacientes con trastornos disociativos

complejos tratarán de ocultar sus partes disociativas en las fases iniciales de la evaluación y la terapia (e.g., Kluft, 1987b). Pueden presentarse como una parte disociativa única que sufre síntomas intrusivos, pero no son conscientes [de] o niegan que la disociación estructural de su personalidad sea el problema subyacente. Y algunas partes disociativas pueden ser tan sólo vagamente conscientes, o incluso completamente inconscientes del pasado traumático, dado que el recuerdo [*memory*] y la vivencia [*experience*] no van unidos en las personas traumatizadas.

### ***Instrumentos para evaluar los síntomas disociativos***

Cuando existen indicios de disociación estructural (i.e., síntomas disociativos), el siguiente paso consiste en aplicar instrumentos sobre la base de la información brindada por el propio sujeto [*self-report*] que valoren la gravedad de los síntomas disociativos psicomorfos y somatomorfos, o que indaguen la presencia de un trastorno disociativo. Estos instrumentos miden síntomas tanto de disociación estructural como de alteraciones de conciencia. Por ejemplo, el “inventario multidimensional de disociación” (MID; Dell, 2002, 2006; Somer & Dell, 2005) es una medida de la disociación patológica sobre la base de la información brindada por el sujeto, que consta de varias escalas y 168 ítems y es de gran calidad psicométrica. La “escala de experiencias disociativas” (DES; Bernstein & Putnam, 1986; E.B. Carlson & Putnam, 1993) valora la gravedad de los síntomas disociativos y las alteraciones patológicas de conciencia. Se ha sugerido un corte de 30 en la DES para la detección de los trastornos disociativos del DSM-IV (E.B. Carlson *et al.*, 1993). Van IJzendoorn y Schuengel (1996) presentaron un importante metaanálisis de la DES, que incluye una indicación de las puntuaciones promedio en relación con diferentes categorías diagnósticas. La DES-*Taxon* [grupo taxonómico] (DES-T; Waller, Carlson & Putnam, 1993) incluye ocho ítems extraídos de la DES que podrían indicar la presencia de disociación estructural mejor que la DES. El “cuestionario de disociación somatomorfa” (SDQ-20/SDQ-5; Nijenhuis, Spinhoven, Van Dyck, Van der Hart &

Vanderlinden, 1996, 1997, 1998a) evalúa la gravedad de los síntomas somatomorfos de disociación estructural. En Nijenhuis (2004) aparecen las puntuaciones promedio en relación con una gama de diferentes trastornos mentales. El SDQ-5 es un instrumento para la detección de los trastornos disociativos del DSM-IV. La puntuación de corte es de ocho. Las puntuaciones de la DES y del SDQ-5 en sus respectivos valores de corte predicen correctamente la presencia de un trastorno disociativo del DSM-IV en alrededor del 30 al 45 % de los pacientes psiquiátricos externos.

Cuanto más alta sea la puntuación en estos instrumentos, más probable es que el paciente sufra un trastorno disociativo del DSM-IV. Pero a veces la disociación estructural es un hecho aunque las puntuaciones están por debajo de los valores de corte, lo que por lo común se suele deber a la falta de conciencia [*lack of awareness*, el desconocimiento] o la negación de los síntomas disociativos por parte de la PAN. En estos casos los fenómenos disociativos pueden ser evidentes clínicamente, o bien quedar patentes únicamente después de una observación clínica más detenida.

Cabe considerar que los grupos de síntomas de la “entrevista estructurada para la detección de trastornos por estrés extremo” (SIDES, Pelcovitz *et al.*, 1997) pueden tener una base disociativa (véase el capítulo 6; Van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2005).

### ***Entrevista sistemática para la detección de la disociación estructural***

Entrevistas detalladas, como la adaptación del examen del estado mental (Loewenstein, 1991a), y entrevistas estructuradas, tales como la “entrevista clínica estructurada para la identificación de los trastornos disociativos del DSM-IV, versión revisada” (SCID-D-R; Steinberg, 1995, 2000) o la “guía de entrevista para la detección de trastornos disociativos” (DDIS; C.A. Ross, 1989; Ross *et al.*, 1989) son esenciales para la evaluación de los trastornos disociativos del DSM-IV. Pero el terapeuta no debe perder de vista que la disociación estructural también puede estar presente en otra serie de trastornos,

incluido el TLP [trastorno límite de la personalidad], el TEPT y los trastornos disociativo somatomorfos (véase el capítulo 6).

De forma pausada y gradual el paciente debe ser interrogado respecto de la posible presencia de episodios de amnesia, fuga, despersonalización, desrealización, confusión de la identidad, alteración de la identidad, síntomas schneiderianos (analizados en los capítulos 5 y 6), y demás experiencias subjetivas que podrían indicar la presencia de disociación (Sociedad Internacional para el Estudio de la Disociación, 2005; Loewenstein, 1991; Ross, 1989; Steinberg, 1995). Adicionalmente, se indaga sobre la presencia de posibles alteraciones normales y patológicas de la conciencia (Steele, Dorahy, Van der Hart & Nijenhuis, en prensa). El paciente es alentado a dar ejemplos de posibles vivencias disociativas. Tales experiencias deben diferenciarse claramente de las alteraciones graves de conciencia y demás fenómenos que tengan una causa subyacente diferente. Por ejemplo, los recuerdos vagos o las lagunas de memoria pueden deberse a alteraciones generalizadas de la conciencia, a una disociación estructural, o ambas cosas.

Preguntarle al paciente en calidad de PAN acerca de los síntomas disociativos y posibles sucesos traumáticos tiende a reactivar las partes emocionales (PEs), de modo que es esencial sopesar la velocidad [*pacing*, no ir demasiado rápido]. La evaluación puede sacar a la luz conflictos entre distintas partes de la personalidad del paciente. Por ejemplo, la víctima en calidad de PAN puede querer facilitar información con el objetivo de recibir ayuda, pero una PE lo prohíbe internamente con el objetivo de permanecer a salvo no diciendo nada. Otras veces, una PE “infantil” querrá comunicar recuerdos con el objetivo de recibir cariño y protección, pero la PAN esquiva y elimina esta parte de la personalidad con el objetivo de evitar el apego y los sentimientos conflictivos asociados a la vinculación. El terapeuta debe tener en cuenta que tales conflictos son habituales durante la entrevista e indagar la presencia de posibles signos que apunten en esta dirección, tales como vacilaciones en el habla, inserción o extracción [robo] del pensamiento, quedarse en blanco, cambios bruscos de tema o pérdida del contacto ocular. Si bien el

terapeuta debe tomar nota de estos fenómenos y saber manejarlos cuando hacen acto de presencia durante esta segunda fase de la evaluación, habitualmente lo mejor suele ser que permanezca concentrado en entrevistar a la parte disociativa del paciente que esté presente en ese momento. El análisis en profundidad de las partes disociativas generalmente se debe postponer a la tercera fase de la evaluación.

En la medida de lo posible, el terapeuta determina qué partes disociativas desempeñan funciones de primera magnitud en la vida cotidiana, y cuáles interfieren en el día a día, tales como las PEs infantiles, persecutorias o atacantes. En los casos muy complejos, no es inhabitual que hagan falta muchos meses o años antes de poder conocer la totalidad de la organización disociativa del paciente. Además, esta misma organización puede cambiar a lo largo del tiempo con o sin conocimiento del paciente, lo que indica la necesidad de evaluar continuamente la disociación estructural.

La distinción entre la PAN y la PE es importante dado que una de las prioridades del tratamiento consiste en fortalecer las PANs y reducir la intrusión de las PEs, sin dejar de reconocer su existencia. La información esencial respecto de las partes disociativas necesaria para que el tratamiento sea eficaz, incluye el conocimiento de sus acciones mentales (e.g., percepciones, sentimientos, recuerdos, fantasías) y sus acciones conductuales, los sistemas de acción por los cuales están mediatizadas [determinadas], los estímulos condicionados que las (re)activan, y su nivel de funcionamiento mental.

Probablemente, la evaluación más difícil sea la de que aquellos pacientes que se presentan con unas partes disociativas que parecen incluir un mezcla de características PAN y PE. Tales partes disociativas suelen ser generalmente disfuncionales y estar movidas principalmente por el miedo. Sus defensas conductuales y sociales y sus fobias relacionadas con el trauma son omnipresentes. La seguridad interna y externa se convierte en el objetivo inmediato del tratamiento con tales pacientes, y el hecho de comprender y empatizar con esta intensa necesidad de seguridad puede reducir el fracaso terapéutico.

## ***Comunicación del diagnóstico***

Muchos pacientes ya vienen con una sensación de estigma y de ser “diferentes” o de estar “locos”. Ponerles etiquetas psiquiátricas a sus problemas puede desbordarles o estigmatizarles todavía más e incluso precipitar el abandono de la terapia. Así pues, los resultados de la evaluación y del diagnóstico deben ser comunicados al paciente de la manera más oportuna [*timely*] y respetuosa, a un ritmo [*pace*] que el paciente pueda tolerar. El terapeuta debe ser honesto y directo en relación con el diagnóstico y con lo que la evaluación haya podido sacar a la luz respecto del paciente, incluidos sus puntos fuertes y sus limitaciones o sus déficits (Ogden *et al.*, 2006). Todo ello en un lenguaje que el paciente pueda aceptar y que pueda sentir que tiene que ver con él.

El paciente únicamente puede otorgar su pleno consentimiento informado si el terapeuta le ayuda a aceptar y comprender el trastorno y el plan de tratamiento. El terapeuta debe brindar el apoyo educacional y emocional a un ritmo que se corresponda con el nivel de tendencias de acción al que el paciente puede acceder. Cuando el paciente se siente aceptado, apoyado y comprendido por el terapeuta, estará más inclinado a embarcarse en la exigente empresa de la terapia. El hecho de compartir la información respecto del diagnóstico y las bases del tratamiento debe conducir al terapeuta y al paciente a debatir: (1) los problemas identificados, y su posible base en la disociación estructural relacionada con la traumatización; (2) los puntos fuertes y los puntos débiles del paciente; (3) la mejor forma de trabajar juntos, paciente y terapeuta, a la manera de un “equipo terapéutico” con objeto de solucionar los problemas identificados; y (4) cómo podrían trabajar las distintas partes disociativas entre sí y con el terapeuta.

Unos pocos pacientes disociativos corren el riesgo de descompensarse cuando reciben el diagnóstico, aunque el diagnóstico sea comunicado debidamente. Sus fobias a los recuerdos traumáticos, a las partes disociativas y a las acciones mentales derivadas del trauma tienden a ser tan fuertes, y su nivel mental tan bajo, que puede

que sean incapaces de tolerar el hecho de saber conscientemente que tienen un trastorno de origen traumático. Por otro lado, negarse a facilitar información sobre el diagnóstico tampoco es útil en el caso del paciente que está tratando de comprender y de encontrarle un sentido a unos síntomas tan complejos y perturbadores. A pesar de las limitaciones en su capacidad de integración, con la ayuda adecuada del terapeuta el paciente puede encontrar las fuerzas necesarias para tomar conciencia gradualmente de la naturaleza del diagnóstico.

### **Fase 3: Análisis sistemático de la estructura y funcionamiento de la personalidad y de la historia del paciente**

La evaluación de las partes disociativas del paciente y de sus respectivas acciones supone una labor terapéutica constante, sobre todo con pacientes que presentan niveles complejos de disociación estructural. La organización estructural y dinámica entre las partes disociativas, y sus respectivas funciones y limitaciones, deben evaluarse de manera sistemática. Con este fin, el terapeuta debe emprender tres tipos de análisis continuados e interrelacionados: un análisis estructural, un análisis funcional y un análisis histórico.

#### ***Análisis de la estructura de personalidad del paciente***

El tratamiento eficaz requiere una evaluación en profundidad de la estructura de la personalidad del paciente. Así pues, terapeuta y paciente analizan colaboradoramente la presencia de partes disociativas y sus características nucleares, pero únicamente cuando el paciente está preparado para ello. Los componentes del análisis estructural incluyen: (1) evaluación del grado de emancipación (de separación y autonomía real o subjetiva respecto de la influencia de otras partes disociativas) y de elaboración de las distintas partes; (2) evaluación de los objetivos de las diversas partes y del paciente toma-

do en su totalidad; (3) los (sub)sistemas y modalidades de acción que mediatizan [determinan] las diversas partes; (4) el nivel mental general de las diversas partes y del paciente tomado en su totalidad; y (5) las tendencias de acción que el paciente puede y no puede emprender; y qué acciones son preferidas por el paciente.

**Nivel mental.** El nivel mental del paciente depende de su grado general de *energía mental* y *eficiencia mental*, y de la relación dinámica entre una y otra. La calidad general de las acciones del paciente debe valorarse como una manifestación de su nivel mental: ¿en qué medida es capaz de iniciar, desarrollar y terminar acciones intencionada y conscientemente? Cuanto más bajo sea su nivel mental, más recurrirá el paciente (o una determinada parte disociativa en particular) a acciones sustitutivas o desadaptativas, y más reflejo que reflexivo será a nivel de pensamiento y de conducta. La cuestión esencial es que los terapeutas dilucidan si es la energía mental o la eficiencia mental lo que hay que elevar, o una combinación de una y otra, dado que los enfoques de tratamiento son diferentes (véase el capítulo 12). Por ejemplo, Mary estaba extraordinariamente deprimida, le costaba salir de la cama y se pasaba las horas muertas sentada sin más y mirando fijamente a la pared. Su energía mental era demasiado baja y el terapeuta introdujo algunas estrategias para mejorar la depresión, con medicación y terapia cognitiva. Por su parte, Joseph era hipomaniaco, no podía conciliar el sueño, perdía el hilo de sus pensamientos y bebía en exceso. Tenía demasiada energía mental para su bajo nivel de eficiencia mental, y en razón de ello el terapeuta intervino con objeto de elevar su eficiencia mental en base a que dejara de beber, instaurando una medicación y alentándole a seguir una rutina programada. Muchos tratamientos fallidos pueden deberse a una insuficiente identificación de los problemas relacionados con estos distintos aspectos del nivel mental.

Los pacientes crónicamente traumatizados suelen tener fuertes oscilaciones en el nivel mental, dependiendo de las áreas específicas de funcionamiento. Por ejemplo, un paciente puede ser excelente en el trabajo, pero ser incapaz de desenvolverse en casa. Así pues, se



valora el nivel mental del paciente en situaciones específicas, así como el nivel mental de las distintas PANs y PEs.

**Habilidades.** Las habilidades incluyen la capacidad de emprender el nivel de acción apropiado dentro de la jerarquía de tendencias de acción. Como señalamos más arriba, muchas de las personas traumatizadas jamás aprendieron las oportunas habilidades mentales, relacionales y demás habilidades vitales. Las habilidades esenciales incluyen la capacidad de: (1) regular las tendencias de acción (afectos e impulsos), incluida la capacidad de afrontar el estrés, de auto-tranquilizarse y de buscar el consuelo y el apoyo oportunos, y la regulación de las emociones sociales tales como el autodesprecio, la vergüenza y la culpa; (2) tolerar la soledad; (3) verbalizar en lugar de pasar impulsivamente a la acción; (4) vivir en el presente (conciencia atenta [*mindfulness*] y presentificación); (5) empatizar con nosotros mismos y con los demás; (6) tener relaciones sociales [relacionarse] y relaciones estrechas [intimar] con otras personas; (7) distinguir entre la realidad interna y la realidad externa; por ejemplo, darse cuenta de que sentir agresividad es diferente de traducirla impulsivamente en un acto concreto, o de que las reviviscencias internas de las experiencias traumáticas no están teniendo lugar en la realidad; (8) percibir correctamente el contexto y la realidad actual, distinguir el pasado y el futuro del presente; y (9) percibir y comprender correctamente las motivaciones y las intenciones de los demás y de nosotros mismos (i.e., mentalización). Es preciso evaluar los puntos fuertes y los puntos débiles generales del paciente en todas estas áreas, reconociendo que es probable que unas partes disociativas tengan más habilidades que otras.

El análisis estructural describe, pues, las diferentes partes disociativas que incluye la [personalidad de la] víctima traumatizada, así como las características y las habilidades esenciales [de las distintas partes]. Este análisis constituye un paso necesario para comprender que estas partes disociativas operan a la manera de un sistema complejo a nivel de personalidad, tanto en general como en situaciones específicas.

### ***Análisis del funcionamiento de la personalidad del paciente***

A continuación se valora el funcionamiento del sistema de la personalidad del paciente en su totalidad. El terapeuta analiza cómo trata generalmente el paciente de realizar sus objetivos, cuán efectivos son estos esfuerzos, y cuán adaptativos pueden ser estos objetivos. Es esencial determinar en qué áreas funciona bien el paciente (i.e., áreas que están relativamente libres de las trabas de las experiencias traumáticas y de los déficits a nivel de habilidades), y en qué áreas el funcionamiento de la víctima traumatizada se muestra alterado (Ogden *et al.*, 2006). Es asimismo esencial determinar si por regla general el funcionamiento del paciente en el ámbito de la vida cotidiana suele estar alterado debido a la presencia de serios déficits de habilidades, de un bajo nivel mental, o de graves conflictos internos entre las distintas partes disociativas, o bien se muestra alterado exclusivamente en determinadas áreas en particular de la vida.

El terapeuta evalúa el nivel de desarrollo de los distintos sistemas de acción y cuán adaptativo es el paciente (o la parte disociativa en cuestión) cuando se activa cada uno de dichos sistemas. El terapeuta analiza qué sistemas de acción son fácilmente accesibles y funcionan con normalidad, y cuáles están infraactivados o sobreactivados y funcionan anormalmente. Por ejemplo, un paciente puede estudiar en exceso (sistema responsable de la exploración), pero dormir demasiado poco (gestión de la energía), porque el estudiar le brinda unas satisfacciones externas y un refugio seguro en relación con sensaciones corporales que podrían reactivar recuerdos traumáticos y pesadillas.

El terapeuta puede así determinar el grado de coordinación de los diversos sistemas de acción, dado que ello sería indicativo del grado de integración (o desintegración). Es decir, ello habla de cómo se relacionan entre sí las distintas partes. ¿Colaboran o compiten entre sí por regla general? ¿Cuál es el grado de conflicto entre las distintas partes? ¿Cuáles son sus conflictos principales? ¿Se da el caso de que dos o más partes coinciden en un objetivo determinado (e.g., la seguridad), pero difieren en la forma de alcanzarlo? ¿Cuál es su nivel de

conocimiento [*awareness*], empatía, antipatía, colaboración y negociación cognitiva y emocional mutua? ¿Qué elementos psicodinámicos pueden estar implicados? ¿Qué factores generales inducen un cambio repentino [*switching*] de una parte a otra? ¿Qué acciones sustitutivas mantienen la disociación estructural?

El terapeuta también tiene que comprender cómo funciona el paciente (y las distintas partes disociativas) en determinadas situaciones en particular. El terapeuta debe detallar el tipo de tendencias de acción que emprende el paciente en situaciones importantes específicas (e.g., en las relaciones, en el trabajo) y cuán adaptativas son dichas tendencias de acción. El terapeuta analiza algunas situaciones particulares en las que la víctima traumatizada emprende acciones sintomáticas, incluidas las alteraciones patológicas de la conciencia, experiencias que están demasiado alto o demasiado bajo en la jerarquía de los grados de realidad; la hipoactivación y la hiperactivación fisiológica; y demás acciones mentales y conductuales sustitutivas tales como el abuso de sustancias, autolesiones, o fantasías y creencias desadaptativas.

De esta forma, el terapeuta empieza a comprender cómo tratan de alcanzar sus objetivos respectivos en determinadas situaciones específicas las distintas partes disociativas, y cuán adaptativas son a la hora de abordar la situación, lo que sería indicativo de su nivel mental. El terapeuta también puede identificar los estímulos condicionados que activan estas reacciones en una situación dada, los objetivos que las distintas partes pretenden alcanzar, y las consecuencias de sus (re)acciones, tales como el reforzamiento positivo o negativo, o el castigo (analizados en detalle en el capítulo 10). Tales análisis deben centrarse igualmente en la *calidad* de las acciones:

Una paciente, Sandra, con un TDNE [trastorno disociativo no especificado] le habló a su terapeuta de que tuvo una reacción desagradable cuando un compañero de trabajo se le acercó por detrás e inesperadamente le dio una palmada en la espalda. Sandra se quedó paralizada, pero no entendía por qué y se sintió tonta por tener semejante reacción, dado que conscientemente no sentía ningún miedo y le agradó el gesto. Examinándolo más detenidamente, quedó de manifiesto

que una PE lo encontraba [el gesto] absolutamente aterrador, evocando en ella el miedo a los abusos sexuales por parte de un agresor que solía acercársele por la espalda.

### ***Análisis de la historia del paciente***

El terapeuta tiene que saber no sólo el contenido de la historia del paciente, sino cómo fueron surgiendo determinadas tendencias de acción en particular durante el transcurso del desarrollo individual. Muchas de las acciones actuales del paciente están fuertemente influenciadas por su historia:

Un paciente, John, con un TDNE viene voluntariamente a terapia, pero se muestra inquieto durante las sesiones. El terapeuta observa a una PAN exhausta y desmoralizada que oye una voz enfadada dentro de su cabeza que le dice que se vaya y le amenaza con hacerle daño en el caso de que no lo haga. Más adelante en la terapia, queda claro que la parte enfadada no quiere sentirse apegado ni dependiente del terapeuta porque esta parte tiene miedo de que vuelvan a hacerle daño. El conflicto interno entre la PAN y la PE enfadada explica el desasosiego de la PAN. El terapeuta se entera de que en calidad de PAN John ha sido capaz de afrontar la vida cotidiana en su mayor parte, pero sufre intrusiones. La PAN ha quedado condicionada a evitar los recuerdos traumáticos y las PEs asociadas porque ello reduce el miedo de John a tomar conciencia de estos aspectos de sí mismo. Sin embargo, la constante evitación mental de John en calidad de PAN ha requerido mucho esfuerzo y ha agotado su energía mental. Cuanto más se agotaba John en calidad de PAN, más sufría esta parte disociativa las intrusiones de las PEs a través de *flashbacks* y de voces interiores. Finalmente, John en calidad de PAN fue incapaz de seguir adelante con su vida diaria normal debido a las intrusiones recurrentes y al agotamiento. Era incapaz de rendir en el trabajo, lo que condujo a una pérdida significativa de satisfacciones materiales, sociales y emocionales. Estas pérdidas generaron una frustración enorme y redujeron significativamente la eficiencia mental de John. El terapeuta también se entera de que determinadas situaciones específicas hacían de desencadenantes. En el trabajo, su jefe le recordaba a su agresor y hacía las veces de estímulo condicionado que activaba una PE aterrada. Cuando John estaba solo en casa, tendía a escuchar una voz crítica, enfadada,

que le decía que se autolesionara. Esta era una reacción al hecho de sentirse solo y desbordado cuando John en calidad de PAN ya no tenía la estimulación del día para distraerse. El terapeuta pudo así seleccionar algunas intervenciones para abordar estas dos situaciones problemáticas específicas.

Este tipo de análisis detallado sugiere varias medidas terapéuticas. Por ejemplo, indica que inicialmente lo mejor es ayudar a John en calidad de PAN a evitar las intrusiones más eficazmente, de manera que su nivel mental pueda aumentar. También pone de manifiesto que el nivel mental de John es demasiado bajo como para llevar a cabo acciones integradoras, tales como reconocer la existencia de las PEs o comunicarse con ellas, cuanto menos integrar los recuerdos traumáticos. Este análisis indica que algunas de las PEs necesitan urgentemente recibir ayuda para sentirse más seguras, lo que podría reducir las acciones sustitutivas, en tanto que otras necesitan intervenciones relacionadas con la vinculación a fin de abordar los miedos y las resistencias a la dependencia y el apego.

### ***Análisis de las fobias relacionadas con el trauma***

Las fobias son un punto de mira fundamental dentro del tratamiento. El terapeuta puede empezar ya durante la evaluación a indagar con tacto de qué tiene miedo el paciente o qué es lo que le preocupa. Por ejemplo, ¿qué teme el paciente en calidad de PAN que pueda suceder en el caso de sentir una determinada emoción en particular o de tener un determinado pensamiento, de permitir que una parte disociativa sea reconocida como tal, o bien de facilitar determinada información al terapeuta? En el caso de que llegara a sentir apego por alguien, ¿qué es lo que le preocupa al paciente (o a una determinada parte disociativa en particular)? Gradualmente resulta cada vez más evidente para el terapeuta y el paciente qué sentimientos intolerables, creencias desadaptativas, y efectos del condicionamiento (clásico, operante y valorativo) están en juego, qué habilidades es preciso desarrollar, y de qué forma se podrían superar [dejar atrás] las

estrategias de evitación en relación con estas fobias dentro de los márgenes del nivel mental del paciente.

Esta evaluación pondrá a menudo al descubierto que la constante ausencia de consciencia respecto de las fobias relacionadas con el trauma contribuye a explicar las dificultades de la víctima a la hora de emprender una terapia con éxito. Las “resistencias” en la terapia se pueden entender como las estrategias desadaptativas de evitación y huida por parte del paciente traumatizado. Dichas estrategias incluyen ya no sólo la defensa física en el caso de algunas PEs, sino defensas sociales prominentes y fobias relacionadas con el trauma en prácticamente todas las partes disociativas, dado que las relaciones, el abandono, el rechazo y las vivencias internas pueden ser amenazantes y abrumadoras.

El terapeuta debe tratar de comprender cuanto antes qué fobias están presentes en las diversas partes disociativas de la personalidad. Esta comprensión orientará el tratamiento en gran medida. Por ejemplo, una paciente en calidad de PE decía una y otra vez: “Me encantan los perros. Quiero irme con mi perro”. Esta fijación a los perros suponía una retracción extrema de su campo de conciencia a los momentos en que de niña se sentía segura y querida por su perro dentro de un hogar extraordinariamente perturbado. Pero el focalizar la atención en el perro también la ayudaba a evitar recuerdos dolorosos de rechazo y abandono. Le impedían apegarse al terapeuta en el momento actual y tomar conciencia de su miedo generalizado al apego y de su evitación extrema de la gente.

Cuando la víctima no puede evitar los estímulos fóbicos, pueden activarse emociones violentas. El terapeuta determina cuándo es probable que un paciente regrese a estas acciones sustitutivas (e.g., en caso de abandono o rechazo, soledad, frustración, pérdida). El terapeuta debe distinguir entre las emociones violentas y las *emociones adaptativas intensas*, i.e., los sentimientos vivenciados dentro de los márgenes de un nivel mental adecuado, expresados reflexivamente de formas relacionalmente apropiadas, que le ayudan al paciente a vivir mejor y le proporcionan un alivio duradero y no meramente transitorio (cf., McCoullough *et al.*, 2003). Los sentimientos adaptativos,

aun en el caso de que sean intensos, suelen implicar la autorreflexión respecto de qué estamos sintiendo y por qué, incluyen percepciones y predicciones relativamente correctas basadas en el presente, y suponen un control mucho mayor sobre las reacciones reflejas.

### ***Análisis del entorno social del paciente***

El medio social del paciente debe ser exhaustivamente evaluado, dado que ejerce un impacto fundamental sobre su funcionamiento. Se abre inicialmente una historia psicosocial como parte de la evaluación general, incluido el funcionamiento de la familia de origen u otro marco diferente en el que creció el paciente, sus vivencias en la escuela y con sus iguales, sus relaciones sentimentales en la adolescencia y la adultez joven, su sistema de apoyo actual, y los servicios clínicos por los que ha pasado anteriormente. El análisis adicional incluye cómo se ve afectado el paciente por su medio social actual y cómo le afecta él a su vez a dicho medio [las influencias recíprocas entre el paciente y su medio social en el presente]. Es crucial para la planificación del tratamiento saber cómo responden [reaccionan] las personas significativas [del entorno] a los síntomas y las conductas del paciente. Por ejemplo, ¿en qué medida apoyan, descalifican o se muestran indiferentes? ¿Refuerzan intencionada o inadvertidamente las acciones sintomáticas del paciente? ¿Suponen una amenaza para la seguridad del paciente? ¿Podrían tener algún motivo para interferir en los cambios que el tratamiento pudiera acarrear? De haber otros profesionales trabajando con el paciente, ¿cómo se relacionan con él y qué papel desempeñan en su tratamiento? En el caso de que el paciente dé su consentimiento informado para ello, puede ser útil invitar a su pareja o alguna otra persona que le brinde apoyo a una sesión con la víctima traumatizada y observar cómo se relaciona con las personas más cercanas. Los planes de tratamiento sólidos incorporan al tratamiento, de ser posible, el uso útil del sistema de apoyo del paciente. Los pacientes deben revisar profundamente [reformular de arriba a abajo] su entorno social cuando las personas importantes son maltratadores o inaccesibles emocionalmente. Este cambio cons-

tituye una de las primeras preocupaciones del tratamiento en muchos casos, y lo habitual es que sea una labor continua.

El terapeuta analiza la relación del paciente con sus hijos. En el caso de que se sospeche o sea evidente la existencia de maltrato [malos tratos y/o abusos sexuales] o desamparo [desatención grave], los niños deberán ser evaluados directamente (Braun, 1984; Coons, 1984; Silberg, 1996). Cuando ello sea necesario, el plan de tratamiento incluirá las medidas e intervenciones oportunas con relación a los hijos del paciente.

### **Factores pronósticos y evolución del tratamiento**

Uno de los objetivos de la evaluación es determinar a grandes rasgos un pronóstico y un curso de tratamiento (Kluft, 1993a, 1993b). Ahora bien, a veces la capacidad que tiene el paciente de cambiar no queda clara hasta bien entrada la terapia, dado que ello depende de elevar el nivel mental, lo que puede ser una tarea difícil y prolongada. Existen unos criterios básicos que el paciente debe satisfacer para que sea factible la terapia en régimen externo, incluida la seguridad sentida dentro de las sesiones, la capacidad de asistir a las sesiones con regularidad y de pagar los honorarios, una capacidad mínima de comprometerse en una relación con el terapeuta, y la ausencia de una psicopatía seria que podría indicar la conveniencia de un tratamiento en régimen interno. Es prácticamente imposible realizar ningún tratamiento eficaz con pacientes que siguen viviendo o continúan atrapados en una relación tormentosa con sus agresores o con una pareja que les maltrata; pero en cualquier caso habitualmente las relaciones del paciente están muy lejos de ser sanas y suelen constituir uno de los objetivos del tratamiento.

La bibliografía clínica sobre el tratamiento de los trastornos disociativos complejos distingue tres subgrupos de pacientes a nivel pronóstico (Boon, 1997; Chu, 1998a; Horevitz & Loewenstein, 1994; Kluft, 1994b, 1997, 1999; Van der Hart, Van der Kolk & Boon, 1998). Obviamente, los pacientes pueden desplazarse de una categoría a



otra durante el transcurso de la terapia, dependiendo del éxito del tratamiento. El primer subgrupo lo forman los pacientes que presentan una disociación primaria o secundaria y un alto funcionamiento. Los pacientes de tales características tienen una (o más) PANs muy funcionales [adaptativas] con un considerablemente elevado nivel mental, colaboración y empatía internas, y diversas ventajas [recursos] sociales, educativas y profesionales. La conducta autodestructiva es escasa y los trastornos comórbidos existentes (e.g., depresión) responden bien al tratamiento. Cuanto menos las principales partes disociativas que se desenvuelven en el ámbito de la vida cotidiana tienen un mínimo de habilidades emocionales y relacionales, y las defensas sociales y las fobias relacionadas con el trauma son susceptibles de modificación. El tratamiento suele ser habitualmente más rápido y evolucionar de una forma bastante directa [*straightforward*].

El segundo subgrupo incluye los casos más complicados con unas PANs menos funcionales [adaptativas] o una intrusión mayor de las PEs en los asuntos de la vida cotidiana. El nivel mental está en general por debajo del grupo de alto funcionamiento. Las complicaciones relativas al eje II [DSM-IV], particularmente los trastornos de personalidad límite y por evitación, son frecuentes, junto con afecciones comórbidas serias, tales como trastornos afectivos, trastornos de alimentación y trastornos por abuso de sustancias. En estos pacientes las defensas sociales y las fobias de origen traumático importantes son algo de lo más normal, y sus habilidades emocionales y relacionales son deficitarias. También tienen dificultades en regular una variedad de sistemas de acción, como la gestión de la energía, las relaciones sexuales y el cuidado de otras personas [e.g., los hijos]. El tratamiento es más difícil y prolongado, y suele venir acompañado de crisis e ingresos psiquiátricos. Las reacciones fóbicas a estímulos relacionados con el trauma suelen estar generalmente más rigidificadas y ser más resistentes al cambio.

El tercer subgrupo es mucho más refractario al tratamiento, manifestando eventualmente reacciones terapéuticas negativas persistentes y una dificultad extrema en el ámbito de la vida cotidiana. Las defensas sociales y las fobias relacionadas con el trauma están

profundamente arraigadas, son egosintónicas y susceptibles de modificación únicamente con enorme dificultad y esfuerzo. Tales pacientes presentan el nivel mental más bajo, lo que se traduce en emociones violentas crónicas, impulsividad, y tendencias de acción de nivel persistentemente bajo. Tienden a mostrar una dependencia ingobernable o bien una ausencia casi total de apego al terapeuta (cf., Steele, Van der Hart & Nijenhuis, 2001). Existen alternancias incontroladas entre las PANs y las PEs, lo que provoca que los giros de unas a otras sean rápidos y fáciles. Las PANs y las PEs tienden a ser sadomasoquistas, tanto entre sí como en el ámbito de las relaciones externas. Estos pacientes suelen estar caracterizados por la presencia de alteraciones patológicas persistentes al nivel de la conciencia. Suelen manifestar conductas autodestructivas graves, crónicas e intratables que son sustitutivas de acciones adaptativas de mayor calidad, y presentan con más frecuencia características propias de trastornos psicóticos, trastornos afectivos refractarios y trastornos de personalidad graves. Este subgrupo es el que tiene el pronóstico menos favorable: la mayoría de las veces, el tratamiento debe limitarse a las intervenciones de la fase 1 (Boon, 1997; Van der Hart & Boon, 1997).

## Resumen

Los pacientes traumatizados son evaluados en tres fases. La evaluación clínica estándar constituye el primer paso. En una segunda fase, el terapeuta evalúa los síntomas y trastornos relacionados con el trauma, además de una historia de posibles experiencias traumáticas tales como malos tratos, abandono emocional y pérdidas de vínculos. Los síntomas disociativos se evalúan con la ayuda de una serie de instrumentos sobre la base de la información facilitada por el propio sujeto [*self-report*], pero requieren de una entrevista clínica sistemática para poder diagnosticar un trastorno disociativo. Una tercera fase incluye la evaluación sistemática continua de la estructura disociativa de la personalidad del paciente, de la forma como funciona su personalidad, y de cómo fue evolucionado dicha estructura y funcio-

namiento a lo largo del tiempo. En este esfuerzo conjunto del terapeuta y el paciente, la teoría de la disociación estructural con su énfasis en la psicología de la acción constituye una guía esencial. El recurso a esta teoría permite comprender más claramente las acciones mentales y conductuales del paciente y seleccionarlas como posibles objetivos de intervenciones terapéuticas específicas.

# 12 Fomentar la acción adaptativa: Principios generales del tratamiento

---

*La psicoterapia se irá convirtiendo gradualmente cada vez más en una buena administración de las energías de la mente.*

—Pierre Janet (1937, p. 103)

*Hay que vivir en el presente, y no siempre es útil empezar de cabo a rabo por el pasado con objeto de poder vivir en el presente.*

—Pierre Janet (1937, p. 102)

En este capítulo sentamos los principios del tratamiento por fases sobre la base de la teoría de la disociación estructural y la psicología janetiana de la acción. Cabe incorporar a este modelo intervenciones procedentes de diversas orientaciones teóricas siempre que se comprenda de qué forma ayuda al paciente cada una de dichas medidas a desarrollar acciones mentales y conductuales más adaptativas. Las acciones adaptativas se basan en un nivel mental adecuado (i.e., la suficiente energía y eficiencia mental y la presencia de un equilibrio óptimo entre ambas). Pero las víctimas traumatizadas disponen de un nivel mental que demuestra ser insuficiente para poder integrar

su historia traumática, y que con frecuencia también dificulta el funcionamiento adecuado en el ámbito de la vida cotidiana. Así pues, cabe entender que los principios del tratamiento favorecen una suerte de “economía mental” (Janet, 1919/1925, 1928b, 1932b) en términos del grado de energía y eficiencia mental, y del equilibrio entre ambas requeridos para realizar acciones adaptativas. Del mismo modo que es conveniente hacer un presupuesto equilibrado de cara a tener una estabilidad y una seguridad económica [financiera], tenemos que trabajar con el presupuesto “psicológico” que tengamos al alcance para lograr adaptarnos en la vida cotidiana (cf., Ellenberger, 1970; Janet, 1919/1925; L. Schwartz, 1951). La energía mental debe ser generada [producida], conservada, e invertida sabiamente.

Cada una de las tres fases de la terapia hace hincapié en unos principios económicos específicos. Durante la primera fase del tratamiento, *estabilización y reducción de síntomas*, un objetivo inicial podría ser aumentar la energía mental, lo que a su vez sentará las bases de un segundo objetivo principal, que sería el de mejorar la eficiencia mental. En la fase 2, *tratamiento de los recuerdos traumáticos*, la energía y la eficiencia mental deben ser mantenidas y desarrolladas adicionalmente para que el paciente pueda dar una serie de pasos importantes en dirección a la resolución de su pasado traumático y a la toma de conciencia [*realization*]. En la fase 3, *integración de la personalidad y rehabilitación*, el énfasis de la terapia recae en elevar el nivel mental de manera que el paciente pueda salir bien parado en áreas importantes de la vida normal.

### **Principios generales del tratamiento en términos de economía mental**

Concebir el tratamiento en términos de una economía mental equilibrada puede ser útil para que el terapeuta pueda ayudar a los pacientes a afrontar más adecuadamente la vida cotidiana y a superar su pasado traumático a un ritmo ajustado de forma única a sus

capacidades y necesidades. Algunas personas crónicamente traumatizadas disponen de la suficiente energía mental, pero tienen dificultades en mantener una eficiencia mental adecuada: sus acciones, cuanto menos en algunos ámbitos importantes, tienden a ser desadaptativas. Las personas que se encuentran en fases más avanzadas del derrumbe postraumático tienden a tener problemas de adaptación todavía más graves. Tienen tanto una energía mental *como* una eficiencia mental insuficientes, de manera que se encuentran en un estado crónico de agotamiento y tienen dificultades en desenvolverse dentro del ámbito de la vida cotidiana. El tratamiento variará de acuerdo con el nivel de energía mental y la calidad de la eficiencia mental del paciente, y el equilibrio entre uno y otra. El terapeuta debe evaluar correctamente y a continuación aceptar la economía mental actual de la víctima traumatizada. Si sobrevalora el nivel mental del paciente, puede pedirle emprender acciones mentales y conductuales demasiado difíciles, y en razón de ello desanimarse y sentirse desbordado. Si infravalora el nivel mental del paciente, puede abstenerse de pedirle que emprenda acciones más difíciles que podrían derivar en una mayor integración. Por ejemplo, el terapeuta puede sumarse a la evitación de los recuerdos traumáticos propia de la PAN [parte aparentemente normal de la personalidad].

Al igual que sucede en el ámbito de las finanzas, la economía mental incluye cuatro sencillos principios basados en la interrelación dinámica entre la energía mental y la eficiencia mental: (1) *aumentar los ingresos* (de energía mental y física); (2) *reducir o suprimir los gastos innecesarios* (de energía mental); (3) *reducir y suprimir las deudas*, es decir, liquidar las acciones importantes sin acabar (asuntos emocionales, históricos, relacionales, asociados a la vida cotidiana, etc.) que drenan la energía mental e inhiben el desarrollo de una eficiencia mental superior; y (4) *administrar sabiamente los ingresos (la energía) disponibles* mediante el incremento de la eficiencia mental; es decir, invertir en acciones más adaptativas y desarrollar acciones más adaptativas.

### ***Desarrollar una relación terapéutica segura y un marco fidedigno para el tratamiento***

Un problema esencial para las víctimas traumatizadas es que con frecuencia perciben el apego como una *amenaza* y en consecuencia lo evitan, pero también se sienten indebidamente amenazados por lo que perciben como una pérdida del apego [del vínculo con la figura de apego]. Se obsesionan con las expectativas de traición y de pérdida porque ésta ha sido su experiencia previa y también porque sus ciclos de percepción-acción motriz continúan fuertemente influenciados por el sistema de defensa, y en razón de ello están indebidamente concentrados en los indicios de amenaza dentro del ámbito de las relaciones. La consiguiente aproximación-evitación relacional que abordaremos ampliamente en el capítulo 13 configura el trasfondo [*milieu*, la “atmósfera”] esencial en el que debe desarrollarse la psicoterapia (Steele, Van der Hart & Nijenhuis, 2001).

Una relación terapéutica segura mejora gradualmente la eficiencia mental del paciente –todos sin excepción nos desenvolvemos mejor dentro del contexto de un vínculo seguro que nos brinda una regulación psicofisiológica (Bowlby, 1969/1982; Schore, 2003a, 2003b). El apego seguro le permitirá al paciente comprobar [poner a prueba] sus reglas del tipo “si-entonces” tanto desadaptativas como adaptativas respecto de las relaciones; por ejemplo, “Si me enfado, entonces ella [la otra persona] me dejará”, “Si me pongo triste, entonces no se burla de mí y me escucha de verdad”. Y gradualmente el paciente va aprendiendo a emprender acciones mentales y conductuales adaptativas dentro de las relaciones con los demás. El apego seguro es un modelo de referencia que el paciente desarrolla únicamente a partir de una larga experiencia, y por ello es una labor progresiva que se prolonga durante gran parte de la terapia. La persona con un vínculo seguro disfruta de las ventajas de la regulación relacional, lo que mejora la eficiencia mental. Y el apego seguro hacia alguien de fiar es también una manifestación de una mayor eficiencia mental de cara a hacer predicciones relacionales correctas en lugar de falsas.

El tratamiento por fases es un éxito cuando el terapeuta y el paciente colaboran desde la primera sesión para desarrollar una relación terapéutica segura y un marco básico de tratamiento que sustente la terapia. El cultivo de una relación terapéutica y un marco terapéutico seguros constituyen el *sine qua non* de la psicoterapia eficaz con personas crónicamente traumatizadas (cf., Cloitre). Un aspecto fundamental del establecimiento de un apego seguro con las víctimas de experiencias traumáticas es la *receptividad empática*, término derivado de la psicología del *self* (Kohut, 1971; Rowe & Mac Isaac, 1991). Ello implica la constante empatía con las experiencias del paciente respecto de sí mismo y los demás, el conocimiento por parte del terapeuta de las partes disociativas del paciente y una actitud adaptativa hacia las mismas, y la capacidad del terapeuta de ofrecer la posibilidad de un apego seguro (cf., J.P. Wilson & Thomas, 2004). La receptividad empática debe dirigirse hacia objetivos que disminuyan la necesidad que tiene el paciente de defenderse –incluido el llanto de apego– además de alentar la activación de otros sistemas de acción como la vinculación [el apego], la sociabilidad y la exploración (Cassidy, 1999; McCluskey, Hooper & Miller, 1999). La receptividad empática eficaz sólo puede tener lugar cuando el terapeuta está presente y es verdaderamente auténtico, lo que incluye la presentificación nuclear (en el momento) y extendida (a lo largo del tiempo) con el paciente. Pero aunque la receptividad empática del terapeuta ofrece un entorno social en el que la víctima traumatizada puede aprender a desarrollar un vínculo seguro, no es suficiente. El apego seguro requiere también el establecimiento de unos límites claros y consistentes (i.e., un marco terapéutico).

***El marco terapéutico.*** El marco terapéutico es un conjunto de directrices y creencias relacionales que definen el papel y el grado de implicación del terapeuta y el paciente dentro del tratamiento: ello ofrece una estructura para lo que se puede esperar [las expectativas] respecto de la relación (R.P. Epstein, 1994). El marco incluye una circunscripciones, límites y normas relacionales estables respecto de la terapia que sean flexibles dentro de unos límites, y que en razón de



ello favorezcan el establecimiento de un vínculo seguro. Dichos límites, tales como la frecuencia con la que vemos al paciente y la cantidad de contacto que pueda tener lugar fuera de las sesiones, ayudan a alcanzar un equilibrio óptimo entre la cercanía y la distancia relacional entre el terapeuta y el paciente. El paciente no es ni desadaptativamente dependiente ni se siente falta de apoyo, al tiempo que el terapeuta no se enzarza ni en un proteccionismo desadaptativo ni se siente a la defensiva en relación con la preservación de su espacio y su tiempo personal. Este equilibrio ideal permite mejorar el nivel mental (tanto la energía como la eficiencia) del paciente y del terapeuta. Los límites protegen al paciente y al terapeuta de sentirse excesivamente desbordados por las exigencias de una terapia tan difícil, lo que podría derivar en una disminución de la energía mental y una insuficiente eficiencia mental. Por ejemplo, si el paciente comienza a llamar diariamente al terapeuta buscando el contacto con él y el terapeuta es incapaz de abordar eficazmente dentro de las sesiones los problemas relacionados con el llanto de apego y limitar las llamadas telefónicas, el paciente proseguirá su escalada, al tiempo que el terapeuta se sentirá cada vez más resentido y desbordado. El marco define cómo pueden formar uno y otro un equipo terapéutico en el que sus respectivos papeles y expectativas estén claramente delimitados (e.g., Chu, 1998a; Courtois, 1999; Dalenberg, 2000; Pearlman & Saakvitne, 1995). Es responsabilidad directa del terapeuta definir y mantener el marco terapéutico de manera óptima para ambas partes. Pero ello incluye de hecho alguna negociación (Dalenberg, 2000), además ciertamente de informar al paciente sobre el marco y los propósitos del mismo. El marco terapéutico debe establecerse desde un principio, y vigilarse y mantenerse con esmero durante el transcurso del tratamiento.

Tal vez no exista nada más amenazante para los pacientes crónicamente traumatizados que la inconstancia, la impredecibilidad y la incertidumbre. Los esfuerzos constantes y empáticos por ayudar al paciente a comprender las directrices de la terapia y por qué son tan importantes y útiles, y los esfuerzos sostenidos por mantener una relación terapéutica sana, ofrecen protección [*security*, garantía], apoyo, unos límites adaptativos y, por consiguiente, seguridad [*safety*,

confianza, fiabilidad]. Con este fin, el terapeuta debe explicar empáticamente por qué, por ejemplo, las sesiones empiezan y acaban a su hora, por qué las llamadas telefónicas están limitadas, y por qué no sería adaptativo entablar una relación personal, por mucho que se desee. Aunque muchos autores han tratado de delimitar unas “normas” para el marco terapéutico (i.e., un listado de “reglas”), nos parece más útil, en la línea de otros autores, concebir unas directrices más flexibles que permitan guiar la terapia (Borys, 1994; Dalenberg, 2000; Kroll, 2001; Lazarus, 1994; Simon, 2001). Por ejemplo, muchos terapeutas siguen la norma de no tocar jamás al paciente. Pero puede haber ocasiones en que el contacto físico no sexualizado sea apropiado y eficaz. Por encima de todo, el marco terapéutico debe ayudar a minimizar la activación de las defensas físicas, sociales e interoceptivas en el paciente y en el terapeuta, y a activar los sistemas de acción y las tendencias de acción que contribuyan a apoyar al paciente en su esfuerzo por introducir cambios adaptativos.

Se aconseja a los terapeutas revisar las directrices o el código ético de su asociación o colegio profesional de cara a las recomendaciones específicas a propósito del establecimiento y el mantenimiento del marco terapéutico. Existen además una serie de publicaciones que analizan en detalle los distintos parámetros del encuadre (e.g., Bridges, 1999; Chu, 1998a; Courtois, 1999; Dalenberg, 2000; R. S. Epstein, 1994; Gabbard & Lester, 1995; Kluft, 1993a, 1993b; Pearlman & Saakvitne, 1995).

## **Aumentar la energía mental**

Hay que tener dinero en el banco antes de poder gastarlo. De la misma forma, necesitamos disponer de una energía mental que esté a nuestro alcance y que podamos movilizar cuando queramos utilizarla (Ellenberger, 1970). Algunas “deudas” y gastos mentales innecesarios deben ser abordados de inmediato en la terapia, en tanto que otros requieren más eficiencia mental de la que el paciente pueda tener a su disposición, por lo que deberán ser postpuestos hasta más

avanzada la terapia. *Un objetivo inicial es que el terapeuta y el paciente evalúen con precisión las acciones terapéuticas deseables que estén dentro del alcance del paciente en ese momento, y concentrarse en llevar a cabo estas acciones en primer lugar.* Es esencial retar al paciente convenientemente a hacer progresos, pero no enfrentarlo prematuramente con acciones que requieran más recursos mentales de los que pueda tener a su alcance por el momento. De esta forma es posible reservar la energía mental (con frecuencia limitada) del paciente para acciones que sí sean realizables. Por ejemplo, alentamos primeramente al paciente a aprender a afrontar las emociones y los objetivos asociados al día a día, antes de pasar a abordar las emociones conflictivas relacionadas con los recuerdos traumáticos, dado que por regla general estos últimos suelen requerir mucha más energía y eficiencia mental.

### ***Aumentar los ingresos***

Muchos pacientes agotan su energía mental (y física) en el exceso de trabajo, las excesivas ocupaciones, o el cuidado compulsivo de otras personas. Por ejemplo, los pacientes disociativos suelen concentrarse en trabajar durante largos períodos de tiempo sin hacer ningún descanso. Ello se debe a una seria retracción del campo de conciencia y a la tendencia de las partes disociativas a restringir la atención únicamente al (sub)sistema o modalidad de acción por el que están mediatizadas, impidiéndoles integrar otras necesidades al margen de su ámbito limitado. El consiguiente estrés y la baja energía mental pueden conducir a la reactivación de los recuerdos traumáticos dado que la víctima no tiene la suficiente energía como para seguir evitándolos. El objetivo terapéutico principal en este caso no sería el tratamiento de los recuerdos traumáticos intrusivos. Antes bien, con objeto de aumentar los ingresos (la energía mental), el objetivo sería reducir los niveles de estrés y agotamiento del paciente, que precipitan los *flashbacks*.

En la fase 1, el énfasis debe recaer en favorecer el aumento de la energía mental (y física) ayudando a los pacientes a aprender a uti-

lizar más adaptativamente su sistema de acción responsable de la administración de la energía. Deben practicar el cuidado regular de sí mismos a través del descanso y el ocio adecuados, una higiene del sueño, el ejercicio físico, una buena alimentación y una dieta sana, la prevención de enfermedades, la reducción del estrés y el entrenamiento en relajación. Los pacientes deben volverse más conscientes de la necesidad de tomarse descansos durante el día, de disfrutar de un tiempo libre habitual todas las semanas, y de algún tipo de vacaciones. Estas pueden parecer cuestiones muy básicas, pero los terapeutas suelen pasarlas por alto y pueden suponer un problema para las vidas de muchas personas traumatizadas, que con frecuencia necesitan una ayuda específica para los autocuidados más elementales.

### ***Reducir los gastos***

El tratamiento de la energía mental insuficiente puede implicar la necesidad de que los pacientes eliminen el uso innecesario de energía y corrijan los problemas que suponen pérdidas crónicas de energía. Las afecciones físicas que afectan a la energía deben ser abordadas al principio de la terapia, si es posible. No se deben infravalorar las afecciones médicas persistentes y serias, ni su impacto sobre la energía mental en las víctimas de traumatizaciones crónicas (cf., Felitti *et al.*, 1998). Otras pérdidas de energía incluyen la falta de seguridad física o emocional, las tareas [trabajo], preocupaciones u obsesiones innecesarias, las relaciones que incluyen unos “gastos elevados de mantenimiento”, los estilos de vida caóticos, y la hiperactivación o la hipoactivación fisiológica crónica. Puede que algunas de estas cuestiones no se puedan mejorar al principio de la terapia debido a la falta de eficiencia mental del paciente. Un área principal de gasto energético es la constante implicación en la evitación fóbica mental y conductual (i.e., las fobias relacionadas con el trauma). Cuando se puede reducir esta evitación, dicha energía mental queda entonces disponible para las acciones de nivel superior, a condición de que la eficiencia mental también haya mejorado y el paciente ya no le tenga

miedo a las intrusiones: de lo contrario, la energía mental adicional puede ser utilizada de forma poco inteligente.

***Afianzar una seguridad.*** Lo primero y principal, la terapia comienza con el establecimiento ya no únicamente de una seguridad dentro de la relación terapéutica, sino también de una seguridad en la vida del paciente, de estar indicado (Herman, 1992b). Ahora bien, las víctimas de experiencias traumáticas suelen percibir amenazas donde no las hay (e.g., en la relación con el terapeuta), o bien no sintetizan ni personifican estímulos que indicarían que puede que otras situaciones *no* sean de fiar. Es preciso, pues, trabajar mucho para ayudar a los pacientes a valorar y tomar conciencia de si verdaderamente están seguros o no –y si no lo están, qué medidas hay que tomar. De hecho, cuando se sienten en peligro invertirán mucho tiempo y esfuerzo en acciones defensivas innecesarias.

La terapia requiere un grado de eficiencia mental que incluye el pensamiento reflexivo. Esta modalidad de pensamiento es imposible cuando el paciente no está fuera de peligro, o no percibe los problemas de seguridad a nivel físico, emocional o relacional. Los peligros relacionales o emocionales que no incluyen la violencia física, tales como las parejas o los familiares de primer grado que maltratan emocionalmente, o los amigos explotadores, pueden ser menos evidentes para el terapeuta que los peligros físicos, pero no suponen un menor impedimento para el paciente.

***Simplificar la vida cotidiana.*** El terapeuta debe ayudar a aquellos pacientes que hacen demasiadas cosas a simplificar sus vidas. Uno de los objetivos terapéuticos consiste en *reducir la energía y el tiempo gastados, así como el número de quehaceres cotidianos que no sean esenciales*. La evaluación exhaustiva de todos los quehaceres cotidianos que el paciente lleva a cabo suele poner de relieve que están crónicamente sobrecargados. Por ejemplo, el paciente puede gastar un tiempo y energía desmesurados en limpiar o en hacer constantemente cosas para los demás. Ello se puede deber a una serie de problemas: estrategias de evitación, falta de conocimiento conscien-

te y de colaboración entre las partes de la personalidad que desempeñan un papel en la vida cotidiana, el no saber solucionar problemas o priorizar [ordenar por prioridades o hacer una lista de prioridades], dificultades a la hora de administrar[se] el tiempo, o falta de asertividad a la hora de poner límites. En los pacientes obsesivos también puede estar relacionado con creencias de origen traumático respecto de la necesidad de alcanzar la perfección, o respecto de la necesidad de tenerlo todo hecho para que no haya ningún castigo.

Algunas de las víctimas traumatizadas están excesivamente concentradas en un único ámbito de la vida con exclusión de los demás. Sufren estés porque, por ejemplo, trabajan demasiado o están con los videojuegos constantemente, y se aíslan demasiado y se mantienen al margen de otras actividades esenciales de la vida cotidiana. A veces el hecho de hacer demasiadas cosas tiene su base en la fobia a los sentimientos, los deseos o los recuerdos. La actividad frenética se convierte entonces en una estrategia de evitación, como testifica Marilyn Van Derbur (2004): “Aunque por aquel entonces no lo entendía así, ese era mi *mecanismo de supervivencia*, estar tan ocupada que no hubiera la menor ocasión de que ningún recuerdo inconcebible pudiera salir a la superficie” (p. 45).

***Poner límites a las relaciones exigentes.*** Las víctimas suelen rodearse de personas conflictivas que tienen un estilo de apego inseguro, son afectivamente lábiles, discutidores, culpabilizadores y severos. Estas relaciones son excepcionalmente exigentes porque no sólo requieren la excesiva activación de la sociabilidad, el apego y la solitud, sino que también desencadenan el sistema de acción defensivo del paciente (e.g., el miedo al abandono y al rechazo, la actitud hiperalerta cuando la otra persona es impredecible). Además, muchos pacientes se comportan ellos mismos de la misma forma conflictiva y generan reacciones defensivas en la otra persona, para después sentirse atacados y rechazados. Ello conduce a unas historias interminables de relaciones conflictivas y tormentosas que agotan las energías de todos. Uno de los objetivos terapéuticos sería que el paciente *le ponga unos límites a las relaciones irrazonablemente exigentes*. Tales

límites permitirán ahorrar energía mental. Ahora bien, cambiar la forma que los pacientes tienen de responderle a estas personas y a sus exigencias suele implicar más eficiencia mental y asertividad de la que son capaces de reunir, y por ello también incluye unos principios terapéuticos que permitan mejorar la eficiencia mental. De hecho, esta es una labor terapéutica que puede que sea necesario prolongar a lo largo del tiempo. Pero el primer paso consiste en ayudar a los pacientes a volverse conscientes de las exigencias inapropiadas y de sus propios sentimientos sumergidos de resentimiento y de culpa. A continuación y de forma gradual, podemos ayudarles primero a *reducir* la presión a que se sienten sometidos dentro de las relaciones conflictivas, y finalmente a *resolver* dichas relaciones.

### ***Saldar las “deudas”***

La conclusión de las acciones inacabadas se podría entender como una forma de “saldar deudas”. Las acciones importantes inacabadas (los “asuntos pendientes” o “sin resolver”) suponen una pérdida de energía mental y disminuyen el nivel mental (Janet, 1919/1925; L. Schwartz, 1951). Las experiencias sin resolver tienden a atormentarnos hasta que no logramos concluir las (cf., capítulo 9). Las vidas de las víctimas de traumatizaciones crónicas suelen estar repletas de acciones inacabadas tanto de primera magnitud como de segundo orden. Dichas acciones incluyen transiciones fallidas a lo largo del ciclo vital y conflictos pendientes del pasado, incluidas experiencias dolorosas con servicios de salud mental, proyectos sin acabar, estudios, relaciones y, por último pero no por ello menos importante, recuerdos traumáticos.

Las acciones mentales y conductuales inacabadas solamente pueden finalizarse cuando el paciente tiene la suficiente energía y eficiencia mental para hacerlo. Por ejemplo, varios años de defraudar impuestos pueden ser demasiados como para que el paciente pueda hacerle frente de entrada, pero fregar los platos y pagar las facturas atrasadas del mes pasado podría ser más factible. En términos de deudas emocionales, resolver problemas menos difíciles tales como

el no haber quedado satisfechos con la reparación deficiente del cuarto de baño que hizo el fontanero es algo mucho más fácil y requiere menos eficiencia mental que resolver problemas de primera magnitud relacionados con una pareja que en ocasiones maltrata emocionalmente. Pero los pequeños pasos en dirección a la asertividad irán a más con el tiempo. La liquidación de deudas debe incluir su total resolución, pero la contención [*containment*, el “control de daños”] suele ser un objetivo *inicial* más realista que la resolución total. Por regla general, los pacientes deben comprender que el concluir las acciones inacabadas [terminar lo que se empezó] forma parte constante de la vida, incluida la terapia.

## **Mejorar la eficiencia mental**

Aun cuando tengan la suficiente energía mental (y física), las víctimas de experiencias traumáticas suelen carecer de eficiencia mental. Por lo general, el principio de mejorar la eficiencia mental implica que los pacientes aprendan a dominar acciones mentales y conductuales cada vez más complejas que favorezcan una vida más adaptativa, incluida la capacidad de priorizar y reajustar sus objetivos en caso necesario, de tener en cuenta los costes y los beneficios a corto y largo plazo de las acciones (de primera magnitud), y de tomar en consideración sus necesidades como persona total. Esto es particularmente difícil para los pacientes disociativos, porque las diversas partes de la personalidad pueden tener un conocimiento limitado o nulo de las necesidades de las otras partes. No han integrado estas necesidades, o bien pueden chocar directamente con otras partes disociativas y sus objetivos.

Cuando la eficiencia mental existente es insuficiente para canalizar adaptativamente la energía mental aplicada a las tareas que tenemos entre manos, puede tener lugar un excedente de energía mental; ello deriva en agitación, ansiedad y demás acciones sustitutivas. En tales casos, el descanso físico adicional que habitualmente se prescribe a las personas que tienen una baja *energía* mental suele estar



contraindicado. En su lugar, la actividad mental y física sana constituye el tratamiento de elección.

### ***Estimulación terapéutica***

La estimulación terapéutica supone alentar al paciente a realizar acciones más complejas y exigentes a medida que lo vaya permitiendo la mejora de la eficiencia mental (Janet, 1919/1925). La estimulación puede ser emocional, cognitiva o conductual, y habitualmente suele implicar suscitar la curiosidad del paciente y su deseo de aprender y de cambiar; es decir, puede activar el sistema de acción responsable de la exploración. El paciente ya debe tener la suficiente *energía* mental (latente) y la necesaria eficiencia mental a su alcance. Las correspondientes técnicas de tratamiento abarcan desde la psicoeducación a alentar al paciente a iniciar y acabar retos adaptativos.

El terapeuta debe ayudar al paciente a aprovechar las oportunidades de emprender actividades que le resultarán enormemente gratificantes y satisfactorias. Tales acciones mejoran la eficiencia mental porque el paciente gasta energía en inversiones mentales y sociales favorables más que en inversiones dudosas, dentro del proceso de aprender a obtener mayores beneficios de la inversión. El paciente practica las habilidades emocionales, cognitivas, motrices y sociales, junto con la forma de incrementar el propio capital personal. Esta mejora de la eficiencia mental puede ir generalizándose de manera gradual con objeto de favorecer un aumento de las acciones de nivel superior en otros ámbitos de la vida, a lo largo de los diferentes sistemas de acción.

### ***Psicoeducación***

La psicoeducación es un principio muy importante de cara a elevar la eficiencia mental del paciente: ello implica facilitar una información esencial de la que el paciente no tiene conocimiento o bien que no acaba de comprender. La psicoeducación mejora la eficiencia mental en el caso de que el paciente sea capaz de escuchar, empezar

a reflexionar más y postponer (suspender [aplazar, diferir]; cf., capítulo 9) las (re)acciones inmediatas. Invitar a los pacientes a hacer una pausa para reflexionar les estimula a emprender tendencias de acción más avanzadas. De hecho, el acto mismo de pensar en las propias acciones mentales implica una metacognición, lo que supone en sí misma una acción de nivel superior.

Antes de poder iniciar la psicoeducación, el terapeuta hace un análisis funcional del nivel mental actual del paciente y de los miedos y fobias existentes (capítulo 11). En general, las directrices para una psicoeducación eficaz deben: (1) brindar información acorde con lo que el paciente pueda sintetizar y reconocer [*realize*] en un momento dado; (2) repetir con frecuencia la información nueva dado que el aprendizaje suele requerir la reiteración; y (3) jamás dar por supuesto que el paciente ha comprendido el mensaje perfectamente. Los pacientes disociativos son conocidos por tener muchas dificultades a la hora de integrar información que pudiera cuestionar su visión del mundo y generar disonancia cognitiva o suscitar sentimientos dolorosos. Pueden distorsionar la información debido a las percepciones incorrectas o las creencias reflejas; o bien determinadas partes de la personalidad pueden bloquear la información. Por esta razón, suele ser útil registrar por escrito o grabar información esencial para que los pacientes puedan llevársela a casa, si les parece que ello puede serles de ayuda. A veces es útil prescribir lecturas adicionales o la asignación de otras tareas para casa. Por encima de todo, el paciente debe practicar: el dominio [la maestría] se desarrolla a través de la repetición [la reiteración].

La psicoeducación es una acción terapéutica continua que facilita determinados objetivos terapéuticos específicos en diversas fases del tratamiento. Al principio de la terapia generalmente suele ser útil que el terapeuta explique la naturaleza de la traumatización y la disociación estructural, a un ritmo acorde con lo que el paciente pueda integrar. El terapeuta también ayuda al paciente a comprender el marco terapéutico, el tratamiento por fases, los datos procedentes de la evaluación relativos a los diagnósticos y demás problemas relacionados del paciente, y la importancia de la relación terapéutica. El contrato

terapéutico y los objetivos del tratamiento deberían formularse en común, incluyendo de qué forma se podría facilitar la labor de los pacientes en dirección a dichos objetivos. La educación respecto de las habilidades vitales básicas, tales como una alimentación adecuada, una higiene del sueño, el ejercicio físico y el desarrollo de unos límites personales sanos [*boundaries*] puede ser inestimable.

Los pacientes pueden necesitar psicoeducación respecto de cómo equilibrar las distintas actividades vitales y con ello sus distintos sistemas de acción. El terapeuta debe ayudarles a analizar detenidamente sus objetivos postponiendo las acciones inmediatas, y de este modo implicarse más en la acción la presentificación en el momento actual y a lo largo del tiempo. Los pacientes también necesitan información y apoyo respecto de cómo suavizar las tendencias defensivas de las distintas partes disociativas entre sí, y cómo fomentar la empatía y el autocuidado interior entre todas las partes de la personalidad (i.e., activar la solicitud [*caregiving*] y la sociabilidad a nivel interno).

### ***Analizar las “resistencias”***

La resistencia se puede definir como el intento del paciente de proteger su vulnerabilidad (Messer, 2002; Rowe, 1996; Stark, 1994), y mantener el *statu quo*, incluida la disociación estructural de la personalidad, con el fin de prevenir la temida desestabilización. La resistencia incluye “todas aquellas conductas dentro del sistema terapéutico que actúan recíprocamente para impedir que éste alcance los objetivos [del paciente] en relación con la terapia” (C.M. Anderson & Stewart, 1983, p. 24). El propio terapeuta también puede emprender una *contrarresistencia* para protegerse de la temida desestabilización, confabulándose para impedir un cambio adaptativo en la terapia (Strean, 1993). Por ejemplo, el terapeuta que depende extraordinariamente de que lo necesiten, que tiene hiperactivado el sistema de acción responsable de la solicitud y los cuidados, puede obrar inconscientemente de manera que le impida al paciente hacerse más independiente.

Los pacientes disociativos tienden a tener la mala fama de ser “resistentes” y de “no estar dispuestos de buen grado a entrar en tratamiento”. Se ha dicho que presentan unas resistencias perjudiciales que van de la falta grave de confianza y las violaciones de los límites a la evitación extrema de cualquier intento de abordar los recuerdos traumáticos (Chu, 1988a, 1988b). Parte de la “resistencia” de estos pacientes, sin embargo, se debe a reacciones comprensibles ante los errores y las incomprensiones [*misattunements*] de terapeutas que no alcanzan a apreciar la naturaleza de la traumatización, ni sus consecuencias para la relación terapéutica, y a la introducción de intervenciones terapéuticas inapropiadas. Incluso los terapeutas veteranos pueden suscitar tales “resistencias” cuando inadvertidamente desbordan al paciente de alguna forma, exigiéndole acciones adaptativas que todavía no son factibles [no están dentro de su alcance] o generando alteraciones en la vinculación (Hahn, 2004; Messer, 2002; Rowe, 1996).

La resistencia es inevitable y omnipresente y una vez que el terapeuta logra comprender lo que hay detrás, suele resultar muy comprensible. La mayoría de las veces suele ser no tanto la resistencia en sí, cuanto la forma en que el terapeuta responde a la resistencia lo que introduce una [gran] diferencia para mejor o para peor en el tratamiento. Muchas teorías psicológicas y modelos de tratamiento se centran en trabajar las resistencias (e.g., C.M. Anderson & Stewart, 1983; Blum, 1986; A. Ellis, 1962; Horner, 2005; Leahy, 2001; McCulloch *et al.*, 2003; Messer, 2002; Stark, 1994). La mayoría se muestran a favor de que *una de las intervenciones [medidas, estrategias] más esenciales es que el terapeuta comprenda empáticamente y trabaje las resistencias del paciente, en lugar de oponerse directamente a ellas.*

La resistencia incluye las acciones defensivas del paciente con objeto de *evitar* algo temido, y suele deberse a su evitación de la integración de algunos aspectos pavorosos de la experiencia, tales como determinados sentimientos, recuerdos o problemas que incluían a otras personas. De hecho, podemos comprender la resistencia desde la perspectiva de las diferentes fobias relacionadas con el trauma. Por

ejemplo, los pacientes se resisten a desarrollar un vínculo con [cobrarle apego a] el terapeuta (fobia al apego), a hacer suyos sus sentimientos (fobia a las acciones mentales derivadas del trauma), o aceptar las distintas partes de la personalidad (fobia a las partes disociativas), porque temen que dichas acciones deriven en consecuencias negativas. El paciente continúa, pues, actuando conforme a unas normas desadaptativas del tipo de “si-entonces”: “Al final me harás daño o me dejarás”, “No voy a ser capaz de soportarlo”, “Si me enfado, la gente saldrá corriendo”, “Esa parte de mí es mala, y si la acepto, me convertiré en una mala persona”. Pero la superación de estas fobias y el inicio de una integración plena (síntesis, personificación y presentificación) se traduce en un cambio positivo en lugar de negativo, lo cual es algo que el paciente todavía no puede percibir [*realize*]. Es, pues, esencial que el terapeuta indague acerca de qué es lo que le preocupa o le da miedo al paciente al trabajar determinadas resistencias en particular (e.g., McCann & Pearlman, 1990).

Las resistencias cumplen la función de mantener determinados ciclos de percepción-acción motriz cerrados a la entrada de información [*input*] procedente del mundo exterior e interior que el paciente (o la parte disociativa) considera como una amenaza. El miedo es a que la información de vuelta [*feedback*] (e.g., tomar conciencia de los propios sentimientos, preocuparse por uno mismo, escuchar a las otras partes de la personalidad) pudiera perturbar el estado uniforme aunque rígido [la “normalidad”] de la personalidad del paciente, y generar inestabilidad. Ahora bien, los objetivos terapéuticos implican un cambio. Y el cambio únicamente puede tener lugar una vez que los ciclos desadaptativos de percepción-acción motriz se desestabilizan y el paciente puede proceder a reorganizarlos más adaptativamente. Pero las resistencias suelen requerir menos eficiencia mental, y a veces menos energía que la que se precisa para afrontar la desestabilización de las acciones mentales y conductuales fijas y la reorganización adaptativa. En otras palabras, las resistencias suelen implicar acciones mentales y conductuales sustitutivas.

La mejor forma que tienen los terapeutas de ayudar a los pacientes a resolver las resistencias es estando abiertos a oír hablar de sus

propios errores y de los inevitables malentendidos [*misattunements*] normales, y comprendiendo el miedo y el dolor que subyacen a las resistencias del paciente. A este respecto, los terapeutas son más eficaces cuando evitan adoptar una actitud autoritaria, se muestran dispuestos a negociar, empatizan con los estancamientos del paciente, valoran una variedad de distintos enfoques para solucionar los problemas, se abstienen de persuadir ni de criticar, educan únicamente cuando les autorizan a ello [i.e., con el consentimiento del paciente], aceptan la libertad de elección del paciente, no se obsesionan [*overly invested*] con el cambio, y se dan cuenta de que el cambio puede ser muy lento y no se puede imponer. Los terapeutas deben evitar la activación de su propio sistema defensivo en su relación con el paciente, y en lugar de ello, utilizar sugerentes combinaciones de vinculación, sociabilidad, exploración y juego con el fin de poder engranar con [*to engage with*, ajustarse a] los pacientes.

### ***Desarrollar habilidades***

Las víctimas de traumatizaciones infantiles crónicas suelen tener por regla general serias deficiencias a nivel de habilidades en diversas áreas de la vida, debido principalmente a que dichas habilidades no fueron modeladas [enseñadas predicando con el ejemplo] por los cuidadores en los primeros años de vida. En su lugar, pueden haber aprendido estrategias de afrontamiento desadaptativas, a través del modelado y de la consiguiente imitación, que constituyen tendencias de acción de bajo nivel, o bien tratando de arreglárselas solos sin el adecuado apoyo relacional [procedente de otras personas y de unas relaciones sanas]. Dado que las víctimas suelen estar tan influenciadas [mediatizadas, determinadas] por el sistema de defensa, su capacidad de aprender dentro del contexto de las situaciones sociales se ve dificultada. La bibliografía especializada se ha centrado principalmente en las habilidades relacionadas con la desregulación de los afectos y de los impulsos, y [su aplicación al ámbito de] las relaciones (e.g., J.G. Allen, 2001; Chu, 1998a; Courtois, 1999; Gold, 2000; Linehan, 1993; McCann & Pearlman, 1990; Van der Kolk, Pelcovitz *et*

*al.*, 1996). Es esencial que las víctimas traumatizadas aprendan y practiquen estas habilidades mentales básicas, así como otras muchas, hasta que logren dominarlas. Las mismas desempeñan un papel muy importante en el desarrollo y el mantenimiento de un nivel mental elevado, junto con un equilibrio óptimo entre la energía y la eficiencia mental. Estas habilidades favorecen en gran medida la capacidad de integrar adecuadamente las experiencias, de manera que podamos atravesar las distintas vicisitudes de la vida tanto interior como exterior con un cierto grado de equilibrio y ecuanimidad.

La disociación estructural constituye un impedimento fundamental a la hora de aprender habilidades, salvo que el terapeuta sea receptivo [*is attuned*] al hecho de que no todas las partes aprenden habilidades simultáneamente o pueden dominarlas igualmente bien. La falta de integración suficiente entre los distintos sistemas de acción obstaculiza las funciones reguladoras adaptativas que estabilizan las acciones mentales y conductuales. Por ejemplo, puede que las habilidades reguladoras del paciente en calidad de PAN no sean capaces de influir en una PE [parte emocional de la personalidad] sumamente emotiva. A veces, todas las partes de la personalidad tendrán necesidad de una habilidad específica como, por ejemplo, la regulación afectiva. Cuando al menos una parte tiene una habilidad dada, el terapeuta no debe escatimar esfuerzos para alentar a esta parte a compartir internamente dicha habilidad con otras partes, en lugar de confiar en que el terapeuta la enseñará. Habilidades esenciales excepcionales en la labor con pacientes disociativos incluyen aprender a comunicarse internamente, colaborar, transferir el aprendizaje y negociar, antes de la plena integración (véase capítulo 15). Estas habilidades implican la capacidad de relacionarse con las propias partes disociativas y por tanto con uno mismo de una forma adaptativa. En términos de la jerarquía de tendencias de acción, incluyen tendencias de acción sociopersonales presimbólicas y simbólicas.

Muchas de las habilidades se aprenden principalmente a través de técnicas cognitivo-conductuales (J.G. Allen, 2001; Chu, 1998a; Janet, 1919/1925), y deben evaluarse y enseñarse al principio de la terapia.

Suelen traducirse en una mejora inicial de la eficiencia mental del paciente. Las habilidades se aprenden primero cognitivamente, y después se practican conductualmente poco a poco [a pequeños pasos]. Idealmente, cada paso es practicado por las partes de la personalidad en cuestión hasta dominarlo razonablemente: los pasos sencillos sientan las bases de los pasos más complejos y difíciles (cf., Ellenberger, 1970; Janet, 1919/1925). Estas habilidades prácticas se van integrando gradualmente en un estilo de vida mucho más adaptativo, en calidad de componentes de una línea de acción de un nivel más elevado que se va desarrollando a lo largo de toda la terapia. Con cada uno de los logros generados por las nuevas habilidades, mejora sucesivamente el equilibrio del paciente entre la energía mental y la eficiencia mental.

El aprendizaje de las habilidades mentales implica un cierto grado de síntesis, personificación y presentificación, y de coordinación de los sistemas de acción a unos niveles que las víctimas traumatizadas pueden haber sido anteriormente incapaces de lograr. Por ejemplo, las habilidades sociales fomentan la activación de la sociabilidad y demás sistemas de acción asociados a la vida cotidiana, en lugar de recurrir a la defensa. Ello implicará tendencias de acción de nivel más elevado y más complejas. Las habilidades sociales no sólo son de utilidad a la hora de tratar con otras personas; también son esenciales para que las partes de la personalidad se interrelacionen internamente entre sí. La mayoría de las habilidades requieren, pues, una capacidad creciente de coordinar y controlar los sistemas de acción que se encuentran en vigor en una situación dada; así pues, las partes de la personalidad deben aprender a negociar y cooperar en mayor grado. Ello implica que cada una de las distintas partes debe tener la capacidad de sintetizar (evaluar) adecuadamente el contexto además del contenido de un estímulo o situación, de personificar la situación, y de sentirla [vivirla] como real y actuar en consecuencia. Muchas de las habilidades incluyen la integración compleja de los sistemas de acción, y tendencias de acción superiores para cada una de las partes de la personalidad. Por ejemplo, las habilidades asertivas incluyen estrategias defensivas altamente evolucionadas combi-



nadas con la sociabilidad. El entrenamiento en relajación puede incluir la gestión de la energía y a veces la sociabilidad, junto con la desactivación de tendencias de acción defensivas tales como la hipervigilancia. El desarrollo de unos límites personales sanos puede incluir la gestión de la energía, la solicitud, la sociabilidad, un sistema de acción defensivo evolucionado, y un acuerdo entre las partes respecto de los límites. Las habilidades asociadas al hecho de ser padres incluyen la activación de la solicitud y de todos los restantes sistemas de acción asociados a la vida cotidiana, y la minimización de la defensa o de la reactivación de las partes infantiles. Las habilidades incluyen todos los niveles de tendencias de acción. Las tendencias de acción de nivel inferior e intermedio deben aprenderse antes de las de nivel superior. Por ejemplo, el paciente debe aprender a esperar, y no actuar inmediatamente, antes de poder ser capaz de reflexionar acerca de por qué está llevando a cabo una acción desadaptativa. El paciente aprende a tolerar y modular las emociones de la vida cotidiana antes de abordar las emociones relacionadas con la traumatización. A los pacientes traumatizados les suele resultar difícil estar presentes en el momento, y deben aprender a estarlo antes de poder estar presentes a lo largo de amplios períodos de tiempo. Reaccionan de forma refleja a los estímulos condicionados dentro de las relaciones con otras personas, y deben aprender que la presencia de un estímulo condicionado no siempre es una señal de que van a volver a quedar traumatizados. Sólo entonces pueden aprender las habilidades de relación que favorecen un vínculo seguro.

El dominio de unas habilidades favorece el aprendizaje de otras. Por ejemplo, aprender a empatizar, comunicar, colaborar y negociar con las distintas partes disociativas suele conducir a aprender a regular mejor los afectos, administrar mejor el tiempo y relacionarse mejor. En la tabla 12.1 aparece un listado de las habilidades principales, dado que las limitaciones de espacio impiden realizar un análisis más detallado. Se anima a los terapeutas a convertirse en unos expertos en ayudar a los pacientes a aprender a desarrollar estas habilidades.

**TABLA 12.1****Habilidades****Regulación psicofisiológica (manejo de la hiperactivación y la hipoadactivación fisiológica)****Capacidad de regular, tolerar y manejar los afectos, impulsos y demás acciones mentales**

Regulación de las emociones inhibitorias [*self-conscious*, asociadas a la autoobservación] o sociales tales como el autodesprecio, la vergüenza y la culpa

Regulación de las emociones intensas: rabia, agresividad, nostalgia, tristeza, duelo, soledad

Tolerancia al estrés

Contención del afecto

Autotranquilización y búsqueda del consuelo y el apoyo apropiados procedentes de los demás

Habilidades de relajación

Habilidades de manejo del estrés

Gestión de la energía (equilibrio entre el trabajo, el descanso y el ocio)

**Capacidad de simbolizar la experiencia**

Desarrollo de un vocabulario para las experiencia internas y relacionales

**Habilidades de relación**

Mentalización (percepción y comprensión correctas de las motivaciones e intenciones de los demás y propias; desarrollo de la metacognición)

Capacidad de empatía, colaboración y negociación con uno mismo y los demás

Habilidades asertivas

Habilidades sociales

Sentar y mantener unos límites personales sanos

Habilidades generativas (ser padres, crianza de los hijos)

**Capacidad de percibir la realidad correctamente**

Distinguir el presente del pasado y el futuro

Distinguir la realidad interna (interoceptiva) de la externa (exteroceptiva)

Capacidad de vivir en el presente (presentificación; conciencia atenta)

continúa en la pág. siguiente...

Viene de la pág. anterior..

### **Habilidades de administración del tiempo (dependen de la presentificación)**

### **Habilidades de organización (ayudan a organizar los ciclos de percepción-acción motriz)**

### **Habilidades de atención**

Manejar la concentración y la focalización dentro de y entre diferentes sistemas/tendencias de acción

Regular las alteraciones en el campo y el nivel de la conciencia

### **Habilidades de solución de problemas**

Capacidad de priorizar (lo que requiere un conocimiento consciente de las distintas prioridades, así como la integración entre los sistemas de acción)

Capacidad de tomar en consideración los costes y beneficios a corto y a largo plazo de las acciones (lo que requiere la presentificación nuclear y la presentificación extendida)

Capacidad de tomar en consideración las necesidades como persona total (lo que implica integrar todos los sistemas de acción)

---

## **Transformar las acciones sustitutivas en acciones adaptativas**

Cuando se requiere algún tipo de acción en respuesta a una situación dada y las acciones adaptativas todavía están fuera del alcance debido a una eficiencia mental inadecuada o la escasez excesiva de energía, las víctimas tienden a recurrir a *acciones sustitutivas*, las cuales por definición son acciones de orden inferior. Ciertas partes disociativas, como las PEs fijadas a la defensa o al llanto de apego, tienden a emprender acciones sustitutivas la mayoría del tiempo, en tanto que otras partes pueden tener a su alcance una gama más amplia de acciones adaptativas. Por nuestra parte, distinguimos dos categorías de acciones sustitutivas: uno de los tipos carece de un objetivo específico, y el otro supuestamente pretende alcanzar un objetivo, pero lo hace de forma desadaptativa.

**Desviaciones.** El primer tipo de acciones sustitutivas incluye los niveles de acciones más bajos: movimientos desorganizados que aparecen cuando la persona carece de toda eficiencia mental para utilizar la energía mental disponible en una acción dirigida a un objetivo (cf., capítulo 9). Janet les llama *dérivations*, lo que en su francés nativo significa que la energía mental se *desviaba* apartándose del curso propio de una acción adaptativa (Janet, 1909a; 1919/1925). La forma más seria de desviaciones, que se encuentra únicamente en algunas víctimas traumatizadas, son las pseudoconvulsiones [ataques pseudoepilépticos] (Bowman & Markand, 1996; Janet, 1928b; Kuyk, 1999) <sup>1</sup>. Desviaciones más comunes incluyen agitación generalizada acompañada de elementos motrices, emocionales y cognitivos (Janet, 1903, 1909b; capítulo 9). La agitación grave incluye conductas tales como gritar, tirarse por el suelo, arrojar objetos, o golpearse la cabeza. La agitación menos grave incluye mover continuamente las piernas, balanceos, temblores, escalofríos, revolverse nerviosamente (no poder estarse quieto), deambular preocupado de acá para allá (por la habitación), y tics nerviosos (cf., Janet, 1919/1925, 1928b). Estos sucedáneos suelen describirse en la bibliografía especializada actual como manifestaciones de una desregulación afectiva (bajo la forma de un hipocontrol). De hecho, a veces *existe* un propósito en los movimientos desorganizados; por ejemplo, cuando el paciente se enzarza en estas conductas como una forma de evitar (inconscientemente) las temidas acciones mentales y conductuales de orden superior.

El tratamiento consiste en hacer pasar gradualmente al paciente de estas tendencias de acción de nivel muy bajo a otras de nivel cada vez más elevado. Primero el terapeuta puede, amablemente pero con firmeza, interrumpir tales acciones y captar la atención de [*establish contact*] el paciente sirviéndose de un lenguaje sencillo y del contacto ocular, y en el caso de resultar apropiado, del contacto físico jui-

---

1. Las pseudoconvulsiones son una “pauta de conducta involuntaria paroxística que imita los fenómenos epilépticos, caracterizada por una perturbación repentina y transitoria del control de las funciones motrices, sensoriales, autónomas, cognitivas, emocionales y/o conductuales, y mediatizada [determinada] por factores psicológicos” (Kuyk, 1999, p. 9).

cioso que ayude al paciente a estar más presente (Hunter & Struve, 1998). Estas estrategias estimulan las tendencias de acción sociopersonales presimbólicas que pueden ayudar al paciente a regular más adecuadamente sus acciones (Nijenhuis & Den Boer, 2007; Porges, 2001; Schore, 2003b). Si bien éstas son también tendencias de acción de nivel inferior, se encuentran por encima de los reflejos básicos o de las tendencias de acción reguladoras presimbólicas, razón por la cual el paciente puede necesitar que le ayuden a desplazarse gradualmente en dirección a tendencias de nivel más elevado. El terapeuta también debe ayudar al paciente a redirigir la atención hacia su entorno [*surroundings*], es decir, a proceder a una evaluación del contexto y a un cierto grado (limitado) de personificación y de presentificación. A este respecto, puede servirse de determinadas técnicas para recuperar [normalizar] la regulación psicofisiológica, la mayoría de las veces primero a través de la socialización [*social engagement*]. Así pues, de ser posible es preciso reactivar inmediatamente las tendencias de acción sociopersonales presimbólicas. Después paciente y terapeuta pueden abordar gradualmente las tendencias de acción superiores responsables de la exploración y de la reflexión sistemáticas con objeto de descubrir qué fue lo que motivó la desviación [la derivación] y si ello incluyó la activación de determinadas partes disociativas en particular. Finalmente, el terapeuta puede ayudar al paciente a desarrollar un mayor grado de presentificación. Con este fin, puede estimular al paciente a incrementar el número de predicciones más realistas respecto del futuro cercano y lejano, valorar cuidadosamente las acciones y situaciones pasadas, y adaptar sus acciones en consecuencia.

***Acciones sustitutivas con un objetivo.*** La segunda categoría de acciones sustitutivas corresponde a aquellas que *sí* tienen ciertamente un objetivo específico, pero o bien el objetivo no es adaptativo en el momento actual, o las acciones utilizadas para alcanzar el objetivo no son las ideales. El primer paso consiste en que el terapeuta y el paciente comprendan el objetivo o la función de la conducta, y si el objetivo en sí mismo es adaptativo. Por ejemplo, Millie quería casti-

garse, lo que a nivel superficial parecía un objetivo desadaptativo. Pero en realidad estaba convencida de que si se castigaba (física y emocionalmente), podría corregir lo que hacía mal (un objetivo adaptativo si verdaderamente algo iba mal). Ello requiere, pues, que el terapeuta y el paciente analicen las diversas creencias (habitualmente reflejas) de las partes disociativas en relación con lo que está mal o es malo [respecto de ellas mismas o de otras partes disociativas, cuál sería la forma más eficaz de ayudar a la persona a corregir sus “faltas”, y las distintas formas en que la empatía hacia todas las partes puede ser una poderosa acción mental adaptativa. Por supuesto, el empleo de este tipo de lógica no alivia inmediatamente el autocastigo. Más bien constituye un punto de partida para cuestionar las creencias reflejas y las conductas habituales que pueden estar contenidas en algunas partes específicas de la personalidad y dirigidas a otras partes. Lo cual es una forma de que el terapeuta pueda comprender empáticamente las necesidades subyacentes que mueven a un paciente autodestructivo.

Diversas partes de la personalidad pueden también emprender acciones derivadas de sistemas de acciones inapropiados para la situación. Por ejemplo, una parte puede paralizarse de forma refleja (un subsistema del sistema de acción responsable de la defensa) al percibir las bromas entre amigos como un ataque personal. Tales (re)acciones substituyen a las interrelaciones sociales más complejas e integradas.

***Superar las fobias.*** Las fobias relacionadas con experiencias traumáticas son la modalidad más generalizada de acciones substitutivas en las víctimas traumatizadas. Superar estas fobias implica ayudar a los pacientes a transformar estos substitutos en acciones adaptativas. El terapeuta no puede [permitirse el lujo de] infravalorar el coste de energía que conlleva mantener estas fobias: las fobias relacionadas con el trauma son uno de los principales obstáculos de cara a mejorar la eficiencia mental y consumen mucha energía mental. Los pacientes suelen estar convencidos de que las acciones –sobre todo las acciones mentales– necesarias para poder superar estas fobias están

fuera de su alcance, y les da miedo incluso hablar de los estímulos fóbicos. El terapeuta debe, pues, ayudar al paciente a mejorar la eficiencia mental lo suficiente como para empezar a abordar una exposición gradual o una desensibilización sistemática. Y cada paso en dirección a superar las fobias mejorará también la eficiencia mental.

El tratamiento para superar las fobias internas [al mundo interior] no es muy diferente del que se aplica a las fobias externas, tales como a las arañas o a las alturas. Consiste primeramente en analizar y entender las defensas del paciente como medidas de evitación y de huida. Las resistencias a determinados contenidos mentales en particular, o mejor dicho, a las acciones mentales que generan dichos contenidos, pueden entonces abordarse empáticamente, y cuanto menos algunos de los miedos relacionados con las acciones mentales se pueden resolver mediante la psicoeducación, el desarrollo de habilidades y la experiencia práctica. El paciente es expuesto gradualmente a los estímulos condicionados (sentimientos, sensaciones corporales, etc.) y debe llevar a cabo las acciones mentales de la síntesis y la consciencia (e.g., aprender que “esta sensación en el estómago no significa que corra ningún peligro”), al tiempo que previniendo las reacciones desadaptativas tales como el pánico. Es preciso aumentar en primer lugar el nivel de eficiencia mental (y a veces de energía mental) del paciente con el fin de elevar la probabilidad de que pueda realizar acciones integradoras durante la exposición, en lugar de acciones evitativas y demás acciones sustitutivas. El logro de acciones integradoras durante la exposición mejorará la eficiencia mental. La víctima traumatizada debe integrar el hecho de que, dentro del contexto actual, los estímulos condicionados no necesariamente remiten ni son indicativos del resultado temido (los estímulos incondicionados). Supone un derroche de energía para el paciente creer, por ejemplo, que una cara de enfado precede siempre al maltrato físico: ello no es así en la mayoría de los contextos.

El primer paso consiste en ayudar a los paciente a tomar conciencia de sus fobias. La evitación condicionada se vuelve muy automática cuando se practica con frecuencia, reduciendo la necesidad de un conocimiento consciente. Así pues, muchas de las víctimas son

tan duchos en el arte de la evitación que no son conscientes de lo que están evitando ni por qué. Estas acciones automáticas se han convertido en simples reflejos, los cuales constituyen el nivel más bajo dentro de las tendencias de acción y requieren escasa energía y eficiencia mental. Las víctimas traumatizadas deben en primer lugar afrontar el hecho de que *tienen* una fobia antes de poder pasar a afrontar los temidos objetos o experiencias relacionados con la fobia. El segundo paso consiste en evaluar las fobias derivadas del trauma y clasificarlas por orden de gravedad. Por ejemplo, si un paciente no puede ni tan siquiera hablar de enfado o de vergüenza sin cambiar bruscamente de tema, abstraerse por completo, o dar un giro repentino [de una parte disociativa a otra], es probable que la fobia a las acciones mentales relacionadas con el trauma sea grave y deba abordarse lentamente. (En este caso la fobia se relaciona con emprender acciones mentales que generan determinados sentimientos). Los terapeutas suelen sobrevalorar la capacidad que tiene el paciente de conseguir llevar a cabo las acciones mentales integradoras que se requieren para poder sentir una emoción, comprenderla y darle fin. El tercer paso consiste en ayudar al paciente (i.e., a todas las partes disociativas) a verbalizar en la medida de lo posible qué es lo que teme en relación con la posibilidad de entrar en contacto con objetos o experiencias relacionados con la fobia. Dicha verbalización supone un informe [*account*] narrativo que implica una representación lingüística y por tanto simbólica de la experiencia en lugar de la experiencia literal en sí misma. La narrativa solidifica la creciente toma de conciencia respecto de qué es lo que se teme y de cómo se podría abordar sin correr ningún peligro. Gradualmente, el paciente irá desarrollando la suficiente eficiencia mental como para poder hablar de lo que teme que pueda pasar, lo que supone un buen preludio para la resolución de la fobia. Expresar estos miedos con palabras supone una tendencia de acción más elevada que el hecho de expresarlas meramente de forma no verbal. Cada vez que el paciente puede vivir que los sentimientos de pánico y de terror no son peligrosos, la eficiencia mental se eleva un poco más porque la persona ha desarrollado la habilidad de sentir una emoción sin necesidad de recurrir



a las acciones sustitutivas. El poder vivenciar adaptativamente las emociones constituye uno de los objetivos principales de la llamada terapia de aceptación y compromiso (TAC; Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006), una tendencia reciente en terapia de conducta que se centra en exponer al paciente a determinadas acciones mentales (emociones, en este caso) y prevenir la evitación mental (las acciones sustitutivas). Estos principios son esenciales para la psicología de la acción que se describe en este libro.

Aunque los diferentes pasos para superar las distintas fobias se pueden tomar a lo largo de toda la terapia, cada una de las fases del tratamiento se puede definir en relación con la superación de determinadas fobias específicas. Así, la fase 1, *reducción de síntomas y estabilización*, se concentra en la superación de la fobia al apego y a la pérdida del apego hacia el terapeuta, la fobia a las partes disociativas de la personalidad, y la fobia a otras acciones mentales derivadas del trauma. La resolución gradual de dichas fobias debe mejorar la eficiencia mental del paciente (y aumentar su energía mental) hasta el punto de que en la fase 2, *tratamiento de los recuerdos traumáticos*, se pueda empezar a superar las fobias relacionadas con el apego inseguro hacia el agresor (o los agresores) y con los recuerdos traumáticos. La fase 3, *integración de la personalidad y rehabilitación*, se concentra en la superación de la fobia a la vida normal, a los riesgos sanos y a los cambios, y la fobia a la intimidad. Analizaremos con más detalle estas diversas fobias de origen traumático y su tratamiento a lo largo de los siguientes capítulos.

### ***Concluir acciones adaptativas***

Un principio terapéutico fundamental es que las víctimas traumatizadas aprendan a concluir con éxito acciones adaptativas tanto de segundo orden como de primera magnitud. El hecho de concluir una acción adaptativa suele generar una satisfacción personal, social y a veces material, y por tanto brinda ingresos. Conlleva una sensación personal de dominio y orgullo, así como de valoración social, y suele satisfacer el objetivo (o los objetivos) de una tendencia de acción o,

más habitualmente, de un sistema de acción. Estos efectos tienden a mejorar la eficiencia mental. Por ejemplo, la integración de un recuerdo traumático le enseñará al paciente las habilidades requeridas, e inducirá o fortalecerá la creencia reflexiva de que será capaz de integrar otros recuerdos traumáticos, tal vez incluso más dolorosos. Como señala Janet, “El acto acabado y consumado eleva la tensión psicológica [la eficiencia mental] del individuo, mientras que el acto inacabado y malogrado la reduce” (citado en Ellenberger, 1970, p. 383). Concluir acciones adaptativas también permite prescindir de la inversión de energía mental en una determinada tendencia de acción en particular, lo que aligera las “deudas” mentales.

Las víctimas traumatizadas no sólo tienen que aprender a realizar de forma regular las tareas y responsabilidades mundanas propias de la vida cotidiana, sino que deben aprender a iniciar y concluir acciones difíciles. Deben ser capaces de iniciar y de terminar una conversación con su pareja en relación con un tema doloroso, sin abstraerse ni distraerse, acabar un pensamiento, tolerar y resolver los sentimientos conflictivos, y mantener la concentración en el trabajo. Las partes disociativas fijadas a las acciones defensivas deben aprender a abandonar las respuestas condicionadas tales como la paralización o la huida, y volverse más reflexivas, pensar conscientemente en lo que está sucediendo, darse cuenta del contexto actual, así como de otras opciones al alcance. Ello incluye aprender a suspender [aplazar, diferir] los impulsos a [pasar a] la acción conductual inmediata, aprender a iniciar contactos sociales, a simbolizar sus experiencias, primero de forma no verbal y después bajo la forma de niveles cada vez más elevados (i.e., más abstractos) de lenguaje, en lugar de enzarzarse en reproducir la experiencia traumática.

Los pacientes deben ser capaces de llevar a cabo todas las fases de la acción con las tendencias de acción tanto mentales como conductuales: latencia [preparación], planificación, inicio, ejecución y finalización. Muchas acciones son complejas, e incluyen diferentes acciones componentes, cada una de las cuales debe ser empezada, desarrollada y acabada. Por ejemplo, saber trabajar con otras personas [en el sentido, por ejemplo, de llevarse bien con los compañeros

de trabajo] implica una multitud de acciones mentales y conductuales: cooperación, reflexión, mentalización, análisis de problemas, e integración de las habilidades sociales y laborales. La capacidad de emprender estas acciones depende en gran medida de la capacidad de emprender las acciones asociadas a la personificación y la presentificación. A nivel conductual, actuar de una forma dubitativa, poco entusiasta, desinteresada o impersonal puede conducir a finalizar el componente motriz de la acción, pero no a la sensación subjetiva de acabado, lo que puede llevar incluso al deterioro de la eficiencia mental (Janet, 1903). Por ejemplo, los pacientes que han sufrido abusos sexuales y que se lavan compulsivamente porque están “sucios”, no sienten ningún alivio con la acción, cuando no han personificado su cuerpo ni los abusos sexuales. Para hacer de ello una acción de alta calidad a nivel subjetivo, son esenciales: una fuerte motivación, una ejecución de la acción relativamente enérgica y personificada, así como una consciencia [*realization*, tener conciencia] de la motivación.

***Concluir acciones para saldar deudas.*** Para concluir acciones inacabadas se requiere un cierto grado de eficiencia mental del que los pacientes suelen carecer al principio de la terapia. Pero a medida que van mejorando gradualmente su eficiencia mental, es posible acabar estas acciones incompletas. Existen tres tipos principales de acciones inacabadas (o de “deudas”, en la terminología de Janet) que es preciso abordar de forma gradual, empezando por la más simple y acabando por la más compleja: (1) deudas en el ámbito de la vida cotidiana actual; (2) deudas procedentes del pasado y que no están necesariamente relacionadas con el trauma; y (3) deudas relacionadas con el trauma. El primer objetivo es concluir acciones con objeto de *saldar las deudas (concluir acciones inacabadas) que incluyen cometidos básicos de la vida cotidiana*. Cuanto más se pueda ayudar al paciente a concluir debidamente los cometidos de la vida cotidiana, a establecer unos plazos realistas para acabar, y a integrar más eficazmente distintos sistemas de acción, más energía mental (anteriormente fuera del alcance) tendrá para cometidos más complejos y

emocionales, y más mejorará automáticamente su eficiencia mental. Para poder concluir estos cometidos también puede que haya que aprender a administrar el tiempo y habilidades de organización, y a establecer prioridades y objetivos. También hay que ayudar a los pacientes a que aprendan a abordar las acciones mentales relacionadas con la vida cotidiana, tales como los sentimientos, pensamientos y deseos.

El segundo objetivo terapéutico consiste en concluir acciones con objeto de *resolver acciones emocionales y relacionales inacabadas procedentes del pasado*. Los asuntos pendientes del pasado pueden incluir transiciones anteriormente fallidas o incompletas dentro del ciclo vital, así como relaciones pasadas no resueltas.

El tercer objetivo, y tal vez el más difícil, consiste en concluir acciones con objeto de *resolver recuerdos traumáticos*, que son una modalidad especial y extremadamente costosa de acciones incompletas: “Tales pacientes... prosiguen la acción, o más bien el intento de actuar, que se inició cuando sucedieron los hechos, y se agotan ellos mismos en este eterno recomenzar” (Janet, 1919/1925, p. 663). La resolución de los recuerdos traumáticos puede ser una labor larga y ardua, que exija la repetición de muchos pequeños pasos. Ello requiere llevar a cabo acciones complejas de integración a nivel de síntesis y de consciencia, incluidas la personificación y la presentificación.

## **Favorecer la consciencia**

Las acciones importantes incompletas subrayan el problema nuclear de la *ausencia de consciencia* en las víctimas traumatizadas, ya no únicamente de su pasado traumático sino de muchos más aspectos de sus vidas. Así pues, un principio terapéutico constante consiste en fomentar las acciones de iniciar, desarrollar y finalizar la síntesis y consciencia entre todas las partes de la personalidad, de manera que la víctima traumatizada en su totalidad aprenda a percibir la realidad tan adaptativamente como pueda, y a responder a

ella realizando acciones mentales y conductuales esenciales. Idealmente, toda intervención tiene el fin de elevar el nivel mental y aumentar la consciencia. El terapeuta ayuda al paciente a estar más presente en un momento dado y a lo largo del tiempo, más atento, más capaz de establecer objetivos realistas, y de asumir la responsabilidad respecto de sus actos [acciones] –i.e., todos los componentes de la personificación y la presentificación. Con ello se subraya y favorece el albedrío del paciente [*agency*, su participación activa en condición de agente] tomado en su totalidad [*as a whole*, como persona total, íntegra, por contraste con la disociación estructural].

Las víctimas son alentadas a pasar gradualmente de las tendencias de acción inferiores a las superiores, con la ayuda de intervenciones graduadas. Como analizamos en el capítulo 9, cada nivel de tendencias de acción tiene su propio grado de personificación y de presentificación, asentándose sobre la base de los niveles anteriores, hasta poder alcanzar la integración. El terapeuta con frecuencia debe refrenar [*hold*] la consciencia plena del paciente durante largo tiempo, pero siempre apoya los continuos avances en esta dirección a tomar conciencia. Por ejemplo, el terapeuta puede señalarle repetidamente al paciente que aunque una parte de la personalidad pueda tener amnesia en relación con lo que otra parte hace, ambas partes no dejan en ningún momento de ser aspectos de una misma y única persona: “Aunque puede que no te lo parezca así, en realidad es una parte de ti. ¿Podemos ver la forma de entender un poco mejor esta parte de ti mismo?”. El terapeuta puede alentar al paciente a reflexionar más y vivenciar conscientemente, empezando por preguntas del tipo si-entonces: “Si te pusieras a recordar, ¿qué te imaginas que podría suceder?”, “Si expresaras tu enfado hacia mí, ¿cuál te imaginas que podría ser mi reacción?”. Las preguntas de tales características facilitan la comprobación de si las expectativas catastrofistas son realistas o no lo son. La consciencia por parte de la víctima traumatizada de los miedos que inhiben sus acciones adaptativas supone ya un paso fundamental en dirección a la integración.

## Resumen

Este capítulo se centra en los principios generales del tratamiento encaminados a fomentar las acciones adaptativas integradoras en las víctimas de experiencias traumáticas y entre todas las partes de la personalidad. Cada uno de los principios está pensado para favorecer el progreso gradual de las acciones mentales y conductuales de orden inferior a las de orden superior. El primer principio fundamental consiste en establecer una relación terapéutica y un marco terapéutico estable pero flexible, que permita minimizar la activación de las defensas y maximizar las acciones adaptativas de orden superior tanto en el terapeuta como en el paciente. Una vez establecido un marco definido, el terapeuta y el paciente se concentran en el cometido esencial de desarrollar el nivel mental del paciente, es decir, una energía mental y una eficiencia mental suficientes y equilibradas. Ello se logra siguiendo los principios de la economía mental: aumentando la energía mental, reduciendo los gastos innecesarios de energía mental, y saldando las “deudas” mentales (i.e., las acciones inacabadas [“asuntos pendientes”]). Acceder a la energía mental adecuada puede conducir al establecimiento de niveles superiores y más constantes de eficiencia mental, posibilitando acciones cada vez más adaptativas y complejas. Pero el aumento de la eficiencia mental también se traduce en un menor derroche de energía, e incluso en un aumento de la energía mental. Finalmente, el paciente es alentado a emprender y concluir acciones adaptativas de primer orden, incluida la consciencia, como algo natural en la vida cotidiana. Ello implica unos niveles elevados de personificación y de presentificación, y la capacidad de todas las partes de la personalidad de percibir y situar correctamente las estimaciones de la realidad a lo largo del continuum de los grados de realidad.



# 13

## Fase 1 del tratamiento y en lo sucesivo: Superar la fobia al apego y a la pérdida del apego hacia el terapeuta

---

*El elemento temido es el contacto en sí mismo, porque conlleva una promesa de amor, seguridad y consuelo que no puede verse satisfecha y que [le] recuerda [al paciente] las abruptas desavenencias de la niñez.*

—Lawrence E. Hedges (1997, p. 114)

Algunas de las cuestiones iniciales y más complejas que se plantean en la terapia con personas crónicamente traumatizadas son sus dolorosos y persistentes problemas en relación con el contacto social y la vinculación. Así pues, ya incluso desde las primeras sesiones muchas de las víctimas de experiencias traumáticas tienen miedo y evitan el contacto más elemental con el terapeuta, antes de que haya tenido tiempo de desarrollarse ningún apego. Puede que teman la sola experiencia de entrar en contacto con el terapeuta, en parte porque ello sea indicativo de un acercamiento a su atormentado mundo interior que constituye el objetivo de la terapia. Esta *fobia* inicial *al contacto con el terapeuta* constituye el primer obstáculo a superar en el tratamiento, y es un anticipo de otras penosas luchas que irán apareciendo más adelante, en relación con el apego y los contenidos mentales. Muchos pacientes tienen niveles mentales persistentemen-



te bajos que aumentan la probabilidad de que emprendan acciones sustitutivas desadaptativas que interfieran el contacto verdadero y el consiguiente vínculo seguro, ya no sólo en la vida cotidiana, sino también en la terapia. La más perniciosa de estas acciones incluye la *fobia al apego y a la pérdida del apego*: el miedo a acercarse a otro ser humano y a perderlo; o a ser absorbido por otra persona y perder toda la autonomía y el control; o a ser ridiculizado, rechazado, o abandonado frente a las necesidades intolerablemente intensas de apoyo, aceptación y reafirmación. El apego también activa estímulos relacionados con el trauma, tales como sentimientos, deseos y necesidades insatisfechos, y recuerdos, todo lo cual las víctimas se han venido esforzando por evitar. Los costes de estas y otras fobias relacionadas con el trauma son extraordinariamente difíciles de mantener para las víctimas (cf., capítulo 10), lo que deriva en unos niveles mentales constantemente bajos que obstaculizan el desenvolvimiento adaptativo en el ámbito de la vida cotidiana.

Las fobias relacionadas con el apego se manifiestan intensamente en la relación terapéutica. Constituyen el núcleo de los fenómenos transferenciales, incluyen la reescenificación de antiguos estilos de vinculación, y su resolución es esencial para el éxito del tratamiento. Aparecen a lo largo de toda la terapia, en prácticamente todas las sesiones, y por regla general su resolución suele ser lenta y difícil. Toda comunicación, toda intervención se verá directa o indirectamente influenciada [determinada] por las manifestaciones de estas fobias al apego y las soluciones a las mismas.

## **El papel del apego en el tratamiento**

El apego seguro favorece la integración de nuestra personalidad, de manera que podemos ser adaptativos al máximo de nuestro potencial: nos predispone “a un funcionamiento más diferenciado, coherente y flexible” (Slade, 1999, p. 584). En otras palabras, el apego seguro eleva nuestro nivel mental y favorece que funcionemos a los niveles más altos dentro de las tendencias de acción. El apego segu-

ro inhibe la activación indebida del sistema defensivo y favorece el pleno desarrollo de los restantes sistemas de acción asociados a la vida cotidiana (cf., capítulo 3; Nijenhuis & Den Boer, en prensa). Pero el apego no está exento del riesgo del dolor y de la pérdida incluso en las mejores circunstancias humanas imaginables. Para aquellos afortunados que disfruten de unos vínculos seguros, el dolor y la pérdida en el ámbito relacional se pueden afrontar adaptativamente porque la persona conoce el ritmo natural de las relaciones sanas: *sintonización, interrupción, reparación*. Las personas sanas sintetizan los apegos seguros de forma que finalmente éstos acaban convirtiéndose en representaciones mentales internalizadas permanentes (también conocidas como *modelos de referencia internos* o como *relaciones objetales*) a los que siempre se puede recurrir con fines de apoyo, independientemente de si la figura de apego está verdaderamente al alcance o no.

Pero en las personas crónicamente traumatizadas, el apego ha sido en el mejor de los casos inseguro, y la mayoría de las veces forma parte esencial del trauma. Las víctimas sintetizan representaciones mentales internas malévolas de las figuras de apego y de sí mismos que se pueden entender como partes disociativas de la personalidad (e.g., Blizard, 2001, 2003; Howell, 2005; Liotti, 1995; véase el capítulo 3), dejándoles con poca o ninguna capacidad de tranquilización, apoyo o reafirmación interior; además de disminuir su nivel mental. Las víctimas traumatizadas (o las partes disociativas específicas) suelen, pues, operar en niveles intermedios e inferiores de tendencias de acción en el ámbito del apego, lo que también afecta a su funcionamiento en otros ámbitos. Pueden ser incapaces de sintetizar y percibir adecuadamente las indicaciones relacionales actuales procedentes del terapeuta, malinterpretándolas como señales de peligro, por lo que sus defensas se activan, al tiempo que se aferran desesperadamente a él. Son incapaces de mentalizar y tienen creencias fijas respecto de lo que perciben como las intenciones hirientes o insensibles del terapeuta. Son, pues, incapaces de predecir correctamente buena parte de lo que sucede en el contexto de unas relaciones sanas.

En términos de la teoría del aprendizaje, tienen creencias reflejas desadaptativas del tipo si-entonces, tanto conscientes como inconscientes: “Si me conociera de verdad, *entonces* me despreciaría”, “Si acorto las distancias, *entonces* me controlarán”. Desde la perspectiva del condicionamiento clásico, muchos de los pacientes jamás han podido asociar el apego con un estado interior que les transmita una sensación de seguridad, lo que constituye el objetivo del apego seguro (Cassidy, 1999). En su lugar, el apego es indicativo [de] o trae a la mente el dolor físico o emocional. El condicionamiento valorativo negativo que genera vergüenza y miedo impide el desarrollo de un contacto inicial positivo: “Soy repugnante y débil por naturaleza, y este terapeuta es incompetente o peligroso por naturaleza”.

Las víctimas tienen problemas a la hora de realizar una valoración contextual adecuada de la situación terapéutica. En su lugar, es posible que se activen los sentimientos negativos más intensos de que son capaces los seres humanos: vergüenza, culpa, rabia, celos, venganza, pánico al abandono, terror, anhelos y ansias insatisfechas de amor y de cariño, y duelo. Por otro lado, también es posible que se desencadenen sentimientos más positivos, tales como un amor intenso, impulsos sexuales, ternura, ilusión, o alegría. Los pacientes pueden evitar igualmente estos sentimientos y algunas de estas emociones pueden servir como estrategias de evitación de afectos más dolorosos.

Las fobias al apego y a la pérdida del apego son las dos caras de la misma moneda sobre la base del miedo a que el apego pueda ser de alguna forma doloroso. Pero estas dos fobias suscitan sistemas de acción diferentes, y en razón de ello suelen activar partes diferentes de la personalidad. En la fobia al apego, las partes disociativas suelen centrarse de forma característica en actitudes defensivas que permiten descartar y evitar el apego y los contenidos mentales relacionados: “A usted le pagan por mostrarse simpático y agradable, de manera que eso no tiene ningún valor”, “No siento nada en particular cuando estoy con usted”. En la fobia a la pérdida del apego, las partes disociativas están fijadas al llanto de apego o a las defensas agresivas [*fight*, atacantes] con objeto de evitar la pérdida del apego y los contenidos mentales relacionados: “Por favor, no me dejes, no

puedo vivir sin ti”, “Si me dejas, lo vas a lamentar”. Estas fobias tan contradictorias y opuestas son la esencia del apego desorganizado/desorientado (véase capítulo 3; Liotti, 1999a, 1999b; Main & Solomon, 1986).

Sin embargo, a pesar de estas intensas fobias la relación terapéutica constituye la matriz a partir de la cual se desarrolla toda la terapia, y la resolución de otras fobias y problemas de las víctimas de experiencias traumáticas suele depender de la calidad de dicha relación. Una relación terapéutica segura con las víctimas traumatizadas es esencial para el éxito del tratamiento (Alexander & Anderson, 1994; Kinsler, 1992; Laub & Auerhahn, 1989; Olio & Cornell, 1993; Steele & Van der Hart, 2004; Steele *et al.*, 2001). Pero, a pesar de ser necesaria, habitualmente suele ser imposible al principio de la terapia (e.g., Kluft, 1993a). Antes bien, se trata de un proceso que constituye en sí mismo uno de los aspectos centrales del tratamiento.

El cambio se deriva de la dinámica de la relación terapéutica. Uno de los principales objetivos del tratamiento es que el terapeuta y el paciente encuentren y conserven un equilibrio óptimo entre la cercanía y la distancia dentro de la relación, dado que ello favorecerá unos niveles mentales superiores y más estables en uno y otro. Este equilibrio es dinámico, requiere hacer una serie de sutiles ajustes de acuerdo con los diferentes pacientes (y terapeutas), de acuerdo con las diferentes fases del tratamiento, y entre las diferentes partes de la personalidad del paciente, por un lado, y el terapeuta, por otro. Unas veces es necesaria una postura más objetiva por parte del terapeuta, y otras una actitud más cálida (Janet, 1919/1925; Steele & Van der Hart, 2004b).

### **Las fobias al apego a lo largo de las fases del tratamiento**

La fobia al apego y a la pérdida del apego son difíciles de superar para las víctimas traumatizadas cuyas experiencias incluyeron una relación traumática de larga duración. En razón de ello, los problemas de vinculación suelen manifestarse a lo largo de todas las fases

del tratamiento. Al principio de la fase 1, *reducción de síntomas y estabilización*, el paciente, o las partes disociativas que hacen acto de presencia, de forma característica mostrarán diversos grados de evitación. Los intentos de conectar con el paciente pueden ser rechazados y suscitar serios conflictos de aproximación/evitación que podrían no ser evidentes para el terapeuta en un primer momento. Algunas partes disociativas pueden desvelar más información de lo que sería deseable para otras partes, y tratar de comprobar la honestidad del terapeuta recurriendo a conductas para “poner a prueba” al principio del tratamiento, en lugar de abordar directamente la cuestión.

A medida que la relación terapéutica se va desarrollando con el tiempo, el conflicto entre el miedo al apego y la necesidad de apego puede intensificarse. En la primera fase del tratamiento, el terapeuta debe estar alerta a los signos que evidencien la existencia de este dilema dentro del paciente y entre las distintas partes de la personalidad. El terapeuta debe guiar la relación de acuerdo con la eficiencia mental del paciente y de las diferentes partes de la personalidad, y en particular de aquellas que a la sazón se muestran más activas en el tratamiento.

En la fase 2, *tratamiento de los recuerdos traumáticos*, el paciente ha ganado el nivel mental suficiente como para poder sintetizar y tomar conciencia de los recuerdos traumáticos. Antes de poder tomar plena conciencia de las relaciones traumáticas, puede que el paciente vuelva a representarlas [*reenact*, escenificarlas, reproducirlas sin tener conocimiento de ello], incluyendo al terapeuta en esta puesta en escena. Varias partes de la personalidad se sirven de ciclos fijos de percepción-acción motriz mediante los cuales repiten paradigmas rígidos de apego procedentes del pasado no integrado. Así, el paciente le asignará alternativamente al terapeuta el papel de padre insensible, agresor sádico, salvador idealizado, y seductor (Courtois, 1999; J.M. Davies & Frawley, 1994). En segundo lugar, las creencias reflejas relativas a ser malos, bochornosos o sucios que tienen su origen en los abusos y el abandono emocional, pueden intensificar los miedos del paciente respecto de que el terapeuta le vaya a rechazar, censurar, o abandonar. Finalmente, el paciente ya viene con una fobia a las

acciones mentales y a los recuerdos traumáticos, y sentirá una nostalgia y un aferramiento enormes hacia el terapeuta al nivel de cuanto menos algunas partes de la personalidad, con la esperanza de que le liberen de unas emociones y de unos conflictos que le desbordan. Buena parte de la labor de la fase 2 se dirigirá a la resolución de las fobias al apego en la medida que guarden relación con los recuerdos traumáticos.

En la fase 3 del tratamiento, *integración de la personalidad y rehabilitación*, prosiguen los problemas relacionados con el apego, pero con menor intensidad. Un cierto grado de apego seguro hacia el terapeuta respalda ahora al paciente a la hora de explorar más y de asumir más riesgos en el ámbito de la vida cotidiana normal, y en el de las relaciones más estrechas con otras personas. El miedo al abandono puede reaparecer con la posibilidad de la finalización del tratamiento, y ello debe ser analizado y resuelto.

### **La fobia al contacto inicial con el terapeuta**

Mucho antes de que se desarrolle ningún apego, la propia acción de entrar en contacto con el terapeuta durante las sesiones iniciales puede activar sensaciones y afectos perturbadores, diversas partes disociativas y recuerdos traumáticos. En otras palabras, el contacto inicial con el terapeuta puede activar no sólo las fobias al apego, sino también las acciones mentales derivadas del trauma, las partes disociativas, los recuerdos traumáticos y el cambio. De hecho, el acto de cobrar apego incluye las acciones mentales asociadas a las emociones y las sensaciones corporales, a las que las víctimas traumatizadas suelen tenerles fobia. Aunque vengan para recibir ayuda en relación con problemas específicos, a veces sienten u oyen advertencias o amenazas internas para que no hablen ni se relacionen con el terapeuta, además de estar inhibidos por la vergüenza, la culpa, el miedo o la incapacidad de expresar sus vivencias con palabras. Puede que teman perder lo que sienten como un funcionamiento poco sólido (Parson, 1998). También pueden venir con creencias erróneas res-

pecto de en qué consiste la terapia, y más concretamente el tratamiento de las experiencias traumáticas.

El terapeuta debe hacer un esfuerzo inicial por mitigar los miedos implícitos, señalando que a muchas personas les resulta difícil hablar de ellos mismos al principio, que el paciente es invitado a hablar a su propio ritmo, que la terapia no tiene por qué abrumar, que la terapia es un esfuerzo común. Se deben brindar sobradas oportunidades de que el paciente haga preguntas. El paciente es alentado a ser consciente [*be aware*] del momento presente y a sintetizar y percatarse [*realize*] conscientemente todo lo que pueda de sus vivencias actuales dentro de las sesiones. Ello incluye el conocimiento respecto de los problemas y los conflictos relacionados con el apego. El terapeuta puede comunicar verbal y no verbalmente que garantizará unos límites claros, y los explicará, será empáticamente receptivo a las fobias y los problemas de relación y de otro tipo, y comprende que la confianza es un proceso largo, que no se puede dar por sentado al comienzo del tratamiento. El hecho de hablar de las partes disociativas suele ser demasiado amenazante al principio, pero el terapeuta puede empezar por abordar las divisiones indebidas y la activación de diferentes sistemas de acción, diciendo algo así como lo siguiente:

Como persona íntegra, es posible que tengas sentimientos muy mezclados en relación con el hecho de estar en terapia y de hablar de algunas cosas acerca de ti mismo. No es tan raro que una parte de nosotros mismos quiera hablar para poder recibir ayuda y de este modo no sentirnos tan solos, mientras que otra parte preferiría que nos lo guardásemos para nuestros adentros. Espero que siguiendo tu propio ritmo podamos encontrar la forma de escuchar, de respetar y de comenzar a comprender todos tus distintos aspectos. Y en el caso de que alguna vez pudieras tener la sensación de que hubiera o se estuviera produciendo una especie de lucha o de forcejeo dentro de ti, sería útil que pudieras compartirlo conmigo, a tu manera y en el momento que consideres oportuno, para que podamos encontrar la forma de comprenderlo y de solucionarlo.

El terapeuta aspira a activar todo lo posible el sistema vincular del paciente en lugar del sistema defensivo, a niveles que el paciente pue-

da sintetizar y reconocer [*realize*]. Ello puede ser favorecido por los afectos y el lenguaje atenuados del terapeuta, haciendo de reflejo del paciente de forma modulada [mesurada]. La labor de apego se realiza a través de una serie de pasos sistemáticos y jerarquizados, sobre la base del criterio prudente del terapeuta, y de la respuesta [*feedback*] verbal y no verbal del paciente. Ello no quiere decir que el terapeuta contemporice con el paciente, sino que implica receptividad empática y paciencia, conscientes de que el cambio terapéutico requiere tiempo.

### El apego y el terapeuta

Las cuestiones relacionadas con el apego deben ser abordadas constantemente en todos los contactos con el paciente, al margen de lo inocuos que puedan parecer. Con el fin de ayudar al paciente a superar la fobia al apego y a la pérdida del apego, el terapeuta debe advertir el papel que desempeñan las distintas partes disociativas en el mantenimiento de dichas fobias, y esforzarse por reducir su necesidad de enzarzarse en acciones sustitutivas y defensivas con objeto de evitar el apego o el abandono en el ámbito de las relaciones normales. El terapeuta debe mantener un elevado nivel mental para poder responder con tendencias de acción de orden superior a las reacciones del paciente, dado que el apego y la pérdida del mismo pueden suscitar las emociones más intensas ya no únicamente en el paciente, sino también en el terapeuta. No hay nada más arrollador que los problemas de apego del paciente, que suponen un reto para el nivel mental del terapeuta y le empujan a adoptar tendencias sustitutivas que no son terapéuticas. Es la fobia del paciente al apego y al abandono, y sus necesidades y ansias enormes lo que suele suscitar una solicitud [*caretaking*, un proteccionismo] o una defensividad excesivas en el terapeuta, que desemboca en uno de los dos posibles extremos contratransferenciales del enmarañamiento [*enmeshment*, en el sentido de implicarse excesivamente de manera tormentosa, favoreciendo la (con)fusión] o el distancia-



miento (Steele *et al.*, 2001; J.P. Wilson & Lindy, 1994; J.P. Wilson & Thomas, 2004).

El terapeuta debe percatarse plenamente de que con frecuencia el paciente está volviendo a representar [*reenacting*] modelos de vinculación traumáticos, ya no sólo con el terapeuta y demás personas significativas, sino lo que es más importante, a nivel interno entre las distintas partes disociativas, cada una de las cuales contribuye al mantenimiento de la reescenificación en lugar de a su resolución (cf., Blizard, 2001, 2003). A menos que el terapeuta ayude al paciente a abordar y resolver estas relaciones internas desadaptativas entre las distintas partes disociativas de la personalidad, éste no podrá superar la fobia al apego y a la pérdida del apego.

Cuando su nivel mental disminuye en respuesta a la embestida de las necesidades, exigencias y acciones desadaptativas del paciente, el terapeuta será menos capaz de simbolizar y por tanto menos capaz de percatarse de que las conductas de apego del paciente constituyen reescenificaciones y acciones defensivas que deben abordarse terapéuticamente. Asimismo, el paciente puede proyectar sus emociones y vivencias rechazadas en el terapeuta, que deberá sentir las en lugar de obrar [*acting*] sobre la base de las mismas. Pero cuando su nivel mental es bajo, el terapeuta puede sentirse desbordado por afectos muy intensos (e.g., culpa, amor, lástima, rabia, vergüenza) y actuar sobre la base de estas emociones en lugar de según lo que el paciente verdaderamente necesita, que es una figura de apego estable y coherente que de forma predecible le ayude a integrar las partes contradictorias de sí mismo. El terapeuta tratará entonces de evitar o de resolver sus propios sentimientos intensos a través de acciones sustitutivas, en lugar de permanecer centrado en las necesidades reales, no las aparentes o subjetivas, del paciente.

Ya sea debido a la identificación proyectiva, frustraciones reales o problemas personales no resueltos, el terapeuta puede enzarzarse en acciones defensivas –enfadándose y avergonzándose, y arremetiendo contra el paciente o distanciándose de él, haciendo interpretaciones frías acerca de la “patología” del paciente, volviéndose pasivo-agresivo, o incluso emprendiendo una agresión [acción de agredir] en toda

regla. El terapeuta que se siente abrumado por la culpa y excesivamente triste (incapaz de tolerar el dolor del paciente), puede enzarse en un proteccionismo excesivo y transgredir los límites terapéuticos. Es la capacidad del terapeuta de evitar las reescenificaciones innecesarias y de percatarse de las que ya hayan podido tener lugar, lo que favorecerá la progresiva consciencia del paciente y la capacidad de éste de concebir una narrativa simbólica en lugar de seguir recurriendo a las acciones sustitutivas dentro del marco de las relaciones.

### **La fobia al apego y a la pérdida del apego hacia el terapeuta**

La parte del paciente que funciona en el ámbito de la vida cotidiana (PAN [la parte aparentemente normal de la personalidad]) es la parte de las víctimas que al principio se relaciona directamente con el terapeuta en la mayoría de los casos, independientemente de la categoría diagnóstica. Algunas víctimas en calidad de PAN evitan el apego, mientras que otras no. Pero al margen del estilo de apego de la PAN, otras partes de la personalidad pueden vivenciar al terapeuta como un posible cuidador y lucharán por prevenir la pérdida del apego, mientras que las partes defensivas temerán y evitarán al terapeuta. Así da comienzo la lucha, tan frecuente en las víctimas de experiencias traumáticas, entre la aproximación y la evitación dentro de la relación terapéutica. *Es crucial que el terapeuta encuentre un grado de cercanía y de distancia relacional óptima, con el fin de poder contener el conflicto de aproximación-evitación del paciente dentro de los márgenes de su nivel de tolerancia (i.e., de su nivel mental actual).* Así pues, el terapeuta debe tener siempre en mente la necesidad de equilibrar las intervenciones, a fin de no suscitar deliberadamente con demasiada intensidad ni la fobia al apego ni a la pérdida del apego.

Las intervenciones iniciales se dirigen principalmente al funcionamiento de la víctima en el marco de la vida cotidiana (i.e., a las PANs). Dentro de un modelo de desarrollo de habilidades, las primeras intervenciones incluyen la psicoeducación respecto de la relación terapéutica, el apego, la dependencia y la autonomía (cf., capítulo

12). Puede ser útil hablar “a través” de la PAN a las PEs [las partes emocionales de la personalidad], desde la primera fase del tratamiento. Un error muy común consiste en dar por supuesto que la experiencia [las vivencias] de la PAN dentro de la terapia coincide con la experiencia total del paciente. El terapeuta debe, pues, expresarse de manera que todas las partes de la personalidad puedan sentirse escuchadas y comprendidas.

La receptividad empática es esencial de cara a prevenir y resolver los estancamientos terapéuticos. Ello no sólo es una respuesta necesaria frente al sufrimiento de la víctima traumatizada, sino también una respuesta ante la percepción de cualquier alteración en el vínculo entre el terapeuta y el paciente. El terapeuta empatiza con la *vivencia* que el paciente tiene de la alteración sin ponerse a la defensiva, al margen de si el paciente está percibiendo incorrectamente la realidad de lo que sucedió. La reparación de la relación reside en la receptividad a la vivencia del paciente, y en relacionar dicha vivencia con sus posibles orígenes históricos, no en “arreglar” [*“fixing”*] o defender lo que pasó. Únicamente *después* de haber logrado esta reparación el terapeuta puede ayudar al paciente a corregir cualquier creencia o percepción errónea.

La coherencia y la previsibilidad del terapeuta son esenciales de cara a reducir la fobia al apego y a la pérdida del apego, y también de favorecer la creciente eficiencia mental del paciente. Si bien no es posible ni conveniente una disponibilidad constante, sí se recomienda encarecidamente la *disponibilidad previsible* (Gunderson, 1996). El paciente debe tener una comprensión clara del alcance y las limitaciones de los contactos externos, tales como las llamadas telefónicas de emergencia al terapeuta, y tener acceso a una asistencia en crisis en el caso de que el terapeuta pueda estar ausente.

### ***Superar la fobia al apego***

Las víctimas, o las partes disociativas que le tienen fobia al apego, tienden a maximizar las acciones que dificultan o perturban las relaciones. Inhiben los afectos relacionados con el apego y las alteracio-

nes vinculares (Slade, 1999). Han aprendido a asociar el apego con el dolor físico o emocional, el rechazo o las críticas crueles, las necesidades insatisfechas, y los recuerdos traumáticos. Puede que la dependencia les parezca repulsiva e “infantil”, y evitan particularmente las PEs que manifiestan necesidades de apego, sobre todo las que se viven a sí mismas como niños o bebés necesitados. En particular, las PEs modeladas sobre la base del desprecio del maltratador, que se avergüenzan de estas otras partes de la personalidad y las castigan implacablemente en una reescenificación de las experiencias vinculares traumáticas. Algunas partes disociativas evitan tanto el apego y están tan fijadas a otros sistemas de acción [distintos del apego] que niegan totalmente cualquier emoción o necesidad de relación: “Yo me limito a trabajar; las relaciones son una pérdida de tiempo, y el tiempo es oro”. La tabla 13.1 (pág. 425) muestra un listado de algunas de las intervenciones básicas para superar la fobia al apego.

En el siguiente ejemplo, que incluye a un paciente y a su terapeuta, predomina la fobia al apego, pero resulta evidente que la fobia a la pérdida del apego también está en juego. Un paciente, Ray, con un TEPT [trastorno por estrés postraumático] complejo que rara vez llamaba al terapeuta por teléfono, hizo una llamada verdaderamente urgente entre sesiones, pero pasaron horas hasta que el terapeuta pudiera devolverle la llamada. Una vez en la sesión, Ray se disculpó encarecidamente por haber llamado al tiempo que también parecía enfadado. Tenía la sensación de que el terapeuta estaba enfadado con él. Ray fue alentado a hablar de sus sentimientos con el terapeuta, quien a continuación le ayudó a analizar con más detalles sus problemas relacionados con el apego:

*Terapeuta:* Así que te sientes herido y enfadado de que no te devolviera inmediatamente la llamada porque creías que estaba furioso contigo. Lo siento mucho si te di esa impresión, y me gustaría hablarlo contigo [*Receptividad empática y reparación; alienta la presentificación centrándose en el aquí y ahora; evita enzarzarse en explicaciones defensivas, y en lugar de ello favorece el apego y la exploración*].

Ray: Sí [*yeah*], bueno, tampoco es nada del otro mundo [*evita las emociones y el apego*]. Es simplemente que me consta que no le gusta nada que le llame, así que debió usted de sentirse furioso [*creencia refleja; reescenificación traumática; incapacidad de mentalizar; proyección*].

Terapeuta: ¿Qué te hace pensar eso? [*abordaje gradual de la creencia refleja; intento de comprender los ciclos desadaptativos de percepción-acción motriz*].

Ray: Bueno, parecía que estaba usted de mal humor [*síntesis de percepciones desde una perspectiva defensiva*].

Terapeuta: Es verdad que estaba cansado cuando te devolví la llamada. Tal vez eso pudo contribuir a que pareciera que estaba “de mal humor” [*validación de que el paciente percibió de hecho algo diferente*]. Yo no sentía eso conscientemente, pero ahora veo que puede que oyeras algo en mi voz que te resultara desconcertante y que te recordara alguna experiencia dolorosa [*receptividad empática*]. A continuación te sentiste enfadado y herido y preferiste retraerte [*advierte la totalidad del ciclo perceptivo-motriz, lo cual favorece la consciencia; reconoce la experiencia actual del paciente*].

Ray: Sí. Puede ser. Pero lo que pasa es que soy un llorica, siempre estoy quejándome [*creencias reflejas y condicionamiento valorativo negativo*]. A nadie le gusta eso [*generalización excesiva*]. Me siento avergonzado de que tan siquiera me atreviera a llamarle [*la vergüenza refuerza la evitación de la necesidad de contacto e inhibe otros afectos: es indicativa de la fobia a las acciones mentales, i.e., la necesidad y el deseo de atención*].

Terapeuta: Esas son palabras muy duras aplicadas a ti mismo. Tal vez podríamos ver lo que puede haber debajo de esas creencias [*implica al paciente en un nivel de acción superior, más reflexivo, mediante la activación del sistema de acción de la exploración; reconoce la interrelación entre la fobia al apego y a la pérdida del apego*]. Estaba pensando si no habrás oído esas palabras antes [*alienta la síntesis y la consciencia entre el pasado y el presente*].

**TABLA 13.1**  
Intervenciones para superar la fobia al apego

- 
- No alentar el apego abiertamente, sino más bien estar predeciblemente (no constantemente) disponible.
  - Es esencial no dejar de ser coherente y predecible, dado que los pacientes que tienen fobia al apego pueden dar la impresión de que no tienen reacciones negativas ante la tardanza o las incongruencias del terapeuta. Ello puede mover al terapeuta a bajar la guardia, lo que fomenta adicionalmente la fobia al apego.
  - Abordar con delicadeza el hablar de la relación terapéutica con todas las partes de la personalidad.
  - Reconocer y cuestionar las creencias reflejas acerca del apego (e.g., “Todos quieren conseguir algo”, “Cuando dejas que se acerquen, siempre te hacen daño”, “La dependencia es cosa de niños”).
  - Reconocer el condicionamiento valorativo negativo que hace que el paciente tema que le rechacen o que le censuren (“Soy malo y no sirvo para nada”, “Doy vergüenza”, “Soy una puta”).
  - Relacionarse inicialmente con las partes evitativas dentro de la gama de sus sistemas de acción (e.g., el trabajo) y apoyar gradualmente su conocimiento y su relación con otras partes de la personalidad que sean más propensas al apego.
  - Analizar las dificultades del paciente con los afectos relacionados con el apego: amor, odio, vergüenza, etc.
  - Evitar las manifestaciones de interés demasiado intensas con las partes disociativas que tienen fobia al abandono, dado que ello puede suscitar que las partes con fobia al apego emprendan la defensa.
  - Ayudar gradualmente al paciente en su totalidad a analizar sus miedos al apego (rechazo, sensación de dependencia, etc.).
  - No ofrecer un contacto adicional ni objetos transicionales a menos que el paciente lo pida, pero hacer saber al paciente que puede disponer de ello en caso de solicitarlo y de que le resulte útil.
  - Hablar de las ventajas subjetivas de reducir el apego al mínimo (empatizar con la resistencia) y gradualmente ir abordando las dificultades o desventajas (e.g., soledad, falta de apoyo).
- 

*Ray: Sí, mi padre solía hablar en esos mismos términos de todos nosotros y a veces las oigo dentro de mi cabeza, casi igual que si tuviera a mi padre delante [inicia cierto grado de consciencia; insinúa la posibilidad de una parte disociativa persecutoria asociada a la defensa].*

*Terapeuta:* Así que tu padre no era capaz de comprender que tú necesitaras algo y estuvieras tratando con todas tus fuerzas de pedir ayuda en relación con ello. Debe ser muy doloroso y desconcertante para un niño que el padre o la madre no reconozca sus necesidades legítimas y le castigue por el mero hecho de tenerlas [*receptividad empática y primeros pasos para ayudar al paciente a mentalizar* (elaborar mentalmente, mentalizarse de) *que el padre tenía sus propias limitaciones de las que el niño no era responsable; facilita psicoeducación respecto de que las necesidades son normales y aceptables*].

*Ray:* Sí. Supongo que tiene muy mala pinta [*el lenguaje indica una falta de personificación*].

*Terapeuta:* ¿Tal vez lo que sentiste conmigo a propósito de la llamada de teléfono pueda ser una pequeña muestra de lo que te pasaba entonces? [*alienta una mayor toma de conciencia, incluida la personificación, y relaciona (enlaza) el presente con el pasado en la experiencia del paciente*].

*Ray:* ¡Sí! [llorando]. ¡Pero lo único que oigo dentro de mi cabeza es que no soy más que un llorica! [*activación de la parte disociativa encargada de defenderse contra los afectos dolorosos y el contacto con el terapeuta*].

*Terapeuta:* Bueno, me imagino que esa parte dentro de ti todavía no acaba de comprender del todo y está tratando de mantenerte a salvo porque fue muy arriesgado para ti que tuvieras tus necesidades o que llorases cuando eras un niño [*énfasis en la presentificación*]. Tal vez esa parte está enfadada y te rechaza, exactamente igual que tú sentiste que hacía yo. Espero que esa parte nos esté escuchando ahora, porque desde luego tú y yo podemos comprender que es natural que todos sin excepción tratemos de que nos echen una mano cuando tenemos miedo o nos duele algo. Aunque en tu caso fuera arriesgado cuando eras un niño, no tiene por qué serlo ahora [*reconoce y aborda indirectamente la parte disociativa “discutiéndolo” (“talking through”, con la media-*

ción de otras partes, a través de otras partes); *alienta una mayor reflexión; insinúa la proyección que finalmente debe ser percibida por el paciente; comprende que las partes disociativas actúan a diferentes niveles de tendencias de acción y desde diferentes perspectivas sobre la base de sus respectivos sistemas de acción (defensa vs. apego); facilita psicoeducación que contrarresta la defensa desadaptativa y activa el apego; favorece la diferenciación entre el entonces y el ahora, i.e., una estimación correcta de la realidad actual y una evaluación correcta del contexto; alienta la interrelación entre las distintas partes, lo que favorece la síntesis y la consciencia más adaptativas del paciente como un todo*].

*Ray:* Me sigo sintiendo muy desgraciado, pero también extrañamente mejor. Lo ha captado usted bastante bien (sonríe levemente) [*El nivel mental del paciente ha aumentado: puede tolerar sus sentimientos, está presente y en contacto con el terapeuta. La reparación ha tenido éxito*].

*Terapeuta:* Bueno, verdaderamente estás sufriendo, y ello ayuda a compartir y comprender ese sufrimiento. Es triste que aprendieras a tenerle tanto miedo a recurrir a los demás. Pero ahora mismo estás asumiendo el riesgo de hablarlo conmigo. ¿Cómo te sientes? [*continúa reforzando la presentificación y fomentando un apego seguro*].

*Ray:* De momento, bien. Parece algo bueno, que usted lo comprenda, quiero decir. Un momento, me parece que lo estoy captando, yo también [*consciencia cada vez mayor, incluida la personificación; el nivel mental ha subido*].

### ***Superar la fobia a la pérdida del apego***

Las víctimas, o las partes disociativas que le tienen fobia a ser abandonados, tienden a maximizar las acciones que fuerzan al apego y también a la dependencia. Dado que el llanto de apego implica pánico [terror, alarma], manifestarán una excesiva preocupación por los estados [sensaciones] internos de aflicción [*distress*, i.e., angustia,



peligro, dolor], junto con una búsqueda frenética de alivio, al tiempo que tienden a crear relaciones tormentosas [*enmeshed*] e intensas (Slade, 1999). Les preocupa la disponibilidad literal [material, concreta] del terapeuta, y les afectan enormemente las ausencias tanto previstas como imprevistas. Son muy receptivos a cualquier matiz en las acciones del terapeuta, malinterpretarlas de rechazantes o críticas, o bien como indicio de un abandono inminente. En otras palabras, hacen predicciones reflejas de que el terapeuta les va a dejar, y las PEs persecutorias o protectoras pueden transmitir amenazas internas respecto del abandono, lo que no hace sino aumentar la desesperación. Los intentos de recibir atención, apoyo y tranquilización por parte del terapeuta son constantes y a veces implacables, y pueden incluir muchas acciones sustitutivas, tales como las autolesiones, las llamadas telefónicas de emergencia, o los ruegos de tener un contacto cada vez mayor.

En la medida en que las experiencias vinculares traumáticas continúen siendo reescenificadas por las distintas partes disociativas, ningún contacto con el terapeuta será suficiente, y las intervenciones para calmar y tranquilizar a las partes asociadas al llanto de apego sólo serán eficaces transitoriamente. *Cuando un paciente comienza a manifestar una fobia intensa a perder el apego, el terapeuta debe inmediatamente trabajar ya no sólo estas partes de la personalidad que temen el rechazo y el abandono, sino también aquellas partes que rehuyen el apego y se esfuerzan por interferir internamente en la relación terapéutica.* Así, el paciente es ayudado a desarrollar una dependencia adaptativa con el objetivo específico de *sentirse seguro*, en lugar de [exigir o depender de] una disponibilidad [material] constante por parte del terapeuta (Steele *et al.*, 2001). Ciertos límites y restricciones terapéuticas son necesarios para prevenir la dependencia desadaptativa centrada indebidamente en torno a las PEs responsables del llanto de apego, a expensas del desenvolvimiento en el ámbito de la vida cotidiana (Steele *et al.*, 2001). El paciente debe aprender no sólo a confiar en el terapeuta, sino a depender de las partes más funcionales [asociadas a un funcionamiento más normal] de sí mismo. Así, las PANs y también las PEs más adaptativas son alentadas decididamen-

te a responder empáticamente a las PEs carenciadas [*needy*, necesitadas, dependientes]: esta labor no sólo le corresponde exclusivamente al terapeuta. Una vez más, debe resolverse la reescenificación interna de las relaciones traumáticas entre las distintas partes disociativas, lo que requiere la participación activa de todas las partes de la personalidad.

La dependencia desadaptativa puede ser abrumadora y suscitar unos esfuerzos por calmarla cada vez más frenéticos, lo que deriva en una espiral de dependencia, desesperación e indefensión. Esta espiral conduce al paciente a emprender acciones sustitutivas de nivel bajo dentro de la jerarquía de las tendencias de acción, tales como los autolesiones, o las transgresiones graves de los límites, dirigidas al terapeuta o bien a otras personas significativas. En estos casos, cuanto más alienta el terapeuta la dependencia y permite que las acciones sustitutivas prosigan su curso, más regresivamente dependiente se volverá el paciente. El terapeuta debe, pues, encontrar un equilibrio entre aceptar las necesidades y las ansias de dependencia, y satisfacer lo necesario para el establecimiento de un apego seguro, y ayudar al paciente a contener dichas necesidades dentro de los márgenes de la tolerancia tanto del paciente *como del* terapeuta (i.e., dentro de los márgenes de su nivel mental). *Es esencial asegurarse de que el paciente en su totalidad se vea expuesto a pequeños niveles graduales de afecto a lo largo de la relación terapéutica.* La regulación afectiva es una de las claves principales para lograr superar la fobia a la pérdida del apego, dado que la vergüenza, la rabia y el pánico suelen impulsar la fobia en cuestión. El terapeuta suele cometer el error de ahondar [profundizar] en el apego sin aumentar simultáneamente las habilidades de regulación afectiva del paciente. El paciente debe tener algún pequeño grado de consciencia [*realization*] de que posiblemente el terapeuta no pueda satisfacer todas sus necesidades de apego. La tabla 13.2 (pags. 430-431) muestra un listado de algunas de las intervenciones básicas para superar la fobia a la pérdida del apego sin rebasar la tolerancia del paciente.

En el siguiente ejemplo relativo a la superación de la fobia a la pérdida del apego, una paciente, Rita, con un TDI [trastorno disocia-

**TABLA 13.2****Intervenciones para superar la fobia a la pérdida del apego**

- 
- La disponibilidad previsible, y no tanto constante, es la clave del apego seguro.
  - Empezar y acabar las sesiones a su hora, y tener las sesiones a la misma hora todas las semanas.
  - El contacto y las sesiones adicionales deben concederse luego de una detenida consideración de lo que el paciente tomado en su totalidad necesita y puede tolerar. Más no necesariamente es mejor, pero tampoco es menos.
  - Analizar las limitaciones de la regularidad y la previsibilidad, es decir, los límites de la disponibilidad y el hecho de que el terapeuta puede tener errores humanos.
  - Explicar nuestra forma habitual de ser dentro y fuera del despacho.
  - Poner una nota en el tablón de anuncios con un listado de las ausencias previstas con bastante anticipación.
  - Brindar la posibilidad de un terapeuta suplente durante las ausencias, en caso de necesidad.
  - Detallar qué pasará si nosotros o el paciente llega tarde o falta a una sesión.
  - Analizar los miedos del paciente al abandono sin ofrecerle garantías no realistas, e.g., *no* prometamos que “siempre vamos a estar” o que “nunca nos iremos”.
  - Prometer que en el caso de que tuviéramos que dejar la consulta por alguna razón imprevista, lo avisaremos con la mayor antelación posible y ayudaremos al paciente a encontrar un nuevo terapeuta.
  - Reconocer el papel de las partes disociativas persecutorias y protectoras en el mantenimiento de una atmósfera interna de rechazo y de censura: “¡Eres un llorica, no es de extrañar que ese terapeuta idiota no te pueda ver!” (condicionamiento valorativo negativo).
  - No pretendamos, ni demos por supuesto, ni creamos que podemos “compensar” las pérdidas a nivel de vínculos [lazos, apegos] que el paciente ha sufrido.
  - Consolar puede ser útil, pero no es un fin en sí mismo, y no alivia las pérdidas graves; el consuelo debe tener el objetivo de elevar el nivel mental del paciente y su capacidad de emprender conductas más adaptativas.
  - Compartir [*sitting with*] la falta de esperanzas [*hopelessness*] y la desesperación [*despair*] es una parte muy necesaria del proceso.

- El terapeuta debe tolerar, y ayudar a los pacientes a tolerar, lo que éstos creen que no pueden tolerar, si bien a su propio ritmo (“Si le mostrara mi dolor más profundo, usted saldría corriendo”).
- Analizar, cuestionar, y comprobar las creencias reflejas respecto de la dependencia, la autonomía y la independencia.
- Es preciso discutir y establecer unas directrices claras para las llamadas de emergencia.
- Devolver previsiblemente las llamadas de teléfono, sin reforzarlas como una forma de estar en contacto.
- Es preciso limitar el alcance de las llamadas telefónicas a informar, orientar, dar seguridad y ayudar a las distintas partes de la personalidad a relacionarse adaptativamente unas con otras durante las crisis.
- Las llamadas telefónicas extraordinarias deben tener una duración limitada y reservarse para las crisis excepcionales, no como un apoyo habitual y permanente, dado que en la mayoría de los pacientes ello podría suscitar una dependencia incontrolable.
- El contenido de las llamadas telefónicas de emergencia así como de las sesiones de emergencia deben ser debidamente tratados con objeto de determinar si los problemas relacionados con el apego pudieron ser una causa subyacente. En caso de ser así, ello se debe analizar durante la sesión, mientras el paciente está en contacto directo con el terapeuta.
- Ayudar a los pacientes a aprender a simbolizar (preferiblemente a verbalizar) los sentimientos, en lugar de llevarlos impulsivamente a la práctica.
- Mantener los límites terapéuticos.
- Ser conscientes de que las diversas partes disociativas tendrán diferentes necesidades y ciclos fijos de percepción-acción motriz respecto de los problemas relacionados con (la pérdida de) el apego, y comunicar este conocimiento al paciente de manera que la síntesis y la consciencia se vean favorecidas.

tivo de la identidad] lucha con su miedo al abandono después de hablar de algo vergonzoso con el terapeuta:

*Rita:* (cambiando repentinamente a una PE infantil) ¿Me vas a dejar? ¡Ya sé que soy muy mala! [*Para la paciente, hablar de algo vergonzoso es un estímulo condicionado asociado al rechazo que se manifiesta bajo la forma de una creencia refle-*

*ja. El estímulo condicionado reactiva el pánico al abandono. En otras palabras, el ciclo de percepción-acción motriz de la paciente incluye la predicción de que si cuenta algo vergonzoso, la abandonarán].*

*Terapeuta: ¿Qué ha pasado con esa otra parte de ti? [Antes de abordar el pánico, el terapeuta ayuda a la paciente a concentrarse en el giro repentino como respuesta al pánico].*

*Rita: No do zé [dunno, hablando como una niña muy pequeña]. ¿Quierez que me vaya podque yo mala? (llorando, hablando entre dientes) [La conducta cada vez más “infantil” tiene el objetivo de obtener una mayor atención del terapeuta, i.e., la esperanza de reducir el estrés –refuerzo negativo– mediante la aceptación y el consuelo procedentes del terapeuta. Esta conducta “infantil” puede servir de alivio substituto, lo que podría dificultar la resolución del conflicto interior. El recurso al lenguaje “infantil” indica un descenso repentino en dirección a tendencias de acción de nivel inferior; la paciente también pretende que el terapeuta le garantice que no es mala, evitando así tomar conciencia de su propio condicionamiento valorativo negativo interior].*

*Terapeuta: Estaba pensando si esa parte puede seguir contigo en este momento, junto con el mayor número posible de otras partes de tu personalidad. De ser así, podrás tener la total sensación de estar aquí, de modo que podremos hablar de este tema tan importante. Tú no quieres que te deje, pero en la medida en que las distintas partes de tu personalidad no estén lo bastante presentes en esta conversación, es posible que sigas teniendo la sensación de que yo no estoy verdaderamente aquí contigo [Alienta la comunicación y la colaboración interior, lo que elevará el nivel mental y favorecerá un mayor nivel de personificación y de presentificación; se centra primero en resolver la evitación de las otras partes disociativas antes de ayudar a la paciente a comenzar a resolver su miedo al abandono y la sensación de ser mala].*

*Rita: ¿Pero es que no te caigo bien? [continúa evitando abordar otras partes de la personalidad, y continúa presionando para que el terapeuta la tranquilice, exteriorizando así el conflicto].*

*Terapeuta: Me caes bien toda tú, como persona íntegra. Por eso es importante que todas las partes de tu personalidad estén presentes, si pueden, porque me preocupa que tal vez no te gustes a ti misma, que creas que te puedo dejar porque tú crees que eres mala por dentro. ¿Te parece que todo esto puede tener un sentido? [responde con sinceridad, pero se mantiene centrado en la valoración refleja que la paciente hace de sí misma].*

*Rita: Sí, seguro. ¿Me prometes que no me vas a dejar? Voy a ser buena, ¡te lo prometo! [Una vez más evita el conflicto interior. Está fijada a un llanto de apego condicionado y a las conductas de sumisión].*

*Terapeuta: Es perfectamente comprensible que no quieras que te deje, y no tengo la menor intención de hacerlo, ni tienes por qué sentir que tienes que rogarme para que me quede. Tenemos un acuerdo para trabajar juntos que los dos respetamos. Mis idas y venidas no tienen nada que ver con lo que siento en relación contigo. ¿Te parece bien que tratemos de averiguar más cosas acerca de ese miedo que tienes a que te pueda dejar porque eres mala?*

*Rita: Sí [yeah], la mayoría de nosotras pensamos que somos muy malas y te hemos contamos algo tan malo que ahora nos vas a odiar. Todo el mundo me deja [sobregeneralización]. Se burlan de mí porque soy muy mala. Así es como soy [desvela creencias reflejas; personificación y presentificación muy limitadas; vergüenza].*

*Terapeuta: Esas son experiencias muy dolorosas. ¿Y qué sientes ahora estando conmigo en este momento? [receptividad empática; alienta la presentificación; activa la exploración y el apego reduciendo la defensa asociada al llanto de apego (no en virtud de correr a salvarla, sino de la modulación), i.e., activa las tendencias de acción de nivel superior].*

*Rita:* Estoy bien, creo. No tengo tanto miedo. Estoy más tranquila por dentro.

*Terapeuta:* Bien. ¿Te parece bien entonces que sigamos hablando de esto con todas las partes de tu personalidad estando presentes y con nosotros dos de esta forma? [*alienta la comunicación y la colaboración interna; garantiza que la tarea está dentro del alcance de la capacidad de integración de la paciente; vuelve a retomar el conflicto de la paciente*].

## Resumen

La fobia al apego y a la pérdida del apego son omnipresentes en las víctimas de traumatizaciones crónicas y se manifiestan en la relación terapéutica a lo largo de todas las fases del tratamiento. La superación de dichas fobias es esencial para profundizar en los logros terapéuticos, dado que el apego es la matriz en la que tiene lugar toda terapia. El paciente es ayudado a desarrollar un vínculo seguro con el terapeuta en virtud de una disponibilidad previsible, en lugar de constante. Este vínculo favorece la síntesis y la consciencia progresivas (la integración) y, en razón de ello, eleva el nivel mental. Ahora bien, el paciente y el terapeuta comprobarán que el apego es muy difícil, en razón de las asociaciones aprendidas por parte del paciente entre apego y dolor (emocional y físico), y debido a los ciclos fijos de percepción-acción motriz relacionados con el apego. Las víctimas traumatizadas, o las partes disociativas que le tienen fobia al apego, emprenden acciones que dificultan o alteran las relaciones, en tanto que las que tienen fobia a la *pérdida* del apego emprenden acciones para prevenir el rechazo o el abandono. La fobia al apego y a la pérdida del apego están inextricablemente entremezcladas, afectándose mutuamente. Pero estas fobias respectivas pueden separadamente suscitar diferentes sistemas de acción y afectos, dado que implican distintas partes de la personalidad. Así pues, el terapeuta debe mostrarse sumamente receptivo a reconocer y trabajar las diversas partes disociativas. Los pacientes generalmente tienen una fobia inicial al

contacto con el terapeuta, lo que se puede entender como una evitación ya no sólo del apego, sino de acciones mentales, sobre todo de los recuerdos traumáticos. La disminución del nivel mental del terapeuta en respuesta a la intensidad del paciente desembocará en una contratransferencia tormentosa o distante (i.e., acciones sustitutivas de orden inferior). El terapeuta debe equilibrar las intervenciones de manera que ni la fobia al apego ni a la pérdida del apego se vean intencionadamente suscitadas con demasiada intensidad en las diversas partes de la personalidad. Se analizaron algunas intervenciones específicas encaminadas a ayudar al paciente a superar estas fobias relacionales. La fobia al apego y a la pérdida del apego están estrechamente relacionadas con otras fobias a las acciones mentales, a las partes disociativas, a los recuerdos traumáticos, y al cambio.





# 14

## Fase 1 del tratamiento y en lo sucesivo: Superar la fobia a las acciones mentales derivadas del trauma

---

*Era incapaz de explicarle a nadie por qué estaba tan bloqueada, amurallada y desconectada de mis sentimientos... Entrar en contacto con mis sentimientos hubiera supuesto abrir la caja de Pandora.*

—Marilyn Van Derbur (2004, p. 98)

Las acciones mentales, lo que sentimos, pensamos, deseamos, necesitamos, percibimos, desempeñan un papel esencial en el funcionamiento adaptativo, y por ende en el desarrollo de nuestro nivel mental más elevado. El que nuestras acciones mentales nos vayan a guiar adaptativamente o no dependerá de nuestra capacidad de percibir las correctamente, de hacerlas nuestras (personificarlas), y de otorgarles el lugar que les corresponde en la realidad, comprendiendo que se trata de experiencias internas que no necesariamente tienen por qué requerir una acción conductual. El miedo puede ayudarnos a mantenernos a salvo y el amor puede mantenernos unidos aun cuando aparezcan conflictos en una relación. Los deseos nos mueven a elegir los objetivos en los que concentramos nuestras energías. Los pensamientos otorgan un sentido y una explicación, lo que nos ayuda a adaptarnos más eficazmente a la vida. Las sensaciones corporales nos ayudan a reconocer nuestras emociones, nos indican si estamos enfermos o

sanos, nos ayudan a percibir cómo nos movemos y actuamos, y se relacionan con nuestra imagen corporal tanto para bien como para mal. Cuando las víctimas de experiencias traumáticas evitan de forma persistente o inhiben fuertemente cualquiera de estas acciones mentales, eliminan una fuente esencial de información que podría ayudarles a integrar y vivir sus vidas más eficazmente y con un mayor sentido. Como señalamos más arriba, las víctimas traumatizadas obran de este modo sobre todo en relación con las acciones mentales que han asociado a los recuerdos traumáticos. En razón de ello, decimos que presentan una *fobia a las acciones mentales derivadas del trauma*.

La falta de síntesis y de consciencia de las acciones mentales derivadas del trauma es uno de los factores principales que contribuyen a mantener la disociación estructural y a dificultar la presentificación. Una de las preocupaciones esenciales en terapia es que las víctimas puedan superar sus fobias a las experiencias internas derivadas del trauma relativas a los sentimientos, pensamientos, deseos, fantasías, necesidades, sensaciones y recuerdos. De hecho, los conflictos psicodinámicos y las distorsiones cognitivas se pueden entender en relación con dichas fobias (cf., McCullough *et al.*, 2003). Los pacientes desarrollan una gama de acciones físicas, sociales y mentales con objeto de evitar o huir de determinadas acciones mentales relacionadas con el trauma, y sostienen creencias sustitutivas que perpetúan esta evitación (e.g., “Los sentimientos son malos”, “Mi cuerpo es asqueroso”, “Nada podrá frenar la desesperación, si me pongo a llorar”).

Las acciones mentales no están completamente separadas unas de otras, sino que están inextricablemente vinculadas a través de ciclos de percepción-acción motriz engranados a determinados objetivos y tendencias de acción. Por consiguiente, el terapeuta debe ser consciente de que lo que se ha dado en llamar *fobia al afecto* (McCullough, 1991; McCullough *et al.*, 2003) también incluye la evitación e inhibición de las correspondientes acciones mentales derivadas del trauma. Nuestro énfasis en la fobia al afecto a lo largo de este capítulo se basa en el hecho de que otras acciones mentales tales como las percepciones, objetivos, valoraciones, cogniciones y sensaciones físicas, son inherentes a nuestras emociones, cuanto menos en cierto

grado. Esta fobia a las acciones mentales también se ha llamado *evitación vivencial* (Hayes, Wilson, Gifford, Folette & Strohsahl, 1996, p. 1154). La fobia a las acciones mentales también, obviamente, se relaciona directamente con la fobia a las acciones conductuales derivadas del trauma (analizadas igualmente en el capítulo 10), lo que constituye el centro de muchos de los manuales sobre el tratamiento de las fobias y por ello le dedicaremos aquí menos atención.

La fobia a las acciones mentales derivadas del trauma es una variante generalizada de las fobias específicas a los recuerdos traumáticos y a las partes disociativas. Es esencial que el terapeuta sea consciente de la capacidad que tienen las acciones mentales conflictivas dentro de las diferentes partes de la personalidad de crear serios padecimientos internos y conductas ambivalentes en las víctimas. El tratamiento comienza por el análisis sistemático de las acciones mentales que el paciente tolera o evita, las defensas que utilizan las diversas partes de la personalidad con objeto de evitar tomar conciencia de determinadas acciones mentales, los factores que mantienen la fobia a las acciones mentales, tales como las creencias desadaptativas y la desregulación afectiva, y las razones de que el paciente se haya vuelto fóbico a las acciones mentales.

### **Trabajar las acciones mentales derivadas del trauma a lo largo de las fases del tratamiento**

La fobia a las acciones mentales derivadas del trauma se aborda principalmente durante la primera fase del tratamiento, porque es el *sine qua non* necesario para poder abordar la fobia a las partes disociativas y a los recuerdos traumáticos. Un error habitual es que el terapeuta trate de llevar a cabo la penosa labor implicada en el tratamiento de los recuerdos traumáticos (fase 2) antes de que el paciente haya aprendido a comprender, regular y tolerar las emociones fuertes y demás acciones mentales (cf., Wald & Taylor, 2005). Se utilizan simultáneamente dos estrategias esenciales desde el principio del tratamiento para ayudar al paciente a superar la fobia a las acciones

mentales derivadas del trauma. La primera es la utilización de la relación terapéutica como un factor regulador (D. Brown, Schefflin & Hammond, 1998), y la segunda es el desarrollo de habilidades de regulación por parte del paciente, que pueden ser enseñadas por el terapeuta o aprenderse dentro del contexto de grupos de formación en habilidades (véase más abajo). *Antes de iniciar la segunda fase del tratamiento, el paciente y cuanto menos las principales partes disociativas deben ser capaces de regular y de tolerar la mayoría de las acciones mentales derivadas del trauma.*

La fase 2 del tratamiento, que se centra en la síntesis y la consciencia de los recuerdos traumáticos, requiere que el paciente pueda resistir cierto grado de intensidad emocional, si bien la intensidad siempre debe estar modulada, de ser posible, dentro de los márgenes del nivel mental del paciente. La consciencia de las experiencias traumáticas implica sentimientos, sensaciones y cogniciones dolorosas, y la integración únicamente puede tener lugar en el caso de que el paciente y sus diversas partes disociativas no eviten las acciones mentales derivadas del trauma (véase el capítulo 15).

En la fase final del tratamiento, *rehabilitación e integración*, el énfasis recae en ayudar a los pacientes a aprender a desenvolverse en el mundo con la máxima efectividad. Pero aunque muchas de las acciones mentales derivadas del trauma se hayan podido resolver, todavía quedan algunas para la fase 3; por ejemplo, la fobia a la intimidad. En esta fase, las víctimas aprenden a vivir teniendo sentimientos, pensamientos y deseos tanto positivos como negativos, a tolerar los conflictos y la ambivalencia en la vida y en las relaciones, a confiar en sus acciones mentales como guías orientativas y no como dictadores rígidos, y a vivenciar su propio mundo interior como algo normal y natural.

## **Análisis de la fobia a las acciones del trauma**

Es útil que el terapeuta realice un análisis de la estructura y el funcionamiento de la personalidad del paciente como un todo, y más

concretamente un análisis de la fobia a las acciones derivadas del trauma, con objeto de poder determinar dónde residen las resistencias, las defensas y las habilidades para tolerar las acciones mentales derivadas del trauma, y cómo se interrelacionan (o no) las diversas partes de la personalidad en relación con determinadas acciones mentales. A continuación, las partes disociativas que presentan niveles mentales superiores pueden ser fortalecidas y alentadas a interrelacionarse y apoyar a las partes que presentan una energía y eficiencia mental inferior con respecto a determinadas acciones mentales en particular. Por ejemplo, el análisis de la estructura y el funcionamiento de la personalidad puede desvelar una PAN [parte aparentemente normal] que presenta un nivel mental relativamente alto y a la que se puede recurrir para ayudar a una PE [parte emocional] infantil desbordada a través de la tranquilización y la garantización interior, y la información respecto de la ausencia de peligro en el presente. Las partes disociativas que presentan niveles mentales inferiores pueden ser ayudadas transitoriamente con estrategias de contención, hasta que su eficiencia mental pueda verse aumentada gradualmente.

Como parte del análisis del funcionamiento de la personalidad del paciente, el terapeuta debe determinar qué partes disociativas de la personalidad tienen fobia unas de otras debido a la evitación de determinadas acciones mentales derivadas del trauma y que son sentidas como vergonzosas, repugnantes o temibles. Diversas partes disociativas tienen miedo de tomar conciencia de las acciones mentales correspondientes a otras partes, y han quedado condicionadas a evitarlas. Las partes disociativas pueden evitar ciertas emociones y sensaciones (e.g., agresividad y excitación sexual), pero no otras (e.g., tristeza y dolor físico). Algunas pueden evitar todas las emociones (e.g., partes que hacen las veces de observadores intelectualizados o son insensibles emocionalmente) o sensaciones (e.g., partes que no sienten nada físicamente o que afirman estar muertas).

El terapeuta puede pasar por alto el hecho de que el paciente ha disociado acciones mentales derivadas del trauma que necesitan atención, en el caso de que considere que las afirmaciones del paciente respecto de una cuestión potencialmente conflictiva están exentas

de ambivalencia. Pueden existir fuertes conflictos sin conocimiento de la parte del paciente que se presenta ante el terapeuta. Por ejemplo, en calidad de PAN, Deborah, una paciente con un TDNE [trastorno disociativo no especificado], negaba tener ideas de suicidio. Pero el terapeuta también pudo acceder a una parte de ella que no sólo estaba gravemente desesperada, sino que tenía planes de suicidarse ahogándose en la bañera.

### ***Creencias sustitutivas y cogniciones desadaptativas***

El análisis funcional de la personalidad del paciente también develará creencias y cogniciones sustitutivas específicas que mantienen las resistencias a las acciones mentales derivadas del trauma. Los pacientes han aprendido por asociación que sentir emociones y demás acciones mentales es dañino. Por ejemplo, los pacientes aprenden a ser fóbicos a las acciones mentales porque jamás han tenido el apoyo social suficiente para mejorar su eficiencia mental lo bastante como para poder analizar, expresar y regular sus abrumadoras vivencias internas. Algunas víctimas de experiencias traumáticas tuvieron la experiencia de ser castigados o heridos físicamente de niños en el caso de que manifestaran determinados sentimientos. Así pues, aprenden que “Si expreso lo que siento, (*entonces*) me pegarán”, y ulteriormente recurren a estrategias asociadas a la defensa física cuando salen a la superficie determinados sentimientos que se han convertido en estímulos condicionados en relación con el maltrato físico. Una víctima traumatizada puede encogerse de miedo involuntariamente y dar por hecho que el terapeuta va a darle una paliza y proceder a golpearle literalmente cuando se siente carenciada [*needy*, abrumada por una necesidad excesiva de atención y de cariño], o bien una parte atacante puede amenazar al terapeuta, al que percibe como el responsable de suscitar sentimientos dolorosos. La víctima traumatizada también aprende a avergonzarse de determinadas vivencias internas, porque tiene la experiencia de haber sido rechazado o ridiculizado por el hecho de expresarlas (Gilbert, 2000): “Si lloro, (*entonces*) se reirán de mí y me llamarán llorica”. Evitan, pues, determinadas acciones men-

tales que hacen las veces de estímulos condicionados en relación con el rechazo, con el fin de preservar los lazos y el prestigio social [*social positions*, los logros a este nivel]. Los pacientes fijados a niveles inferiores de tendencias de acción pueden tener creencias desadaptativas muy simplistas y literales: “Si me enfado, ello demuestra que soy igual que el sádico de mi padre”. Uno de los objetivos de la terapia sería ayudar a este paciente a acceder a un nivel mental superior que le permita sostener una creencia diferente: “Puedo enfadarme constructivamente, y soy una persona diferente de mi padre a nivel de sentimientos y de comportamiento”. Al principio el tratamiento se concentra en identificar estas creencias reflejas que en otro tiempo pudieron ser adaptativas, pero que ahora ya no son de utilidad. El terapeuta puede a continuación cuestionar estas creencias alentando al paciente a probar gradualmente a comprobar estas creencias dentro de las sesiones y posteriormente fuera de las mismas.

### ***Inhibición y activación de las acciones mentales derivadas del trauma***

Como parte del análisis funcional de la personalidad, el terapeuta puede determinar qué partes disociativas son las que inhiben las acciones mentales derivadas del trauma y cómo, y qué partes están fijadas a emociones violentas. La fobia a las acciones mentales derivadas del trauma puede manifestarse a lo largo de un espectro de evitación. Algunas partes disociativas *inhiben* fuertemente los afectos: son muchas las PANs que inhiben sus contenidos mentales cuanto menos en cierto grado. Se muestran insensibles, impersonales, y evitan las emociones y las sensaciones conflictivas, dolorosas, o muy placenteras. Tienen a evitar la profundidad y los conflictos en el ámbito de las relaciones con el fin de limitar la activación de sentimientos intensos.

Sin embargo, para muchos pacientes o partes disociativas en particular el problema es justamente que viven determinadas acciones mentales con demasiado intensidad. Esto se puede ver habitualmente en las PEs. A primera vista, las víctimas traumatizadas que sienten con mucha intensidad no parecen fóbicas a los afectos, sino más bien



centradas en los afectos y afectadas [influidas, determinadas] por ellos. Pero de hecho tienen fobia a los sentimientos *adaptativos* y sienten de forma crónica emociones violentas caóticas, que exceden su nivel mental de integración y que pueden servir como defensas contra los sentimientos adaptativos. Algunas partes disociativas tienden a quedar fijadas a emociones violentas tales como la rabia, el terror o el pánico, y se activan con facilidad hasta alcanzar un grado extremo en respuesta a las [meras] vicisitudes de la vida cotidiana.

Las víctimas traumatizadas o diversas partes disociativas pueden alterarse con facilidad y su tempestuosidad emocional es la causa de frecuentes trastornos en sus vidas y en la terapia. Aunque la expresión de sentimientos adaptativos pueda ser útil, la exteriorización de una emotividad violenta es de hecho perjudicial, porque desborda al paciente y constituye una manifestación de un grave desequilibrio entre la energía mental y la eficiencia mental (i.e., demasiada energía mental y una eficiencia mental insuficiente). Así pues, en el caso de las emociones violentas la catarsis estaría contraindicada.

Si el paciente (o la parte disociativa en cuestión) inhibe los afectos en general o siente una emotividad abrumadora, el tratamiento debe aumentar el nivel mental y lograr el suficiente equilibrio entre la energía y la eficiencia mental como para poder exponerse gradualmente a sentimiento adaptativos que puedan ser sintetizados y procesados [*realized*]. Para los pacientes que tengan emociones violentas, las primeras intervenciones incluyen la regulación fisiológica, tales como ejercicios de orientación [*grounding*, en el sentido de poner los pies en tierra, “aterrizar” en un fundamento (real y fáctico) sólido, por contraste, e.g., con “abstraerse”] y de respiración, además de técnicas cognitivas que favorezcan el conocimiento reflexivo y el pensamiento respecto de las vivencias internas (i.e., el desarrollo de una teoría de la mente).

### ***Evitación de acciones mentales positivas***

El análisis de la fobia a las acciones mentales derivadas del trauma no se centra únicamente en cómo y por qué evita el paciente las acciones mentales negativas, sino también las positivas. Algunas

acciones mentales son agradablemente intensas, tales como la alegría, las sensaciones sexuales, o el entusiasmo, así como ciertas fantasías y creencias. Dichas experiencias normalmente suelen activar sentimientos adaptativos. Ahora bien, muchas de las personas crónicamente traumatizadas sostienen creencias sustitutivas respecto de que no se merecen sentirse bien o que les pasen cosas buenas, o tienen la experiencia de que después de algo bueno siempre viene algo malo. Se han vuelto muy sensibles a las emociones y las sensaciones, y tienden a reaccionar más fuertemente a ellas que la persona normal. La línea que separa el entusiasmo agradable y la hiperactivación fisiológica traumática les parece borrosa, y también cabe la posibilidad de que asocien el placer con la culpa o la vergüenza (Migdow, 2003; Ogden, Minton & Pain, 2006).

### ***La vivencia del paciente respecto de las acciones mentales derivadas del trauma***

Finalmente, el análisis de las acciones mentales derivadas del trauma ayuda al terapeuta y al paciente a comprender *la vivencia* que el paciente tiene de las acciones mentales, dado que esto les ayuda a ambos a saber si la emoción es adaptativa o bien es demasiado intensa o insuficiente para el nivel mental actual del paciente. Tanto el paciente como el terapeuta pueden confundir la emoción violenta con el sentimiento adaptativo, en el caso de que la experiencia del paciente no sea explorada a fondo. El terapeuta puede preguntar: “¿Qué sientes cuando te enfadas?”, “¿Qué notas en tu cuerpo en este preciso momento?”, “¿Sienten otras partes de ti esta misma agresividad?”, “¿En qué piensas cuando sientes esa rabia?”. Si el paciente es incapaz de centrarse en su experiencia interior ni de verbalizarla, o la describe como algo que le desborda (e.g., “un tornado”, “un monstruo empujándome violentamente a salir y matar”), es probable que esté sintiendo una emoción abrumadora y haya que ayudarlo a reducirla. El terapeuta, pues, debe ser consciente de que la exteriorización de una emoción intensa (catarsis) por parte del paciente puede no ser necesariamente terapéutica.

## **Técnicas para superar la fobia a las acciones mentales derivadas del trauma**

Aunque el análisis es constante, una vez que el terapeuta tiene una visión general de las defensas y de las partes disociativas del paciente, puede comenzar la labor para superar la fobia a las acciones mentales derivadas del trauma. La psicoeducación y el desarrollo de habilidades son cruciales para la resolución de dicha fobia. El terapeuta debe tener una comprensión exhaustiva de las diferencias entre las emociones violentas y los sentimientos adaptativos, a fin de que las primeras puedan convertirse en los segundos. También debe estar alerta a las acciones mentales ocultas de las que el paciente se avergüenza, tales como determinados sentimientos, creencias o fantasías en particular.

### ***Psicoeducación y entrenamiento en habilidades***

La psicoeducación respecto de la función de las acciones mentales derivadas del trauma y su grado de realidad, debe ser constantemente reforzada. El paciente debe comprender que sus sentimientos, pensamientos o deseos tienen el propósito de ayudarlo a desenvolverse en el mundo, y ejercen un impacto sobre la conducta y las relaciones. Muchos pacientes no pueden diferenciar entre sentimiento y conducta. Por ejemplo, si se enfadan, tienen miedo de que puedan exteriorizar una rabia incontrolable, lo que aumenta la aversión a los sentimientos, los deseos y las fantasías agresivas (véase el capítulo 8). El terapeuta debe hacer hincapié en que las acciones mentales no necesariamente acaban en acciones conductuales, y ayudarlo al paciente a comprenderlo a través de ejemplos extraídos de la vida del paciente. A continuación los pacientes comienzan a pensar más reflexivamente en lugar de actuar impulsivamente. Más concretamente, el terapeuta debe ayudar al paciente a desarrollar una teoría de la mente (Fonagy, 1997) en base a llamar constantemente la atención del paciente respecto de su experiencia interior en un momento dado, darle un nombre, y alentarle a observarla y comprenderla. La repre-

sentación de papeles [*role play*, dramatización] con el terapeuta es un método particularmente eficaz para que algunos pacientes aprendan a actuar de forma diferente y a darse cuenta de su experiencia interior, con tal de que todas las partes disociativas sean conscientes de que el *role play* no es la verdadera realidad.

Jamás se insistirá lo suficiente en que las personas crónicamente traumatizadas necesitan una formación específica en habilidades de regulación y de relación que permitan elevar su nivel mental con el fin de poder mejorar el manejo de las acciones mentales, y en particular de las emociones. Existen muchos modelos estructurados de [entrenamiento en] habilidades (Cloitre, Koenen, Cohen & Han, 2002; Donovan, Padin-Rivera & Kowaliw, 2001; Fallot & Harris, 2002; Ford & Russo, en prensa; Fosha, 2000, 2001; Linehan, 1993; Najavits, 2002; Rosenberg *et al.*, 2001; Spiegel, Classen, Thurston & Butler, 2004). El paciente debe practicar estas habilidades con regularidad dentro y fuera de las sesiones, primero con sentimientos de segundo orden que aparecen dentro del ámbito de la vida cotidiana, tales como el malhumor, la frustración y el disgusto, y sólo más adelante con afectos más intensos, tales como la rabia y la vergüenza.

### ***Utilización del simbolismo***

La utilización de metáforas y símiles puede ayudar al paciente a empezar a reconocer, verbalizar y regular los contenidos mentales, pero muchos pacientes no se desenvuelven a un nivel de tendencias de acción lo suficientemente alto como para utilizar el lenguaje simbólico, y explicarán sus experiencias de una forma más concreta. Por ejemplo, un paciente puede describir una sensación física en el estómago “como una caldera hirviendo”, indicando la capacidad de simbolizar. Otro puede describir la sensación como “ahí es donde tengo a mi madre [su maltratadora] viviendo”, indicando una falta de capacidad de simbolización y un funcionamiento a un nivel mucho más bajo de tendencias de acción. Cuando el paciente tiene la capacidad necesaria, el terapeuta puede proseguir con las metáforas en dirección a una mayor consciencia y una teoría más amplia de la mente

en base a formular preguntas –sirviéndose del lenguaje del paciente– tales como: “¿Qué es lo que hierve dentro de la caldera?”, “¿Qué es lo que mantiene la caldera hirviendo?”, “¿Hay algo que pudiera bajar la ebullición?”, “Si la ebullición pudiera hablar, ¿qué diría?”. El terapeuta también puede utilizar la imaginación guiada en tales casos (Van der Hart, 1985; Witztum, Van der Hart & Friedman, 1988). El terapeuta debe tener cuidado de evitar el simbolismo con los pacientes que todavía no son capaces de utilizarlo. En lugar de ello, se les puede sugerir la prueba de realidad y la clarificación de lo que quieren decir: “¿Tu madre real vive de verdad dentro de tu estómago?”.

### ***Focalización en las sensaciones físicas***

Las sensaciones y los movimientos físicos son una rica fuente de información respecto de las acciones mentales y de los miedos del paciente en relación con sus propios pensamientos y sentimientos (Ogden *et al.*, 2006). El conocimiento por parte del terapeuta y el paciente de las acciones mentales puede verse facilitado en parte a través de los aspectos sensoriomotrices de la experiencia. Las sensaciones y los movimientos físicos acompañan a los sentimientos y los pensamientos: forma parte inherente de los ciclos de percepción-acción motriz desde los niveles más inferiores de tendencias de acción. Por ejemplo, una paciente asustada puede sentir que el corazón le late con rapidez y que tiene la boca seca, que su cuerpo está rígido y que repasa la habitación con la mirada. Podemos llamar la atención del paciente respecto de su experiencia física en un momento dado, advertir dónde tiende a producirse la evitación o la inhibición, y dónde es posible la activación. El terapeuta puede servirse de sus propias observaciones sobre las experiencias sensoriomotrices del paciente con objeto de guiarle en dirección a una tolerancia y una regulación más adaptativas de las acciones mentales (Ogden *et al.*, 2006). Por ejemplo, una paciente, Rosemary, con un TEPT [trastorno por estrés postraumático] complejo se presentó en calidad de PAN que le tenía fobia a la agresividad, y el contenido de la sesión se centró en algo que le hubiera sucedido y que normalmente le generase agresividad:

*Terapeuta:* Veo que tu respiración es más rápida que hace un momento. ¿Te has dado cuenta?

*Rosemary:* No, pero ahora sí.

*Terapeuta:* Fíjate en eso y mira a ver qué pasa [*Alienta la presentificación; todavía no insta a la paciente a que le encuentre un sentido a la experiencia, sino tan sólo a observar. Ello favorece la tolerancia a las sensaciones y a los afectos relacionados*].

*Rosemary:* Siento que tengo ganas de salir corriendo [*evitación defensiva bajo la forma de huida*].

*Terapeuta:* ¿Cómo se traduce ahora mismo en tu cuerpo esa sensación de querer salir corriendo? [*se mantiene al nivel de la vivencia que tiene la paciente de las acciones mentales sin pasar a una mayor cognición*].

*Rosemary:* Me tiemblan las piernas. Siento la tensión por todas partes, como si estuviera a punto de levantarme de un salto y largarme.

*Terapeuta:* ¿Te parece bien que dejemos que esas sensaciones sigan durante un momento sin interrumpirlas? [*sigue favoreciendo la tolerancia a las acciones mentales sin recurrir a la acción conductual; alienta la consumación de las sensaciones*].

*Rosemary:* Sí, me parece bien.

*Terapeuta:* ¿Y qué es lo que notas?

*Rosemary:* Me viene la imagen de mí misma corriendo muy rápido, alejándome de algo.

*Terapeuta:* ¿Corriendo muy rápido alejándote de qué?

*Rosemary:* Mmm, de sentirme agresiva, supongo. Cuando las piernas me dejan de temblar, me siento como enfadada, con ganas de gritar: “¡¡Apártate de mí!!” [*la paciente inicia una emoción adaptativa después de concluir la acción evitativa del temblor en las piernas que acompaña a la huida defensiva*].

En otro lugar (Ogden *et al.*, 2006) se bosquejan algunas estrategias generales en relación con las experiencias sensoriomotrices en las víctimas de experiencias traumáticas.

### ***Trabajar la fobia a los afectos***

Una de las estrategias esenciales para el tratamiento de la fobia a las acciones mentales derivadas del trauma consiste en ayudar al paciente o a las partes disociativas a abandonar la emotividad violenta persistente y en lugar de ello vivenciar sentimientos adaptativos. Las emociones violentas no son sentimientos intensos, sino acciones sustitutivas de orden inferior que mantienen la fobia a las acciones mentales. Son abrumadoras, reflejas, automáticas, y a menudo carecen de lenguaje. De forma característica incluyen percepciones incorrectas del presente y predicciones catastróficas sobre el futuro. No existe reflexión por parte del paciente acerca de lo que está sintiendo, ninguna teoría de la mente. Las emociones violentas empeoran la situación, en lugar de mejorarla. Por su parte, los sentimientos adaptativos, aun cuando sean intensos, incluyen la autorreflexión por parte del paciente respecto de lo que está sintiendo y por qué, incluyen percepciones y predicciones relativamente correctas sobre la base del presente, y un control mucho mayor sobre las reacciones inmediatas. Los sentimientos adaptativos favorecen los informes o balances [*accounts*] narrativos relativamente objetivos de la experiencia tanto interior como exterior.

Existen varios afectos principales que pueden evolucionar vertiginosamente en dirección a una emotividad violenta, lo que inhibe los sentimientos adaptativos en las víctimas de experiencias traumáticas: vergüenza, asco, culpa, miedo, pánico, rabia y un padecimiento emocional persistente sobre la base de la desesperanza y la indefensión. *El primer paso en la transformación de las emociones violentas en sentimientos adaptativos consiste en interrumpir la emotividad y no alentar su expresión, lo que implica aumentar la eficiencia mental* (cf., capítulo 12). Otro primer paso consiste en derivar al paciente para que reciba medicación psicotrópica que le ayude a regular su fisiología. Dentro de la terapia, el terapeuta alienta al paciente a reducir la velocidad, respirar, tomar conciencia de lo que le rodea, mantener el contacto. Se le ayuda al paciente a hablar de las predicciones catastróficas respecto de lo que sucederá, y se le remite una y otra vez a su

experiencia interior en el ahora: “¿Qué estás sintiendo en este preciso momento?”. Con ello el terapeuta favorece un nivel mental superior y unas tendencias de acción superiores que incluyen la capacidad de utilizar el lenguaje, y alienta la presentificación en la medida de lo posible. Mientras el paciente describe su experiencia interior, ni el terapeuta ni el paciente deben pasar prematuramente a las interpretaciones cognitivas. Hay que enseñar al paciente a “saborear” y reflexionar sobre la experiencia actual. El hallazgo de un sentido únicamente es eficaz después de que el paciente haya aprendido a tolerar las experiencias (e.g., sentir miedo o agresividad, pensar en una relación conflictiva, recordar sucesos espantosos) que sus acciones mentales generan.

La emotividad puede desencadenarse fácilmente en las víctimas y a veces ello coge al terapeuta por sorpresa. Por ejemplo, un paciente puede enrabiarse por una declaración aparentemente inocua del terapeuta, quien acto seguido tiene una reacción inapropiada y defensiva que no es terapéutica. En estos casos, es esencial retomar la cuestión en la sesión siguiente, cuando paciente y terapeuta puedan tener niveles mentales más elevados, y preguntar qué podría hacer el terapeuta para ayudar al paciente la próxima vez. Ello favorece la recuperación de la receptividad y la reparación de la relación, y ofrece una predicción diferente respecto de lo que sucederá si el paciente se enfada con el terapeuta. El terapeuta también puede pedirle al paciente que pruebe a hacer algo diferente la próxima vez: “Vamos a ver si podemos encontrar alguna forma de hacerme saber que estás enfadado sin necesidad de gritar”. Con ello, la conducta del terapeuta y del paciente puede guiarse conforme a un nuevo guión de percepciones, valoraciones y predicciones.

**Vergüenza.** La vergüenza forma parte integrante de la traumatización (Leskela, Dieperink & Thuras, 2002) y está fuertemente relacionada con la disociación (Irwin, 1998). De forma característica, al paciente le faltan palabras para describir la vergüenza; ésta suele generar de forma reactiva y automática: retraimiento, paralización, conductas de sumisión, acciones desadaptativas relacionadas con el



autodesprecio, y a veces enérgicas respuestas de ataque. Los terapeutas suelen no prestar una atención activa al destacado papel que desempeña la vergüenza en el mantenimiento de las acciones desadaptativas. Prácticamente todas las publicaciones sobre el tratamiento del maltrato infantil aborda la necesidad de trabajar la vergüenza de la víctima traumatizada como parte de la terapia posterior al trauma, pero es poco lo que se ha publicado explicando cómo hacerlo.

Desde el inicio de la terapia con las víctimas de experiencias traumáticas, el terapeuta debe ser consciente de que la vergüenza está probablemente en juego, aunque el paciente no la verbalice. Con frecuencia sale a la luz a través de la proyección que hace el paciente del rechazo en la figura del terapeuta, y de las reacciones del paciente a lo que percibe como un rechazo. Las voces internas de las partes disociativas pueden recordarle al paciente lo avergonzante que es. El terapeuta debe comprender que estos mensajes internos suelen ser inmunes a la terapia cognitiva aislada y deben ser contrarrestados con experiencias [vivencias de signo contrario] dentro de la relación terapéutica y abordando directamente ya no sólo las partes disociativas avergonzadas, sino las partes avergonzantes (i.e., protectoras y persecutorias). Se alienta la empatía interna entre las distintas partes, mutua y hacia sus respectivas acciones mentales y conductuales.

El terapeuta no debe esperar que la vergüenza aparezca bajo una forma verbal, sino averiguar de dónde cabe esperarla y actuar anticipadamente para prevenirla. Por ejemplo, con los pacientes que han sido víctimas de abusos sexuales la vergüenza suele ser un aspecto muy notable en el caso de que los abusos generasen algún tipo de excitación sexual. Las partes disociativas que haya podido tener una conducta sexual son repudiadas por otras partes de la personalidad con asco y con vergüenza. El terapeuta educa, pues, al paciente desde un primer momento en que no es infrecuente que las víctimas se sintieran excitadas sexualmente durante los abusos, y que se trata de un proceso fisiológico normal e incluso inevitable, del mismo modo que nos ponemos automáticamente a salivar cuando nos llevamos un dulce a la boca.

Con frecuencia, sin embargo, la vergüenza no aparece relacionada con sucesos o conductas específicas, sino que es más general: "Me

avergüenzo de existir”, “Me avergüenzo de ser quien soy”. Este tipo de vergüenza es más lento de resolver, y requiere una reparación relacional persistente, a fondo y de principio a fin, hasta el final de la fase 3 del tratamiento. El terapeuta no debe negar con energía la sensación de vergüenza del paciente, sino empatizar con ella y ayudar al paciente a verbalizarla y analizarla. La experiencia física de la vergüenza suele incluir una sensación de hundimiento interior, inhibición, encogimiento y ocultación –sensaciones que fenomenológicamente son similares a las de la paralización y la sumisión. Es útil que el terapeuta ayude al paciente a volverse más consciente de dichas sensaciones y a cambiarlas por acciones que demuestren más seguridad y sean más reveladoras. El paciente suele ser reticente a desvelar aspectos de sí mismo por el miedo al rechazo. El terapeuta puede ayudar al paciente a trabajar las predicciones preguntándole: “Si me contaras algo de lo que te avergonzaras, ¿qué piensas que podría suceder?”, ¿Cómo crees que te sentirías?”.

**Miedo.** El miedo es igualmente un problema habitual en las víctimas traumatizadas que suele inhibir determinadas acciones mentales (e.g., impulsos sexuales, amor, agresividad) y mantener la aversión mutua que se tienen muchas partes de la personalidad. Es un factor crucial en el mantenimiento de la disociación (véase el capítulo 10). En algunos casos, el miedo puede tener un efecto activador como, por ejemplo, generar una tendencia a huir o luchar. Pero en muchas de las víctimas de experiencias traumáticas, el miedo es demasiado fuerte e hiperactiva conductas y sentimientos decididamente inapropiados en relación con el contexto. El tratamiento del miedo es el mismo, ya sea que active respuestas inapropiadas o inhiba respuestas adaptativas: exposición gradual a las acciones mentales adaptativas evitadas, junto con regulación de la ansiedad y prevención de acciones mentales evitativas.

**Otras emociones violentas.** Aunque la vergüenza y el miedo sean cruciales para el desarrollo y el mantenimiento de la disociación, puede haber otras emociones muy violentas, tales como la culpa, la

rabia, el pánico, la confusión, el duelo patológico y el entusiasmo o la alegría maníaca. Una vez más, el tratamiento consiste en reducir la hiperactivación fisiológica del paciente, asentarle [*to ground*] en el presente, alentar el pensamiento reflexivo, prevenir las acciones conductuales desadaptativas, y favorecer la presentificación.

El siguiente ejemplo ilustra las estrategias para abordar la fobia a la acción mental de la tristeza en relación con la fobia de una parte de la personalidad hacia otra parte. Betty es una paciente con un TDI [trastorno disociativo de la identidad] que se encuentra en las últimas etapas de la fase 1 del tratamiento, y junto con su terapeuta están analizando algo triste que ocurrió en su vida:

*Betty:* Podría empezar a llorar y no parar jamás. Es espantoso [*distorsión del tiempo; comprensión errónea de cómo los sentimientos forman parte de ciclos completos*].

*Terapeuta:* Podría ser espantoso. ¿Te ha pasado alguna vez antes? [*receptividad empática a las resistencias; cuestiona la experiencia real de la paciente*].

*Betty:* No, no exactamente. Por eso no lo siento. Pero esa niña pequeña dentro está llorando constantemente [*le atribuye la tristeza a la parte disociativa; evitación del sentimiento adaptativo mediante la insensibilidad*].

*Terapeuta:* Tal vez esa parte infantil de ti que no para de llorar porque no consigue desahogarse, nunca consigue dejar de sentir lo que siente porque está estancada [*receptividad empática hacia la PAN y la PE; refuerza sutilmente una mayor personificación a través del empleo del lenguaje, i.e., "esa parte de ti"; refuerza el resultado en un pasado de las partes disociativas; psicoeducación respecto de la necesidad de concluir las acciones*].

*Betty:* Supongo que sí. Sólo sé que no me cae bien y que no soporto que llore [*condicionamiento valorativo negativo*].

*Terapeuta:* ¿Qué es tan difícil de soportar? [*ayuda a la paciente a emprender una reflexión, en lugar de una reacción automática*].

*Betty:* Me da vergüenza que sea tan llorica, y no me gusta sentirme triste. Vamos, que no quiero caer en eso. Soy una mujer adulta [*condicionamiento valorativo negativo; la vergüenza como inhibidor defensivo del llanto y la tristeza; sobregeneralización cognitiva: lloran los niños, los adultos no*].

*Terapeuta:* Por supuesto que sí. Pero los adultos también tienen sus sentimientos y sus necesidades. Pero los adultos que tuvieron la suerte de tener buenos modelos a imitar han aprendido a manejar esos sentimientos de una forma diferente de como lo hacen los niños y a satisfacer sus necesidades de forma apropiada y eficaz. Pero dado que tus padres no parecían saber gran cosa respecto de qué hacer con los sentimientos, excepto gritarte o prohibirte llorar, aprendiste a afrontarlos evitándolos y asustándote o avergonzándote de dichos sentimientos [*receptividad empática hacia la defensa; psicoeducación; ofrece la posibilidad de introducir un cambio*].

*Betty:* Pues sí. Sencillamente pienso que tener sentimientos es malo. Supuso muchos riesgos tenerlos: me pegaban cada vez que lloraba [*condicionamiento valorativo negativo respecto de los sentimientos; condicionamiento operante: la castigaban por tener sentimientos; el nivel mental es insuficiente como para alentar los sentimientos adaptativos*].

*Terapeuta:* ¡Claro! Supuso un riesgo entonces, y había muchas razones para que parecieran algo malo. ¿Te sigue pareciendo de la misma forma? [*receptividad empática; alienta la presentificación llevando la atención de la paciente hacia el aquí y ahora; comienza a ayudar a la paciente a diferenciar el pasado del presente*].

*Betty:* Pues sí. Me lo sigue pareciendo. Aunque en mi cabeza sepa que ahora las cosas van bien. No lo *siento* así. Esos sentimientos me hunden, hacen que me deprima, que me angustie. Entonces no quiero hacer nada, ni salir a ninguna parte [*falta de consciencia; respuesta condicionada; desvela que la emotividad violenta agota su energía mental*].

*Terapeuta:* Bueno, es importante que no hagamos cosas aquí que provoquen que no seas capaz de funcionar [de desenvolverte en la vida normal]. ¿Qué estás sintiendo ahora mismo, para que podamos asegurarnos de que no estamos haciendo algo que pueda ser excesivo? Si tuvieras que valorar tu nivel de malestar en una escala del 1 al 10, ¿cuál sería su valor en este preciso momento? [*de nuevo hace hincapié en la adaptación al ritmo de la paciente; alienta la presentificación llevando la atención a la experiencia actual; ofrece una estrategia (unidades subjetivas de malestar) que ayuda a la paciente a reflexionar en lugar de reaccionar, elevando con ello el nivel mental*].

*Betty:* Estoy bien, alrededor de un 3. Pero oigo ese llanto por dentro, como si viniera de lejos. Supongo que esa parte de mí está en un 15 constantemente. Me pone bastante enferma. Estoy deseando salir de aquí, hablar de algo diferente, cantar en voz alta dentro mi cabeza para que se vaya [*demuestra que la PAN y la PE pueden tener experiencias absolutamente discrepantes; la PE carece de presentificación y de consciencia; la PAN quiere evitar y huir, pero es capaz de verbalizarlo en lugar de pasar a la acción, lo que indica un aumento de su nivel mental*].

*Terapeuta:* Bien, una forma de ayudarte es ayudando a esa parte a sentirse menos triste constantemente y más tranquila, a saber que puede recibir ayuda si la necesitara. Seguro que podemos intentarlo. Pero soy consciente de que sientes muchísima vergüenza y muchísimo miedo en respuesta a esa parte de ti. Me atrevería a decir que esa sensación de vergüenza y de miedo también es dolorosa, ¿no? [*se mantiene dentro del objetivo de la paciente de “evitar” la tristeza, pero redefiniéndolo adaptativamente; receptividad empática; anima a reflexionar sobre los costes de las acciones mentales desadaptativas; la vergüenza y el miedo son dos afectos inhibidores*].

*Betty:* Sí. A veces incluso demasiado. Entonces lo corto de un tirón y no siento nada. Si lo siento estoy perdida, y si no lo sien-

to también, supongo [*la insensibilidad es otra estrategia de afrontamiento desadaptativa*].

*Terapeuta:* Bien, vamos a ver si podemos encontrar alguna forma de salir de ese doble vínculo. Ahora vamos a fijarnos juntos en cuál es tu experiencia interior mientras estamos hablando en este momento. Respira hondo unas cuantas veces y concéntrate en lo que está pasando por dentro en este preciso momento, y sigue hablando conmigo al mismo tiempo [*receptividad empática hacia la creencia sustitutiva, junto con psicoeducación; comprende que la paciente todavía no tiene el nivel mental para vivenciar los sentimientos dolorosos; alienta la presentificación; le da a la paciente la oportunidad de tener experiencias internas dentro del marco de un vínculo seguro*].

***Trabajar la fobia a los pensamientos.*** Las víctimas traumatizadas no sólo tienen muchas cogniciones y creencias desadaptativas, sino que a veces tienen miedo de sus propios pensamientos, y se esfuerzan por evitarlos. Generalmente esto suele ocurrir porque les conceden demasiada realidad, y consiguientemente temen que puedan obrar sobre la base de lo que piensan. En estos casos, la psicoeducación, junto con la experimentación, suele ser de ayuda. Algunos pacientes se quejan de oír “pensamientos en voz alta” o voces que les dan miedo. Se trata, obviamente, de partes disociativas que verbalizan internamente los pensamientos. El tratamiento consiste en ayudar a los pacientes a aceptar las partes disociativas y sus respectivos pensamientos, y ayudarles a tomar conciencia de que en última instancia se trata de los propios pensamientos del paciente.

***Trabajar la fobia a las necesidades.*** Los pacientes suelen sentirse gravemente atemorizados o avergonzados de sus anhelos y sus necesidades humanas de contacto y de cariño, dado que estos deseos y necesidades jamás fueron satisfechos adecuadamente en su caso, y por tanto reniegan de ellos con el fin de prevenir la decepción y la sensación de rechazo. Con frecuencia, una de las labores más difíciles de la terapia consiste en ayudar a los pacientes a reconocer, acep-

tar y personificar sus propias necesidades y aprender a satisfacerlas apropiadamente. El tratamiento consiste en psicoeducación respecto de las necesidades básicas de todos los seres humanos (descansar, jugar, trabajar, amar y ser amados, recibir cariño y apoyo cuando ello sea oportuno, etc.) y la exposición gradual de las diversas partes de la personalidad a sus necesidades respectivas [recíprocas].

***Trabajar la fobia a los deseos y las fantasías.*** Al igual que las necesidades, los deseos y las fantasías suelen generar vergüenza o miedo en las personas traumatizadas. Los pacientes suelen ser por lo general reticentes a hablar de lo que desean y de aquello sobre lo que fantasean. Algunos pacientes sostienen la creencia errónea de que si desean o fantasean sobre algo malo (e.g., “¡Ojalá mi madre estuviera muerta!”), se hará realidad, lo que indica que se desenvuelven a un nivel muy bajo de tendencias de acción y que demuestran ser muy concretos y carecer de la capacidad de simbolización. Hay que ayudar a estas personas a darse cuenta de que los deseos y las fantasías son experiencias internas de las que los demás no tienen ningún conocimiento y que no pueden afectar a otras personas. Los deseos de cariño y amor, de una vida o una niñez mejor, son particularmente vergonzosos para muchas de las víctimas traumatizadas (o de las partes disociativas), y el terapeuta debe sacarlos a la luz con respeto y empatía. El terapeuta debe tener cuidado, a la hora de ayudar al paciente a expresar sus deseos, de no dar la impresión de que dichos deseos siempre pueden ser satisfechos. Tales deseos suelen estar asociados a las *necesidades* biológicas de supervivencia propias de la primera niñez (Steele, Van der Hart & Nijenhuis, 2001) y por ello son tan abrumadoras en el caso de no verse satisfechas. Los pacientes tienen que aprender que todos los seres humanos tenemos tales deseos y que los mismos constituyen objetivos importantes (e.g., recibir cariño), pero también tienen que aprender que existen formas adaptativas de satisfacer dichos objetivos.

Las fantasías pueden confundirse fácilmente con la realidad, y los pacientes pueden basar sus acciones conductuales (o su inacción) en dichas fantasías:

Una paciente, Mary, con un TDI tenía la fantasía de que su familia era maravillosa. Representaba [acted out, “actuaba”] dicha fantasía trabajando de niñera para los hijos de otras personas y no tenía un verdadero hogar, ni prácticamente ninguna vida propia. Pero la fantasía también incluía una reescenificación [reenactment, una dramatización, una puesta en escena] de su verdadera familia de origen: “Si tienes una familia, no puedes tener una vida propia y debes llevar una vida desgraciada. No debes tener necesidades propias”. El terapeuta la ayudó a tomar conciencia gradualmente (a lo largo de años) de que su representación de la fantasía como una realidad y como una reproducción de su propia historia debía ser más simbólica (i.e., verbalizándola, en lugar de llevarla a la práctica). El nivel mental de la paciente fue aumentando muy gradualmente, lo que permitió ayudarla a tomar conciencia del presente y del pasado.

***Trabajar la fobia al propio cuerpo.*** De forma característica, las personas crónicamente traumatizadas presentan cierto grado de reacción fóbica en relación con su propio cuerpo, debido particularmente a la vergüenza y el asco. Esto es así sobre todo en el caso de aquellas personas que han sido agredidas, sobre todo sexualmente (Andrew, 2002; Armsworth, Stronk & Carlson, 1999; Goodwin & Attias, 1999). La vergüenza respecto del propio cuerpo implica “experiencias negativas en relación con el aspecto y las funciones del cuerpo, lo que puede incluir diversas modalidades sensoriales” tales como sabor, olor, sonidos e imágenes [*sights*, percepciones visuales] (Gilbert, 2002, p. 3).

La fobia al cuerpo se basa en creencias sustitutivas: “Mi cuerpo es asqueroso”, “Los sonidos y los olores de mi cuerpo son repugnantes”. Una creencia habitual es que el propio cuerpo es algo sucio o repugnante. El asco o la vergüenza pueden incluir el propio aspecto (e.g., “Estoy demasiado gordo”, “Soy feo”), las funciones corporales y las propias experiencias sensoriales (e.g., “No soporto la sensación y el olor del sudor”, “Me entra pánico cada vez que me siento excitado sexualmente”, “No soporto que me oiga nadie cuando voy al baño”), o partes específicas del cuerpo (e.g., “Los penes me ponen enferma”, “No soporto tener pechos”, “Tengo las manos igual que las de mi madre: me dan ganas de cortármelas”).



Tales fobias pueden incluir acciones conductuales desadaptativas específicas dependiendo de si el paciente se siente inhibido o activado por la fobia. Si el paciente (o la parte disociativa en cuestión) se siente inhibido, evitará todo lo que tenga que ver con el cuerpo que le genere vergüenza o miedo. Puede que ello se traduzca en no querer desnudarse en un vestuario, o mirarse en el espejo, o evitar bañarse o tocarse el propio cuerpo. Si el paciente se siente activado, puede emprender conductas tales como bañarse en exceso y prestar excesiva atención a la higiene, pensamientos obsesivos en relación con los olores o los sonidos corporales, o también puede herirse partes del cuerpo o incluso intentar deshacerse de ellas cortándoselas. Los trastornos de la alimentación están estrechamente correlacionados con la vergüenza corporal (Burney & Irwin, 2000).

Existen innumerables estrategias para abordar las fobias a las acciones mentales derivadas de las experiencias traumáticas. Más arriba ofrecemos un listado de los procedimientos esenciales (tabla 14.1).

### **TABLA 14.1**

#### **Intervenciones para superar la fobia a las acciones mentales derivadas del trauma**

- 
- Determinar el nivel mental actual del paciente, de manera que la terapia pueda ir a una velocidad que no supere los márgenes de su capacidad de integración.
  - Facilitar psicoeducación respecto de las acciones mentales (e.g., los sentimientos son información; los sentimientos y las fantasías son diferentes de las conductas; la gente no puede leer el pensamiento).
  - Ofrecer formación en habilidades específicas tales como la identificación y la regulación de los afectos (cf., capítulo 12; Linehan, 1993).
  - Se pueden utilizar técnicas hipnóticas para contener y valorar los afectos y las sensaciones con pacientes que han vivido experiencias traumáticas, en el caso de que el terapeuta tenga una formación adecuada en hipnosis (cf., Cardeña, 2000; Hammond, 1990; Kluft, 1989, 1992; Peterson, 1996).
  - Puede ser útil combinar las técnicas hipnóticas con versiones modificadas de las técnicas EMDR [desensibilización y reprocesamiento a
- continúa en la pág. siguiente...

Viene de la pág. anterior...

través de los movimientos oculares] con las víctimas de traumatizaciones crónicas, en el caso de que el terapeuta tenga una formación adecuada en EMDR (Fine & Berkowitz, 2001; Gelinas, 2003; Phillips, 2001; Twombly, 2000).

- Enseñar al paciente a preguntarse: “¿Qué me están diciendo mis sentimientos, mis sensaciones, mis deseos, mis necesidades?” (McCullogh *et al.*, 2003). Ello introduce al paciente en el desarrollo de una teoría de la mente (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002).
- Llamar la atención reiteradamente sobre la experiencia interior del paciente, de manera que ésta se vuelva menos refleja con el tiempo (Grigsby & Stevens, 2000), y de ese modo poder desarrollar una teoría de la mente.
- Ayudar al paciente a elevar su nivel de tendencias de acción hasta el punto de que sea posible verbalizar las acciones mentales, en lugar de llevarlas impulsivamente a la práctica o de evitarlas (acciones sustitutivas).
- Alentar la utilización del simbolismo (metáforas, símiles, rituales) para describir las experiencias internas, siempre y cuando el paciente sea capaz.
- Alentar al paciente a desarrollar la empatía y la comprensión de sus necesidades, deseos y sentimientos.
- Redefinir las resistencias y las conductas desadaptativas como formas ineficaces de mantenerse a salvo o de conseguir satisfacer necesidades y objetivos.
- Redefinir las voces/pensamientos críticos internos como formas de evitar las acciones mentales y el rechazo social hacia dichas acciones.
- Brindar un apego seguro con una receptividad empática y unos límites consistentes, lo que hace las veces de regulador físico y mental para el paciente.
- Identificar qué acciones mentales son toleradas y cuáles no, y por qué partes de la personalidad. No desestimar las fantasías y los deseos como fuente de reacciones fóbicas.
- Identificar las acciones sustitutivas, tales como las emociones violentas, la evitación y las estrategias de huida, que dificultan las acciones mentales adaptativas.
- Identificar las resistencias a las acciones mentales y las consiguientes defensas sociales y fobias derivadas del trauma.
- Identificar los afectos inhibidores, tales como el miedo, la vergüenza y el asco, que dificultan las emociones adaptativas.

continúa en la pág. siguiente...

Viene de la pág. anterior...

- Alentar al paciente a volverse más consciente de las estrategias de evitación sin necesidad de actuarlas: [a través de] giros repentinos [de una parte a otra], insensibilidad, afectos inhibidores tales como la vergüenza o el miedo.
- Alentar al paciente a ser consciente de cómo una determinada acción mental (e.g., iniciar un pensamiento dado) inhibe o activa ciertas acciones conductuales. Esta intervención ayuda a los pacientes a mejorar la relación entre sus acciones mentales y sus acciones conductuales.
- Identificar los afectos activadores, tales como el entusiasmo o la alegría, hacia los que el paciente tiene una reacción fóbica.
- Alentar al paciente a vivenciar acciones mentales positivas sin recurrir a la evitación, y distinguirlas de la hiperactivación fisiológica traumática.
- Identificar los sentimientos adaptativos, tales como la tristeza o el enfado, que precisan ser sintetizados y constatados [*realized*].
- Alentar la manifestación de sentimientos adaptativos.
- En el caso de los pacientes o de las partes de la personalidad fijadas a emociones violentas, utilizar ejercicios de orientación [*grounding*, “asentamiento”, “aterrizaje”, por contraste con abstraerse, estar en las nubes, etc.], técnicas de respiración, y la focalización cognitiva para mejorar el pensamiento reflexivo.
- Evitar trabajar la exteriorización de emociones (catarsis) con los pacientes que vivencian emociones violentas crónicas, tales como la rabia (porque todavía no son capaces de sentir emociones adaptativas).
- Favorecer la presentificación nuclear (i.e., estar presentes), lo que incluye la conciencia atenta [*mindfulness*], de manera que las acciones mentales del paciente en el ahora puedan ser analizadas y vivenciadas sin correr ningún peligro.
- Modelado del conocimiento [*awareness*] y de la comunicación verbal de las acciones mentales por parte del terapeuta.
- Exponer gradualmente a partes de la personalidad específicas a acciones mentales aversivas anteriormente evitadas, empezando en primer lugar por la(s) PAN(s) [las partes aparentemente normales de la personalidad].
- Iniciar la exposición gradual a los afectos menores, cotidianos, y paso a paso ir desplazándose a los afectos de primer orden (nucleares), a medida que el nivel mental del paciente lo vaya permitiendo.
- Alentar al paciente a sentir emociones adaptativas durante períodos muy breves de tiempo y analizar su *experiencia* [su *vivencia*] del afecto

continúa en la pág. siguiente...

Viene de la pág. anterior...

(e.g., “¿Qué sientes exactamente cuando te pones triste en este preciso momento?”).

- Fomentar la empatía, la colaboración y la negociación internas, de manera que las distintas partes de la personalidad no eviten las acciones mentales de las otras partes, y dichas acciones puedan ser vivenciadas y expresadas adaptativamente.
- 

## Resumen

Las acciones mentales –percepciones, pensamientos, sentimientos, deseos, necesidades, fantasías y sensaciones corporales– son esenciales para poder desenvolverse adaptativamente. Preceden y acompañan a la conducta, y son los guías determinantes y esenciales de nuestras acciones conductuales. Sin embargo, las víctimas de experiencias traumáticas suelen haberse vuelto fóbicos a diversas acciones mentales, porque las mismas son indicativas [de] o les remiten a experiencias traumáticas no resueltas –de ahí que las llamemos acciones mentales derivadas del trauma. Y el condicionamiento valorativo ha llevado a estos pacientes a sentir que determinadas acciones mentales derivadas del trauma son atemorizantes, vergonzosas o repugnantes. Así, las víctimas traumatizadas suelen tener miedo de sus propios sentimientos y pensamientos, y de las sensaciones concomitantes. El terapeuta debe evaluar qué acciones mentales le resultan difíciles de tolerar a la víctima traumatizada, cuáles son inhibidas, y cuáles desbordan fácilmente al paciente cada vez que son activadas. El terapeuta también debe determinar las acciones mentales que cada parte disociativa de la personalidad podría evitar y temer específicamente. Es importante advertir que las víctimas no sólo evitan y temen los afectos y las sensaciones negativas, sino también las positivas. El terapeuta y el paciente pueden empezar a analizar las normas desadaptativas del tipo “si-entonces” que el paciente viene aplicando a las acciones mentales: “Si me pongo triste, jamás podré dejar de llorar”. El terapeuta analiza cuidadosamente la *experiencia*

[la *vivencia*] que el paciente tiene de las acciones mentales (e.g., qué siente cuando se enfada, tal como, por ejemplo, sensaciones específicas, oír voces internas, tener pensamientos o creencias negativas). Al trabajar la fobia a los afectos, el terapeuta debe distinguir claramente entre las emociones violentas, abrumadoras, que son substitutos desadaptativos, y las emociones intensas, que pueden ser adaptativas. El paciente puede no solamente sentir fobia a los afectos, sino también tener fobia a los pensamientos, necesidades, deseos, fantasías, y fobia a las sensaciones corporales y al cuerpo. Se describen varias técnicas para superar estas fobias a las acciones mentales derivadas del trauma.

# 15 Fase 1 del tratamiento y en lo sucesivo: Superar la fobia a las partes disociativas

---

*Por muchas veces que hubiera ido a terapia verbal, no podía [PAN] encontrar la forma de conectar con la niña de noche [PE] a la que había abandonado por completo. Sencillamente no la soportaba. No sentía la menor compasión por ella en absoluto. Pero por fin empezaba a comprender que seguiría empantanada en el fango de la anormalidad hasta que no encontrara la forma de dejar de juzgarla tan despiadadamente.*

—Marilyn Van Derbur (2004, p. 281)

LA FOBIA A LAS PARTES DISOCIATIVAS requiere intervenciones específicas además de las descritas en los capítulos anteriores. La superación de esta fobia abre una vía terapéutica de primera magnitud en dirección a aumentar la capacidad del paciente para la acción adaptativa y la integración. Ello implica el desarrollo de la empatía interior y de una mayor cooperación entre las distintas partes de la personalidad, y una mayor consciencia de que cada una de las partes pertenece a un único yo (i.e., personificación).

Diversos estímulos activan distintas partes disociativas, dejando a las víctimas de experiencias traumáticas a merced de cambios abruptos y desadaptativos en sus emociones, objetivos y conductas esen-

ciales, esto es, en unos ciclos problemáticos [contradictorios, opuestos] de percepción-acción motriz. Buena parte de la energía mental del paciente disociativo está, pues, ligada a la evitación fóbica y los conflictos internos entre las distintas partes, lo que contribuye a disminuir el nivel mental general.

La superación de la fobia a las partes disociativas requiere acciones mentales de alto nivel ya no sólo del paciente, sino también del terapeuta. Todas las intervenciones están dirigidas a ayudar al paciente a emprender acciones que favorezcan la síntesis y la consciencia dentro de la personalidad en su conjunto [tomada como un todo]. El terapeuta sabe que las intervenciones dirigidas a cualquier parte individual también tienen consecuencias sistémicas [*systemic*]. Las intervenciones para superar la fobia a las partes disociativas pueden entenderse ya no solamente desde la perspectiva de la teoría del aprendizaje sobre la exposición gradual y la aproximación sucesiva, sino también desde la perspectiva de los sistemas dinámicos, donde al terapeuta le preocupan las acciones sistémicas responsables del cambio adaptativo (Benyakar, Kutz, Dasberg & Stern, 1989; Edelman & Tononi, 2000). Es decir, el terapeuta favorece las acciones mentales y conductuales adaptativas en el seno de todas las partes de la personalidad y entre sí, con objeto de ayudar al paciente a funcionar como persona íntegra.

### **Análisis funcional de la fobia a las partes disociativas**

El terapeuta debe haber hecho ya un análisis funcional inicial del sistema de la personalidad del paciente y sus diversos subsistemas (partes disociativas; véase el capítulo 11). La selección de las intervenciones apropiadas requiere un análisis funcional continuo de las relaciones dinámicas entre las partes disociativas dentro de la persona como un todo, de lo que inhibe o activa las partes disociativas, y de lo que ayudará a los sistemas de acción a volverse más coherentes y coordinados. La bibliografía sobre el TDI [trastorno disociativo de la identidad] a veces define este proceso como una “cartografía” del

sistema de la personalidad del paciente (Fine, 1999; Kluft, 1999; Sachs & Peterson, 1996), lo que también puede aplicarse a la disociación estructural secundaria.

Las preguntas empáticas y con final abierto formuladas al paciente a lo largo de este análisis suponen en sí mismas una intervención continua, dado que fomentan la capacidad del paciente de emprender acciones reflexivas tales como la metacognición (la conciencia de los propios pensamientos, percepciones, sentimientos, defensas, etc.). El terapeuta debe indagar de una forma que demuestre que ni le fascina ni se resiste a la idea de la existencia de las distintas partes disociativas de la personalidad, sino que, antes bien, es empáticamente receptivo a las vivencias y creencias del paciente. El terapeuta modela con ello ante el paciente una actitud respetuosa e imparcial con todas las partes disociativas. El terapeuta debe evitarse decididamente cualquier tendencia a restringir su campo de conciencia para trabajar con una parte en detrimento de otra (e.g., partes cognitivas vs. partes emotivas, partes “infantiles” vs. partes persecutorias), o a ignorar el hecho de que existen otras partes (Kluft, 1993b, 1999). Este modelado alienta a todas las partes disociativas del paciente a volverse más conscientes unas de otras y de sus respectivos objetivos, y de que las distintas partes del paciente actúan como un sistema íntegro.

Antes de exponer mutuamente a las partes disociativas, el terapeuta indaga por qué pueden tener fobia unas de otras, consciente de que una estrategia muy eficaz consiste en sumarse a las resistencias del paciente. Las acciones evitativas condicionadas y las resistencias deben ser analizadas exhaustivamente. Por ejemplo, el terapeuta puede preguntar: “¿Qué es lo peor que temes que pudiera pasar, si llegaras a conocer a esa parte enfadada de ti mismo?”. En segundo lugar, el terapeuta puede trabajar gradualmente las predicciones desadaptativas del paciente. “Tienes miedo de que esa parte de ti pudiera destruir la habitación. ¿Alguna vez ha pasado eso mismo antes? ¿Crees que podrías consultarlo con esa parte de ti y ver si eso es así?”. Con ello el paciente es alentado amablemente a ser más reflexivo y emprender acciones experimentales. De esta forma es posible concluir las acciones inacabadas (en este caso, el enfadarse adaptativamente).



El análisis funcional determina el calendario oportuno [*timing*] y el orden de las intervenciones. Por ejemplo, es útil comprender qué partes de la personalidad pueden calificarse de PANs [partes aparentemente normales] (las que funcionan en la vida cotidiana), y cuáles son PEs [partes emocionales] (las que están fijadas a acciones relacionadas con el trauma). A continuación, el terapeuta puede centrarse en fortalecer la(s) PAN(s) antes de trabajar las PEs, y en ayudarles a simplificarse la vida y consolidar la seguridad con objeto de mejorar la energía mental. Y cuando de la evaluación del terapeuta se desprende que el paciente en calidad de PAN no tiene la eficiencia mental necesaria para abordar las PEs, en ese caso el terapeuta y el paciente pueden comenzar por intervenciones que eleven el nivel mental de la PAN en lugar de tratar de exponerla prematuramente a la PE. Mediante la evaluación del nivel de tendencias de acción de una parte de la personalidad, el terapeuta puede engranar las intervenciones para que se ajusten al nivel mental correspondiente; por ejemplo, seleccionando métodos no verbales –una tendencia de acción de nivel inferior– para ayudar a una parte disociativa a comunicarse, si actualmente está funcionando por debajo de la capacidad para el lenguaje. Cuando de la evaluación del terapeuta se desprende que unas partes disociativas son menos fóbicas que otras, la exposición gradual puede en ese caso comenzar por las partes menos fóbicas, lo que le da al paciente una mayor probabilidad de salir bien parado de la exposición, elevando así su nivel mental para poder seguir con más exposición.

*Las intervenciones sistémicas pensadas para todas las partes de la personalidad son preferibles, en el caso de ser posible.* El terapeuta es consciente de que todas las intervenciones con determinadas partes específicas tienen consecuencias sistémicas para bien o para mal. La evaluación también puede guiar al terapeuta respecto de cuándo abordar las relaciones entre las distintas partes disociativas. Ni el terapeuta ni el paciente pueden percibir la totalidad del sistema de la personalidad, todos los conflictos y resistencias, lo cual únicamente se va desvelado con el tiempo, junto con la confianza y un conocimiento cada vez mayor. El análisis del funcionamiento de la perso-

nalidad del paciente es, pues, un proceso continuo que se lleva a cabo en colaboración.

Unas partes estarán más cerradas entre sí que otras, pero es prudente suponer que existe un cierto grado de conexión consciente e inconsciente entre las distintas partes. Aunque puede que ni el terapeuta ni el paciente tengan conocimiento necesariamente de la existencia de dichas conexiones, tales asociaciones pueden posibilitar el cambio en las distintas partes disociativas aun cuando se trate de sistemas relativamente cerrados. Por ejemplo, cuando algunas de las principales partes disociativas comienzan a sentirse más seguras con el terapeuta, ello puede generalizarse a otras partes de la personalidad. Por otro lado, las partes disociativas relativamente cerradas pueden tratar de minimizar o de sabotear los cambios en otras partes (e.g., una parte hiere a otra internamente o bien a través de autolesiones reales). Cuando algunas partes disociativas del paciente oponen resistencias, el terapeuta debe dar por sentado que existe una buena razón para evitar los cambios, y ello se debe analizar empáticamente. Por encima de todo, el terapeuta no debe enzarzarse en una lucha de poder con el paciente, dado que ello favorecería las acciones reflejas de nivel inferior tanto por parte del terapeuta como del paciente.

### **La labor con los diferentes niveles de disociación estructural**

La complejidad de la disociación estructural del paciente determinará las modalidades de intervenciones sistémicas encaminadas a superar la fobia a las partes disociativas.

#### ***Disociación estructural primaria***

Una serie de víctimas traumatizadas de malos tratos y desamparo infantil crónicos se presentan con un tipo de disociación estructural primaria bajo la forma de una PAN que sería el adulto y el “accionista principal” de la personalidad (S. Fraser, 1987), y una PE “infantil”

elaborada que conserva todos los recuerdos traumáticos del maltrato y el desamparo. De forma característica, el paciente en calidad de PAN presenta miedo, asco y unas pautas de evitación fuertemente desarrollados y condicionados, dirigidos a la PE. Aunque los pacientes con un TEPT [trastorno por estrés postraumático] de tipo simple responden bien a los tratamientos estandarizados (terapia cognitivo-conductual, exposición prolongada con EMDR [desensibilización y reprocesamiento a través de los movimientos oculares]), los pacientes con esta modalidad más elaborada puede que no. La superación de la fobia a este tipo de PE –tal como la “niña de noche” descrita por Van Derbur (2004)– supone un reto de mayores proporciones, porque la PAN evita sobremanera a la PE, que contiene años de historia traumática en lugar de un único suceso aislado. Es decir, este tipo de PE suele incluir una gama más amplia de ciclos fijos de percepción-acción motriz que en el caso de la PE correspondiente al TEPT simple.

Lo primero que hay que hacer es apoyar y mejorar el funcionamiento del paciente en calidad de PAN en el ámbito de la vida cotidiana. Las dos partes de la personalidad son primero presentadas respectivamente y después ayudadas a empatizar mutuamente y a colaborar para realizar acciones que beneficiarán a la persona en su totalidad, tales como la finalización de las tareas cotidianas y de las acciones mentales necesarias para modular y tolerar las acciones mentales. En este momento del tratamiento, la colaboración debe centrarse en las actividades de la vida cotidiana y no en los recuerdos traumáticos. Ello mejorará directamente el funcionamiento en el ámbito de la vida normal y permitirá aumentar la eficiencia mental para finalmente poder abordar las PEs.

Las víctimas traumatizadas suelen tener una visión poco realista respecto de la adultez; por ejemplo, pueden creer que los adultos jamás deben llorar, siempre saben cómo solucionar los problemas, y no cometen errores. Tales creencias sustitutivas suelen estar basadas en lo que aprendieron dentro de una familia perturbada. Son incapaces de darse cuenta de lo que significa ser un adulto falible. Estas creencias reflejas contribuyen a la evitación constante de la percepción de cualquier “debilidad” o “carencia” en la PE. La psicoeduca-

ción y el modelado por parte del terapeuta son de ayuda en esta situación.

La segunda labor incluye la modificación gradual de la valoración condicionada negativa que la PAN hace de la PE, ayudando al paciente a comprender las necesidades y objetivos de la PE (e.g., sentirse seguro, consolado, recibir comprensión empática), y darse cuenta de que la PE ha desempeñado un papel importante en ayudar al paciente a funcionar a pleno rendimiento en la vida cotidiana. Como señala Marilyn Van Derbur (2004):

Mi niña de noche [PE] se mantuvo fiel a su parte del trato. Se “hizo cargo” [i.e., de los abusos sexuales reiterados y los correspondientes recuerdos traumáticos] hasta que yo [PAN] fuera lo bastante fuerte y segura de mí misma como para volver y salvarla. Ahora, en lugar de sentir gratitud por su sacrificio, la aborrecía, la despreciaba y le echaba la culpa (p. 191).

El terapeuta empatiza con la carga de la PAN referente a tener que afrontar no sólo el estrés externo, sino también las intrusiones y los conflictos internos con la PE. El terapeuta guía gradualmente a la víctima traumatizada en calidad de PAN en dirección a desarrollar una relación empática y más positiva con el “niño interior” de la PE, lo que incluye imitar ser un buen padre para un niño real. El terapeuta puede formular la pregunta: “Si este fuera un niño de verdad, ¿qué harías?”. A continuación, puede ayudar al paciente a encontrar la forma de traducir este conocimiento en acciones adaptativas en relación con la PE. El paciente pueda servirse de acciones imaginarias (“Me imagino cogiéndolo en mis brazos y diciéndole que ahora no corre ningún peligro”), o bien recurrir a formas más reales [materiales] (“Puedo garantizarle que tiene comida suficiente y asegurarme de llevar una alimentación sana”). El terapeuta no necesita invitar a la PE a hacerse con el control ejecutivo dentro de las sesiones, a menos que lo haga para favorecer una mayor exposición de la PAN a la PE, o bien específicamente para orientar a dicha parte de la personalidad en dirección al presente; por ejemplo, la PAN se puede imaginar sentada en el sofá teniendo una conversación con la PE. La

cuestión es que el terapeuta debe evitar la trampa de convertirse en un “canguro” que supuestamente debe consolar o ayudar a la PE, al tiempo que la PAN continúa evitando a la PE.

### ***Disociación estructural secundaria***

Buena parte de lo que definimos más arriba como esencial para trabajar con una única PE elaborada, se aplica igualmente al tratamiento de los pacientes que presentan una disociación estructural secundaria (i.e., una PAN y dos o más PEs). La PAN, que abarca la vasta mayoría del funcionamiento y de los sistemas de acción del paciente en el caso de la disociación estructural primaria y secundaria, puede que necesite aprender habilidades ya no solamente para desenvolverse en el ámbito de la vida cotidiana, sino también para abordar y contener a las partes emocionales afligidas (PEs). Los pacientes en calidad de PAN suelen tener una baja energía mental debido a la depresión, el exceso de trabajo u otros factores, y uno de los primeros objetivos de la terapia consiste en elevar su energía mental y su eficiencia mental.

Si bien las partes disociativas de las víctimas de experiencias traumáticas pueden ir presentándose de forma caótica, existe habitualmente un orden específico en la labor con las distintas partes que el terapeuta y el paciente encontrarán de utilidad. En la fase 1, el terapeuta por lo general debe comenzar en primer lugar por aquellas partes de la personalidad que funcionan en el marco de la vida cotidiana (i.e., las PANs). Dicha labor con las PANs antes de pasar a trabajar intensivamente con las PEs garantiza el mantenimiento y la mejora de la estabilidad.

Pero también es crucial en algún momento de la fase 1 empezar a exponer gradualmente a las partes disociativas entre sí, comprendiendo que las víctimas traumatizadas en calidad de PAN deben implicarse activa y empáticamente con otras partes de la personalidad. En la fase 1, el terapeuta por lo general no debe esperar a que las partes aparezcan, sino evaluar su presencia, sus funciones, sus puntos fuertes y sus limitaciones tan pronto como el nivel mental del

paciente permita esta clase de indagación. Adoptar una actitud pasiva y esperar que las partes aparezcan abiertamente puede hacer que el tratamiento se prolongue más de lo necesario (Kluft, 1999). Si la PAN continúa teniendo demasiada fobia a las PEs, el terapeuta puede necesitar abordar estas PEs de forma más individual, iniciando contactos con objeto de favorecer una base real [*grounding*] y una seguridad, y con ello servir de modelo a imitar para la PAN en su interrelación con las PEs.

Pero puede que sea difícil determinar la presencia de las partes disociativas: los pacientes con una disociación estructural secundaria suelen presentar PEs poco elaboradas, a veces sin demasiadas características identificatorias tales como edad o nombre. Estas partes disociativas se manifiestan principalmente a través de reviviscencias del trauma y a través de síntomas que demuestran ser refractarios a las intervenciones psicoterapéuticas estandarizadas (e.g., dolor físico, pánico, ataques de soledad). En calidad de PAN, tales pacientes pueden tener una introspección excelente, pero ser incapaces de realizar ningún cambio porque sus síntomas proceden de PEs que no logran acceder al control ejecutivo, pero que no obstante influyen en las acciones del paciente en calidad de PAN.

Es preciso hacer una indagación gradual y pausada [*paced*] evitando las sugerencias indebidas respecto de la posible existencia de posibles partes disociativas de la personalidad. Cuando un paciente con un trastorno de origen traumático tiene un síntoma que el terapeuta sospecha que es producto de una posible parte disociativa, el propio síntoma se puede utilizar para entrar en contacto con dicha parte de la personalidad, y así poder abordar la cuestión o la preocupación directamente (Kluft, 1999). Por ejemplo, si el paciente tiene ideas repentinas de suicidio, el terapeuta puede preguntar: “¿Te parece que veamos si podría haber alguna parte específica de ti que esté sintiendo impulsos suicidas en este preciso momento? Y de ser así, tal vez esa parte podría hacerte saber por qué el suicidio parece la mejor opción”. O si un paciente tiene un dolor repentino de cabeza, el terapeuta puede preguntar: “Si el dolor pudiera hablar, ¿qué es lo que diría?”, “Si el dolor pudiera expresarse de otra forma, ¿cómo lo

haría?” o “Tal vez una parte de ti sabe algo más sobre este dolor. De ser así, podríamos invitarla a levantar un dedo como algo que sirviera de señal para ti y para mí”.

Además de exponer unas a otras a las partes disociativas, puede que el terapeuta necesite intervenir para disminuir o cuanto menos contener la emotividad de determinadas PEs trabajando con ellas individualmente, sirviendo de modelo respecto de cómo deben relacionarse y comprenderse las distintas partes entre sí (Kluft, 1999; Ross, 1997; Van der Hart, Van der Kolk & Boon, 1998). El terapeuta trabaja para orientar y ayudar a aterrizar [*ground*] a estas partes a la manera de pequeños pasos iniciales en el largo camino en dirección a un mayor grado de presentificación. Las partes disociativas que disponen de una cierta base real [*grounding*] en el presente, y están conectadas en cierta medida al terapeuta, son más capaces de tolerar la labor con los recuerdos traumáticos. El terapeuta puede servirse de una metáfora como, por ejemplo, escalar una montaña: nadie va simplemente y sube la montaña sin más. Primero hay que desarrollar una serie de habilidades y prepararse oportunamente.

### ***Disociación estructural terciaria***

Cuando las partes disociativas han desarrollado una emancipación y una elaboración evidente, como suele ser el caso bajo la forma de diversas PANs en el TDI, el terapeuta debe asegurarse de que las partes queden menos separadas, y debe trabajar dentro de los márgenes de la *creencia* refleja del paciente respecto de ser entidades separadas.

Los pacientes con una disociación estructural terciaria presentan los sistemas de personalidad más complejos, los cuales no obstante pueden variar ampliamente en su complejidad. Aunque unas pocas partes disociativas puedan estar totalmente emancipadas y activas en la vida cotidiana, muchas de las partes disociativas de los pacientes con un TDI no acceden jamás al control ejecutivo, sino que operan principalmente a través de la “influencia pasiva” (Kluft, 1999). Algunas de estas partes disociativas no están en absoluto elaboradas, en

tanto que otras llevan unas existencias sumamente complicadas dentro del ámbito de una rica vida interior de fantasía.

Un primer paso en el trabajo con la disociación estructural terciaria (TDI) es favorecer la comunicación, la empatía y la colaboración entre las PANs, dado que ello mejorará la vida cotidiana del paciente. El terapeuta trabaja para reducir la evitación condicionada de las PANs entre sí, empezando por las PANs menos asustadas y evitativas:

Marieke (TDI) entró en tratamiento en calidad de una PAN que evitaba aceptar su trastorno, se negaba a relacionarse con otras partes disociativas, y rehuía integrar los recuerdos traumáticos centrándose en sus estudios y su trabajo durante el día, y bebiendo vino y fumando marihuana por la noche. Otra PAN llamada “La mujer cariñosa” cuidaba de varias PEs que tenían recuerdos de graves abusos sexuales y emocionales durante la niñez. Las estrategias de evitación de Marieke habían agotado su energía mental y “La mujer cariñosa” estaba agotada de tratar de que Marieke se comprometiera a cuidar de sus PEs infantiles asustadas. Ello dejaba a la paciente en su totalidad en un estado lamentable y deprimente con un bajo nivel mental. El terapeuta le explicó que su evitación la había ayudado a sacar adelante sus estudios y su trabajo a pesar de sus dificultades, pero que esta misma evitación estaba ahora bloqueando sus progresos y mermando sus recursos energéticos. Aunque valoraba cognitivamente esta explicación, Marieke seguía resistiéndose a relacionarse con “La mujer cariñosa”. Cuando hacía algunos débiles intentos en este sentido, se quejaba de un fuerte dolor de cabeza, lo que el terapeuta interpretaba como un probable efecto de su esfuerzo mental por negar la otra PAN. El terapeuta le dio instrucciones para que se imaginara un lugar seguro donde poder ir entrando en contacto con “La mujer cariñosa” de forma gradual. Sugirió que la paciente se fijara en primer lugar en el aspecto de “La mujer cariñosa”. Con este fin, instruyó a “La mujer cariñosa” para que entrara en la habitación y permaneciera en silencio. Una vez que se acostumbró a ver a la otra PAN, el terapeuta le pidió a “La mujer cariñosa” que hablara con Marieke dándole ánimos. Cuando Marieke pudo tolerar este primer nivel de exposición y abstenerse del impulso a recurrir a la evitación mental, el terapeuta invitó a ambas partes de la personalidad a discutir algunas cuestiones relativamente poco complicadas extraídas del ámbito de la vida cotidiana. Una de estas cuestiones incluyó la confirmación por parte de “La mujer cariñosa” de que los dolores de cabeza de



Marieke se debían a sus intensas resistencias a aceptar la existencia de otras partes disociativas y a sus esfuerzos por evadirse de ellas. En segundo lugar, el terapeuta instruyó a ambas PANs para que tuvieran reuniones diarias con objeto de resolver pequeños problemas del día a día. Marieke también recibió el encargo de escribir un informe sobre los resultados de cada reunión interior y de llevar estos informes a las sesiones de terapia. De esta forma, la paciente fue lentamente superando su fobia a “La mujer cariñosa”, pero al principio necesitó tener sesiones semanales con el terapeuta para abstenerse de recaer nuevamente en la evitación.

Diversas PANs y PEs pueden tener un fuerte interés en la creencia de que son personas separadas (diferentes). Esta creencia sustitutiva debe ser abordada con cuestionamientos amables pero firmes [*consistent*, regulares y coherentes] por parte del terapeuta. Si las partes disociativas insisten en que les llamen por otro nombre, el terapeuta puede hacerlo así, pero también debe referirse de forma regular a tales partes como aspectos de una misma persona total. Se les puede solicitar a las partes disociativas que adviertan estímulos que son incongruentes con su sentido de sí mismas. Por ejemplo, a las partes “infantiles” se les puede pedir que adviertan su altura real; a las partes “adolescentes” sexualmente impulsivas, se le puede pedir que adviertan que tienen hijos y que están casados. También se les puede pedir a otras partes disociativas que les faciliten información a estas partes a nivel interno (e.g., “eres mayor y vives en tu propia casa”). El terapeuta, así, ayuda a las partes emancipadas y elaboradas a emprender una labor de integración que permita diferenciar el pasado del presente, y las experiencias internas de las externas; por ejemplo: “No soy el mismo que cuando era un niño; ahora soy una persona diferente, y vivo en un lugar diferente”; “Diferentes partes de mí están convencidas de que tienen cada una su propio cuerpo, pero ahora se han vuelto más conscientes de que comparten un solo y mismo cuerpo”.

Al mismo tiempo que ayuda al paciente a reducir la sensación de separación, el terapeuta también percibe que las diversas partes disociativas actúan a niveles totalmente diferentes de tendencias de acción, y planifica intervenciones en consonancia con ello. Algunas PEs

sólo son capaces de emprender tendencias de acción de nivel inferior. En razón de ello, tienen dificultades para controlar los impulsos, para comprender las conductas humanas complejas y contradictorias, y puede que tengan una capacidad limitada para el lenguaje y el simbolismo. Por ejemplo, una parte “niño chico” puede ser incapaz de entender palabras que el paciente en calidad de PAN sí puede comprender. El terapeuta puede en ese caso ajustar su vocabulario, sin dejar de dirigirse al paciente respetuosamente como adulto. Otras PEs pueden incluso ser no verbales en su mayor parte, o poseer únicamente habilidades reguladoras presimbólicas.

### **Estrategias terapéuticas para superar la fobia a las partes disociativas**

El terapeuta debe siempre pensar en el paciente sistémicamente, consciente de que todas las intervenciones están pensadas para llegar a tantas partes como sea posible e influir en sus relaciones recíprocas. En razón de ello, las acciones del terapeuta están guiadas por una curiosidad persistente y empática respecto de por qué una parte evita a otra, y cómo se las podría alentar a relacionarse más adaptativamente. Esta labor se puede realizar a diferentes niveles dentro del sistema de la personalidad, dependiendo de las necesidades del paciente y del nivel mental de las distintas partes disociativas.

*Lo primero y principal, el terapeuta realiza las intervenciones al nivel de la personalidad en su totalidad.* Por ejemplo, el terapeuta debe comentarle a menudo al paciente que todas las partes corresponden a una sola y misma persona, y que todas las partes deben aprender, a su debido tiempo, a encontrar la forma de comunicarse, comprenderse y trabajar juntas en armonía. Las intervenciones sistémicas iniciales incluyen hablar “a través” de la víctima en calidad de PAN con todas las partes, e invitar a todas las partes a volverse más conscientes de su tolerancia a la labor terapéutica, a participar reflexivamente en regular el ritmo de la terapia. Por ejemplo, el terapeuta puede hablarle a todas las partes y decir algo así como:

Al margen de qué parte pueda “salir” en la terapia [dar la cara en un momento dado], ¿estarían dispuestas todas las partes a observar y escuchar para ver si la terapia es algo que pudiera ser de alguna utilidad? ¿Podrían estar de acuerdo cada una de las partes en hacerte saber como persona total si algo les parece demasiado abrumador? ¿Y podrían coincidir las distintas partes en hacerlo con palabras, o bien con la ayuda de una señal inocua pero inconfundible, en lugar de asustar o de herir a las otras partes? Me imagino que algunas partes de ti pueden sentirse impelidas a que las escuchen y las ayuden, mientras que otras pueden sentirse igualmente impelidas a evitar abordar cuestiones abrumadoras y no creen que yo pueda ser de ninguna ayuda. Debemos respetar las necesidades de *todas* las partes de tu personalidad: tanto las partes de ti más reticentes como las más apremiantes contienen una información esencial respecto de tu necesidad y tu disposición a abordar cuestiones difíciles. Es esencial que no privilegiemos una actitud por encima de otra, sino que las tomemos a todas en detenida consideración con objeto de encontrar el equilibrio que más te convenga.

Con la ayuda de estas declaraciones el terapeuta modela una forma adaptativa de abordar las partes disociativas, ayuda al paciente como un todo a participar y a ser más consciente de sus necesidades de regulación, ofrece alternativas iniciales para que las distintas partes se comuniquen sin recurrir a las autolesiones ni a las amenazas internas, ayuda al paciente a comprender que cada una de las partes tiene unas funciones importantes y un sentido, y le garantiza a todas las partes que serán tomadas en consideración dentro de la terapia, en lugar de ignorarlas.

*Segundo, el terapeuta se sirve de estrategias encaminadas a facilitar la relación empática entre dos o más partes disociativas dentro del sistema mas amplio de la personalidad. Ello incluye habitualmente la exposición de las partes entre sí con objetivos específicos en mente: analizar las resistencias, desarrollar la empatía, desempeñar las tareas de la vida cotidiana más eficazmente, compartir habilidades o conocimientos.*

*Tercero, el terapeuta puede trabajar con determinadas partes individuales con el objetivo de elevar su eficiencia mental y prepararlas para la exposición a otras partes. Habitualmente, la intervención a este*

nivel del sistema de la personalidad se reserva para las partes disociativas que tienen los niveles mentales más bajos y demuestran más fobia a otras partes de la personalidad, o bien para las partes observadoras que pueden hablar con el terapeuta de lo que está sucediendo a nivel sistémico cuando el paciente [como un todo] todavía no está preparado para obrar así. Es un error bastante común subestimar el grado de evitación de la PAN hacia la PE y viceversa. Consecuentemente, el terapeuta acaba intentando trabajar con las partes disociativas individualmente como si no formaran parte de un sistema, lo que suele conducir a estancamientos terapéuticos y a una dependencia desadaptativa (Steele *et al.*, 2001). Muchas de las intervenciones se pueden aplicar a estos tres niveles de labor con el sistema de la personalidad.

Más abajo analizamos algunos de los principios y técnicas terapéuticas más importantes sobre la base de la psicología Janetiana de la acción, seguidos de un listado resumido de intervenciones relacionadas y de los principios que subyacen a las mismas.

### ***Psicoeducación sobre las partes disociativas***

La psicoeducación tiene por objetivo mejorar la eficiencia mental del paciente. La psicoeducación sobre las partes disociativas puede suponer un alivio para el paciente asustado o avergonzado, al menos en cierto grado. Generalmente suele ser muy útil que los pacientes puedan acceder a una comprensión gradual de los sistemas de acción y los motivos que impulsan a las diferentes partes, aunque puede que traten de alcanzar sus objetivos de una forma desadaptativa. Con este fin, el terapeuta manifiesta empatía y comprensión hacia todas las partes, y hacia sus objetivos y demás acciones relacionadas.

Pero la psicoeducación, al igual que cualquier otra intervención, también puede activar la fobia a las partes disociativas en cierta medida, cuanto menos en la PAN. El terapeuta en ese caso cambia de estrategia para concentrarse en el análisis de las resistencias y en favorecer las acciones más reflexivas: “¿Qué crees que te hace sentirte tan asustado o tan esquivo cuando nos ponemos a hablar de otras

partes de ti mismo?”. En otras palabras, las creencias reflejas [en relación con] y las reacciones evitativas ante el miedo, el odio o el asco condicionados hacia otras partes de la personalidad van siendo lenta y gradualmente transformados en creencias reflexivas, en constatación [*realization*, reconocimiento, consciencia] de su importancia [de las distintas partes disociativas], y demás acciones mentales relacionadas.

### ***Redefinir con una categorización positiva***

La esencia de la categorización positiva es enfatizar los objetivos potencialmente adaptativos que subyacen a las acciones desadaptativas. Dado que las distintas partes suelen haber quedado condicionadas a encontrarse sumamente repugnantes, atemorizantes o vergonzosas, el terapeuta puede ayudar redefiniendo sus acciones desadaptativas sirviéndose de una categorización positiva (Haley, 1963). Es decir, el terapeuta redefine dichas partes en tanto que teniendo un valor para el individuo (e.g., “Me hiego el cuerpo porque las autolesiones hacen que el dolor emocional sea más llevadero”, “Busco tener relaciones sexuales para evitar una soledad insoportable”) (Boon & Van der Hart, 2003). Y el terapeuta mantiene la creencia reflexiva de que los objetivos de las diversas partes son o pueden haber sido adaptativos en algún momento del pasado, aunque el objetivo positivo pueda quedar oscurecido por las conductas y creencias desadaptativas.

### ***Intervenciones con distintos tipos específicos de partes disociativas***

Las intervenciones dirigidas a las partes individuales suelen tener el objetivo de regular, orientar hacia el presente, trabajar resistencias y defensas específicas, y ayudar a determinadas partes específicas a emprender tendencias de acción de nivel superior. Ello implica habitualmente mejorar la eficiencia mental de una parte disociativa, exponer a dicha parte a los estímulos evitados, cuestionar las creencias nucleares reflejas desadaptativas, regular los afectos y los impulsos, y

favorecer la seguridad relacional [la confianza a nivel de relación] en la vida [a nivel general] del paciente, con el terapeuta, y a nivel interno con las distintas partes disociativas de la personalidad.

Se impone la precaución cuando el terapeuta está trabajando con una parte individual y se le da una información que esta parte no quiere que otras partes conozcan. Ello coloca al terapeuta en el apuro de retener [*hold*] una información que le pertenece al paciente. En general, el terapeuta no debe ocultar información, y debe requerir a las partes a compartir ellas mismas la información a su debido tiempo, tal vez con la ayuda del terapeuta. Ello es así sobre todo si la información implica una mayor seguridad; por ejemplo, cuando una parte está obrando impulsivamente de una forma peligrosa.

Sin embargo, puede haber veces en que el terapeuta se guarda información para más adelante, cuando el nivel mental del paciente permita comunicarla oportunamente. Por ejemplo, una PE observadora de un paciente con un TDI le informó al terapeuta de la existencia de un recuerdo traumático particularmente difícil del que la PAN no tenía conocimiento, y dicha PAN todavía no estaba en condiciones de digerirlo. El paciente no corría ningún peligro, y el recuerdo no había sido reactivado, por lo que el terapeuta decidió no hablarle de dicha información a la PAN, pero le preguntó a la PE qué forma habría de preparar a todas las partes para digerir este recuerdo y cómo podrían éstas saber cuándo estaría la PAN en condiciones de afrontarlo.

Aunque existen muchos tipos de partes disociativas (véase el capítulo 4), nos centraremos en las PEs que tienden a ser las mas habituales y problemáticas para el terapeuta: las partes persecutorias, atacantes e infantiles. Adicionalmente, comentamos la labor con las partes observadoras y cuidadoras que pueden ser de cierta ayuda para la terapia.

***La labor con las partes persecutorias de la personalidad.*** Las partes persecutorias, las PEs que se han identificado con el agresor (o los agresores), están presentes de forma prácticamente invariable en las personas crónicamente traumatizadas. Ahora bien, que el

terapeuta deba o no tratar de trabajar directamente con estas partes en la fase 1 depende del grado en que dichas PEs afecten al sistema de la personalidad como un todo desde el principio de la terapia. Cuanto más interfieran estas partes en la terapia, más apremiante será la necesidad de que el terapeuta intervenga pronto de ser posible, reconociéndolas y abordándolas respetuosamente. Todas las partes disociativas del paciente deben ser educadas al comienzo de la terapia con respecto a la función de las partes persecutorias dentro de su sistema de personalidad: en otro tiempo cumplieron una función protectora necesaria durante la traumatización, encaminada supuestamente a garantizar la supervivencia del individuo. El terapeuta debe explicar constantemente a las otras partes las funciones protectoras de estas partes de la personalidad con objeto de favorecer la colaboración y la empatía, es decir, de emprender una redefinición positiva.

Suele ser habitual que el terapeuta se concentre excesivamente en las acciones de las PEs persecutorias como un elemento problemático dentro del sistema de la personalidad. Pero el terapeuta también debe ser consciente de la otra cara de la moneda: estas partes disociativas defienden de los aspectos más insoportables de los recuerdos traumáticos, en virtud de creer que se convirtieron en el agresor (o los agresores), y ahora son las partes más rechazadas y repudiadas de la personalidad, pero están tratando de proteger al paciente (L. Goodman & Peters, 1995; Ross, 1997). En palabras de Ross:

Con demasiada frecuencia, estas [PEs persecutorias] han sido rechazadas, desvalorizadas y heridas por la [PAN] y el terapeuta que hace la derivación... Han sido definidas como el problema, y habitualmente la [PAN] considera [a estas partes persecutorias] como la causa de todos sus problemas. Contemplado desde una perspectiva sistémica, las [partes] persecutorias vienen a ser como el paciente oficial dentro de un sistema familiar. La conducta de las [partes] malas no es el problema: es la solución al problema. La labor del terapeuta consiste en ayudar a comprender cuál es el problema que se está solucionando gracias a la conducta autoagresora, y a continuación ayudar al sistema a encontrar una solución más adaptativa (1997, p. 429).

Las PEs persecutorias generalmente suelen tener un nivel elevado de energía mental, pero una eficiencia mental insuficiente. En razón de ello, suelen mostrarse violentamente rabiosas, despreciativas o incluso sádicas. Habitualmente distorsionan gravemente la realidad y el tiempo, están fijadas al pasado, creen o simulan que *son* el agresor (o los agresores). En otras palabras, sitúan las acciones de la parte agresora demasiado alto dentro de la jerarquía de los grados de realidad, y el precio es un intenso sufrimiento y una disminución de la energía y la eficiencia mental. Las PEs persecutorias no suelen estar dispuestas de buen grado a participar en la terapia directamente, y trabajan “entre bastidores” para sabotear los progresos, lo que consideran peligroso, como una amenaza para el precario equilibrio del sistema interno. Tienen poca o ninguna capacidad de emprender acciones reflexivas, de mentalizar o verbalizar sus miedos o expectativas. Aunque puede llevar años de mucho trabajo, una vez que estas partes personifican sus propios afectos y recuerdos dolorosos, y que ya no necesitan defenderse contra ellos, el nivel mental del paciente como un todo se eleva considerablemente y a veces espectacularmente. El sistema de la personalidad como un todo puede volverse notablemente más capaz de colaborar, solucionar problemas y tomar decisiones adaptativas.

El terapeuta se esfuerza por mejorar la eficiencia mental de estas partes (y otras) de la personalidad, haciéndoles tomar conciencia del presente, ayudándolas a sentirse más seguras, creando una relación terapéutica fidedigna con ellas, corrigiendo los errores cognitivos, ayudándolas a comprender los orígenes de su vergüenza y de su odio interior, y reduciendo el odio interior y el miedo que otras partes de la personalidad sienten hacia ellas. Estas partes disociativas pueden aprender que su sadismo constituye una poderosa acción sustitutiva, una defensa contra la profunda vulnerabilidad e indefensión.

El terapeuta corre un gran riesgo de contemporizar, someterse, o luchar contra estas partes –todas ellas acciones desadaptativas. Así pues, debe mantener un nivel elevado de eficiencia mental y no escatimar esfuerzos por permanecer empáticamente receptivo hacia el paciente, en lugar de incitarle a movilizar sus defensas. Es decir, el



terapeuta se sirve de la empatía y la curiosidad hacia la parte disociativa como principales emociones que favorecen su contacto respetuoso y directo con dichas PEs. Este contacto corre parejo con el establecimiento de unos límites firmes en relación con las conductas agresivas, el aplazamiento de las conductas desadaptativas, y el desarrollo de habilidades (cf., Van der Hart *et al.*, 1998). Si el terapeuta se pone crónicamente a la defensiva contra las partes persecutorias que le atacan o amenazan verbalmente, ello puede derivar en una reacción terapéutica negativa intratable. Cuando el terapeuta no pueda evitar ponerse a la defensiva, debe admitirlo en el caso de cometer un error, recuperar la receptividad hacia el paciente, y seguir tratando de atraer a la parte persecutoria. Jamás se insistirá lo suficiente en que el terapeuta no debe evitar estas partes, sino antes bien emplearse a fondo con las PEs persecutorias para que el tratamiento pueda tener éxito.

***La labor con las partes (atacantes) protectoras de la personalidad.*** Buena parte de lo dicho a propósito de la labor con las partes persecutorias se aplica igualmente a las partes (atacantes) protectoras. Sin embargo, existen algunas pequeñas diferencias. El terapeuta responde empáticamente al hecho de que las partes atacantes, las PEs fijadas al subsistema de acción responsable del ataque [*fight*, lucha], eventualmente tienen más energía mental que eficiencia mental y por ello se muestran inapropiadamente agresivas y a la defensiva, sobre todo cuando se reactivan los recuerdos traumáticos. Tales partes pueden provocar a los demás y a otras partes internas, y se alteran fácilmente ante la percepción de la más mínima amenaza. El terapeuta debe ayudar a las partes atacantes a aprender a percibir la relación terapéutica a través del cristal del apego seguro en lugar de la amenaza. El terapeuta, pues, debe ser todo lo respetuoso, predecible y consecuente que pueda, no haciendo movimientos inesperados en las sesiones, por ejemplo. Así, puede decir: “Ahora voy a levantarme para coger mi agenda de la mesa. ¿Te parece bien?”. El terapeuta aprende a no sentarse de forma que pueda bloquear el acceso directo del paciente a la puerta, y comprueba si el paciente se siente más seguro con las persianas subidas o bajadas. Cuando el terapeuta con-

tacta directamente con las partes atacantes, tendrá que habérselas con la emotividad violenta de la rabia, y ayudar a transformarla en enfado adaptativo manifestado de forma apropiada y dirigido hacia el blanco oportuno. Estas partes necesitan volverse más reflexivas respecto de su enfado en lugar de liarse a golpes de forma refleja. Por ejemplo, el terapeuta podría decir:

Comprendo que golpear la pared pueda brindarte algún alivio inmediato en relación con tu rabia, pero los dos sabemos que es sólo transitorio y que tampoco es algo que te sea de ayuda hacer aquí. ¿Estarías dispuesto a que te ayude a concentrarte en tu respiración por un momento?... Y ahora que estás un poco más presente aquí conmigo, ¿podrías tratar de utilizar algunas palabras (o dibujar algo) para describir cómo vives esa emoción interiormente y qué se siente al tener esa rabia por dentro? Tal vez haya algunas partes dentro de ti que puedan ayudarte a hacer algo con esta rabia ahora mismo, para que así puedas recibir ayuda ya no sólo de mí, sino de dentro de ti mismo.

Las partes atacantes (y persecutorias) suelen presentar un fuerte condicionamiento valorativo negativo hacia las partes sumisas o carentiadas, como defensa contra la indefensión y las necesidades esenciales insatisfechas. La psicoeducación sobre el valor de supervivencia de la sumisión total, y sobre la universalidad de las necesidades humanas ayuda a desarrollar la empatía interna. Conviene que el terapeuta le explique al paciente que consultará regularmente a estas partes acerca de si les parece seguro emprender la labor con los recuerdos traumáticos, e invita a estas partes a manifestar sus objeciones o su aprobación respecto de cualquier línea de acción terapéutica (i.e., el terapeuta solicita su participación activa en la terapia). Una y otra vez el terapeuta debe sintonizar empáticamente con la actitud defensiva de estas partes disociativas, sirviéndose de la redefinición y la categorización positiva: la repetición persistente es esencial.

***La labor con las partes “infantiles” de la personalidad.*** La labor con las partes “infantiles” que habitualmente conservan los recuerdos traumáticos debe ser cuidadosamente acompañada de acuerdo con el

nivel mental del paciente. Las PEs fijadas al llanto de apego pueden apegarse demasiado rápidamente al terapeuta, lo que activa fuertes respuestas defensivas en las partes que tienen fobia al apego. Trabajar las PEs “infantiles” demasiado pronto o con demasiada intensidad puede conducir a reactivar indebidamente los recuerdos traumáticos y las acciones sustitutivas, tales como las autolesiones procedentes de las PEs atacantes y de las partes disociativas persecutorias, junto con una descompensación adicional de la PAN (Boon & Van der Hart, 2003).

Existen otras varias dificultades a la hora de trabajar con las PEs “infantiles”. Primero, el terapeuta tiende con la mayor facilidad a cosificar [*reify*] las partes infantiles, tratándolas como verdaderos niños, viéndose impelido de forma refleja e indebida a hacer de padre o de madre, y brindar unos cuidados y atenciones inapropiados. Segundo, las partes infantiles suelen incluir el dolor, soledad, terror y vergüenza más extremos, lo que puede fácilmente desbordar al terapeuta, que responderá retrayéndose o enredándose.

Finalmente, las partes infantiles operan habitualmente a niveles inferiores de tendencias de acción, mostrando a veces escasa capacidad de verbalizar, abstraer y comprender conceptos básicos, y de emprender acciones sistemáticas prolongadas para alcanzar objetivos a largo plazo. Las PEs infantiles y demás PEs “carenciadas” pueden hacer acto de presencia desde el principio de la terapia dado que están condicionadas a activarse cuando el paciente presta atención a los recuerdos traumáticos. Además, estas PEs están fijadas a sistemas de acción relacionados con el apego y están, pues, fuertemente impedidas a apegarse (o prevenir la pérdida del apego) al terapeuta. El paciente en calidad de PAN puede querer que el terapeuta haga de asistente o cuidador [*caretaker*] de estas PEs repudiadas y carenciadas, y en razón de ello presentárselas para que las “arregle” [*fix*].

El terapeuta puede trabajar estas partes disociativas para ayudarlas a orientarse más hacia el presente que ya no reviste peligro y a regularse ellas mismas, pero no debe perder de vista que es de la responsabilidad fundamental del paciente como un todo [en su totalidad] aprender a aceptar y a arreglárselas con estas partes de sí mismo.

### ***Fomentar la fusión***

En última instancia, la superación de la fobia a las partes disociativas debe incluir la *fusión*, “el acto o el caso de juntar dos o más [partes de la personalidad] personalidades o fragmentos con objeto de combinar su esencia en una única entidad” (Braun, 1986, p. xv; cf., Kluft, 1993c). Las víctimas traumatizadas suelen temer y evitar la fusión. Esta aversión se puede entender como una subtipo específico de fobia a las partes disociativas. Para que el paciente pueda superar esta fobia, el terapeuta debe analizar decididamente las resistencias a la fusión, y no insistir en que las partes se fusionen antes de que el nivel mental del paciente pueda tolerarlo.

La completa fusión de todas las partes disociativas equivale a la transformación de la personalidad del paciente, en virtud de la cual las acciones integradoras continuas confluyen en una consciencia plena. Los sistemas de acción y los ciclos de percepción-acción motriz del paciente se vuelven notablemente más abarcadores, coordinados, flexibles y coherentes, y la PAN y la PE dejan de estar indebidamente divididas. El paciente dispone entonces de una gama más amplia de tendencias de acción de entre las que poder elegir reflexivamente en una situación dada, y de un nivel superior de eficiencia mental con el que poder actuar. En razón de ello, las víctimas traumatizadas toman conciencia [*realize*] de su pasado, su presente y su futuro, y sienten todas las partes de su personalidad como un todo único. Las acciones integradoras que derivan en la fusión de dos o más partes disociativas son propias de la labor de la fase 3 (véase el capítulo 17). Ahora bien, tales fusiones parciales de la personalidad pueden acontecer antes dentro del tratamiento, a la manera de una breve incursión en la fase 3.

### ***Hacer uso de acciones mentales reflexivas de orden superior: la “fuente de sabiduría interior”***

El concepto de acceso a la sabiduría interior no es nuevo en psicología ni en el ámbito de los trastornos disociativos (Comstock,

1991). Ellenberger (1970) señala que Justine, una paciente de Janet, internalizó a Janet como una figura sabia. Cuando le pedía consejo a esta representación mental, “le respondía con un buen consejo que curiosamente iba más allá de [no se limitaba a] una mera repetición de lo que él [Janet] había dicho en realidad, sino que demostraba ser de una naturaleza original y sabia” (p. 369). Muchos pacientes disociativos resultan tener unas acciones mentales de una sabiduría y reflexión de orden superior que la mayoría de las veces suelen estar contenidas en las PEs observadoras. Todavía no han sido capaces de llevar estas acciones mentales a la práctica conductual, pero no obstante pueden informar de ellas verbalmente. El terapeuta puede encontrar útil identificar estas partes, dado que pueden ayudar a fomentar la colaboración interior, incluida la creciente confianza en uno mismo.

Este enfoque tiene sus raíces en la tradición de la psicoterapia que se sirve de la hipnosis “permisiva”, en la que el terapeuta sugiere que el paciente consulte con su “mente inconsciente” (o “mente interior”, o “mago”) para encontrar una solución a los problemas existenciales (Erickson, 1980; Van der Hart, 1988a). Krakauer (2001) amplió este enfoque al tratamiento de los pacientes con trastornos disociativos complejos, en virtud de lo cual sugiere que las partes de la personalidad consulten a la “sabiduría interior de la mente inconsciente” a fin de poder encontrar una orientación. Linehan (1993) utiliza el concepto de “mente sabia” en los pacientes límites. Obviamente, el terapeuta no delega toda la responsabilidad de la terapia en la “sabiduría interior” del paciente, sino que se toma muy en serio sus recursos internos, dado que éstos pueden fortalecer el sentido de autonomía del paciente, y en razón de ello contrarrestar la dependencia desadaptativa hacia el terapeuta (cf., Steele *et al.*, 2001).

La tabla 15.1 incluye un listado de una selección de otros principios y técnicas de tratamiento, que guardan relación con los que analizamos anteriormente y también con los principios básicos del tratamiento presentados en el capítulo 12.

**TABLA 15.1****Intervenciones para superar la fobia a las partes disociativas**

- 
- Empezar el tratamiento generalmente primero por la PAN, para mejorar la vida cotidiana en la disociación estructural primaria, secundaria y terciaria (aumentar la energía y la eficiencia mental de cara al desenvolvimiento en el ámbito de la vida cotidiana).
  - En el caso de la disociación estructural terciaria, empezar alentando la colaboración entre las PANs que estén activas en la vida cotidiana (favorecer las tendencias de acción sociales entre las PANs al nivel de las tendencias de acción reflexivas prolongadas, y experimentales).
  - Exponer gradualmente a las distintas partes disociativas unas a otras, sin exceder el nivel mental de las partes implicadas (exposición gradual junto con prevención de la aparición de síntomas de recaída; favorecer las acciones integradoras a través de la experimentación sin peligro).
  - Centrarse primero en las relaciones entre las partes disociativas que tenga menos fobia unas de otras y desplazarse en dirección a las tengan más fobia unas de otras (exposición gradual y aproximación sucesiva).
  - Alentar las acciones reflexivas que conduzcan a la empatía, la regulación y la orientación internas (mentalización, desarrollo de habilidades sociales internas).
  - Dirigirse a [*talk through to*, consultar con] todas las partes disociativas (Kluft, 1982; Ross, 1997), utilizando la PAN como “mediadora” (intervención al nivel de la totalidad del sistema de la personalidad, favoreciendo la eficiencia mental superior).
  - Invitar a las PEs infantiles a “escuchar y observar” o ver a través de los ojos de una parte PAN “adulta” (favorecer la síntesis y la consciencia en base a experimentar con acciones sociales diferentes; colaboración interna; desarrollo de habilidades).
  - Crear un espacio colectivo seguro o espacios seguros individuales, e.g., para las PEs, con un lugar de reunión comunitario, y que las distintas partes discutan en qué circunstancias las partes específicas necesitan estar en su lugar seguro (aumentar la síntesis y la consciencia; favorecer la mentalización y las tendencias de acción experimentales utilizando símbolos y demás instrumentos imaginarios).
  - Ayudar a las partes a crear lugares de reunión internos, tales como salas de conferencias (G.A. Fraser, 1991, 2003; Krakauer, 2001) que incluyan períodos de reunión estructurados entre las partes (favorecer las tendencias de acción sociales al nivel de las tendencias de acción

continúa en la pág. siguiente...

Viene de la pág. anterior...

reflexivas prolongadas y experimentales, utilizando las imágenes simbólicas como instrumento).

- Utilizar sistemas imaginarios telefónicos o de interfonos de cara a la comunicación interior entre las partes (favorecer las tendencias de acción integradoras utilizando las imágenes simbólicas como instrumento).
- Utilizar modelos de comunicación no verbales para las PEs de bajo funcionamiento (sumarse a dichas partes en su nivel inferior, i.e., tendencias de acción no verbales, presimbólicas).
- Utilizar señales ideomotrices con los dedos para comunicarse con las partes reticentes a hablar directamente en la terapia (Hammond & Cheek, 1988; Putnam, 1989).
- Utilizar los dibujos u otro material gráfico para ayudar a las partes a comunicarse unas con otras.
- Pedirle a otra parte que hable por [en representación de] una parte no verbal o insensible [*unresponsive*, sorda].
- Cuando las partes cambian repentinamente [*switch*], permitirles que pasen a un primer plano, pero preguntar siempre por qué ocurrió el cambio y si la parte que se “fue” puede seguir escuchando y participando (favorecer la síntesis y la consciencia a través del aumento de la apertura y de la flexibilidad entre las distintas partes de la personalidad).
- Ayudar a las distintas partes a practicar la solución conjunta de problemas relacionados con cuestiones de la vida cotidiana, e.g., mediante las discusiones en grupo (desarrollo de habilidades; favorecer las tendencias de acción sociales entre las distintas partes al nivel de las tendencias de acción reflexivas prolongadas).
- Estimular el sumarse a la ejecución de tareas de la vida cotidiana entre las diversas partes (favorecer la colaboración con objeto de fomentar las tendencias de acción de nivel superior y la integración de los sistemas de acción; desarrollo de habilidades sociales internas).
- Invitar a una parte individual a “pasar a un primer plano” de cara a una labor terapéutica específica. Algunos pacientes necesitan una ayuda hipnótica, e.g., contar del 5 al 1 (aumentar la eficiencia mental de una parte con objeto de llevar a cabo un cambio en todas las partes de la personalidad).
- Ayudar a aterrizar [*ground*] y orientar a una parte disociativa en dirección al presente con los cinco sentidos (ampliar el campo de conciencia)

continúa en la pág. siguiente...

Viene de la pág. anterior...

cia a nivel sensoriomotriz; concederle al presente el grado más elevado de realidad).

- Hacer declaraciones orientativas: “Aquí estás fuera de peligro. Estás en mi despacho. Ya no te hacen ningún daño, y la persona que te hizo daño no está aquí” (concederle al presente exento de peligro el grado más elevado de realidad; favorecer el apego seguro).
  - Facilitar psicoeducación a una parte disociativa específica; e.g., enseñar a una parte que siente impulsos sexuales y se avergüenza de ello que la respuesta física es normal, e invitar igualmente a otras partes a escuchar (mejorar la eficiencia mental de cara a abordar problemas emocionales difíciles).
  - Discutir las relaciones de una parte disociativa con otras partes, e.g., “¿Puedes ayudarme a comprender por qué no te cae bien o por qué evitas a esa otra parte?” (analizar las resistencias y las respuestas condicionadas).
  - Evitar las discusiones en torno a los contenidos y mantenerse centrado en las relaciones entre las distintas partes disociativas (exposición gradual).
  - Pedirle a una parte observadora información respecto de otras partes disociativas o cuestiones en la vida del paciente (Boon & Van der Hart, 2003) (utilizar la capacidad de reflexión del paciente).
  - Discutir con una parte cuidadora [*caretaker*] de qué forma se podrían abordar internamente más eficazmente las partes carenciadas (alentar la integración de los sistemas de acción con fines internos; favorecer las tendencias de acción sociales, incluida la mentalización).
  - Implicar a las partes disociativas que tengan fobia al apego en la relación gradual con otras partes y con el terapeuta (favorecer el apego seguro).
- 

## Resumen

Al igual que sucede con la superación de la fobia al apego y a las acciones mentales derivadas del trauma, el terapeuta expone gradualmente a las partes disociativas de la personalidad entre sí de forma pausada y respetuosa. La clave del éxito es que el terapeuta sea empáticamente receptivo a las creencias, vivencias y resistencias del



paciente, al tiempo que manteniendo un fuerte sentido de la realidad (i.e., las distintas partes disociativas abarcan una misma y única personalidad). El terapeuta piensa, pues, sistémicamente, consciente de que todas las intervenciones tienen consecuencias sistémicas. El análisis funcional continuo y exhaustivo de todas las partes disociativas, de los papeles que desempeñan y de sus interrelaciones recíprocas guía las intervenciones del terapeuta. Las intervenciones pueden hacerse al nivel de la personalidad como un sistema total e íntegro, entre dos o más subsistemas (partes) de la personalidad, o bien con una única parte disociativa tomada por separado. Ahora bien, todas las intervenciones se dirigen al objetivo de reducir la disociación estructural y aumentar la consciencia del paciente como un todo. Se analiza el tratamiento de varios de los tipos más comunes de PEs: las partes disociativas persecutorias, atacantes, infantiles y observadoras.

# 16

## Fase 2 del tratamiento: Superar la fobia a los recuerdos traumáticos

---

*Pero cómo va usted a hacerme sufrir el dolor que he conseguido evitar en relación con el trauma sin volver a dividirme, es decir, sin volver a reproducir el trastorno mental...? ¿No parece eso una tarea imposible?*

—Mujer anónima. Citada por Sandor Ferenczi (1988, p. 181)

El tratamiento de los recuerdos traumáticos puede iniciarse una vez alcanzados los objetivos de la fase 1. Durante la fase 2, es preciso abordar sistemática y gradualmente las siguientes fobias: las fobias relacionadas con el apego inseguro a los agresores, las fobias relacionadas con el apego y la pérdida del apego al terapeuta en las partes emocionales de la personalidad (PEs), y la fobia nuclear a los recuerdos traumáticos. La superación de la fobia a los recuerdos traumáticos incluye la síntesis guiada dirigida por el terapeuta, y la consciencia de los recuerdos traumáticos entre las diversas partes de la personalidad. Ello hace gradualmente innecesaria la disociación estructural. Los principales elementos de la experiencia traumática han de ser sintetizados, compartidos entre las partes aparentemente normales (PANs) y las PEs, y reconocidos. Es decir, el recuerdo es transformado en un relato verbal simbólico personificado y presentificado.

Esta consciencia desemboca en el recuerdo narrativo autobiográfico de los sucesos traumáticos y en acciones que se ajustan al presente en lugar de al pasado traumático.

### **Superar las fobias relacionadas con el apego inseguro al agresor (o agresores)**

Para la víctima maltratada dentro de la propia familia, el apego seguro hacia el terapeuta puede entrar en conflicto con el apego inseguro hacia el agresor; cuanto menos en el caso de algunas partes de la personalidad. Ello puede quedar patente desde el principio de la terapia, pero se puede intensificar cuando los recuerdos traumáticos relacionados con el apego se convierten en el centro de atención del tratamiento durante la fase 2. El paciente (o diferentes partes disociativas) pueden sentir que tiene que “elegir” entre el terapeuta y el agresor debido a la lealtad excepcional y los lazos tormentosos propios de las familias perturbadas. Además, diversas partes disociativas alternan entre el apego y la defensa en relación con los agresores, lo que se acentúa cuando se reactivan los recuerdos traumáticos. Algunas partes disociativas, tales como la PAN, pueden enredarse en unas relaciones tormentosas con unos padres maltratadores o abandonados incluso en el presente, en tanto que otras PEs albergan fuertes sentimientos de odio, rabia o terror hacia las mismas personas. Las PEs fijadas al llanto de apego pueden enzarzarse en una dependencia desadaptativa tenaz y en la sumisión a los agresores, y ser incapaces de advertir los peligros asociados (Steele, Van der Hart & Nijenhuis, 2001).

La víctima traumatizada en calidad de PAN trata de hacer desaparecer a las partes disociativas que odian al agresor, en tanto que las PEs defensivas tratan de sabotear los contactos de la PAN con el agresor. La víctima en calidad de PAN puede sentir una culpa y una vergüenza extremas al intentar poner límites a la relación con su familia y sentir pánico al abandono al considerar la posibilidad de separarse, en tanto que las PEs se esfuerzan por evitar e incluso por vol-

verle la espalda al agresor. El terapeuta no debe meterse en semejante dilema poniéndose a favor del paciente y en contra del agresor, sino analizar empáticamente *todos* los sentimientos del paciente hacia el maltratador. La psicoeducación respecto de la importancia de unos límites sanos es esencial de cara a guiar gradualmente a los pacientes a establecer unos límites más adaptativos en su relación con unas familias intrusivas o tormentosas [*enmeshed*, enredosas].

Ahora bien, si el paciente está actualmente siendo maltratado por un agresor, el terapeuta debe ayudar al paciente a ponerse a salvo. Pero ello debe hacerse sin coaccionar, o de lo contrario desembocará probablemente en una lucha de poder en la que el terapeuta perderá. El terapeuta no le prohíbe, pues, al paciente que tenga contacto con su familia, ni encararse con sus agresores, ni tan siquiera expresar la rabia en terapia prematuramente. En su lugar, las distintas partes disociativas son alentadas a comunicarse sus sentimientos y sus creencias en relación con el agresor, y aprender a empatizar con sus respectivas posiciones [perspectivas, actitudes]. De esta forma, el paciente en su totalidad puede contener su fuerte ambivalencia y finalmente resolverla.

### ***Intervenciones iniciales con las PEs fijadas a los recuerdos traumáticos***

Muchas PEs están fijadas a subsistemas de acción defensivos y de recuperación, teniendo la sensación de que siguen relacionándose con el agresor en el pasado. El objetivo inicial del terapeuta con relación a estas partes disociativas no es el apego *per se*, dado que los intentos de apegarse de inmediato únicamente desencadenarán más defensas. En lugar de ello, el terapeuta buscará la forma de eliminar la naturaleza fija del sistema defensivo en dichas partes de la personalidad. Primero, todas las partes disociativas involucradas deben empezar a tener la sensación de vivir en el presente y sin correr ningún peligro, aunque puede que no se relacionen directamente con el terapeuta. El terapeuta reiteradamente “discute” [*talk through*] con estas PEs fijadas al pasado, alentándolas a observar y escuchar al

terapeuta para comprobar si están a salvo. Estas partes disociativas pueden ser alentadas a comunicarse con otras partes que sí tienen una relación con el terapeuta y que están más orientadas al presente. Pero como señalamos más arriba, hay que trabajar mucho las partes agresivas [*aggressive*, atacantes (y persecutorias)] de la personalidad antes de que éstas se vuelvan verdaderamente empáticas y colaboradoras, y también hay que saber apreciar el valor de supervivencia de sus objetivos. Gradualmente se va desarrollando una mayor flexibilidad entre las partes defensivas de la personalidad rígidamente fijadas, cuando el terapeuta las estimula a emprender una evaluación contextual del presente, y las anima a estar más presentes (presentificación) (véase el capítulo 10). A medida que se va desarrollando un sistema defensivo más fluido y menos disociativo, y que las partes disociativas se orientan cada vez más hacia el presente, disminuye la necesidad de recurrir a la acción defensiva. Este cambio permite desarrollar un cierto grado de apego al terapeuta, lo que eleva gradualmente la eficiencia mental de dichas partes de la personalidad. Es crucial que las PEs y la(s) PAN(s) también desarrollen un apego mutuo más seguro. De lo contrario, la fantasía de ser salvado [pasivamente y desde fuera] por el terapeuta podría intensificarse con el desarrollo de la alianza terapéutica.

## **Superar la fobia a los recuerdos traumáticos**

Esta es una de las fobias más difíciles de superar, que requiere una capacidad de integración elevada y sostenida por parte de la víctima traumatizada en calidad de PAN y de PE. El cuidadoso acompañamiento [*pacing*, regulación del ritmo y la velocidad] de la terapia y la regulación de la hiperactivación y la hipoactivación fisiológica del paciente es crucial para que todo salga bien. Las contraindicaciones para el inicio de esta fase deben respetarse escrupulosamente (Boon, 1997; Kluft, 1997; Steele & Colrain, 1990; Van der Hart & Boon, 1997). Dichas contraindicaciones incluyen la presencia de psicosis, la fijación a tendencias de acción inferiores, los cambios vertiginosos

[*rapid switching*, de una parte disociativa a otra], afecciones físicas que disminuyen el nivel mental, regresiones malignas, vidas inestables [caóticas], abusos [sexuales, físicos, emocionales] constantes, y demás cuestiones [problemas] que implican que el nivel mental del paciente sería inadecuado. Cuanto más bajo sea el nivel mental del paciente, más lenta será esta fase del tratamiento, con frecuentes retornos a las estrategias de la fase 1.

El tratamiento de los recuerdos traumáticos consta de dos elementos principales: *la síntesis guiada* y *la consciencia guiada de los recuerdos traumáticos*. La síntesis guiada incluye la exposición modulada y controlada a los recuerdos traumáticos. El paciente es ayudado activamente por el terapeuta a permanecer orientado en el presente, al tiempo que simultáneamente sintetiza las acciones mentales y los contenidos previamente disociados de los recuerdos traumáticos (Van der Hart & Steele, 2000). Es decir, los componentes cognitivos, sensoriomotrices y afectivos, y conductuales del recuerdo son compartidos entre sí por las diversas partes de la personalidad. Por su parte, la consciencia guiada es el proceso terapéutico continuo de ayudar al paciente a tomar conciencia de su historia, hacer el duelo por las pérdidas inherentes [que ello conlleva], y desplazarse en dirección a niveles superiores de personificación y de presentificación.

Lo que es más importante, el terapeuta no inicia el tratamiento de los recuerdos traumáticos si el paciente está teniendo un *flashback*. El terapeuta explica que no es preciso volver a vivir el recuerdo traumático como si se tratara del acontecimiento abrumador original, es decir, *no hace falta revivirlo ni debe revivirse*. Primeramente, el paciente (y las diversas partes disociativas) deben ser orientadas y asentadas [*grounded*, afianzadas] en el presente sano y salvo, y el *flashback* contenido. Únicamente entonces el terapeuta y el paciente pueden decidir conjuntamente si el paciente está verdaderamente en condiciones de pasar a una síntesis guiada y controlada.

Aunque las expresiones tales como *abreacción* [reacción catártica] *controlada* o *labor de abreacción* se utilizan con frecuencia para describir este proceso dentro del ámbito de los trastornos disociativos

(e.g., Fine, 1993; Kluft, 1988, 1994a; Putnam, 1989; C.A. Ross, 1989), nosotros preferimos los conceptos de *síntesis guiada* y *consciencia de los recuerdos traumáticos*. Dichos conceptos subrayan la naturaleza integradora de las acciones mentales implicadas y rehuyen la idea de que la catarsis de las emociones violentas sea en sí misma terapéutica (Howell, 2005; Huber, 2003; Van der Hart, Steele, Boon & Brown, 1993; cf., Van der Hart & Brown, 1992, para un análisis crítico).

El terapeuta puede ser susceptible de desarrollar dos actitudes contratransferenciales al abordar los recuerdos traumáticos (Van der Hart & Steele, 1999). Primero, puede quedar indebidamente fascinado por el contenido de los recuerdos traumáticos del paciente y por una actitud contrafóbica hacia los mismos. Ello puede derivar en una focalización indebida y prematura en el material traumático, a expensas del desarrollo en el paciente de las habilidades reguladoras y cotidianas esenciales. Segundo, el terapeuta puede identificarse excesivamente con la falta de consciencia del paciente, confabulándose con él para evitar abordar los recuerdos traumáticos en modo alguno. El terapeuta debe revisar asiduamente sus motivaciones y si éstas se entrecruzan con las normas que rigen las intervenciones asistenciales y el proceso terapéutico. Es fácil que el terapeuta se vea desbordado por las experiencias traumáticas de los pacientes, y que el sufrimiento emocional y la soledad extrema de éstos le resulten difíciles de soportar. En razón de ello, el terapeuta debe llevar regularmente una supervisión o una terapia personal, y tener otros colegas con los que pueda resolver sus propios sentimientos abrumadores [de una intensidad extrema o excepcionalmente intensos].

Los recuerdos traumáticos son tratados en varias etapas (Van der Hart, Steele *et al.*, 1993): (1) *preparación*, en la que tiene lugar una planificación detenida; (2) *síntesis guiada*, la comunicación de todos los componentes del recuerdo traumático entre las distintas partes disociativas; y (3) *consciencia guiada*, que incluye el inicio de una narrativa que finalmente engloba a todas las partes de la personalidad, junto con un nivel cada vez mayor de personificación y de presentificación. Esta última fase es mucho más un proceso y se prolonga a lo largo de un período de tiempo. La consciencia suele ser un

cabo suelto [*missing link*] crucial en el tratamiento de los recuerdos traumáticos, dado que algunos terapeutas consideran la “recuperación” o la síntesis de los recuerdos como el final del proceso. En realidad, no es más que el comienzo de un difícil y más largo proceso de toma de conciencia en las víctimas de traumatizaciones crónicas. Es esencial incluir en esta labor a la víctima en calidad de PAN, aunque eventualmente puede haber ocasiones en que la síntesis y diversos grados de consciencia tengan lugar primeramente en las PEs. Por ejemplo, diversos subsistemas defensivos podrían ser integrados antes de pasar a trabajar con la PAN el reconocimiento de los recuerdos traumáticos.

### ***Preparación***

El terapeuta prepara al paciente para trabajar los recuerdos traumáticos, ayudándole a orientarse y asentarse en el presente, en contacto con el terapeuta. Este asentamiento es cuidadosamente mantenido a todo lo largo de la labor con los recuerdos traumáticos en la medida de lo posible. Idealmente, se puede obtener una visión cognitiva general de los recuerdos a partir de alguna parte de la personalidad, por ejemplo, de las PEs observadoras, sin el riesgo de reviviscencias descontroladas. Tales reviviscencias o *flashbacks* deben evitarse. Es esencial que el nivel de activación fisiológica del paciente no se vuelva ni demasiado alto ni demasiado bajo, y que tanto el paciente como el terapeuta tengan el suficiente control [sobre el proceso]: deben prevenirse el pánico y la redisociación de los recuerdos traumáticos, así como el permanecer estancado en el recuerdo en un estado de hipoactivación fisiológica.

Es especialmente útil que el terapeuta tenga una idea del principio y el final del recuerdo, lo cual facilita unos límites temporales que pueden servir para ayudar al paciente a tomar conciencia de que el recuerdo tenía un principio, un desarrollo y un final (cf., Sachs & Peterson, 1996). Las partes disociativas pueden ser incapaces de darse cuenta de que una experiencia ha finalizado de hecho, y ayudarlas a tomar conciencia de ello es una parte crucial de la labor de la fase 2.



También es útil que el terapeuta conozca, de ser posible, los *núcleos patogénicos* o los *puntos candentes* (capítulo 1), i.e., las partes más amenazantes del recuerdo traumático que el paciente quiere evitar a toda costa. Si ello se puede hacer con una PE observadora, otras partes disociativas que todavía no están en condiciones de escuchar se imaginan que están en sus lugares seguros para prevenir las reviviscencias. Con objeto de resolver e integrar los recuerdos traumáticos, es esencial que el paciente pueda sintetizar estos núcleos patogénicos.

Además del contenido, la preparación (planificación) se centra en la cuestión de qué partes de la personalidad deben participar inicialmente. Generalmente ello incluye una o más partes disociativas que contienen el recuerdo traumático y partes disociativas que puedan desempeñar un papel auxiliar como, por ejemplo, dar ánimos, estructura o consuelo durante y después de la síntesis. Para algunos pacientes, sin embargo, la labor de la fase 1 ha sido suficiente como para que todas las partes de la personalidad puedan participar simultáneamente en la síntesis guiada.

Son muchos los pacientes a los que una parte observadora puede hacerles partícipes del contenido a un nivel puramente cognitivo. A estos pacientes se les puede preparar ayudando a todas las partes disociativas a analizar sus creencias, lo que podría ayudar a identificar núcleos patogénicos: “¿Qué has llegado a pensar de ti mismo sobre la base de estos recuerdos?”, “¿Qué piensas de los demás?”. El terapeuta también ayuda al paciente a predecir las posibilidades más negativas: “¿Qué es lo peor que te imaginas que podrías tener que afrontar en relación con tus recuerdos?”, y “En el caso de que llegara a pasar de verdad, qué podríamos hacer para ayudarte a afrontarlo de la mejor forma?”, “¿Qué otras cosas podría haber que te resultaría difícil afrontar?”.

La preparación concienzuda de la síntesis guiada maximiza la probabilidad de que el nivel mental del paciente sea lo bastante elevado como para favorecer las acciones mentales integradoras. Con ello, el terapeuta y el paciente se esfuerzan por prevenir las acciones sustitutivas, desde la disminución del nivel de conciencia a las emociones violentas, pasando por las conductas autodestructivas.

Puede ser útil programar sesiones más largas, no para aumentar la intensidad y duración de las experiencias, sino para exponer más lentamente al paciente a los recuerdos traumáticos, y dejarle todo el tiempo necesario para volver a pisar tierra y reorientarse plenamente en el presente. El paciente debe tener una comprensión exhaustiva del propósito y de la experiencia de integrar los recuerdos traumáticos. Se puede utilizar la hipnosis para controlar y favorecer este aspecto del proceso, pero únicamente si el terapeuta tiene una formación oficial en el uso de la hipnosis en psicoterapia, si la hipnosis ya ha sido utilizada con el paciente obteniendo buenos resultados en ocasiones anteriores, y con el consentimiento informado del paciente (Hammond, 1990; Kluft, 1988, 1989; Putnam, 1989; Van der Hart, Boon & Van Everdingen, 1990). La EMDR [desensibilización y reprocesamiento a través de los movimientos oculares] es una técnica importante que puede ser una alternativa aconsejable a la síntesis guiada que se describe más adelante, siempre que se sigan escrupulosamente las directrices del tratamiento por fases, y que el terapeuta esté convenientemente formado en la aplicación de la EMDR a pacientes disociativos (e.g., Gelinass, 2003; Twombly, 2005).

### ***Síntesis guiada de los recuerdos traumáticos***

La esencia de la síntesis guiada es que el terapeuta guía a las partes disociativas a través de una serie de experiencias en las que los aspectos disociados de los recuerdos traumáticos son evocados y compartidos (cf., Foa, 2006; Leskin *et al.*, 1998; Rothbaum & Schwartz, 2002). *La exposición es dirigida de manera que su intensidad y su duración se adapten al nivel mental de la víctima traumatizada.* El nivel mental y la motivación de la víctima, y la gravedad subjetiva del suceso determinan cuántos estímulos relacionados con el trauma puede sintetizar la víctima traumatizada en un momento dado y puede reconocer [*realize*] ulteriormente –si está indicada la exposición masiva o gradual. El terapeuta no puede ni debe forzar al paciente a emprender una acción sintética; sólo puede exponer al paciente a los estímulos si el paciente está dispuesto. Por ello es frecuente que más

de una vez haya que recurrir a varias vueltas de síntesis guiada para un único recuerdo traumático. Los casos de Martha y de Frieda que se exponen al final del capítulo incluyen ejemplos prácticos adicionales de síntesis guiada.

Existen varias formas de abordar la síntesis guiada, dependiendo de las habilidades del terapeuta y las necesidades del paciente individual. Algunos pacientes trabajan más eficazmente sintetizando recuerdos con tan sólo algunas partes de la personalidad presentes, mientras que otras partes disociativas permanecen en un lugar seguro hasta que su nivel mental sea lo suficientemente elevado más adelante. Por ejemplo, Steve tenía cinco PEs distinguibles. Una de ellas estaba extraordinariamente aterrada y se resistía enormemente a recordar su brutal maltrato físico sin revivirlo. El terapeuta trabajó anteriormente con Steve con objeto de crear un lugar seguro imaginario para esta PE. Las otras cuatro PEs y Steve en calidad de PAN se sentían en condiciones de hablar de estos dolorosos recuerdos, y así lo hizo mientras la PE aterrada permanecía en un lugar seguro insonorizado [imaginario]. Esta síntesis guiada mejoró el nivel mental de todas las partes implicadas, que ulteriormente fueron capaces de ayudar mejor a la PE aterrada a orientarse más y tomar conciencia gradualmente de lo que pasó sin necesidad de revivirlo.

A otros pacientes les resulta más útil sintetizar con todas las partes disociativas presentes en un momento dado. Unos pacientes se “perderán” más en un recuerdo que otros durante la síntesis guiada, a pesar de todos los esfuerzos del terapeuta [por prevenirlo o evitarlo]. Dadas las enormes variaciones entre unos pacientes y otros, es esencial individualizar el proceso de trabajar los recuerdos traumáticos.

En general, el terapeuta y el paciente deben comprender que todas las sesiones, incluidas las sesiones de síntesis, se dividen en tres partes –“la regla de los tercios” (Kluft, 1993b). El primer tercio de la sesión incluye la preparación y tal vez el inicio de la síntesis. El segundo tercio se dedica a la síntesis guiada, mientras que el último tercio se reserva para el cierre del proceso, la labor cognitiva, y reorientar al paciente plenamente en el presente. El terapeuta no debe dejar jamás que la síntesis se prolongue hasta el final de la sesión.

Ello garantiza que la labor realizada pueda quedar más contenida dentro de los márgenes del nivel mental del paciente. El marco terapéutico debe mantenerse firmemente y las sesiones deben acabar a su hora. Obviamente, el tiempo necesario al final para que el paciente vuelva a tomar tierra varía de una persona a otra.

La etapa inicial de la síntesis guiada podría consistir en “reunir” a todas las partes, mientras que el terapeuta primeramente facilita el desarrollo de una fuerte sensación de conexión y de empatía entre ellas (e.g., sugiriendo que se acerquen y se cojan de las manos, de la misma forma que una familia muy cariñosa y muy unida haciendo juntos un duelo). Se pueden añadir sugerencias adicionales, tales como que cada una de las partes de la personalidad tiene sus propios puntos fuertes, y que el hecho de estar juntos hace que cada parte sea más fuerte, dado que estos diferentes puntos fuertes se entrelazan de manera que cada parte puede dar [a] y recibir ayuda y apoyo de todas las demás. A continuación se pueden hacer sugerencias para conectar con el presente exento de peligro y con el terapeuta, y comenzar a introducir lentamente el recuerdo traumático, recordando con frecuencia que las partes permanezcan juntas y en el presente.

Puede ser útil que el paciente haga descansos breves entre distintos momentos de síntesis dentro de la sesión. Durante estos descansos el paciente es alentado a concentrarse en la relajación y en la respiración controlada, y en tomar contacto con el terapeuta. Pueden ser útiles las indicaciones en relación con la distorsión temporal, tales como que la síntesis puede parecer mucho más breve de lo que realmente es (e.g., “los minutos pueden parecer segundos, y ser apenas perceptibles en el transcurso del tiempo”) y los descansos entre medias parecer mucho más largos (e.g., “los minutos pueden parecer horas de tiempo sosegado, y las horas días enteros descansados, relajados”). También pueden hacerse sugerencias para descansar y recuperarse; por ejemplo, imaginarse rodeado de una luz blanca o flotando sin peligro en una piscina de agua con poderes curativos, u otras metáforas que se le ocurran al paciente.

La síntesis guiada puede tener lugar de una forma más global y rápida o de manera muy gradual, dependiendo del nivel mental del pacien-

te. Al margen de la velocidad, es esencial que el terapeuta ofrezca estímulo terapéutico, como demostrar ánimo y confianza en la capacidad del paciente para realizar la labor de síntesis a su propio *tempo*.

***Síntesis guiada rápida.*** Van der Hart y colaboradores (1993) describen una variante rápida de síntesis guiada. Durante una preparación exhaustiva con una parte observadora de la personalidad, se elabora una narrativa cognitiva, relativamente impersonal del recuerdo traumático que incluya cuanto menos los núcleos patogénicos. El relato se divide en una serie de segmentos, a cada uno de los cuales se le asigna un número (e.g., del 1 al 5, o del 1 al 10). Después de la señal para iniciar la síntesis (“¡Ya!”), el terapeuta cuenta, y junto con cada número le relata al paciente un núcleo sucesivo del trauma, alentando a las partes disociativas a comunicarse mutuamente sus respectivas experiencias parciales. Después de acabar una vuelta, el terapeuta anuncia: “Alto, vamos a dejarlo por ahora” y facilitar algunas sugerencias para la respiración controlada o para “aterrizar” en el presente. Luego de unas cuantas vueltas, el terapeuta puede averiguar qué porcentaje de la totalidad del recuerdo traumático ha sido comunicado y qué aspectos quedan todavía por mencionar. Cuando permanecen todavía sin referir aspectos cruciales del recuerdo traumático, incluidos los núcleos patogénicos, se pueden negociar otras vueltas o se puede tomar la decisión conjunta de posponer el recuerdo para la siguiente sesión.

***Síntesis guiada fraccionada.*** Existe un enfoque mucho más gradual, la *síntesis guiada fraccionada*, en el que la síntesis de un recuerdo traumático o de una serie de recuerdos traumáticos se divide en una serie de pasos más pequeños, los cuales pueden abarcar varias o incluso muchas sesiones (Fine, 1993; Huber, 2003; Kluft, 1988, 1994a, 1999; Sachs & Peterson, 1996; Van der Hart, Steele *et al.*, 1993). Este enfoque está especialmente indicado cuando la eficiencia mental del paciente es muy limitada, pero cuando la tarea de sintetizar un recuerdo traumático específico parece ineludible (Kluft, 1989). Las variantes de esta síntesis fraccionada son interminables.

El lector puede consultar, por ejemplo, el caso de Frieda que se describe al final de este mismo capítulo.

Una sesión de síntesis guiada puede limitarse únicamente a los aspectos sensoriomotrices (Ogden & Minton, 2000; Ogden *et al.*, 2006). O bien el énfasis puede recaer en el miedo, el dolor, o la agresividad, o puede incluir hablar exclusivamente de la experiencia de una única PE, o bien de un segmento temporal específico de la experiencia traumática. El terapeuta puede estructurar la síntesis en recuentos más breves; por ejemplo, recuentos de hasta 5 en lugar de hasta 10, con cada uno de los números separado por algunas sugerencias para descansar y respirar cómodamente, y conectar con el terapeuta. La síntesis fraccionada también se puede asociar con el entrenamiento en relajación y tranquilización (Kluft, 1989; Van der Hart & Spiegel, 1993): una desensibilización sistemática. Finalmente, además de la síntesis fraccionada, se pueden facilitar algunas sugerencias de cara a poder hablar muy gradual o muy lentamente del afecto [asociado al recuerdo] con el tiempo (Kluft, 1989). Por ejemplo, se le dijo a Mary que permitiera que todas las partes de ella misma sintieran un máximo de un cinco por ciento del afecto relacionado con un acontecimiento traumático específico. El terapeuta le sugirió a Susan, a la que le encantaba cocinar, que no recordara ni más ni menos que lo justo y suficiente, al igual que la cantidad exacta de levadura necesaria para que fermente el pan. A Carl, que era ingeniero informático, se le alentó a que se permitiera exclusivamente 10 *bytes* de información respecto de una experiencia bélica traumática. En tales casos, el paciente toma su propia determinación subjetiva respecto de la cantidad de afecto (o sensación, etc.) que va a sentir, y la puede regular con la ayuda del terapeuta. La síntesis titulada [*titrated*, en el sentido químico de valorando las concentraciones mínimas necesarias para generar un efecto dado] también se puede producir con la aplicación de la EMDR y la utilización amplia de la escala de unidades subjetivas de malestar (SUDS) durante el proceso (e.g., Gelinas, 2003; Twombly, 2000, 2005). Ahora bien, el riesgo inherente en la aplicación de la EMDR a personas crónicamente traumatizadas es que con frecuencia suele reactivar demasiados recuerdos traumá-

ticos con demasiada rapidez. Por tanto, es preciso tener un cuidado extremo para aplicarla dentro del marco que describimos aquí.

***Síntesis guiada de los núcleos patogénicos.*** Las creencias sustitutivas conscientes respecto de los agresores y las experiencias traumáticas deben ser abordadas finalmente [a la larga, en su día] con todas las partes disociativas. Dichas creencias suelen incluir la idealización del cuidador/agresor y la propia desvalorización (e.g., “Mi padre me quería, jamás me haría daño. Yo fui quien le sedujo, fue culpa mía”; “Yo era un niño malo, me lo merecí”; “Soy tan tonto y tan incompetente”). Diversas PEs protectoras y persecutorias acosan internamente a las partes disociativas infantiles y a las PANs con esta clase de mensajes destructivos. Tales creencias sustitutivas ayudan al paciente a mantener la inconsciencia [*nonrealizations*] respecto de las experiencias insoportables que subyacen a estas convicciones (Janet, 1945).

El tratamiento de dichas creencias incluye varios pasos. Primero, se identifican las creencias sustitutivas. Segundo, se analizan las partes disociativas que contienen dichas creencias. Tercero, el terapeuta no cuestiona necesariamente de forma directa ni inmediata la creencia (e.g., “No es verdad, tú no eras un niño malo”), sino que en su lugar manifiesta su curiosidad respecto de cómo llegó el paciente a tener dicha creencia en particular (e.g., “¿En qué te basas para pensar que eras un niño malo?”). Cuarto, el terapeuta ayuda a la parte disociativa a analizar los sentimientos asociados a la creencia (e.g., “¿Me podrías decir algo respecto de qué te hace sentir el hecho de pensar que eras un niño malo y que todo fue por tu culpa?”). De este modo, el terapeuta establece una receptividad empática antes de pasar a cuestionar la creencia desadaptativa. Finalmente, el terapeuta ayuda al paciente a encontrar creencias más adaptativas y pruebas objetivas en contra [de las creencias desadaptativas] en el momento actual, y anima a las distintas partes a ayudarse mutuamente a tomar conciencia de que dichas creencias son incorrectas. Se le puede pedir a las distintas partes que intercambien mutuamente afirmaciones, experiencias o características más positivas (e.g., “Se me da bien mi

trabajo”; “Soy una buena persona”; “No fui yo quien provocó los malos tratos”). Ello se puede hacer a la manera de una síntesis guiada positiva (e.g., Twombly, 2000, 2005).

En la raíz de muchas de las creencias sustitutivas encontramos unas *aseveraciones nucleares patogénicas* incrustadas en las experiencias traumáticas y que no están dentro del conocimiento de la PAN. Puede tratarse de declaraciones realizadas por el agresor durante los abusos (“Eres una puta, sé que te gusta”; “Si dices algo, me enteraré y te mataré”), o bien una creencia por parte del paciente en el momento de la traumatización (“Me voy a morir”; “Esto no va a acabar jamás”; “Esto es insoportable”). Tales declaraciones pueden actuar a la manera de sugerencias [post]hipnóticas malignas, resistentes a la sola terapia cognitiva. Estas declaraciones o creencias se formulan cuando una parte disociativa se encuentra en un estado de activación fisiológica extrema con un ámbito muy restringido de conciencia, sin ninguna posibilidad de darse cuenta de que en el presente no son ciertas. La síntesis guiada de estas aseveraciones nucleares patogénicas junto con el afecto y las vivencias sensoriomotrices asociadas, le permitirá al paciente superar su influencia (e.g., “Materialmente ya no puede enterarse de si digo o dejo de decir”; “No quise que me violaran”; “¡Verdaderamente se acabó!”):

Una paciente, Léonie, con un TDI [trastorno disociativo de la identidad], había sido violada a la edad de 15 años por su padre, que después mató al conejito de Léonie con un cuchillo y a continuación le puso el cuchillo en la garganta y la amenazó con hacerle lo mismo a ella si alguna vez se lo contaba a alguien. Cuando Léonie comenzó a hablarle al terapeuta de estos abusos en calidad de la PE que recibió la amenaza, se sintió extremadamente ansiosa y con ideas de suicidio. En calidad de PAN, Léonie era capaz de darse cuenta de que era imposible que su padre se enterase de que ella había hablado de los abusos, por no hablar de que la matara por haberlo hecho. Pero el grado de realidad de la amenaza para Léonie en calidad de PE era demasiado elevado como para abordarlo y superarlo exclusivamente mediante estrategias cognitivas. En su lugar, se requería la síntesis de la totalidad del recuerdo y la consciencia por parte de la PE de que ahora vivía en el presente y era una adulta.



***Síntesis guiada del afecto dominante relacionado con el trauma.*** La síntesis guiada también se puede aplicar a los afectos negativos generalizados (que con frecuencia también suelen estar asociados a aseveraciones nucleares patogénicas), tales como las sensaciones intensas de soledad, inutilidad, o los impulsos suicidas. Estos afectos pueden no tener conexión con ningún suceso traumático específico, sino ser más vagos o difusos, tales como la soledad relacionada con el abandono emocional grave. La síntesis guiada consiste en hablar de este afecto en diferentes grados sin salirse de los márgenes del nivel mental del paciente. A veces también es posible tratar de la misma forma las acciones sustitutivas relacionadas con dichos afectos, tales como los actos suicidas.

***Síntesis guiada de la sumisión total relacionada con el trauma.*** Los recuerdos traumáticos pueden incluir PEs que emprendieron la defensa animal de la sumisión total o el “hacerse el muerto”, lo que implica un aumento del tono vagal dorsal (Porges, 2001, 2003; Nijenhuis & Den Boer, 2007). Estas partes disociativas de la personalidad son de una insensibilidad y de una languidez extremas. Los recuerdos traumáticos que incluyen la sumisión total y la consiguiente hipoactivación fisiológica son muy difíciles de tratar, tales como los recuerdos asociados a los abusos cometidos con la víctima sedada con drogas o alcohol. La síntesis de los recuerdos traumáticos exige una acción mental enérgica y tenaz [*strenuous*], lo cual por definición estaría prácticamente ausente en tales condiciones. Los ánimos verbales del terapeuta no bastan:

Una paciente, Elsie, con un TDNE [trastorno disociativo no especificado] se sentía extremadamente somnolienta e incapaz de moverse ni de pensar cada vez que una determinada parte de un recuerdo traumático era abordada en la síntesis guiada. Los esfuerzos del terapeuta por restablecer la orientación [*grounding*] no tenían éxito. El terapeuta entendía esta alteración como un estado de sumisión total una vez que la experiencia traumática se había vuelto totalmente abrumadora. Esta PE no mostraba ninguna elaboración, sino que era descrita únicamente como una “débil niñita” que la paciente en calidad de PAN sentía que

“no era yo”. Después de uno de estos episodios, la paciente en calidad de PAN pudo referir que esta “niña” pensaba que estaba muerta, que nadie venía a ayudarla y que evidentemente no se daba cuenta de que el suceso traumático pertenecía al pasado. Esta información sacó a la luz dos núcleos patogénicos que hacían las veces de sugerencias hipnóticas malignas: “Estoy muerta” y “Nadie va a ayudarme”. El terapeuta preguntó si la paciente en calidad de PAN, junto con su sabiduría interior, podían traer a la “niña” al presente. La paciente respondió que no, pero ella sí podía ir adonde estaba la niña. El terapeuta preguntó entonces si podía “acompañar” a la paciente, y la paciente respondió que sí. A través de la imaginación, el terapeuta, la paciente en calidad de PAN, y su sabiduría interior bajo la forma de una figura vestida con ropas vaporosas, fueron adonde estaba la niña. La PAN le comunicó a la PE que el suceso había pasado y que ahora estaba a salvo y había crecido: “Aunque puede que no lo comprendas, te pido que confíes en mí. Ahora estamos aquí para ayudarte”. La niña no respondió. El terapeuta le comentó a la paciente que la niña podía estar rodeada a ambos lados por su “yo luchador” (subsistema de acción responsable del ataque) que estuvo activo al principio del suceso, y su “yo sanador” (subsistema de acción responsable de la recuperación) que se activó después del suceso, y que ambos aspectos de ella estaban muy vivos y la ayudaron a sobrevivir. La PAN sugirió la imagen de insuflar vida a la niña, la paciente así lo hizo, y la PE “despertó” y se vio rodeada de “personas” cariñosas que podían ayudarla y alentar su capacidad de luchar y de sanar. La paciente fue alentada a sentir su respiración y los latidos de su corazón, después a hacer movimientos minúsculos, como parpadear. Estaba orientada [*grounded*] en el presente en el despacho del terapeuta. La PAN siguió asegurándole a la PE que ahora no corría ningún peligro y que cuidaban de ella. Después de esta sesión de síntesis, la paciente jamás volvió a tener otro episodio de “cierre” [*shutting down*, cese temporal] en las sesiones y dijo disfrutar de mucha más energía física y mental en el día a día.

Sin embargo, cuando los recuerdos traumáticos incluyen abusos cometidos con la utilización de sedantes o de grandes dosis de alcohol, la hipoactivación fisiológica puede ser tan aguda que se necesite una intervención más directa. El terapeuta le puede preguntar al paciente si podría hacer un ligero movimiento con el dedo índice para indicar que le autoriza a tocarle la mano. Después de esta peque-

ña señal, el terapeuta procede a ello y hace ligeros movimientos de presión en la mano del paciente mientras va contando [en el sentido de los recuentos que forman parte de la síntesis guiada] y alentando a las distintas partes internas a comunicar esta experiencia y responder a su vez al terapeuta con ligeros movimientos de la mano. Estas intervenciones incluyen un contacto físico apropiado que puede ayudar a activar el sistema responsable de la sociabilidad, incluyendo el sistema vagal ventral (Porges, 2001, 2003; véase el capítulo 9) e induciendo un aumento de la eficiencia mental que gradualmente posibilitará el logro de la síntesis.

**Contención.** Durante la síntesis guiada, la activación fisiológica del paciente puede ser modulada y contenida sirviéndose de la imagen de un reóstato o escala. El estrés emocional, por ejemplo, puede arrojar un valor de 3 en una escala del 1 al 5. El terapeuta consulta frecuentemente con el paciente respecto de su nivel de activación fisiológica a todo lo largo del transcurso de la síntesis, y vigila estrechamente los indicios físicos de hiperactivación o de hipoactivación. Se puede informar a las partes disociativas de que “sólo tienen que sentir lo necesario para saber, comprender y sanar”, o “recordar únicamente lo que estáis en condiciones de recordar”. El terapeuta y el paciente hacen esfuerzos enérgicos y constantes por mantener el contacto, ayudando a las partes disociativas a permanecer en el presente. Se les puede pedir a las partes disociativas que “no vuelvan al pasado, sino que traigan el recuerdo aquí al presente, con nosotros”.

En general, los aspectos de los recuerdos traumáticos que continúan sin mencionarse luego de una sesión de síntesis guiada deben abordarse en la sesión siguiente o poco después. Hay que tomar precauciones para que estos aspectos de los recuerdos traumáticos no desborden al paciente entre sesiones. Es posible contenerlos con la ayuda de la imaginación, guardándolos en la caja de un banco imaginario, o llegando a un acuerdo entre las partes de no hablar de ellos entre las sesiones. Estas precauciones implican utilizar las habilidades disociativas del paciente con fines terapéuticos, para la exposición gradual. Suele ser de utilidad intercalar sesiones de procesa-

miento cognitivo con sesiones de síntesis guiada, dado que hace falta tiempo y apoyo para que el paciente pueda reconocer plenamente (i.e., personalizar) el recuerdo traumático. El paciente debe haber aprendido las habilidades necesarias para controlar la activación fisiológica entre las sesiones.

### ***Consciencia guiada***

Con ayuda de la síntesis adecuada, los recuerdos traumáticos dejan de actuar a un nivel sensoriomotriz intrusivo. Pero la síntesis por sí sola no es suficiente para la integración. Para que el recuerdo traumático pueda convertirse en un recuerdo autobiográfico, debe ser reconocido [*realized*], es decir, debe ser personificado y presentificado (véase el capítulo 8). Durante o después de una sesión de síntesis, la víctima traumatizada suele exclamar repentinamente: “¡Eso *me* pasó a *mi*!” indicando con ello la personificación del recuerdo traumático. A veces, la PAN puede empezar a personificar a la PE: “¡Esa niña soy *yo*!”. Tales declaraciones indican que el paciente va camino de tomar plena consciencia [*full realization*].

Pero la consciencia no puede estar completa sin la presentificación. El terapeuta ayuda al paciente a tomar consciencia de lo que ahora puede ser diferente en el presente: “Ya no tengo por qué tener miedo”, “Ya no tengo que preocuparte por el hecho de hacer que alguien se enfade”, “Ahora tengo derecho a tener mis necesidades”. La víctima, pues, hace un balance [*accounting*] del presente que viene configurado por el pasado, pero ya no está dictado por el mismo. Le ve un sentido [*meaning*] a lo que sucedió y desarrolla un sentido [*sense*] más coherente del tiempo, de la realidad, de la identidad y de la experiencia, que modifica la forma en que la persona [*the survivor*, el superviviente de la experiencia traumática] se comporta en el presente.

El terapeuta alienta al paciente a hacer estas declaraciones de consciencia y a continuación le ayuda a hacerlas seguir de acciones novedosas y creativas, para que la creencia cognitiva pueda verse acompañada de sentimientos, percepciones y conductas diferentes

(i.e., de ciclos perceptivo-motrices diferentes). Un paciente fue capaz de emprender su propio negocio porque se dio cuenta de que: “Nadie me va a pegar, si cometo algún error. Soy lo bastante inteligente para intentarlo”. Otra paciente fue capaz de decidir tener hijos porque se dio cuenta de que: “Yo no soy como mi madre, y no voy a hacerle daño a mis hijos”. Una tercera empezó a sentirse cómoda por primera vez con el sexo contrario: “Me doy cuenta de que no es probable que nadie vaya a hacerme daño a estas alturas; conozco la forma de encontrar personas dignas de confianza”. Esta clase de reconocimientos sacuden de arriba a abajo las vidas de las víctimas traumatizadas en las fases 2 y 3 del tratamiento. El terapeuta alienta al paciente a seguir hablando de estos reconocimientos y obrando en consecuencia de formas diferentes y adaptativas. Y al no tener que evitar los recuerdos traumáticos, la energía y la eficiencia mental del paciente deben mejorar. Las alteraciones de conciencia tales como el abstraerse disminuyen, dado que el “superviviente” puede sentirse más presente y consciente [*mindful*] del momento. El terapeuta supervisa y alienta esta presentificación en la vida cotidiana del paciente.

El paciente puede ahora vivir el presente al hacer un balance [*giving an account*, dar cuenta, informar] de las antiguas experiencias traumáticas. Después de evitar menos y aceptar más las PEs (fase 1), la víctima en calidad de PAN necesita desarrollar esta habilidad para hacer suyas (personificar) las experiencias pasadas, construyendo una narrativa [*making a narrative account*] de las experiencias traumáticas sin necesidad de volver a disociar [de seguir disociando por más tiempo]. En resumen:

El paciente debe saber asociar el acontecimiento [traumático] con los restantes sucesos de su vida, concederle el lugar que le corresponde dentro de la historia vital que cada uno de nosotros venimos desarrollando perpetuamente y que para cada uno de nosotros constituye un elemento esencial de nuestra personalidad. No se puede decir que una situación haya sido satisfactoriamente liquidada, que haya sido plenamente asimilada, hasta que no logramos ya no meramente reaccionar externamente a través de nuestros movimientos, sino también reaccio-

nar internamente a través de las palabras que nos dirigimos a nosotros mismos, a través de la organización de la narración de los acontecimientos a los demás y a nosotros mismos, y en virtud de colocar esta narración en el lugar que le corresponde como uno de los capítulos de nuestra historia personal (Janet, 1919/1925, p. 662).

Ha habido mucha controversia respecto de la veracidad de los recuerdos rescatados. Unos pueden ser corroborados, mientras que otros no (D. Brown, Schefflin & Hammond, 1998; Courtois, 1999; Kluft, 1996b). Habitualmente, la consciencia significa que el paciente debe aceptar la realidad de lo que le pasó. Pero algunas de las víctimas de experiencias traumáticas son incapaces de saber plenamente a nivel cognitivo lo que pasó, lo cual no impide necesariamente la consciencia plena. A una paciente que al parecer había vivido una experiencia traumática preverbal, se le pasaban multitud de posibilidades por la cabeza, ninguna de las cuales le constaba con seguridad que fueran reales. Ahora bien, con la garantía del terapeuta de que podía servirse de estas historias para sanar sin necesidad de tener que hacer ningún juicio sobre la veracidad de ninguna de ellas, contestó: “Sé que me pasó algo malo. Me sentí herida y aterrada. Estaba totalmente desbordada. No recibí ayuda cuando verdaderamente lo necesitaba. Me basta con saber esto para poder seguir adelante”. Puede que el terapeuta jamás llegue a conocer la veracidad de algunos recuerdos, y tampoco debe asumir la responsabilidad de ser quien decida sobre la verdad objetiva (Courtois, 1999). No obstante, puede finalmente inferir una creencia reflexiva en relación con la cuestión, lo que a veces será necesario hablar con el paciente en lugar de ocul-társelo (Van der Hart & Nijenhuis, 1999).

La consciencia incluye la confrontación con una pérdida enorme. La superación de la labor de duelo es esencial para la integración definitiva de la personalidad del paciente. La consumación de estas acciones mentales integradoras es esencial para la resolución de la disociación estructural, y su incumplimiento [*failure*] subyace a la prolongación de la disociación estructural. En la fase 2, el terapeuta ayuda al paciente a hacer el duelo por una niñez destrozada, apoyándolo. Pero el terapeuta debe acabar también por reconocer que no

hay nada que pueda substituir a las pérdidas del paciente. En su lugar, el terapeuta ayuda al paciente a dirigir su atención a otras experiencias y vivencias diferentes en el presente mientras se prolonga el duelo por el pasado hasta que gradualmente va remitiendo. En la fase 3, muchas de las víctimas pueden tener un sentido del duelo diferente y más profundo a medida que reconocen [*realize*] que las experiencias traumáticas les impidieron llevar una vida digna [*well-lived up*] hasta el presente, y que algunas de sus esperanzas y de sus sueños ya no son realistas [no se sostienen por más tiempo].

### **Un ejemplo de un caso de síntesis guiada: Martha**

Martha es una paciente de 48 años con un TDI, que ejemplifica que la labor de la fase 1 puede dar paso sin problemas a la fase 2 del tratamiento, cuando el paciente está en condiciones. Su terapia también ejemplifica la utilización de las técnicas imaginativas. Durante el transcurso de la fase 1, se desarrolló un proceso constante de creciente colaboración entre el terapeuta y la paciente, y entre las partes disociativas. Siguiendo el consejo del terapeuta, las partes disociativas concibieron espacios seguros internos y una sala interior de reuniones en la que se reunían dos veces al día, para planificar y evaluar las actividades del día, pero sin hablar de contenidos traumáticos.

Cuando Martha en calidad de PAN tuvo que someterse a una serie de intervenciones médicas intrusivas, fue incapaz de concluir las, una vez por salir corriendo en medio de la intervención debido a la reactivación de recuerdos traumáticos de abusos violentos. El terapeuta sugirió que las PEs podían crear una puerta imaginaria entre su mundo interno y su mundo externo. A continuación, le preguntó qué partes podían tolerar estar presentes durante una intervención médica programada para la semana siguiente, alentando al mayor número posible de partes disociativas de Martha a estar presentes todas juntas sobre la base de su nivel mental. Una vez que Martha identificó estas partes disociativas, el terapeuta sugirió que el resto de las partes disociativas se acostumbraran a permanecer detrás de

la puerta insonorizada, y alentó a Martha a practicar esta técnica todos los días. En la siguiente sesión, Martha informó de que jamás se había sentido tan tranquila durante una intervención médica tan intrusiva.

Esta experiencia correctiva sentó las bases para el tratamiento de sus recuerdos traumáticos. El terapeuta explicó los fundamentos lógicos y el procedimiento para proteger a las partes disociativas de la información que pudiera ser, todavía, demasiado amenazante. Tres partes disociativas que habían sufrido una determinada experiencia traumática y dos partes disociativas auxiliares confluyeron en una “habitación insonorizada” interior y pusieron en común la información fáctica relativa al suceso traumático. Martha elaboró un listado con cuatro de los momentos más dolorosos, los *núcleos patogénicos*, que le llevó al terapeuta a la siguiente sesión.

Después de explicar nuevamente el procedimiento relativo a la síntesis guiada, el terapeuta invitó a las cinco partes disociativas a pasar a un primer plano, con todas las otras partes disociativas a salvo detrás de la puerta interior. Les pidió que se mantuvieran constantemente en contacto con él y que levantaran una mano en caso de necesitar un descanso. A continuación el terapeuta leyó el texto relativo al primer núcleo patogénico y con cada elemento del recuento (del 1 al 5) sugirió que hablaran de dicha experiencia entre ellas e “hicieran con ello un todo único”. Al llegar al 5, sugirió detener la síntesis y le pidió a Martha que controlara la respiración, con “todas las partes respirando juntas”. Cuando Martha indicó que se sentía en condiciones, prosiguieron la experiencia. El terapeuta le preguntó si debía leer el texto otra vez o podían pasar a lo siguiente. De esta forma, la totalidad de la síntesis guiada, vivenciada por la paciente como una experiencia muy intensa, se llevó aproximadamente unos 15 minutos. Al final el terapeuta preguntó qué porcentaje de la experiencia total había sido comunicado, y la respuesta fue “todo”. A continuación dio algunas sugerencias para favorecer el alivio y el bienestar. Martha en calidad de PAN y las restantes partes disociativas implicadas estaban impresionadas por la intensidad de la labor y por el éxito de su propia contribución.



La siguiente sesión se dedicó a procesar cognitivamente la sesión de síntesis y el recuerdo traumático, que todavía tenía que encontrar “su lugar dentro del sistema”, como dijo Martha. Para sorpresa del terapeuta, Martha necesitó una breve hospitalización después de la sesión de síntesis, porque refirió que el recuerdo había sido demasiado abrumador. Luego de una breve vuelta a la labor de la fase 1, se probó con otra síntesis guiada un mes más tarde. Una vez más, Martha requirió una hospitalización breve. El terapeuta manifestó su sorpresa y preguntó cómo era que el recuerdo del suceso podía desbordarla de aquella forma después de una síntesis sumamente exitosa. Una PE señaló que las partes disociativas participantes habían alentado a las partes disociativas que estaban detrás de la puerta insonorizada a “escuchar lo que pasaba dentro”, con el fin de poder aumentar la consciencia. Esta información fue demasiado abrumadora para algunas de estas partes disociativas, de donde la necesidad de hospitalización. Ello puso de relieve que el terapeuta había pasado por alto cómo debían ser comunicados los recuerdos traumáticos a las partes disociativas que no habían participado en la síntesis. Ello también subraya hasta qué punto un paciente puede sobrevalorar o subestimar su nivel mental general sobre la base del nivel mental de algunas partes disociativas exclusivamente. Hasta qué punto el paciente ha emprendido con éxito la síntesis y la consciencia sólo puede hacerse evidente con el tiempo. Por suerte, Martha pudo encontrar una solución oportuna.

Luego de varias sesiones de síntesis con éxito, siempre entremezcladas con sesiones dedicadas a tareas propias de la fase 1, la paciente escribió que había aprendido a regular sus vivencias ella misma:

Ahora nos reunimos mucho antes de la sesión de síntesis (i.e., con una o dos semanas de antelación) en una habitación insonorizada, donde discutimos la próxima síntesis con aquellas partes que quieren hablar del recuerdo traumático... Hemos creado un muro semipermeable (una “membrana”) entre nosotros y las otras partes, que no estaba presente en la síntesis guiada. De esta forma, gota a gota, muy lentamente, por ósmosis, la información relativa a la experiencia traumática compartida va penetrando en el sistema y en las demás partes, que

pueden recibirla y comprenderla mejor. Así no las enfrentamos directamente a la cruda verdad, y de esta forma ya no tenemos que volver a pasar más por ningún ingreso [en un centro de urgencias].

Esta solución incluía la propia exposición gradual de la paciente para equilibrar el nivel mental limitado de las partes disociativas que necesitaban sintetizar y tomar conciencia de las experiencias traumáticas más lentamente. Más adelante declaró que las diferencias entre las sesiones “normales” y las sesiones de síntesis guiada se habían vuelto menores. En resumen, la paciente pudo desglosar la compleja tarea de sintetizar y tomar conciencia de las experiencias traumáticas en una serie de pasos manejables ideando su propia forma de exponerse gradualmente a los recuerdos traumáticos. Su calidad de vida aumentó considerablemente, alternando la labor de la fase 2 con la de la fase 1.

### **Un caso de síntesis guiada fraccionada: Frieda**

Frieda, una mujer de 31 años que había sido crónicamente traumatizada de niña, había estado en tratamiento psiquiátrico durante más de 15 años hasta que finalmente fue diagnosticada de TDI. Realizaba frecuentes conductas autodestructivas y tenía impulsos suicidas graves. En la fase 1 del tratamiento resultó evidente que sus tendencias suicidas se relacionaban con la incapacidad de regular una tristeza y una agresividad intensas, y con una fobia generalizada al apego. Ninguna de sus PEs se atrevía a manifestar afecto. Temían que una vez que empezara no habría forma de detener el llanto, lo que la volvería loca, y también que Frieda sería severamente castigada por llorar y por manifestar agresividad. Con frecuencia [las PEs] invadían sus varias PANs con *flashbacks* y emociones que la desbordaban, dificultándole la vida cotidiana. El terapeuta y Frieda centraron primeramente su labor en los objetivos de la fase 1 del tratamiento: la estabilización, el desarrollo de habilidades y la relación terapéutica. Frieda había sido incapaz de crear un espacio seguro

interior para ninguna parte de sí misma. Había sido crónicamente traumatizada y abandonada emocionalmente por sus cuidadores durante la niñez, violada por un psiquiatra de adolescente, y sometida a largas reclusiones en habitaciones de aislamiento. La seguridad parecía, pues, serle totalmente ajena. El terapeuta la alentó a pensar en las veces en que se había sentido un poco menos insegura que otras veces, en lugar de comenzar por el concepto extraño de seguridad. El terapeuta la ayudó gradualmente a tomar conciencia de que no se sentía insegura en las sesiones, y de hecho a veces tenía una sensación nueva que a la larga pudo calificar de seguridad. Con el tiempo, algunas PANs pudieron ser capaces de imaginarse estando en el despacho del terapeuta y sintiéndose seguras. El terapeuta comenzó a utilizar esta imagen para ayudar a las PEs a sentirse más orientadas y más seguras, y para alentar a las PANs a hacer lo mismo internamente. Las PANs también fueron alentadas a ser más empáticas y abiertas hacia las penosas emociones de las PEs que anteriormente habían evitado. En el siguiente paso, el terapeuta intervino para detener a las PEs que invadían crónicamente con una serie de *flashbacks* la vida cotidiana de Frieda, sirviéndose de la síntesis guiada fraccionada. El terapeuta ayudó a las PANs a sentir y tolerar pequeñas dosis del afecto intrusivo de las PEs, y alentó a estas PEs a expresar su afecto en pequeñas cantidades. Sugirió que la PAN que parecía tener la mayor capacidad de integración relativa podría permitir unas pocas lágrimas de una PE triste, aunque sólo fuera por unos segundos. Cuando Frieda logró salir bien parada de este reto, el terapeuta la felicitó y se centró en su alegría manifiesta: Frieda sonreía. A continuación, el terapeuta sugirió que podría permitirse unas pocas lágrimas más durante un período ligeramente más largo. El siguiente paso consistió en permitir darle un ligero contenido cognitivo a sus lágrimas, i.e., unos breves atisbos de consciencia respecto de las razones por las cuales estaba triste. Estos y otros pasos ulteriores se entremezclaron con acciones de triunfo tales como Frieda riéndose y bromeando.

La terapia se desarrolló en base a una alternancia reiterada entre las intervenciones de la fase 1 y de la fase 2. Las intervenciones de la

fase 2 permitieron que muy lentamente la paciente fuera integrando sus recuerdos traumáticos. Por ejemplo, Frieda necesitó tomar conciencia de los abusos por parte del psiquiatra a través de segmentos muy pequeños. Una sesión se consagró al miedo y al temor reverencial que le tenía; otra al terror de que la tocara; otra al dolor de la penetración forzada; y otras más a su mezcla de sentimientos de vergüenza y de orgullo por la atención que le demostraba. De esta forma, fue tomando conciencia con el tiempo de pequeñas porciones del recuerdo hasta que pudo elaborar una narrativa completa y dejó de tenerle fobia a los recuerdos. En el proceso, sus partes disociativas vivenciaron que el afecto no es ni mortífero ni eterno, y que se puede abordar con empatía y apoyo, no sólo por parte de otra persona, sino procedentes de dentro. Esta consciencia también permitió fortalecer su sensación de un vínculo seguro con el terapeuta y una sensación nueva de seguridad y de confianza en ella misma.

## **Resumen**

El tratamiento de los recuerdos traumáticos constituye una fase difícil de la terapia. Durante el transcurso de la fase 2 del tratamiento, es preciso abordar sistemática y gradualmente diversas fobias: fobias relacionadas con el apego inseguro a los agresores, fobias relacionadas con el apego y la pérdida del apego en las PEs, y la fobia nuclear a los recuerdos traumáticos. El objetivo principal del tratamiento de los recuerdos traumáticos es su integración en la personalidad del paciente tomada como un todo (síntesis y consciencia, incluidos los componentes de la personificación y la presentificación). La síntesis guiada consiste en la exposición sistemática (gradual) de las partes de la personalidad a los recuerdos traumáticos, junto con la prevención de la redisociación o de la evitación. Ello debe llevarse a cabo dentro de los márgenes del nivel mental del paciente. La síntesis rápida y la síntesis fraccionada son las dos formas principales de síntesis guiada, aunque existen numerosas variantes. La técnica no se utiliza sólo para los recuerdos traumáticos dife-

renciados [*discrete*], sino también para las aseveraciones nucleares patogénicas, las sugerencias posthipnóticas malignas, los afectos generalizados de origen traumático, e incluso para la integración de experiencias positivas. La síntesis es necesaria para la plena integración pero no es suficiente, dado que requiere una labor adicional en dirección a la toma de conciencia [*realization*], lo que incluye la personificación y la presentificación.

# 17

## Fase 3 del tratamiento: Integración de la personalidad y superación de las fobias a la vida normal

---

*[L]legamos así a los métodos más ambiciosos de tratamiento que pretenden ya no sólo utilizar y economizar lo que el paciente ya posee, sino también permitirle al paciente adquirir nuevas tendencias o recuperar las que había perdido.*

—Pierre Janet (1919/1925, p. 709)

Una vez que se ha trabajado lo bastante en la fase 2 como para permitirle al paciente integrar la mayoría de sus recuerdos traumáticos, de manera que dichos recuerdos se han convertido en narrativas autobiográficas, puede comenzar la fase 3. Dicha fase pretende la máxima integración. Incluye la unificación de la personalidad en la mayoría de los casos y la focalización en las tendencias de acción más elevadas que contribuyan a llevar la vida más adaptativa posible. Generalmente suele haber un movimiento bastante espontáneo hacia atrás y hacia adelante [i.e., de vaivén] en dirección a la fase 2, que tiene lugar cuando el paciente comienza a analizar las cuestiones de la fase 3.

No abundan las descripciones amplias de la fase 3 del tratamiento en la bibliografía especializada, en parte porque el centro de atención recae en su mayor parte en las fases 1y 2 debido a las muchas

habilidades complejas que se precisan en dichas fases tanto por parte paciente como del terapeuta (véase, no obstante, L. Brown, Russell, Thornton & Dunn, 1999; Kluft, 1993b, 1993c). Existe también el mito persistente de que la sola integración de los recuerdos traumáticos es suficiente para superar la traumatización. De hecho, la fase 3 puede incluir buena parte de la labor más difícil que todavía queda por hacer (Van der Hart, Steele, Boon & Brown, 1993). El paciente emprende un duelo doloroso, junto con el abandono de las creencias sustitutivas nucleares largo tiempo sostenidas, y la lucha por adaptarse a la vida con la ayuda de acciones mentales y conductuales nuevas. Dichas acciones requieren un alto grado de eficiencia mental sostenida, sobre todo hasta que no se vuelvan más familiares y más habituales. El paciente debe ser alentado a practicar con regularidad acciones que incluyan niveles crecientes de personificación y presentificación, junto con la ampliación del campo de conciencia y la elevación del nivel de conciencia. Se alientan los niveles más elevados de tendencias de acción, sobre todo aquellas que incluyen la exploración y la experimentación sistemáticas en la vida, y aquellas que contribuyen a dar calidad y sentido a la vida del paciente.

### **Fusión de las partes disociativas de la personalidad**

En el caso de algunos pacientes, las fusiones entre algunas partes disociativas de la personalidad se producen solas con escasa intervención por parte del terapeuta. Martha, una paciente con un TDI [trastorno disociativo de la identidad] y con partes disociativas altamente elaboradas, señaló con cierta satisfacción después de años de resistirse fuertemente a la fusión, que “una vez que la integración [entre las partes disociativas] se pone en marcha, no es posible detenerla”. Las partes emocionales de la personalidad (PEs) mediatizadas [determinadas] por el mismo sistema (o sistemas) de acción pueden fusionarse más fácilmente entre sí que las partes disociativas guiadas [*guided*] por sistemas de acción discrepantes. En los casos más graves de disociación estructural secundaria y en el TDI (disociación

estructural terciaria), generalmente las partes disociativas evolucionan en dirección a la fusión mutua de forma más gradual, necesitando que el terapeuta despliegue un mayor número de intervenciones para ayudarlas a estar menos divididas y emancipadas con el tiempo. Ello tiene lugar a medida que lentamente van superando sus fobias mutuas [de unas partes disociativas respecto de otras], a los recuerdos traumáticos, y demás acciones derivadas del trauma.

Algunos pacientes disociativos sacan provecho de la separación [*separateness*] y por tanto tienen *fobia a la fusión*, lo que constituye un aspecto específico de la fobia a las partes disociativas. Puede que hayan acabado por valorar diversas partes “separadas” a la manera de firmes objetos transicionales internos, y se duelen fuertemente de su pérdida. Pueden sentirse solos, vacíos, y quejarse de que hay “demasiada quietud” internamente, luego de estar acostumbrados a la “compañía” de otras partes disociativas (Somer & Nave, 2001). Una paciente, Debby, con un TEPT [trastorno por estrés postraumático] de tipo complejo, manifestó su miedo en calidad de PE a “no volver a ser yo misma”, mientras que Martha en calidad de PAN [parte aparentemente normal de la personalidad] inicialmente se mostró más vehemente en relación con su miedo de que el terapeuta pudiera “asesinar a mis personas interiores”. Cuando se da el caso de esta resistencia, el terapeuta ayuda al paciente (o a las partes disociativas) a expresar sus miedos y preocupaciones en relación con la pérdida, y le recuerda al paciente las fusiones previas entre las partes disociativas que han demostrado ser útiles. Las fusiones se malograrán inevitablemente si son forzadas, porque el paciente no tendrá la motivación ni el nivel mental suficiente para mantenerlas, o temerá las pérdidas que le parece implicar la fusión. En general, los pacientes no pierden habilidades ni atributos de determinadas partes cuando éstas se fusionan, sino que aprenden a utilizarlas de formas más adaptativas, con frecuencia dentro del marco de niveles superiores de integración de los sistemas de acción:

En calidad de PAN, Martin había logrado sacar adelante su trabajo con una elevada concentración y brillantez, dado que podía [i.e., sus



mismas habilidades disociativas le permitían] evitar las distracciones y los conflictos internos. Cuando sus partes disociativas comenzaron a fusionarse, Martin se vio enfrentado a la necesidad de prestar atención ya no solamente a los estímulos exteroceptivos, sino también a los interoceptivos. Su capacidad de centrarse exclusivamente en el trabajo se vio alterada, y se quejaba de que había perdido la capacidad de concentrarse. En realidad, había perdido la capacidad de evitar y de ignorar completamente los estímulos interoceptivos mientras estaba trabajando. Martin se lamentó de esta pérdida hasta que gradualmente fue aprendiendo a lograr un equilibrio más adaptativo entre sus propias necesidades personales y las necesidades relacionadas con el trabajo.

Algunos pacientes manifestarán una enorme reticencia a realizar las acciones mentales asociadas a las fusiones finales (la unificación), hasta el punto de abandonar la terapia. Ello suele basarse en la fobia a la experiencia o el estado más traumático de sus vidas, tales como la consciencia, junto con la plena personificación y presentificación, de que sus padres siempre les han rechazado, jamás les han querido, y ellos siempre han estado insoportablemente solos. Tal consciencia exige el máximo nivel mental, pero es necesaria para superar la fobia a la intimidad, para pasar completamente de “sobrevivir” a “vivir”. Para poder ayudar al paciente a sortear este último obstáculo, el terapeuta debe ser muy comprensivo y muy paciente. Así, debe mostrarse absolutamente respetuoso con la decisión del paciente de abstenerse de esta difícil labor de integración de primera magnitud, al tiempo que dejando abierta la posibilidad de volver a retomarlo: saber esperar el momento oportuno [*good timing*] es esencial.

Existen varias formas mediante las cuales el terapeuta puede guiar la fusión de las partes disociativas: rituales [ceremoniales] formales y planificados de fusión, con o sin hipnosis; o bien alentar la combinación transitoria de las partes (e.g., Kluft, 1993c). A medida que el paciente va superando gradualmente la fobia a las partes disociativas, la consiguiente empatía y colaboración internas permitirán avanzar un largo trecho en dirección a la disminución de la fobia a la fusión. Las partes disociativas pueden ser alentadas, a modo de experimento, a simular la fusión durante un período breve dentro de la

sesión (Fine & Comstock, 1989) y después más adelante practicar dicha simulación en la vida cotidiana. A las partes disociativas se les puede pedir que “sientan algo todas juntas”, o “piensen algo todas juntas”, o que “hagan algo [realicen una acción] juntas”.

Algunos pacientes prefieren o necesitan rituales formales para llevar a cabo la fusión de las partes disociativas. Las metáforas relativas a la fusión pueden ayudar, sobre todo cuando proceden del propio paciente. El terapeuta menciona su confianza en que el paciente encontrará su propia forma única de “volverse íntegro” [*become whole*]. Algunas de las metáforas habituales incluyen “cogerse de la mano”, “deslizarse unas dentro de otras”, “formar un círculo todas juntas”, “avanzar juntas hacia una luz blanca sanadora y convertirse en un todo”. Dado que el terapeuta trata de desvelar las resistencias ocultas y últimas, comienza a indagar preguntándole al paciente si existe alguna razón por la que las partes *no* deban estar juntas.

Las acciones terapéuticas deben seguir apoyando estos avances integradores, que pueden verse alterados por crisis vitales externas o por la aparición de nuevos recuerdos traumáticos. De hecho, durante la fase 3 es muy habitual que salgan a la luz más recuerdos traumáticos, además de otras partes disociativas adicionales. Esto último es particularmente frecuente en los casos de disociación estructural terciaria (TDI). Esta vuelta a los recuerdos traumáticos es una evolución esperable dentro del tratamiento en los casos más complejos de traumatización, y en tales ocasiones habrá que volver transitoriamente a las fases 1 y 2. Creencias sustitutivas que anteriormente no fue posible resolver emergen a la superficie y se vuelven accesibles al cambio, tales como: “Soy incapaz de tener ninguna relación”, “Nunca me pasará nada bueno”. El paciente debe revisar y cambiar los supuestos básicos y las creencias en relación con la seguridad, el sentido [*meaning*], la soledad, la causalidad y el *locus* de control [su localización], el poder, la confianza y la intimidad, la autonomía y la interdependencia, y el sentido del futuro [*sense*, la sensación de (tener un) futuro] y la sensación [*sense*] de pertenencia (L. Brown *et al.*, 1999; Janoff-Bulman, 1992; McCann & Pearlman, 1990).

El terapeuta suele dar por supuesto prematuramente que se ha producido la fusión de todas las partes de la personalidad previamente disociadas, cuando en realidad puede haber pasado por alto alguna labor adicional que todavía queda por hacer. Por regla general, lo que parece ser la “fusión final” entre las distintas partes disociativas de la personalidad no suele ser la última. Sobre la base de su observación de una amplia cohorte de tratamientos, afirma Kluft (1993c) que únicamente después de 27 meses sin manifestaciones adicionales de disociación en pacientes diagnosticados de TDI, cabe suponer razonablemente que la integración es verdaderamente un hecho, lo que indica la necesidad de hacer un seguimiento exhaustivo y prolongado.

### **Superar las fobias a la vida normal**

Las fobias que se abordan en la fase 3 implican aprender a llevar una vida normal relativamente libre de intrusiones traumáticas. Ello incluye la exposición gradual a una vida más normal por parte de la víctima traumatizada, acostumbrado a vivir en el caos o evitar la vida. Y lo que es más importante, la víctima traumatizada aprende a desarrollar los niveles superiores de tendencias de acción de forma sostenida, lo que exige niveles elevados de energía y eficiencia mental.

### ***Superar las resistencias a la vida normal***

Antes de la labor de la fase 2, la víctima traumatizada ha venido reaccionando crónicamente a los estímulos condicionados de la vida normal que reactivan los recuerdos traumáticos. La víctima ha aprendido, pues, a evitar y restringir muchos aspectos de la vida. La vida normal incluye la necesidad de adaptarse y de integrar un amplia variedad de acciones complejas y a veces difíciles [penosas] y contradictorias [opuestas, incompatibles]. Ello puede suponer un esfuerzo desalentador para el paciente cuya vida ha estado organiza-

da en torno a la restricción, la evitación, la negación y la disociación estructural.

En la fase 3, la vida del paciente debe primeramente ser valorada por su nivel de normalidad real (evidentemente, existe una amplia variedad dentro de lo que se puede considerar “normal”), incluido lo que el paciente quiere alcanzar. Durante esta fase, el paciente puede concebir nuevos objetivos que podría no haber imaginado anteriormente, tales como tener una relación íntima, volver a estudiar o encontrar un trabajo mejor. Es esencial determinar si el paciente lleva una vida relativamente equilibrada en relación con el trabajo, el esparcimiento, el descanso y las relaciones, y que dichas experiencias tengan un sentido y sean personales [*personalized*]. En otras palabras, el paciente tiene que ser capaz de emprender adaptativamente sistemas de acción acordes con los deseos y las necesidades de su propia vida única. Este no suele ser habitualmente el caso, porque la vida normal requiere una elevada capacidad de integración, además de flexibilidad y coordinación entre los distintos sistemas de acción. Aunque buena parte de la síntesis y la consciencia puede haber tenido lugar antes de la fase 3, todavía queda la labor de activar plenamente y pulir los sistemas de acción y su interdependencia mutua:

Una paciente, Terri, con un TEPT de tipo complejo, en calidad de PAN era una madre excelente capaz de integrar con éxito varias PEs infantiles. Pero ni la PAN ni las PEs tenían demasiada experiencia con los sistemas de acción responsables de la exploración y del juego (aunque en calidad de PAN Terri era bastante ducha en ayudar a sus hijos a jugar y explorar como parte de sus funciones como madre). Así pues, persistía la ausencia de diversión, humor y juego en el ámbito de las relaciones en la vida de Terri. Sus sistemas responsables del juego y de la exploración se fueron activando progresivamente con la ayuda de la psicoeducación, la práctica de tareas cada vez más complejas y prolongadas (Van der Hart *et al.*, 1989), la observación de otras personas, el desarrollo gradual de amistades con personas más expertas en estas áreas y, ocasionalmente, la superación adicional de creencias sustitutivas y recuerdos traumáticos.

El paciente debe aprender a llevar una rutina y cierto grado de monotonía dentro del contexto de una nueva vida que ha dejado de ser caótica y por tanto no siempre es particularmente emocionante ni suscita una hiperactivación fisiológica [ningún “subidón”]. Al principio, el paciente puede confundir la tranquilidad y la paz con la hipoadactivación fisiológica [el “muermo”] y la insensibilidad [entumecimiento], y mostrarse reticente a acostumbrarse a una vida más tranquila y más estable. El paciente también debe aprender a distinguir entre el interés y la obsesión (e.g., en relación con el trabajo), entre una vida limitada y una estabilidad adaptativa, y entre la rigidez y una rutina sana. Una paciente, Angela, recuperada de un TDI, disfrutaba y batallaba a partes iguales con un nuevo estilo de vida en esta fase final del tratamiento:

Esta mañana fui al mercado y pensé: en esto consiste la vida normal [esto se está volviendo cada vez más mi vida normal], el trabajo, la compañía agradable de otras personas que me aprecian, y después hacer lo que quiera durante el fin de semana. Y pensé: tengo una nueva oportunidad de futuro y espero que dure mucho tiempo. Un nuevo futuro significa aceptar las cosas ya no sólo para sobrevivir o para ahuyentar la desgracia durante unos instantes, sino sencillamente estar en el aquí y ahora, y vivir. Puedo hacer algo para conseguir lo que quiero en la vida. Puedo esmerarme en darle forma a ciertos aspectos de mi vida, porque así lo quiero y porque puedo consciente y deliberadamente, porque tengo una perspectiva de futuro. Esto es nuevo para mí. No sé cómo se lleva esto a nivel afectivo. Me siento conmovida y emocionada: es tan nuevo y al mismo tiempo tan desconcertante, porque no estoy acostumbrada. Ahora todo encaja y al fin puedo ser yo misma. No puedo por menos de llorar, por fin estoy aquí.

### ***El duelo adaptativo***

La inmersión en la vida normal suele conllevar una intensificación de la alegría y el entusiasmo junto con cada nuevo logro y experiencia positiva. Pero simultáneamente tiene lugar un profundo duelo por el hecho de no haber podido llevar una vida normal durante tanto tiempo. *Tanto alegría como la tristeza se relacionan en este caso con la*

*constatación [realization] de las nuevas ventajas, así como del hecho de no haber podido disfrutarlas hasta entonces.* Con cada nueva ventaja [adquisición] se repite este duelo, dado que el paciente profundiza en la consciencia de las pérdidas relacionadas con la acumulación de padecimientos [la suma de desgracias] asociados a la traumatización. La víctima traumatizada también comienza a percatarse más intensamente de que la vida normal está a veces cargada de pérdidas, penas, decepciones y demás experiencias difíciles. No es el cuento de color de rosa [*the golden fantasy*] por el que había suspirado.

El duelo puede implicar un período de rabia y agresividad traumáticas [en el sentido de relacionadas con el trauma] en el que el paciente todavía no está en condiciones de aceptar las pérdidas, sino que en su lugar busca una retribución o se concentra en las injusticias que le han hecho. La víctima traumatizada lucha contra la realidad de que la vida no es justa. No basta con expresar sin más esta rabia: es preciso apoyar al paciente en su duelo adaptativo, lo que significa que el paciente debe finalmente encontrar la forma de superar la rabia y el resentimiento. Ello puede ser a través del perdón, si bien el perdón no tiene por qué ser un paso necesario. A veces el firme reconocimiento [*realization*] de que no se puede cambiar el pasado es suficiente para empujar a la persona [*the survivor*, el superviviente de la experiencia traumática] a concentrar su energía mental en el presente y en planificarse adaptativamente para el futuro. En otras palabras, el paciente se implica más intensamente en la presentificación nuclear y extendida.

El duelo adaptativo se acompaña de una fuerte conciencia [*awareness*] del presente, de la capacidad de autotranquilizarse, de recibir consuelo de los demás, y de sentirse satisfecho con las nuevas ventajas en la vida y el contacto con los demás. El superviviente debe aceptar la realidad de sus pérdidas, vivir el dolor, el duelo, la rabia y la decepción, y a continuación adaptarse a la vida después de estas pérdidas, y redirigir su energía emocional en dirección al presente real (Worden, 2001). Pero esto es más fácil de decir que de hacer. La labor de duelo es difícil; es una tarea para personas emocionalmente fuertes y requiere una energía y una eficiencia mental enorme y prolon-

gada. A veces puede desbordar y tiene un fuerte componente físico que recuerda [remeda] las sensaciones asociadas a la traumatización: ansiedad, rabia, desasosiego, temor, incertidumbre, desesperación, soledad, culpa, vergüenza. Como señala C.S. Lewis en su ensayo sobre el duelo que siguió a la muerte de su mujer: “Nadie me había dicho jamás que el duelo se parecía tanto al miedo” (1961, p. 7). Los sentimientos asociados al duelo pueden ser similares a los sentimientos suscitados durante la traumatización y por ello pueden hacer de estímulos condicionados que las víctimas traumatizadas llevan tiempo evitando y hacer que les resulte todavía más difícil entrar en el proceso de duelo. Y el duelo es [una experiencia] de vida larga. Aunque el terapeuta pueda impacientarse por la lentitud ocasional con la que procede la persona en esta etapa, el duelo “resulta ser no un estado, sino un proceso. No precisa de ningún mapa, sino de una historia” (C.S. Lewis, 1961, p. 47).

El terapeuta puede desempeñar un papel esencial en la superación de la labor de duelo *atestiguando* [testificando, dando testimonio] empáticamente [d]el sufrimiento de la víctima (y [de] su ulterior sanación), al tiempo que ayudándole a mantenerse en el presente, recuperando con ello el contacto empático consigo mismo, los demás y el mundo, que se había perdido durante la traumatización (Herman, 1992b; Laub & Auerhahn, 1989; Van der Hart, Steele *et al.*, 1993; Van der Hart & Nijenhuis, 1999). El terapeuta indaga también las resistencias a hacer el duelo y las creencias nucleares asociadas: “No soporto la tristeza”, “He perdido tantas cosas que jamás lo superaré”, “La vida realmente no vale la pena”. A continuación, el terapeuta ayuda al paciente a integrar la tristeza y las pérdidas mediante la exposición gradual a los sentimientos, alentando al paciente a hacerlos suyos (personificación), y a reconocer y actuar adaptativamente en relación con [conforme a] las consecuencias para el presente (presentificación). Los rituales de despedida en virtud de los cuales el paciente pueda aceptar simbólicamente una pérdida del pasado, pueden ser de gran ayuda (Van der Hart, 1988a, 1998b). Gradualmente, el paciente se va dando cuenta “de que la pérdida es una parte inevitable del trauma, y de que en última instancia la asi-

milación de las idas y venidas propias de revivir el duelo con ecuanimidad constituye una tarea de por vida” (Van der Hart, Steele *et al.*, 1993, p. 173).

A medida que cualquier remanente de partes disociativas se vuelve accesible [que van saliendo a la luz cualesquiera otras partes disociativas adicionales o residuales que todavía puedan quedar], el paciente avanza en dirección al objetivo de integrar los distintos sistemas de acción en colaboración y siguiendo una línea coherente internamente, y los estados internos se vuelven menos conflictivos [opuestos, contradictorios]. La exposición gradual a situaciones en las que puedan tener lugar nuevas adaptaciones y nuevos aprendizajes, es esencial para superar la fobia a la vida normal, pero tales experiencias suscitan otro miedo adicional relacionado: la fobia a los riesgos sanos y al cambio.

### ***Superar la fobia a asumir riesgos sanos y la fobia a los cambios***

Los riesgos y los cambios son necesarios para proseguir la adaptación a las circunstancias actuales. Pero son muchos los pacientes traumatizados que le temen al cambio en general, lo que les conduce a una vida monótona y limitada, aunque a veces caótica, dado que a la mayoría de ellos el caos les resulta familiar. Janet (1903, 1909a) señala que la fobia relacionada con la adaptación a las situaciones nuevas es una de las primeras dificultades que indican una disminución del nivel mental. A niveles más graves, esta fobia se puede manifestar a través de la evitación y el miedo intensos a cualquier cambio interno o externo. Cierta grado de dolor y de ansiedad es normal, a medida que las personas aceptan las oportunidades de crecer y de desarrollarse en distintas áreas de la vida, y que avanzan en dirección a una individuación progresiva, i.e., a los niveles más elevados de tendencias de acción (Firestone & Catlett, 1999). El ser humano tiene una tendencia natural a ignorar, evitar o resistirse a los cambios (Caissy, 1998). La mayoría de las veces, somos capaces de superar nuestros miedos normales a cambiar y seguimos adelante. Pero las



víctimas traumatizadas aprendieron a evitar la ansiedad y la incertidumbre inherentes al cambio y desarrollaron unas normas habituales de inhibición y de autosabotaje para prevenir el cambio, aumentando con ello todavía más el temor a asumir riesgos.

La fobia al cambio suele ser particularmente evidente en determinadas PANs. Las víctimas han intentado y no han logrado cambiar las circunstancias *externas* irrevocables debido a que no son capaces de aceptar su realidad. Uno de los aspectos más importantes de adaptarse al cambio es la capacidad de aceptar la realidad tal y como es (Caissy, 1998), de tomar conciencia del presente (presentificación nuclear) y de tomar conciencia igualmente del pasado y el futuro (presentificación extendida). La víctima traumatizada ha tenido escasas oportunidades de comprender la necesidad de adaptarse a las situaciones imperantes mediante la introducción de cambios adaptativos internos: “Al no poder controlar los acontecimientos, me controlo a mí mismo; y me adapto yo a los acontecimientos, si los acontecimientos no se adaptan a mí” (Montaigne, 1993, p. 981).

En esta tercera fase del tratamiento algunos pacientes comienzan a caer en la cuenta de que tienen miedo de “mejorar”, porque lo asocian con un cambio negativo. El terapeuta debe estar alerta a esta posibilidad e indagar junto con el paciente las posibles resistencias y sus correspondientes creencias sustitutivas asociadas. Por ejemplo, una paciente tenía miedo de que si se ponía mejor, nadie volvería a ayudarla jamás porque se volvería totalmente independiente. Otro paciente tenía miedo de que ponerse mejor significara no volver a ver a su terapeuta, lo que le parecía insoportable. Una tercera tenía miedo de que ponerse mejor significara convertirse en alguien diferente de ella misma. Cada uno de estos pacientes tenía un concepto extremadamente desadaptativo de lo que significaba “mejorar”, que incluía dolor, pérdida y abandono.

El tratamiento consiste en corregir las creencias sustitutivas en relación con el cambio (e.g., el cambio es peligroso, es insoportable, es irrevocable, generará indefensión e ineptitud o incapacidad). A veces estas creencias están enraizadas en recuerdos traumáticos residuales, lo que requiere volver a la fase 2:

Una paciente, Rachel, con un TEPT de tipo complejo estableció una relación muy clara y concreta entre el miedo a cualquier cambio y el inicio de los abusos: “Cuando mi padre empezó a tener relaciones sexuales conmigo, todo cambió. El cambio supone para mí lo más espantoso que pueda suceder. Un daño sexual, y por eso el cambio dolerá”.

Así pues, el cambio se percibe con frecuencia como una amenaza grave. La práctica y los ejercicios graduales que incluyen la activación de [el sistema de acción responsable de] la exploración mediante la exposición al cambio son esenciales. También es preciso ayudar al paciente a desarrollar un mayor conocimiento [*awareness*] y una mayor personalización [*personalization*] de los cambios seguros [que no revistieron ningún peligro y] que han tenido lugar a lo largo de la terapia, además de un esfuerzo mental sostenido en relación con los cambios y con los riesgos. Los rituales de transición para marcar los cambios también pueden ser de utilidad (Van der Hart, 1983).

### ***Superar la fobia a la intimidad***

La superación de la fobia a la intimidad es tal vez el punto culminante de los logros terapéuticos. El paciente debe ser ayudado a abordar la intimidad de manera gradual, a superar el miedo a la intimidad emocional previo a [el miedo a] la intimidad física y sexual, dado que estos dos últimos por lo general requieren que el primero esté en orden [haya sido abordado]. La intimidad requiere la integración de muchos sistemas de acción dentro del ámbito de la conciencia personal, junto con los máximos niveles de personificación y de presentificación prolongadas. Por ejemplo, la intimidad es óptima cuando incluye no sólo el apego, sino cuando cada uno de los participantes está abierto y siente curiosidad por el otro (exploración), es lúdico (juego), sociable con otras personas fuera de la relación íntima, cuida bien física y emocionalmente de sí mismo (regulación de la energía), y puede cuidar sanamente del otro en caso de necesidad (solicitud).

La intimidad significa vivir una relación con todo nuestro ser. Para que se pueda hablar de intimidad madura, es preciso haber

superado las fobias a las acciones derivadas del trauma, al apego, a los recuerdos traumáticos, a los riesgos y a los cambios, y a la vida normal. La mayoría de las veces la intimidad incluye la capacidad de querer bien, lo que constituye uno de los retos esenciales de todo ser humano.

La intimidad puede adoptar diversas formas, tales como la intimidad emocional, física (no sexual) y sexual. Las fobias pueden estar relacionadas con algunas o con todas estas formas: diferentes víctimas traumatizadas presentarán diversas variantes de la fobia a la intimidad. En gran medida, la fobia a la intimidad emocional ya se habrá abordado dentro del marco de la relación terapéutica, que debe ofrecer la experiencia de un apego seguro dentro del cual la víctima pueda realmente ser conocida en todos sus aspectos. Pero la superación de la fobia a la intimidad implica darse cuenta de que la capacidad para la intimidad no se limita a [no se agota en] la relación con una única persona (i.e., el terapeuta). Esta constatación únicamente es plena cuando se puede vivir la intimidad dentro de situaciones menos controladas –en el mundo “real” y con otras personas.

Es esencial analizar las creencias sustitutivas y las aseveraciones nucleares patogénicas del paciente en relación con la intimidad. Al paciente se le puede pedir que contraste con otras personas sus creencias respecto de la intimidad, las relaciones sexuales, y la vulnerabilidad emocional. De esta forma, el terapeuta puede cuestionar empáticamente las creencias nucleares reflejas. Algunas de ellas se derivan del condicionamiento clásico, tales como: “Jamás volveré a confiar en ningún otro hombre”, e incluyen predicciones negativas tales como: “El amor no es más que otra forma de hacer daño” y “Es preferible no decir jamás lo que sentimos, porque más tarde o más temprano lo utilizarán en nuestra contra”. Estas creencias nucleares relacionadas con la traumatización suelen traducirse en promesas (otra forma de creencia refleja) de evitar los estímulos condicionados, tales como: “Jamás se me ocurrirá volver a acercarme a nadie” y “Jamás diré nada de mi sentimientos más profundos”. Las creencias reflejas también pueden representar valoraciones negativas condicionadas tales como: “El cuerpo y la sexualidad son asquerosos; no

soporto mi cuerpo, me repugna el sexo". El tratamiento de estas creencias reflejas dependerá de su estado o condición [*status*, en el sentido igualmente de la posición o el rango que le concede la persona]. Se puede demostrar la falsedad de las predicciones condicionadas mediante la exposición, previniendo las reacciones evitativas condicionadas. De este modo, a la víctima traumatizada se le puede enseñar que el hecho de manifestar sus sentimientos mas profundos no suele ser generalmente peligroso, demostrándole apoyo en lugar de rechazo. Las valoraciones negativas condicionadas se pueden modificar con la ayuda del contracondicionamiento. Por ejemplo, una víctima traumatizada puede aprender a través de pequeños pasos controlados por él mismo que el cuerpo y la sexualidad tienen cualidades positivas diferentes de las que haya podido vivenciar anteriormente.

Distintas partes de la personalidad pueden sostener creencias opuestas o contradictorias; por ejemplo, la PAN puede querer tener una relación íntima mientras que la PE desconfía de todo el mundo. El paciente puede volverse cada vez más consciente de la discrepancia entre la tendencia a aferrarse a estas ideas y la tendencia a intimar cada vez más con otras personas. El desarrollo de creencias más reflexivas puede llevar a sentir ambivalencia. Las dudas, la incertidumbre y la confusión son ocasionalmente consecuencia de tomar en consideración más de un único (sub)sistema de acción a la vez (e.g., "¿Hoy debo dedicarlo a descansar o a salir con los amigos?"). Las personas disociativas vienen evitando habitualmente dicha ambivalencia en base a disponer de diferentes partes de la personalidad que representan intereses diferentes. Durante y después de la fusión, las víctimas comienzan a sentir más conflictos y más ambivalencia a medida que van sintetizando y reconociendo simultáneamente diferentes objetivos/acciones. La ambivalencia es el precio a pagar por la creciente integración.

El terapeuta ayuda al paciente a revisar la calidad (y la cantidad) de sus relaciones cotidianas, dado que el paciente puede ahora integrar mucho más y es posible que sea capaz de trabajar algunas cuestiones relacionales que anteriormente no fue posible resolver. A medi-

da que el paciente va cambiando y volviéndose más sano emocionalmente, muchas relaciones pueden quedar en el camino. El paciente empieza a querer tener relaciones más sanas, y ello puede repercutir en los amigos, los compañeros y las parejas. Con frecuencia, la terapia de pareja y la terapia de familia constituyen una parte importante de la fase 3. En algunos casos, el terapeuta ayuda al paciente a decidir si debe o no debe continuar o acabar una relación. El terapeuta evidentemente no decide si el paciente debe dar por terminada una relación negativa, sino que discute la cuestión con el paciente, y le ayuda a hacer un balance de los pros y de los contras de dicha relación. El terapeuta también ayuda al paciente con la fobia al cambio en relación con este aspecto. Al paciente también se le ayuda a hacer el duelo por la pérdida de relaciones y se le alienta a pasar por un período de aislamiento y buscar relaciones nuevas y más sanas. El terapeuta debe tener una extraordinaria sensibilidad en relación con los deseos razonables por parte del paciente de disponer de un sistema de apoyo saludable.

Habitualmente el paciente se resiste extraordinariamente a la experiencia de la pérdida, un riesgo universal y muy humano asociado a la intimidad. Los crecientes niveles de presentificación le ayudarán al paciente a dejar de vivir en un futuro catastrófico subjetivo lleno de pérdidas insoportables, o en un pasado donde predominaban las pérdidas o los daños a nivel relacional. Además, el paciente debe ser capaz de tolerar los fallos técnicos [*glitches*] y los problemas absolutamente corrientes que aparecen dentro del contexto de las relaciones íntimas normales *en el presente*. El paciente debe acabar por darse cuenta de los costes de evitar las relaciones, o de entablar unas relaciones sin unos límites definidos. Estas acciones relacionales de alto nivel requieren las adecuadas habilidades de solución de conflictos, empatía, autotranquilización, pensamiento reflexivo en lugar de acción refleja, y la capacidad de distinguir diversos grados de dificultad a nivel de relación, de manera que las reacciones no sean ni excesivas [sobreerreacción] ni insuficientes [infrarreacción]. En otras palabras, requieren que el paciente se desenvuelva en los niveles más elevados [*highest*] de tendencias de acción.

La intimidad requiere unos límites flexibles pero estables, tanto internos como a nivel de la relación. Los pacientes por lo general deben aprender la importancia de los límites personales, cómo y cuándo aplicarlos, y cómo responder eficazmente [acertadamente, de la mejor forma] a los límites de los demás sin sentirnos rechazados, reconociendo que “las buenas vallas hacen buenos vecinos”. Unos límites eficaces reducen el miedo a la intimidad, transmitiendo una sensación de control personal e igualando el equilibrio de poder dentro de las relaciones. El terapeuta alienta a la víctima traumatizada a ensayar interrelaciones sanas con la ayuda de la imaginación o a través del *role play* (D. Brown & Fromm, 1986). Es decir, favorece los simulacros mentales y conductuales futuros más adaptativos. De esta manera, le ayuda a la víctima a anticipar el futuro próximo de una forma más realista. En muchos casos, dicha implicación en una presentificación más adaptativa constituye un primer paso para poder cambiar las acciones del paciente en la vida real. El paciente se va dando cuenta gradualmente de la paradoja de que la verdadera intimidad no consiste en la confusión [*merging*] ni en la simbiosis [*twins-hip*], ni en que la otra persona cuide de nosotros, sino que, por el contrario, requiere una firme individuación y autonomía, lo que a su vez depende de desarrollar unas tendencias de acción de alto nivel. El paciente debe, pues, aprender a equilibrar la dependencia adaptativa y la autonomía adaptativa (Steele *et al.*, 2001).

**La intimidad y el cuerpo.** La intimidad implica que los demás se percaten de nuestra existencia [se fijen en nosotros, nos reconozcan], incluida la existencia física. Las víctimas suelen ser muy sensibles [en el sentido de preocuparse desmesuradamente o avergonzarse de] en relación con su apariencia física y con su cuerpo. En la fase 3 el paciente debe aprender a aceptar y cuidar de su bienestar físico más adecuadamente como parte de sentirse un ser humano deseable y como resultado de una mayor intimidad consigo mismo. Ello implica superar la fobia a las vivencias físicas y emocionales. Ello se consigue con frecuencia con la ayuda del contracondicionamiento ayudando, por ejemplo, a la víctima a asociar las emociones y las sensaciones físicas

con vivencias cada vez más placenteras. Por ejemplo, el énfasis recae ahora en el autocuidado físico y en disfrutar del cuerpo, así como en el incremento gradual de la interrelación física estrecha [en el sentido de la intimidad física no sexual] con otras personas cercanas y cariñosas [*a loving partner*, en el sentido de las demostraciones físicas de afecto y de cariño por parte de otros compañeros]. El control por parte de la víctima respecto de la forma, el grado y la duración de la exposición a estos estímulos anteriormente evitados es fundamental.

Desgraciadamente, los problemas físicos duraderos y a veces graves son habituales en los adultos que fueron víctimas de traumatizaciones infantiles (Felitti *et al.*, 1998; Landau & Litwin, 2000; Romans, Belaise, Martin, Morris & Raffi, 2002; Schnurr & Jankowski, 1999). En las fases posteriores del tratamiento, algunas víctimas pueden seguir luchando con problemas físicos constantes que habían esperado que desaparecían con la resolución de los recuerdos traumáticos. O pueden diagnosticarles trastornos graves y crónicos a medida que envejecen. Pueden aparecer duelo, agresividad, depresión y miedo relacionados con una salud débil y delicada a medida que el paciente se esfuerza por reconocer que el presente no siempre es lo que se hubiera querido ni lo que se había deseado. Tales problemas físicos pueden reactivar los miedos al dolor, la muerte, la indefensión, el rechazo y la dependencia. Estos problemas deben ser trabajados con la ayuda de vueltas periódicas breves a la fase 2, dado que estos miedos suelen estar arraigados en recuerdos traumáticos todavía no resueltos. No obstante, algunas víctimas traumatizadas gozan de buena salud, y con la ayuda del terapeuta y de otras personas pueden empezar a disfrutar de su cuerpo físico [de su fisicalidad, su carnalidad] al tiempo que van estableciendo unas pautas sanas y regulares de ejercicio, alimentación y relajación.

***La intimidad sexual.*** La intimidad sexual plantea una determinada serie de obstáculos para las víctimas traumatizadas, sobre todo las que fueron objeto de abusos sexuales. Primero, incluye el cuerpo, que a menudo ha sido fuente de estrés emocional, vergüenza y demás experiencias negativas (capítulo 15). Segundo, habitualmente incluye

el apego, al que le corresponden sus propias fobias (capítulo 14). Finalmente, los actos sexuales en sí mismos pueden hacer de estímulos condicionados extremos que reactiven los recuerdos traumáticos de los abusos sexuales y las creencias catastróficas reflejas asociadas. Una paciente, Maria, con un TLP [trastorno límite de la personalidad] exclamó: “¡No hay nada que odie más que el sexo! Me recuerda que no soy más que una ‘cosa’ sucia para que otra persona la use”. Estas son valoraciones negativas condicionadas respecto del cuerpo, de las sensaciones sexuales y de la propia sexualidad.

El paciente unificado puede empezar a tener sensaciones sexuales [*sexual feelings*, sensibilidad sexual] por primera vez, lo que anteriormente había quedado confinado a una parte disociativa, o a sentirse más seguro y disfrutar de dichas sensaciones. Se puede alentar al paciente encontrar el ritmo adecuado en el desarrollo de su vida sexual, aprendiendo a respetar los límites (e.g., D. Brown & Fromm, 1986). Existen una serie de técnicas para ayudar a las víctimas traumatizadas a superar la fobia a la sexualidad (e.g., Brown & Fromm, 1986; Maltz, 2001). Muchas de estas estrategias incluyen la exposición gradual con prevención de recaídas, entrenamiento en relajación, y desensibilización sistemática, todo ello dentro de los márgenes del nivel mental del paciente:

Una paciente, Toni, con un TDI y actualmente integrada de manera estable, todavía le tenía fobia al sexo con su pareja. No obstante, quería sentir la intimidad de una relación sexual. El terapeuta la alentó a hablar con su pareja y llegar a un acuerdo por el que Toni iniciaría un contacto físico no sexual y a medida que se fuera sintiendo cómoda podría iniciar un contacto más sexual; lo que incluyó la planificación y ejecución de una exposición gradual y controlada por ella misma [i.e., autorregulada, autograduada] dentro de un contexto seguro con objeto de poder crear asociaciones diferentes entre el contacto físico, el control y el placer. Durante varios meses, Toni y su pareja practicaron de forma regular, con la paciente controlando todos los contactos físicos. Cuando se sintiera ansiosa, se le sugirió que se detuviera, tomara conciencia de sus pensamientos desadaptativos (e.g., “Me va a doler”, “Me van a violar”), e hiciera una relajación progresiva que le fuera agradable. A continuación, debía retomar los ejercicios con su pareja (preven-



ción de la tendencia a la evitación, vuelta pausada a la exposición y la práctica). Durante las sesiones de terapia, la paciente y su terapeuta trabajaron sus creencias sustitutivas respecto del sexo y la sexualidad (intervenciones “cognitivas”). Gradualmente, Toni fue sintiéndose más cómoda con el contacto físico no sexual (refuerzo positivo del contacto en virtud de sus propias sensaciones). Comenzó a iniciar un contacto más sexual, al principio con miedo. Pero al seguir el protocolo de detenerse, relajarse y seguir de nuevo, cada vez se sintió más controlada y se pudo permitir sentir placer sexual con otra persona por primera vez [en su vida]. Se sentía orgullosa de sí misma, y su pareja estaba orgullosa de ella también (acto de triunfo; refuerzo positivo).

### ***Fomentar los niveles más elevados de tendencias de acción***

Cuando se desenvuelven al nivel de las tendencias de acción más elevadas, las personas emprenden acciones mentales y motrices diferentes, innovadoras y altamente complejas. Ello requiere una energía y una eficiencia mental elevada y prolongada. Son capaces de trabajar, jugar y amar bien. Sienten curiosidad por su mundo y por ellos mismos, viven [encarnan] unas vidas interesantes y estimulantes, y no les da miedo probar cosas nuevas. Se puede decir que la vida a este nivel es relativamente rica y plena. Ello no quiere decir, por supuesto, que la vida sea perfecta en absoluto. Pero al margen de lo que les venga en suerte [sea lo que fuere que se les cruce en su camino] para bien o para mal, las personas sanas son capaces de encontrarle un sentido [*meaning*] y un propósito [*purpose*, una finalidad, una razón de ser], mantenerse unidos a las personas que quieren, y afrontar la vida con ecuanimidad, humor y humildad.

Dice un dicho zen: “Antes de la iluminación, corta leña y lleva agua; después de la iluminación, corta leña y lleva agua”. Este *koan* nos habla de la necesidad de una presentificación y una personificación plenas, incluso en el ámbito de las acciones más mundanas de nuestra vida, si pretendemos encontrar un sentido y una satisfacción; y también de la necesidad de explorar experiencias más profundas en la vida [el lado más profundo de la vida, además de su lado más mundano]. El nivel correspondiente a las *acciones reflexivas prolongadas*

incluye la capacidad de proseguir [perseverar en] acciones deliberadas [*sustain mindful actions*, de mantener una conciencia atenta] a lo largo del tiempo, con concentración [*focus*], propósito e iniciativa. Los seres humanos tenemos la capacidad de luchar por ideales y por objetivos a largo plazo. Tales acciones reflexivas son necesarias ya no sólo para el trabajo que tengamos entre manos [las cosas que nos interesan, los esfuerzos que despiertan nuestro interés], sino para los quehaceres y demás actividades rutinarias de la vida cotidiana, mundanas pero necesarias.

Buena parte de las dificultades del paciente con las rutinas y los quehaceres cotidianos es que continúan obstinándose en las alteraciones de conciencia que disminuyen su interés y su concentración. El tratamiento consiste en ayudar al paciente a practicar la conciencia deliberada y atenta [*mindful awareness*] respecto de las actividades en el momento actual [en el aquí y ahora] (e.g., fregar los platos, pagar las facturas), y acceder a un control cada vez más consciente sobre las alteraciones indebidas de la conciencia que constituyen reacciones condicionadas. Ello favorece la personificación y la presentificación más prolongada. Dicha labor debe haberse iniciado en la fase 1, y ahora se aplica de forma más generalizada a todos los ámbitos de la vida del paciente a medida que empieza a vivir como un ser humano más unificado.

El paciente a este nivel tiene un sentido de la lógica y una percepción relativamente correcta de sí mismo y de los demás. Ello se debe a que los sistemas de acción están debidamente coordinados y el paciente es capaz de emprender ciclos perceptivo-motrices que son más adecuados al momento. Al nivel de las acciones reflejas prolongadas también desarrollamos un sentido del deber y de la responsabilidad para con nosotros mismos y para con los demás. La víctima traumatizada puede llegar a interesarse más por las responsabilidades asociadas al cuidado de sí mismo por las satisfacciones que ello mismo conlleva [por su propio valor intrínseco]. Y también puede querer emprender acciones sociales y comprometerse en el cuidado de otras personas, no de una forma codependiente, sino por verdadero altruismo, en virtud de un sentido de la responsabilidad moral.

A este nivel, el paciente ha llegado al punto de lograr una coherencia en sus “actos y una unidad de vida” (Ellenberger, 1970, p. 393). Pero, a menos que la víctima traumatizada sea capaz de acceder a niveles todavía más elevados de tendencias de acción, puede volverse pedante, meticuloso y poco práctico. El paciente puede desarrollar una propensión al pensamiento fundamentalista, convertirse en una persona cuyo juicio dependa excesivamente de unas teorías y de unos principios morales rígidos.

Las *tendencias experimentales* constituyen el siguiente nivel de acción. Nos exploramos a nosotros mismos y exploramos nuestro mundo, aprendiendo habilidades nuevas, con una actitud lúdica y entusiasta, por pura curiosidad (Brown & Fromm, 1986). Ello implica niveles muy elevados de integración entre los distintos sistemas de acción: la exploración y el juego, el apego, la sociabilidad, y la regulación de la energía. Aprendemos de la experiencia y de nuestros errores, y los tenemos en cuenta a la hora de planificar el futuro y de actuar en el presente. Tenemos la mente abierta a distintas opciones y podemos ejercitar creativamente nuestra capacidad de elegir. Evaluamos y ajustamos nuestras acciones conscientemente, sobre la base de nuestro continuo aprendizaje. Este suele ser un nivel en el que las víctimas traumatizadas se debaten a causa de sus fobias a cambiar y asumir riesgos. El tratamiento consiste en la exposición muy gradual a los cambios y a los riesgos, alentando constantemente al paciente a ver tanto los éxitos como los fracasos como experiencias de aprendizaje. Pero las víctimas traumatizadas que no progresan más allá de este nivel de tendencias de acción pueden desarrollar una propensión a experimentar hasta el punto de generar un estilo de vida profundamente inestable, probando demasiadas cosas nuevas sin llegar a [acabar de] integrarlas plenamente.

Las *tendencias progresivas* son las más elevadas que alguien pueda alcanzar. A este nivel, la persona tiene un fuerte sentido de la individualidad y tiene la posibilidad de acometer empresas espirituales y demás objetivos trascendentes de orden superior. El paciente capta ideas sumamente abstractas y tiene la posibilidad de disfrutar de más libertad y energía para indagar en cuestiones existenciales y filosófi-

cas. La persona es capaz de mentalizar y demuestra una aguda comprensión [*insight*] de las motivaciones [o los motivos, propios y ajenos], lo que se traduce en unos cambios conductuales duraderos.

Cuando los pacientes comienzan a funcionar en los niveles superiores, son capaces de desarrollar y consolidar [dar solidez a] una firme teoría personal de la realidad (Steele & Van der Hart, 1994). Es decir, son capaces de tomar conciencia del pasado, del presente y del futuro, de tomar conciencia de su propia identidad y de comprender a los demás, y de actuar intencionada y reflexivamente. Una teoría personal de la realidad incluye seis capacidades que se derivan de la personificación y la presentificación firmes. La primera es la capacidad de mantener relaciones [*relatedness*] consistentes en virtud de encontrar un equilibrio óptimo entre la cercanía y la distancia con respecto a los demás. Esta capacidad incluye las tendencias más elevadas del paciente en los ámbitos de los sistemas de acción responsables de la vinculación, la sociabilidad, y la solicitud [*caretaking*]. La persona aprende a equilibrar el cuidado de sí mismo y el cuidado de los demás. Segundo, el paciente es capaz de integrar correctamente los datos de la realidad: es plenamente consciente de lo que sucede y se adapta a ello ajustando las tendencias de acción perceptivo-motrices al momento presente. Ello no implica solamente la presentificación nuclear, sino también la adecuada ubicación del pasado, el presente y el futuro dentro de la jerarquía de los grados de realidad (presentificación extendida). También significa que el paciente es consciente de las diferencias entre la realidad interna y la realidad externa.

Tercero, el paciente es capaz de encontrar un equilibrio entre el placer y el dolor. No se limita a reaccionar sin más, sino que puede tolerar el dolor con objeto de alcanzar objetivos a más largo plazo, e incluso de comprender que el dolor puede tener un valor en el sentido de qué nos puede enseñar. Dicho equilibrio implica que el paciente tiene unas creencias reflexivas respecto de sí mismo, los demás y el mundo. Cuarto, el paciente es capaz de aceptar con realismo y con humildad sus limitaciones y sus fragilidades humanas junto con sus puntos fuertes personales y su naturaleza única [su unicidad e irrepetibilidad]. El paciente no se debate por alcanzar la perfección en

todo, sino por desenvolverse de una forma adaptativa y realista. Ello significa que la persona debe reconciliar la fantasía ideal respecto de sí mismo y del mundo con la realidad, accediendo con ello al nivel más elevado [*highest*] dentro de la jerarquía de los grados de realidad. Quinto, el paciente tiene un sentido saludable del humor (Kohut, 1971), lo que implica un nivel mental elevado en el que la persona es capaz de mentalizar [*mentalize*, mentalizarse de, elaborar mentalmente] una dificultad existencial [*an existential predicament*, una experiencia vital particularmente difícil, límite] sin dejar de sentirse lo bastante seguro y confiado [*safe*] como para seguir relacionándose con los demás con humor [sin perder el sentido del humor]. También es indicativo de la capacidad que tiene el paciente de simbolizar y de ser creativo. Finalmente, el paciente desarrolla una ética personal (y profesional) claramente definida. La persona integra la moralidad, la ética, la espiritualidad y la máxima comprensión reflexiva y empática de sí mismo, los demás y el mundo. El paciente lucha conscientemente por hacer del mundo un lugar mejor en la medida de lo posible. Comprende que el futuro es incierto y se mantiene abierto a este respecto y está abierto a los inevitables cambios que ello traerá consigo. Aspira al autoconocimiento, lo que presupone la disposición a afrontar aspectos de sí mismo que pueden ser desagradables.

La víctima todavía puede seguir debatiéndose con algunas cuestiones históricas. Pero, en conjunto, es capaz de desenvolverse de una forma altamente coordinada y coherente, dejando de atormentarse continuamente por los fantasmas del pasado.

## Terminación del tratamiento

Llevar a buen término una terapia de larga duración puede ser tan difícil como gratificante, y constituye una intervención [una medida terapéutica] en sí misma. Le sirve al paciente de modelo respecto del ciclo natural del apego seguro que a veces incluye un final. La relación terapéutica ha pasado muy probablemente por momentos de desesperación [*despair*, pérdida total de la esperanza], agresividad,

futilidad, tristeza, duelo, vergüenza y desesperanza [*hopelessness*, falta de esperanza], y el terapeuta y el paciente han vivido intensas experiencias de vinculación [*bonding*]. Esta relación ha hecho las veces de un puerto en medio de la tormenta para la víctima traumatizada a lo largo del proceso de recuperación, y no es probable que renuncie a ello fácilmente. Pero la terapia tiene una limitación temporal por naturaleza, de modo que el paciente y el terapeuta por igual deben determinar cuándo ha llegado el momento de acabar.

En general, las víctimas de experiencias traumáticas están en condiciones de terminar la terapia cuando tienen una sensación de cohesión y de integridad interior; son capaces de aceptar su propia historia, hacerse cargo del presente, y hacer planes para el futuro. Tienen que dejar de atormentarse por el pasado en general, aun cuando éste pueda reactivarse ocasionalmente de forma menos intensa. Las víctimas [los supervivientes] dejan de sentirse inhibidas o de tenerle fobia a la mayoría de las experiencias [vivencias]. Deben ser capaces de emprender relaciones sanas en el ámbito del trabajo, el juego, el descanso y la relajación, y de disfrutar [saber sacar placer] de sus vidas. Pueden experimentar [vivir y sentir] repetidamente el acto del triunfo [de celebrar los propios logros], porque les va mejor en el día a día. Y pueden aceptar los caprichos [los movimientos impredecibles, erráticos o extravagantes] de la vida que proseguirán [no dejarán de sucederse] a lo largo del transcurso de su tiempo de vida.

Sin embargo, a pesar de que el paciente pueda satisfacer los criterios para la terminación, el proceso de finalización puede ser difícil (D. Brown *et al.*, 1998; Courtois, 1988; Herman, 1992b). La perspectiva de finalizar suele reactivar pérdidas anteriores y el paciente puede fácilmente deprimirse o sentirse desbordado si la terminación avanza demasiado rápido. Un largo período de duelo puede preceder a la terminación.

La terminación se puede llevar a cabo de varias formas. Puede tener lugar en un plazo que comprenda un determinado número de sesiones previamente acordado, o bien puede tener un final más abierto. Se puede empezar por que el paciente venga menos a menudo: quincenalmente en lugar de semanalmente, y después mensual-

mente en lugar de dos veces al mes. Este proceso lento expone gradualmente al paciente a períodos de tiempo cada vez más largos sin la presencia directa del terapeuta.

La terminación de la terapia debe ser un reflejo del nivel más elevado de tendencias de acción tanto en el paciente como en el terapeuta. Así, el final debe ser una acción debidamente consumada, plenamente discutida en todos los sentidos. El paciente es alentado a procesar [*process*] su relación con el terapeuta, incluidos los deseos de que algunas cosas hubieran sido diferentes, los momentos en los que el terapeuta estuvo particularmente receptivo, y aquellos en los que fue especialmente poco servicial o incluso hiriente. Paciente y terapeuta deben tener una sensación de completud. El paciente puede aprender a reconocer los signos de alarma que advierten de que podría ser aconsejable retomar la terapia y estar alerta a su posible aparición. El terapeuta se mantiene disponible ante la posibilidad en un futuro de que el paciente pudiera decidir volver transitoriamente para trabajar otras cosas (Herman, 1992b). Que el terapeuta y el paciente tengan algún contacto después de la terminación del tratamiento, dependerá de las necesidades y las preferencias de uno y otro, así como de lo que pudiera ser más terapéutico para el paciente. Es lícito mantener un contacto ocasional sobre la base de que el paciente pueda poner al terapeuta al corriente respecto de su vida.

## Resumen

Con la ayuda de la exposición gradual, el paciente es alentado a emprender actividades de la vida cotidiana que anteriormente evitaba. La exposición terapéutica a estos estímulos anteriormente evitados no constituye un objetivo en sí mismo, pero permite fomentar la acción integradora. De forma característica, las acciones integradoras suelen añadir habitualmente nuevas percepciones, ideas, sentimientos y acciones conductuales a los ciclos de percepción-acción motriz que anteriormente eran rígidos, restrictivos y desadaptativos. La fusión completa (unificación) de todas las partes de la personali-

dad en una personalidad más coordinada y cohesionada es uno de los objetivos para los pacientes que se encuentran en esta fase, de manera que desaparezca cualquier sensación subjetiva de separación [división], y los sistemas de acción estén debidamente coordinados y cohesionados. Las fusiones se pueden lograr de una amplia variedad de formas, dependiendo exclusivamente de la creatividad del paciente y el terapeuta. El paciente que no es capaz de consumir con éxito la labor de la fase 3 suele seguir teniendo dificultades en la vida normal, a pesar de la notable mejoría en relación con las intrusiones traumáticas. La fase 3 se concentra en la superación de las fobias relacionadas con la vida normal, sobre todo a los cambios y los riesgos sanos, y a la intimidad. Los pacientes gravemente traumatizados persisten en su tendencia a disociar[se] y refugiarse en las alteraciones de conciencia ante el estrés. Así pues, la continua prevención de recaídas, incluida la inoculación de estrés y las actividades relacionadas con el cuidado de sí mismo son tareas constantes esenciales durante la fase 3. El paciente es alentado a emprender los niveles más elevados de tendencias de acción. La debida terminación de la terapia constituye una transición de primer orden que debe ser objeto de una atención detenida y prolongada por parte tanto del terapeuta como del paciente. La conducción a buen término de este proceso es necesaria para concluir adecuadamente una terapia.





## Epílogo

---

*No se logra una indemnización [reparación, compensación] por ningún camino fácil y los intentos de encontrar una vía rápida pueden conducir exclusivamente a aumentar la negación y la desilusión.*

—Jeremy Holmes (1991, p. 104)

Escribir este libro ha sido una combinación de una carrera de relevos, pasándonos unos a otros un borrador tras otro, y de una maratón de cuatro años de lecturas, discusiones, correos electrónicos, conferencias telefónicas y redacciones. Ha sido una experiencia emocionante, frustrante, esclarecedora, a veces desconcertante, y la mayoría de las veces gratificante. El desarrollo de una nueva teoría junto con sus aplicaciones prácticas no es una labor de poca monta, y requiere una curiosidad, paciencia, persistencia y modestia prácticamente inagotables. Y por supuesto, ¡un elevado nivel mental! Esperamos y deseamos haber hecho una contribución notable al ámbito que nos es tan querido; una contribución que pueda respaldar a los clínicos y los investigadores por igual a la hora de brindar una ayuda más eficaz a los pacientes traumatizados. Al fin y al cabo, este ha sido nuestro principal objetivo de principio a fin, incluidos nuestros erro-

res y ocasionalmente nuestros torpes intentos de “acertar” [*get it right*, cogerlo, hacerlo bien].

En este epílogo abordamos dos últimas cuestiones. Primero, nuestra teoría precisa un mayor desarrollo y examen científico, y la validación controlada del tratamiento que se deriva de la teoría está todavía por hacer. Segundo, no podemos acabar sin hablar de las acciones del terapeuta como uno de los elementos principales en relación con el éxito (o el fracaso) de la terapia con personas crónicamente traumatizadas.

### **La naturaleza evolutiva de la teoría y el modelo de tratamiento**

Como dijimos al principio de este libro, la teoría de la disociación estructural combinada con la psicología janetiana de la acción, y el modelo de tratamiento se derivan de nuestra amplia experiencia clínica con pacientes crónicamente traumatizados, reflexiones teóricas, estudios empíricos, y la influencia de muchos de nuestros colegas. Hemos prestado mucha atención a algunos de los grandes maestros del pasado cuyo legado bibliográfico contiene tesoros escasamente reconocidos, y en particular Pierre Janet. Ni la teoría ni el modelo de tratamiento sobre la base de dicha teoría son sistemas fijos ni cerrados, sino empresas que están en vías de realizarse, como lo atestiguan nuestras sucesivas publicaciones en relación con estas materias. A su vez, invitamos a los colegas que puedan estar interesados a sumarse a nosotros para poder seguir desarrollando y mejorando la teoría. Lo que es más importante, esperamos que otras personas también se decidan a comprobar empíricamente las hipótesis teóricas básicas.

La teoría de la disociación estructural es una heurística muy sugerente. Algunas de las hipótesis extraídas de la misma han podido ser comprobadas científicamente con resultados positivos (e.g., Reinders *et al.*, 2003; Reinders *et al.*, 2006; véase el capítulo 10), y varias otras están siendo investigadas actualmente. Ahora bien, queda mucho más por hacer para validar la teoría o corregir sus errores. Uno de los

retos más importantes sería la elaboración y la comprobación de un instrumento de medida que permita evaluar el grado de disociación estructural.

¿Cuán eficaz es el modelo de tratamiento por fases presentado aquí para las víctimas de abusos [*abuse*, abusos sexuales, malos tratos físicos y/o emocionales] y desatención grave [*neglect*, dejadez, abandono, desamparo] crónicos durante la niñez? Nuestra propia experiencia clínica conjunta, así como la de los colegas formados en la teoría y la práctica que se describen en este libro, atestiguan su efectividad con muchos pacientes que otros enfoques consideraban intratables. No existe evidencia de que el hecho de ignorar [en el sentido de no hacer caso o de cerrar los ojos a] los síntomas de la disociación estructural contribuya a resolverlos (Coons & Bowman, 2001; Kluft, 1993c, 2006). Varios estudios no controlados sugieren que el tratamiento por fases de la disociación estructural compleja [secundaria y terciaria] puede ser efectivo (Coons & Bowman, 2001). Ehling, Nijenhuis y Krikke (2003) estudiaron a 14 mujeres recuperadas totalmente de un TDI [trastorno disociativo de la identidad], la totalidad de las cuales habían sido tratadas con un modelo por fases de larga duración. Antes de ello, muchas de estas pacientes habían recibido otros tratamientos que incluían hacer caso omiso de los síntomas disociativos o la sola administración de medicación antipsicótica, que resultaron ineficaces o que les perjudicaron todavía más. Sería ideal que pudiésemos disponer de ensayos controlados aleatorizados sobre la eficacia del tratamiento por fases que proponemos. Desgraciadamente, estos estudios todavía no existen, y una de las razones principales es que la investigación de resultados en el caso de las terapias complejas y de larga duración es extraordinariamente difícil. Sencillamente, son demasiadas las variables implicadas durante un período de tiempo demasiado largo, y parece casi imposible idear un modelo de comparación que sea aceptable. Los grupos de control de lista de espera están fuera de lugar, y parece igualmente poco ético tratar a las víctimas de traumatizaciones crónicas durante años siguiendo unas prácticas terapéuticas que, como señalan las observaciones clínicas, arrojan una y otra vez resultados fallidos.

Además, estaría bien y no sería demasiado complicado comenzar a elaborar una base de datos de las mediciones o evaluaciones realizadas, por ejemplo, cada seis meses durante el transcurso de la terapia, con medidas pre- y post- y evaluaciones de seguimiento.

Hemos presentado este modelo de tratamiento a modo de una psicoterapia individual (de larga duración). Ahora bien, tales enfoques individuales pueden combinarse perfectamente con terapias de grupo estructuradas, sobre todo en la fase 1 del tratamiento. Las terapias de grupo adicionales se pueden centrar en la psicoeducación sistemática y el entrenamiento en habilidades; por ejemplo, con respecto a la regulación de las acciones y la capacidad de estar más presente. Estos grupos deben ajustarse a las necesidades específicas de sus miembros. Por ejemplo, los pacientes con TDI, caracterizados por presentar una disociación estructural terciaria, podrían necesitar unos grupos diferentes de los que podrían ser más apropiados para los pacientes con TLP [trastorno límite de la personalidad] y TEPT [trastorno por estrés postraumático] de tipo complejo, que se caracterizan por presentar una disociación estructural secundaria. Muchos de los principios del tratamiento presentados en el capítulo 12 son aplicables a estos tipos de grupos.

## **El terapeuta**

Una de las enseñanzas más importantes que hemos aprendido a lo largo de nuestro camino es que la psicología janetiana de la acción es aplicable a todo el mundo, incluida la persona del terapeuta. Venimos prestándole cada vez más atención a nuestros propios niveles mentales, nuestras propias acciones desadaptativas y adaptativas, nuestra propia capacidad de síntesis y de consciencia, nuestros propios éxitos y fracasos a la hora de acceder a niveles más elevados de tendencias de acción tanto en el ámbito de la terapia como en otros diferentes ámbitos de nuestras vidas.

Hemos descubierto que la forma más eficaz de utilizar la psicología de la acción con pacientes traumatizados es que el terapeuta apli-

que esta misma psicología a sus propias acciones mentales y conductuales en relación con el paciente. La psicoterapia de las víctimas [los supervivientes] de maltrato y desamparo infantil crónico supone un reto constante y de primera magnitud tanto para el paciente como para el terapeuta, y es el terapeuta quien debe responsabilizarse de mantener las normas asistenciales [*standard of care*] y los principios éticos más elevados. El terapeuta debe, pues, desenvolverse en la terapia a un nivel constantemente elevado dentro de la jerarquía de tendencias [de acción]. Ello significa, entre otras cosas, que cuando el paciente inicia tendencias de acción rígidas y de nivel inferior, el terapeuta no debe responder con la misma moneda, sino por el contrario iniciar acciones más flexibles y adaptativas.

Como mínimo, el terapeuta debe dominar las tendencias de acción reflexivas prolongadas, que incluyen un fuerte sentido del deber y la capacidad personal, acciones reflexivas, iniciativa, perseverancia y paciencia. También debe poder llevar a cabo tendencias experimentales, que incluyen la capacidad de esperar pacientemente los resultados de las acciones (i.e., de las intervenciones terapéuticas a lo largo de un amplio período de tiempo), de reconocer los errores intelectuales y las limitaciones personales, y de mostrar un respeto saludable hacia sí mismo y los pacientes. El terapeuta aprende de la experiencia, por ejemplo, que se necesita un tiempo determinado [*timing*, un ritmo, una velocidad, la llegada del momento oportuno] para todo, que la resistencia al cambio es prácticamente universal y absolutamente esperable, que los pacientes pueden adoptar unas líneas de acción determinadas y bastante previsibles cuando emprenden niveles inferiores de tendencias de acción, que el terapeuta trabaja muy bien con un determinado tipo de pacientes, y no tan bien con otros. El terapeuta tiene que ser humilde y modesto, tener un fuerte deseo de escuchar y de aprender tanto de los pacientes como de sus colegas, en lugar de creer que tiene todas las respuestas. Y también debe tener firmeza de carácter, lo que incluye un fuerte sentido de la ética personal y profesional, junto con una dedicación y un autocontrol adaptativos a lo largo de prolongados períodos de tiempo.

Por decirlo de una forma ligeramente diferente, el terapeuta encargado del tratamiento a largo plazo de las víctimas de una traumatización infantil crónica debe caracterizarse por un alto grado de salud mental. Ser terapeuta en general no es una tarea fácil, y ser terapeuta de personas crónicamente traumatizadas es todavía más exigente. El terapeuta debe tener en cuenta muchas variables, ya no sólo en relación con el complejo mundo del paciente, sino también con las propias circunstancias vitales personales que podrían influir en sus acciones como terapeuta. Éstas incluyen factores sociales tales como las relaciones actuales con la familia y los amigos, los estresores actuales, el estatus económico, la situación laboral, la salud, sus puntos fuertes y sus puntos débiles, incluido el nivel habitual de energía y eficiencia mental, y la pericia profesional o la falta de la misma.

Cuando el terapeuta es incapaz, por la razón que sea, de mantener un nivel mental elevado en relación con un paciente, tenderá a emprender acciones de nivel inferior. Algunas de estas acciones desadaptativas podrían considerarse contratransferenciales, un fenómeno éste perfectamente documentado en la bibliografía especializada en el ámbito de la traumatización (Dalenberg, 2000; J.M. Davies & Frawley, 1994; Figley, 1995; Kluft, 1994a; Loewenstein, 1991; McCann & Pearlman, 1990; Pearlman & Saakvitne, 1995; Rothschild, 2006; Tauber, 1998; J.P. Wilson & Lindy, 1994; J.P. Wilson & Thomas, 2004). Por ejemplo, puede que el terapeuta sea capaz generalmente de desenvolverse al nivel de las tendencias superiores de acción, pero de repente desciende al nivel de las acciones reflejas cuando un paciente se muestra muy agresivo porque el terapeuta comenzó la sesión con cinco minutos de retraso. El terapeuta piensa: "Sólo son cinco minutos, ¡es ridículo que este paciente pretenda controlarme por una cosa así!". A continuación se pone agresivo y a la defensiva, provocando todavía más al paciente. En esta situación, el terapeuta ha perdido transitoriamente la capacidad de mentalizar, de empatizar, de comprender los miedos que están en la raíz de las expectativas poco realistas del paciente. Dicha mentalización supone una acción de nivel elevado. Las acciones de nivel inferior del terapeuta también pueden complementar las acciones del paciente, desembo-

cando en la escenificación de unos papeles fijos, como los de víctima-agresor o víctima-salvador, por ejemplo. Y el terapeuta puede a veces inclinarse a hacer un uso demasiado rígido del encuadre terapéutico, o bien a tolerar un exceso de laxitud debido a que su propio sistema defensivo o su estilo de vinculación inseguro se ve activado en su relación con los pacientes. El terapeuta, en ese caso, puede desear evitar enfrentamientos desagradables, contentar al paciente, o bien apaciguar [suavizar] sus propios sentimientos negativos hacia el paciente, tales como culpa, impotencia, desprecio o rabia.

Tales descensos de la eficiencia mental del terapeuta pueden deberse a la propia experiencia personal actual como, por ejemplo, el cansancio o la enfermedad, el tener que afrontar demasiadas exigencias, o la falta de experiencia o de conocimientos profesionales. También pueden implicar una contratransferencia. El terapeuta se enzarza en acciones contratransferenciales y, por tanto, de nivel inferior cuando su propio pasado sin resolver se ve activado por la conducta del paciente. El terapeuta realiza entonces acciones rígidas, condicionadas, de la misma forma que el paciente. Es posible que dichas acciones puedan proceder eventualmente de una parte emocional (PE) rudimentaria del terapeuta, la cual se mantiene generalmente en un estado latente. Por ejemplo, un terapeuta experimentó unos sentimientos muy intensos de culpa y de incompetencia junto con una tendencia a la retracción cuando una PE de uno de sus pacientes manifestó un sufrimiento muy intenso y le culpó de sentir un dolor tan abrumador. A raíz de que tuvieran lugar dichos incidentes, el terapeuta se volvió menos capaz de pensar con claridad y de mantener el encuadre terapéutico. La retracción y el silencio del terapeuta únicamente sirvieron para intensificar el miedo, la agresividad y el dolor del paciente, lo que a su vez intensificó la retracción y el sentimiento de culpa del terapeuta. Con ello, paciente y terapeuta quedaron atrapados en un círculo vicioso de acciones transferenciales-contratransferenciales relacionadas con la experiencia traumática. El reconocimiento por parte del terapeuta de esta pauta desadaptativa le motivó a buscar terapia personal, en virtud de la cual cayó en la cuenta de que el sufrimiento y la culpabilización del paciente



habían reactivado una sensación intensa de impotencia y miedo –correspondientes a una parte infantil rudimentaria de su personalidad– relacionados con una enfermedad mortal y extremadamente dolorosa que la madre del terapeuta había padecido en grado extremo durante la niñez de éste. Dicho reconocimiento [*realization*] le movió a mejorar el cuidado de sí mismo, a tener más empatía y preocupación por esta parte desbordada e indebidamente agobiada [abrumada con responsabilidades fuera de lugar] de su propia personalidad.

De hecho, una minoría substancial de terapeutas tienen antecedentes de traumatización (Elliot & Guy, 1993) y puede que la teoría de la disociación estructural y la psicología de la acción les ayuden a su propia curación. Estamos convencidos de que, más que ningún otro tipo de terapia, el tratamiento a largo plazo de las víctimas de malos tratos y abandono emocional durante la niñez, reactiva experiencias dolorosas no resueltas en el terapeuta, incluidas experiencias traumáticas. Somos firmes partidarios de las revisiones [consultas o deliberaciones con otros profesionales] y de las supervisiones, y también de la psicoterapia para el propio terapeuta en caso necesario (J.G. Allen, 2001; Pearlman & Saakvitne, 1995).

La fase 2 del tratamiento, con su énfasis principal en la síntesis y la consciencia de los recuerdos traumáticos, puede implicar un riesgo importante de que la contratransferencia de origen traumático disminuya la eficiencia mental del terapeuta. Como señalamos en el capítulo 16, son dos los errores contratransferenciales apriorísticos en relación con los recuerdos traumáticos del paciente (Van der Hart & Steele, 1999). Primero, el terapeuta puede desarrollar una actitud contratransferencial hacia los recuerdos traumáticos del paciente que derive en una presión injustificada y refleja para que el paciente afronte su pasado traumático. Para el paciente que todavía no tiene el suficiente nivel mental, ello puede ser desastroso y derivar en una descompensación y demás consecuencias negativas extremadamente graves. En el caso del paciente que tenga una mayor capacidad, puede vivirlo como una forma de volver a verse forzado a participar en algo doloroso en contra de su propia voluntad. El segundo error con-

tratransferencial consiste en la identificación excesiva con el paciente, junto con el desarrollo de una fobia secundaria a los recuerdos traumáticos del paciente. Esta fobia secundaria no debe confundirse con la apreciación más o menos correcta de que el nivel mental del paciente todavía es insuficiente como para poder sintetizar y reconocer un determinado recuerdo traumático. Dicha fobia se basaría más bien en la evitación por parte del terapeuta de sus propios recuerdos traumáticos no resueltos, en la evitación de la pérdida y el dolor del paciente debido a que el terapeuta cree que ello podría ser demasiado doloroso para él mismo.

En conclusión, la teoría de la disociación estructural se concentra en las acciones integradoras que la persona traumatizada no ha logrado realizar, y en las acciones desadaptativas que substituyen a dichas acciones más adaptativas. La psicología de la acción describe cómo se puede alentar a la persona a emprender acciones más integradoras, y qué acciones son adaptativas. Al fin y al cabo, para vivir bien tenemos que aprender a preocuparnos y a cuidar de nosotros mismos y de los demás, a conocernos a nosotros mismos y a los demás, a tener nuestra propia experiencia y valorar la experiencia de los demás, y a sacar el mayor provecho del presente en base a actuar de la mejor manera que sepamos. Esta capacidad de actuar bien es, en última instancia, lo único que tenemos y lo que define nuestra propia humanidad. La psicología de la acción puede resumirse, pues, en las enérgicas palabras del rabí Hillel: “Si no puedo contar conmigo mismo, entonces ¿quién soy? Si no estoy con los demás, ¿qué soy? Y si no es ahora, entonces ¿cuándo?”.



## Bibliografía

---

- Abelson, R. P. (1963). "Computer simulation of "hot cognitions." In S. Tomkins & S. Messick (Eds.), *Computer simulation and personality: Frontier of psychological theory*. (pp. 277–298) New York: Wiley.
- Aderibigbe, Y. A., Bloch, R. M., & Walker, W. R. (2001). Prevalence of depersonalization and derealization experiences in a rural population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36, 63–69.
- Agrawal, H. R., Gunderson, J., Holmes, B. M., & Lyons-Ruth, K. (2004). Attachment studies with borderline patients: A review. *Harvard Review of Psychiatry*, 12, 94–104.
- Alexander, P. C. (1992). Application of attachment theory to the study of sexual abuse. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 60, 185–195.
- Alexander, P. C., & Anderson, C. L. (1994). An attachment approach to psychotherapy with the incest survivor. *Psychotherapy*, 31, 665–675.
- Allen, J. G. (2001). *Traumatic relationships and serious mental disorders*. New York: Wiley.
- Allen, J. G., Console, D. A., & Lewis, L. (1999). Dissociative detachment and memory impairment: Reversible amnesia or encoding failure? *Comprehensive Psychiatry*, 40, 160–71.
- Allen, J. G., Coyne, L., & Console, D. A. (1997). Dissociative detachment relates to psychotic symptoms and personality decompensation. *Comprehensive Psychiatry*, 38, 327–334.
- Allen, J. G., Coyne, L., & Console, D. A. (1996). Dissociation contributes to anxiety and psychoticism on the Brief Symptom Inventory. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 639–641.
- Allen, J. G., Coyne, L., & Huntoon, J. (1998). Complex posttraumatic stress disorder in women from a psychometric perspective. *Journal of Personality Assessment*, 70, 277–298.
- Allen, S. N. (1994). Psychological assessment of post-traumatic stress disorder. Psychometrics, current trends, and future directions. *Psychiatric Clinics of North America*, 17, 327–349.
- Allport, G. W. (1961). *Pattern and growth in personality*. New York: Holt, Rinehart, & Winston.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C., Perry, B. D., Dube, S. R., & Giles, W. H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256, 174–186.

- Anderson, C. M., & Stewart, S. (1983). *Mastering resistance: A practical guide to family therapy*. New York: Guilford.
- Anderson, G., Yasenik, L., & Ross, C. A. (1993). Dissociative experiences and disorders among women who identify themselves as sexual abuse survivors. *Child Abuse & Neglect*, 17(5), 677-686.
- Anderson, M. C., & Green, C. (2001). Suppressing unwanted memories by executive control. *Nature*, 410, 366-369.
- Anderson, M. C., Ochsner, K. N., Kuhl, B., Cooper, J., Robertson, E., Gabrieli, S. W. et al. (2004). Neural systems underlying the suppression of unwanted memories. *Science*, 303, 232-235.
- Andreski, P., Chilcoat, H., & Breslau, N. (1998). Post-traumatic stress disorder and somatization symptoms: A prospective study. *Psychiatry Residency*, 79, 131-138.
- Andrews, B. (2002). Body shame and abuse in childhood. In P. Gilbert & J. Miles (Eds.), *Body shame: Conceptualisation, research and treatment* (pp. 256-266). New York: Brunner-Routledge.
- Andrews, B., Brewin, C. R., Rose, S., & Kirk, M. (2000). Predicting PTSD symptoms in victims of violent crime: The role of shame, anger, and childhood abuse. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 69-73.
- Appelfeld, A. (1994). *Beyond despair*. New York: Fromm.
- Armstrong, J. (1991). The psychological organization of multiple personality disordered patients as revealed in psychological testing. *Psychiatric Clinics of North America*, 14, 533-546.
- Armstrong, M. T., Stronk, K., & Carlson, C. D. (1999). Body image and self-perception in women with histories of incest. In J. Goodwin & R. Attias (Eds.), *Splintered reflections: Images of the body in trauma* (pp. 137-153). New York: Basic Books.
- Arnold, M. B. (1960). *Emotion and personality*. New York: Columbia University Press.
- Atlas, J. A., Wolfson, M. A., & Lipschitz, D. S. (1995). Dissociation and somatization in adolescent inpatients with and without history of abuse. *Psychology Reports*, 76(2), 1101-1102.
- Azam, A. (1876). *Le dédoublement de la personnalité, suite de l'histoire de Félicité X\*\*\*. Revue Scientifique* [Doubling of the personality, followed by the history of Félicité X\*\*\*]. 2nd series, 265-269.
- Baeyens, F., Eelen, P., Van den Berg, O., & Crombez, G. (1989). Acquired affective-evaluative value: Conservative but not unchangeable. *Behavioral Research & Therapy*, 27, 279-287.
- Baeyens, F., Hermans, D., & Eelen, P. (1993). The role of CS-US contingency in human evaluative conditioning. *Behavioral Research & Therapy*, 31, 731-737.
- Bailey, P. (1928). The psychology of human conduct: A review. *American Journal of Psychiatry*, 8, 209-234.
- Bain, A. (1855). *The senses and the intellect*. London: Parker.
- Baker, D., Hunter, E., Lawrence, E., Medford, N., Patel, M., Senior, C., Sierra, M., Lambert, M. V., Phillips, M. L., & David, A. S. (2003). Depersonalisation disorder: Clinical features of 204 cases. *British Journal of Psychiatry*, 182, 428-433.
- Barach, P. (2004, November). "If love be good, from whence comes my woe?" Third Annual Pierre Janet Memorial Lecture. Presented at the 21st Annual Meeting of the International Society for the Study of Dissociation, New Orleans, LA.
- Barkley, R. A. (2001). The executive functions and self-regulation: An evolutionary neuropsychological perspective. *Neuropsychology Review*, 11, 1-29.

- Barkow, J., Cosmides, L., & Tooby, J. (Eds.) (1992). *The adapted mind: Evolutionary psychology and the generation of culture*. New York: Oxford University Press.
- Bartlett, A. B. (1996). Clinical assessment of sexual trauma: Interviewing adult survivors of childhood abuse. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 60, 147-159.
- Beaunis, H. (1887). *Le somnambulisme provoqué* [Instigated somnambulism]. (2nd., enlarged ed.). Paris: J.-B. Bailière & Fils.
- Becker-Blease, K. A., Deater-Deckard, K., Eley, T., Freyd, J. J., Stevenson, J., & Plomin, R. (2004). A genetic analysis of individual differences in dissociative behaviors in childhood and adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 522-532.
- Benyakar, M., Kutz, I., Dasberg, H., & Stern, M. (1989). The collapse of a structure: A structural approach to trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 431-450.
- Berk, J. H. (1998). Trauma and resilience during war: A look at the children and humanitarian aid workers of Bosnia. *Psychoanalytic Review*, 85, 639-658.
- Berlucchi, G., & Aglioti, S. (1997). The body in the brain: Neural bases for corporeal awareness. *Trends in Neurosciences*, 20, 560-564.
- Bernstein, E. M., & Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 727-735.
- Berrington, W. P., Liddell, D. W., & Foulds, G. A. (1956). A re-evaluation of the fugue. *Journal of Mental Science*, 102, 280-286.
- Berthoz, A. (2000). *The brain's sense of movement*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Binet, A. (1977). *Alterations of personality*. Washington, DC: University Publications of America. (Original work published 1892-1896).
- Birmes, P., Brunet, A., Carreras, D., Ducasse, J. L., Charlet, J. P., Lauque, D. et al. (2003). The predictive power of peritraumatic dissociation and acute stress symptoms for posttraumatic stress symptoms: A three-month prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1337-1339.
- Blake, D. D., Weathers, F. W., Nagy, L. M., Kaloupek, D. G., Gusman, F. D., Charney, D. S. et al. (1995). The development of a clinician-administered PTSD scale. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 75-90.
- Bleich, A., & Moskowitz, L. (2000). Post traumatic stress disorder with psychotic features. *Croatian Medical Journal*, 41, 442-445.
- Blizard, R. A. (1997). The origins of dissociative identity disorder from an object relations and attachment theory perspective. *Dissociation*, 10, 223-229.
- Blizard, R. A. (2001). Masochistic and sadistic ego states: Dissociative solutions to the dilemma of attachment to an abusive caretaker. *Journal of Trauma and Dissociation*, 2(4), 37-58.
- Blizard, R. A. (2003). Disorganized attachment: Development of dissociated self states and a relational approach to treatment. *Journal of Trauma and Dissociation*, 4, 27-50.
- Blum, H. P. (Ed.). (1986). *Defenses and resistances: Historical perspectives and current concepts*. Madison, CT: International Universities Press.
- Bolstad, B. R., & Zinbarg, R. E. (1997). Sexual victimization, generalized perception of control, and posttraumatic stress disorder symptom severity. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 523-540.
- Boney-McCoy, S., & Finkelhor, D. (1996). Is youth victimization related to trauma symptoms and depression after controlling for prior symptoms and family relationships? A longitudinal, prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1406-1416.

- Boon, S. (1997). The treatment of traumatic memories in DID: Indications and contra-indications. *Dissociation*, 10, 65-79.
- Boon, S., & Draijer, N. (1993). *Multiple personality disorder in the Netherlands*. Lisse, the Netherlands: Swets & Zeitlinger.
- Boon, S., & Van der Hart, O. (2003). De behandeling van de dissociatieve identiteitsstoornis [Treatment of dissociative identity disorder]. In O. Van der Hart (Ed.), *Trauma, dissociatie en hypnose* [Trauma, dissociation and hypnosis] (4th ed., pp. 193-238). Lisse, the Netherlands: Swets & Zeitlinger.
- Borkovec, T. D., & Sharpless, B. (2004). Generalized anxiety disorder: Bringing cognitive-behavioral therapy into the valued present. In S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 209-243). New York: Guilford.
- Borys, D. S. (1994). Maintaining therapeutic boundaries: The motive is therapeutic effectiveness, not defensive practice. *Ethics and Behavior*, 4, 267-273.
- Bouton, M. E. (2004). Context and behavioral processes in extinction. *Learning and Memory*, 11, 485-494.
- Bouton, M. E., Westbrook, R. F., Corcoran, K. A., & Maren, S. (2006). Contextual and temporary modulation of extinction: Behavioral and biological mechanisms. *Biological Psychiatry*, in press.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment* (2nd ed., Vol. 1). New York: Basic Books. (Original work published in 1969).
- Bowman, E. (2006). Why conversion seizures should be classified as a dissociative disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 29(1), 185-211.
- Bowman, E. S., & Markand, O. N. (1996). Psychodynamics and psychiatric diagnoses of pseudoseizure subjects. *American Journal of Psychiatry*, 153, 57-63.
- Brady, K. T. (1997). Posttraumatic stress disorder and comorbidity: Recognizing the many faces of PTSD. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58(Suppl. 9), 12-15.
- Brady, K. T., Killeen, T. K., Brewerton, T., & Lucerini, S. (2000). Comorbidity of psychiatric disorders and posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61(Suppl. 7), 22-32.
- Brand, B. L., Armstrong, J. G., & Loewenstein, R. J. (2006). Psychological assessment of patients with dissociative identity disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 29, 145-168.
- Braude, S. E. (1995). *First person plural: Multiple personality and the philosophy of mind* (Rev. ed.). London/New York: Routledge.
- Braun, B. G. (1984). The transgenerational incidence of dissociation and multiple personality disorder; A preliminary report. In R. P. Kluft (Ed.), *Childhood antecedents of multiple personality* (pp. 127-150). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Braun, B. G. (1986). Introduction. In B. G. Braun (Ed.), *Treatment of multiple personality disorder* (pp. xi-xxi). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Braun, B. G. (1990). Dissociative disorders as sequelae to incest. In R. P. Kluft (Ed.), *Incest-related syndromes of adult psychopathology* (pp. 227-245). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Bremner, J., Southwick, S., Darnell, A., & Charney, D. (1996). Chronic PTSD in Vietnam combat veterans: Course of illness and substance abuse. *American Journal of Psychiatry*, 153, 369-375.
- Bremner, J. D. (1999). Acute and chronic responses to psychological trauma: Where do we go from here? *American Journal of Psychiatry*, 156, 349-351.
- Bremner, J. D., Southwick, S. M., Brett, E., Fontana, A., Rosenheck, R., & Charney, D. S. (1992). Dissociation and posttraumatic stress disorder in Vietnam combat veterans. *American Journal of Psychiatry*, 149, 328-332.

- Bremner, J. D., Southwick, S. M., Johnson, D. R., Yehuda, R., & Charney, D. (1993). Childhood physical abuse in combat-related posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150, 235–239.
- Bremner, J. D., Steinberg, M., Southwick, S. M., Johnson, D. R., & Charney, D. S. (1993). Use of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders for systematic assessment of dissociative symptoms in posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1011–1014.
- Bremner, J. D., Vermetten, E., Southwick, S. M., Krystal, J. H., & Charney, D. S. (1998). Trauma, memory, and dissociation: An integrative formulation. In J. D. Bremner & C. R. Marmar (Eds.), *Trauma, memory, and dissociation* (pp. 365–402). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Breslau, N., Davis, G. C., Andreski, P., & Peterson, E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry*, 48, 216–222.
- Breslau, N. (2001). The epidemiology of posttraumatic stress disorder: What is the extent of the problem? *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(Suppl. 17), 16–22.
- Breslau, N., Chilcoat, H. D., Kessler, R. C., Peterson, E. L., & Lucia, V. C. (1999). Vulnerability to assaultive violence: Further specification of sex difference in post-traumatic stress disorder. *Psychology and Medicine*, 29, 813–821.
- Breslau, N., Davis, G., & Andreski, P. (1995). Risk factors for PTSD-related traumatic events: A prospective analysis. *American Journal of Psychiatry*, 152, 529–504.
- Brett, E. A. (1996). The classification of posttraumatic stress disorder. In B. A. Van der Kolk, A. C. McFarlane, & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress: The overwhelming experience on mind, body, and society* (pp. 117–128). New York: Guilford.
- Brett, E. A., & Ostroff, R. (1985). Imagery and posttraumatic stress disorder: An overview. *American Journal of Psychiatry*, 142, 417–424.
- Breuer, J., & Freud, S. (1955a). Studies on hysteria. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 2). London: Hogarth Press. (Original work published in 1893–1895).
- Breuer, J., & Freud, S. (1955b). On the psychical mechanism of hysterical phenomena: Preliminary communication. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 2, pp. 3–17). London: Hogarth Press. (Original work published in 1893).
- Brewin, C. R. (2001). A cognitive neuroscience account of posttraumatic stress disorder and its treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 373–393.
- Brewin, C. R. (2003). *Posttraumatic stress disorder: Malady or myth?* New Haven, CT: Yale University Press.
- Brewin, C. R. (2005a). Systematic review of screening instruments for adults at risk of PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 53–62.
- Brewin, C. R. (2005b, November). "Voices" in PTSD: A window of identity. *Proceedings of the 21st Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies*, p. 79. Toronto, Canada.
- Brewin, C. R., Andrews, B., Rose, S., & Kirk, M. (1999). Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder in victims of violent crime. *American Journal of Psychiatry*, 156, 360–366.
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 748–766.
- Brewin, C. R., Dalgleish, T., & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of post traumatic stress. *Psychological Review*, 103, 670–686.
- Brewin, C. R. & Holmes, E. A. (2003). Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 23, 339–376.



- Brewin, C. R. & Smart, L. (2005). Working memory capacity and suppression of intrusive thoughts. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36, 61–68.
- Bridges, N. A. (1999). Psychodynamic perspective on therapeutic boundaries: Creative clinical possibilities. *Journal of Psychotherapy Practice & Research*, 8, 292–300.
- Briere, J. (1997). *Psychological assessment of adult posttraumatic states*. Washington, DC: American Psychological Press.
- Briere, J. (2004). *Psychological assessment of adult posttraumatic states: Phenomenology, diagnosis, and measurement* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Briere, J., & Scott, C. (2006). *Principles of trauma therapy: A guide to symptoms, evaluation, and treatment*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Briere, J., & Spinazzola, J. (2005). Phenomenology and psychological assessment of complex posttraumatic states. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 401–412.
- Brodsky, B. S., Cloitre, M., & Dulit, R. A. (1995). Relationship of dissociation to self-mutilation and childhood abuse in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1788–1792.
- Brown, D., & Fromm, E. (1986). *Hypnotherapy and hypnoanalysis*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Brown, D., Schefflin, A. W., & Hammond, D. C. (1998). *Memory, trauma treatment, and the law*. New York: Norton.
- Brown, L., Russell, J., Thornton, C., & Dunn, S. (1999). Dissociation, abuse and the eating disorders: Evidence from an Australian population. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 33, 521–528.
- Brown, R. J., Schrag, A., & Trimble, M. R. (2005). Dissociation, childhood interpersonal trauma, and family functioning in patients with somatization disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162, 899–905.
- Brown, W. (1919). War neuroses: A comparison of early cases seen in the field with those seen at the base. *Lancet*, ii, 833–836.
- Brunet, A., Weiss, D. S., Metzler, T. J., Best, S. R., Neylan, T. C., Rogers, C. et al. (2001). The peritraumatic distress inventory: A proposed measure of PTSD criterion A2. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1480–1485.
- Bryant, R. A., & Harvey, A. G. (2000). *Acute stress disorder: A handbook of theory, assessment, and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Bryant, R. A. & Panasetis, P. (2001). Panic symptoms during trauma and acute stress disorder. *Behavioural Research and Therapy*, 39, 961–966.
- Buchheim, A., Strauss, B., & Kachele, H. (2002). The differential relevance of attachment classification for psychological disorders. *Psychotherapy & Psychosomatic Medical Psychology*, 52, 128–133.
- Buckley, T. C., Blanchard, E. B., & Hickling, E. J. (1998). A confirmatory factor analysis of posttraumatic stress symptoms. *Behavior, Research, and Therapy*, 36, 1091–1099.
- Buckley, T. C., Blanchard, E. B., & Neill, W. T. (2000). Information processing and PTSD: A review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review*, 20, 1041–1065.
- Burney, J., & Irwin, H. J. (2000). Shame and guilt in women with eating-disorder symptomatology. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 51–61.
- Buss, D. M. (2004). *Evolutionary psychology: The new science of the mind*. (2nd ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Buss, D. M. (2005). *The handbook of evolutionary psychology*. Hoboken: Wiley.

- Butler, L. D., Duran, R. E. F., Jasiukaitis, P., Koopman, C., & Spiegel, D. (1996). Hypnotizability and traumatic experiences: A diathesis-stress model of dissociative symptomatology. *American Journal of Psychiatry*, 153(Festschrift Suppl.), 42-63.
- Butler, R. W., Mueser, K. T., Spock, J., & Braff, D. L. (1996). Positive symptoms of psychosis in posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 39, 839-844.
- Butzel, J. S., Talbot, N. L., Duberstein, P. R., Houghtalen, R. P., Cox, C., & Giles, D. E. (2000). The relationship between traumatic events and dissociation among women with histories of childhood sexual abuse. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 547-549.
- Caffo, E., & Belaise, C. (2003). Psychological aspects of traumatic injury in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 12, 493-535.
- Caissy, G. (1998). *Unlock the fear: How to open yourself up to face and accept change*. New York: Insight Books.
- Cameron, C. (2000). *Resolving childhood trauma: A long-term study of abuse survivors*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Cardeña, E. (1994). The domain of dissociation. In S. J. Lynn & J. W. Rhue (Eds.), *Dissociation: Clinical and theoretical perspectives* (pp. 15-31). New York: Guilford.
- Cardeña, E. (2000). Hypnosis in the treatment of trauma: A promising, but not fully supported, efficacious intervention. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 225-238.
- Cardeña, E., & Spiegel, D. (1993). Dissociative reactions to the San Francisco Bay Area earthquake of 1989. *American Journal of Psychiatry*, 150, 474-478.
- Carlson, E. A. (1998). A prospective longitudinal study of disorganized/disoriented attachment. *Child Development*, 69, 1107-1128.
- Carlson, E. B. (1994). Studying the interaction between physical and psychological states with the Dissociative Experiences scale. In D. Spiegel (Ed.), *Dissociation: Culture, mind, and body* (pp. 41-58). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Carlson, E. B. (1997). *Trauma assessments: A clinician's guide*. New York: Guilford.
- Carlson, E. B., & Dalenberg, C. (2000). A conceptual framework for the impact of traumatic experiences. *Trauma, Violence, and Abuse*, 1, 4-28.
- Carlson, E. B., & Putnam, F. W. (1993). An update on the Dissociative Experiences scale. *Dissociation*, 6, 16-27.
- Carlson, E. B., Putnam, F. W., Ross, C. A., Torem, M., Coons, P. M., Dill, D. L., Loewenstein, R. J., & Braun, B. G. (1993). Validity of the Dissociative Experiences Scale in screening for multiple personality disorder: A multicenter study. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1030-1036.
- Carrion, V. G., & Steiner, H. (2000). Trauma and dissociation in delinquent adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 353-359.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (2000). Scaling back goals and recalibration of the affect system are processes in normal adaptive self-regulation: Understanding "response shift" phenomena. *Social Science and Medicine*, 50, 1715-1722.
- Carver, C. S., Sutton, S. K., & Scheier, M. F. (2000). Action, emotion, and personality: Emerging conceptual integration. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26, 741-751.
- Cassidy, J. (1994). Emotion regulation: Influences of attachment relations. In N. A. Fox (Ed.), *The development of emotion regulation: Biological and behavioral considerations* (Vol. 59, pp. 228-249). Chicago: University of Chicago Press.

- Cassidy, J. (1999). The nature of the child's ties. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 3–20). New York: Guilford.
- Cattell, J. P., & Cattell, J. S. (1974). Depersonalization: Psychological and social perspectives. In S. Arieti (Ed.), *American Handbook of Psychiatry* (2nd ed., pp. 766–799). New York: Basic Books.
- Charcot, J. M. (1887). *Clinical lectures on diseases of the nervous system*. London: New Sydenham Society.
- Chefetz, R. A. (2000). Affect dysregulation as a way of life. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 28, 289–303.
- Chemtob, C. M., Tolin, D. F., Van der Kolk, B. A., & Pitman, R. K. (2000). Eye movement desensitization and reprocessing. In E. B. Foa, T. M. Keane, & M. J. Friedman (Eds.), *Effective treatments for PTSD* (pp. 139–154). New York: Guilford.
- Christianson, S. A. (1992). Emotional stress and eye-witness memory: A critical review. *Psychological Bulletin*, 112, 284–309.
- Chu, J. A. (1988a). Ten traps for therapists in the treatment of trauma survivors. *Dissociation*, 1(4), 24–32.
- Chu, J. A. (1988b). Some aspects of resistance in the treatment of multiple personality disorder. *Dissociation*, 1(2), 34–38.
- Chu, J. A. (1996). Dissociative symptomatology in adult patients with histories of childhood physical and sexual abuse. In J. D. Bremner & C. R. Marmar (Eds.), *Trauma, memory, and dissociation* (pp. 179–203). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Chu, J. A. (1998a). *Rebuilding shattered lives: The responsible treatment of complex post-traumatic and dissociative disorders*. New York: Wiley.
- Chu, J. A. (1998b). Dissociative symptomatology in adult patients with histories of childhood physical and sexual abuse. In J. D. Bremner & C. R. Marmar (Eds.), *Trauma, memory, and dissociation* (pp. 179–203). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Chu, J. A., & Dill, D. L. (1990). Dissociation, borderline personality disorder, and childhood trauma. *American Journal of Psychiatry*, 148, 812.
- Chu, J. A., Frey, L. M., Ganzel, B. L., & Matthews, J. A. (1999). Memories of childhood abuse: Dissociation, amnesia, and corroboration. *American Journal of Psychiatry*, 156, 749–763.
- Classen, C., Cheryl, K., Hales, R., & Spiegel, D. (1998). Acute stress disorder as a predictor of posttraumatic stress symptoms. *American Journal of Psychiatry*, 155, 620–624.
- Cloete, S. (1972). *A Victorian son: An autobiography*. London: Collins.
- Clohesy, S., & Ehlers, A. (1999). PTSD symptoms, response to intrusive memories and coping in ambulance service workers. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 251–265.
- Cloitre, M., Chase Stovall-McClough, K., Miranda, R., & Chemtob, C. M. (2004). Therapeutic alliance, negative mood regulation, and treatment outcome in child abuse-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 411–416.
- Cloitre, M., Koenen, K., Cohen, L., & Han, H. (2002). Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1067–1074.
- Cohen, J. A., Perel, J. M., De Bellis, M. D., Friedman, M. J., & Putnam, F. W. (2002). Treating traumatized children: Clinical implications of the psychobiology of posttraumatic stress disorder. *Trauma, Violence, and Abuse: A Review Journal*, 3, 91–108.

- Comstock, C. M. (1991). The inner self helper and concepts of inner guidance: Historical antecedents, its role within dissociation, and clinical utilization. *Dissociation*, 4, 165-177.
- Conlon, L., Fahy, T. J., & Conroy, R. (1999). PTSD in ambulant RTA victims: A randomized controlled trial of debriefing. *Journal of Psychosomatic Research*, 46, 37-44.
- Coons, P. M. (1984). Children of parents with multiple personality disorder. In R. P. Kluft (Ed.), *Childhood antecedents of multiple personality* (pp. 151-165). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Coons, P. M. (1992). Dissociative disorder not otherwise specified: A clinical investigation of 50 cases with suggestions for typology and treatment. *Dissociation*, 5(4), 187-196.
- Coons, P. M. (1994). Confirmation of childhood abuse in child and adolescent cases of multiple personality disorder and dissociative disorder not otherwise specified. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 461-464.
- Coons, P. M. (1996). Depersonalization and derealization. In L. Michelson & W. J. Ray (Eds.), *Handbook of dissociation: Theoretical, empirical, and clinical perspectives* (pp. 291-605). New York: Plenum Press.
- Coons, P. M., & Bowman, E. S. (2001). Ten-year follow-up study of patients with dissociative identity disorder. *Journal of Trauma and Dissociation*, 2, 73-89.
- Coons, P. M., & Milstein, V. (1992). Psychogenic amnesia: A clinical investigation of 25 cases. *Dissociation*, 4, 73-79.
- Cosmides, L., & Tooby, J. (1992). Cognitive adaptations for social change. In J. Barkow, L. Cosmides, & J. Tooby (Eds.), *The adaptive mind* (pp. 162-228). New York: Oxford University Press.
- Courtois, C. A. (1988). *Healing the incest wound: Adult survivors in therapy*. New York: Norton.
- Courtois, C. A. (1999). *Recollections of sexual abuse: Treatment principles and guidelines*. New York: Norton.
- Courtois, C. A. (2004). Complex trauma, complex reactions: Assessment and treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, and Training*, 41, 412-425.
- Crabtree, A. (1993). *From Mesmer to Freud: Magnetic sleep and the roots of psychological healing*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Craine, L. S., Henson, C. E., Colliver, J. A., & MacLean, D. G. (1988). Prevalence of a history of sexual abuse among female psychiatric patients in a state hospital system. *Hospital & Community Psychiatry*, 39, 300-304.
- Crocq, L. (1999). *Les traumatismes psychiques de guerre*. [Psychological trauma of war]. Paris: Editions Odile Jacob.
- Culpin, M. (1931). *Recent advances in the study of the psychoneuroses*. Philadelphia: P. Blakiston's Son.
- Dalenberg, C. J. (2000). *Countertransference and the treatment of trauma*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Damasio, A. (1999). *The feeling of what happens: Body and emotion in the making of consciousness*. Orlando, FL: Harcourt Brace.
- Darves-Bornoz, J. M., Degiovanni, A., & Gaillard, P. (1999). Validation of a French version of the Dissociative Experiences scale in a rape-victim population. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 271-275.
- Darves-Bornoz, J. M., Delmotte, I., Benhamou, P., Degiovanni, A., & Gaillard, P. (1996). Syndrome secondaire à un stress traumatique (PTSD) et conduites addictives [Syndrome secondary to post-traumatic stress disorder and addictive behaviors]. *Annales Médico-Psychologiques*, 154, 190-194.

- Darves-Bornoz, J. M., Lépine, J. P., Choquet, M., Berger, C., Degiovanni, A., & Gailard, P. (1998). Predictive factors of chronic post-traumatic stress disorder in rape victims. *European Psychiatry*, 13, 281-287.
- David, D., Kutcher, G. S., Jackson, E. I., & Mellman, T. A. (1999). Psychotic symptoms in combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 29-32.
- Davies, J. M., & Frawley, M. G. (1994). *The psychoanalytic treatment of adult survivors of childhood sexual abuse*. New York: Basic Books.
- Davies, M. I., & Clark, D. M. (1998). Thought suppression produced a rebound effect with analogue post-traumatic intrusions. *Behaviour, Research, and Therapy*, 36, 571-582.
- Delbo, C. (1985). *La mémoire et les jours*. [Days and memory] Paris: Berg International.
- Dell, P. F. (1998). Axis II pathology in outpatients with dissociative identity disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 352-356.
- Dell, P. F. (2002). Dissociative phenomenology of dissociative identity disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 10-15.
- Dell, P. F. (2006a). A new model of dissociative identity disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 29, 1-26.
- Dell, P. F. (2006b). The multidimensional inventory of dissociation (MID): A comprehensive measure of pathological dissociation. *Journal of Trauma and Dissociation*, 7(2), 77-106.
- De Montaigne, M. (1993). *Michel de Montaigne: The complete essays* (Trans. M. A. Screech). New York: Penguin Books.
- Dickinson, L. M., DeGruy, F. V., Dickinson, P., & Candib, L. (1999). Health-related quality of life and symptom profiles of female survivors of sexual abuse. *Archives of Family Medicine*, 8, 35-43.
- Donovan, B. S., Padin-Rivera, E., Dowd, T., & Blake, D. D. (1996). Childhood factors and war zone stress in chronic PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 361-368.
- Donovan, B. S., Padin-Rivera, E., & Kowaliw, S. (2001). "Transcend:" Initial outcomes from a post traumatic stress disorder/substance abuse treatment program. *Journal of Traumatic Stress*, 14, 757-772.
- Draijer, N. (1990). *Seksuele traumatisering in de jeugd: Gevolgen op lange termijn van seksueel misbruik van meisjes door verwanten* [Sexual traumatization in childhood: Long-term sequelae of sexual abuse of girls by relatives]. Amsterdam: SUA.
- Draijer, N., & Boon, S. (1993). Trauma, dissociation, and dissociative disorders. In S. Boon & N. Draijer (Eds.), *Multiple personality in the Netherlands: A study on reliability and validity of the diagnosis* (pp. 177-193). Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Draijer, N., & Boon, S. (1999). The imitation of dissociative identity disorder: Patients at risk, therapists at risk. *Journal of Psychiatry & Law*, 11, 301-322.
- Draijer, N., & Langeland, W. (1999). Childhood trauma and perceived parental dysfunction in the etiology of dissociative symptoms in psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 156, 379-385.
- Drever, J. (1952). *Penguin dictionary of psychology*. Harmondsworth, Middlesex: Penguin Books.
- Driessen, M., Beblo, T., Reddemann, L., Rau, H., Lange, W., Silva, A. et al. (2002). Ist die Borderline-Persönlichkeitsstörung eine komplexe posttraumatische Störung? [Is borderline personality disorder a complex posttraumatic disorder?] *Nervenarzt*, 73, 820-829.

- Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Chapman, D. P., Williamson, D. F., & Giles, W. H. (2001). Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: Findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *Journal of the American Medical Association*, 286, 3089–3096.
- Dube, S. R., Felitti, V. J., Dong, M., Chapman, D. P., Giles, W. H., & Anda, R. F. (2003). Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: The Adverse Childhood Experiences Study. *Pediatrics*, 111(3), 564–572.
- Dube, S. R., Felitti, V. J., Dong, M., Giles, W. H., & Anda, R. F. (2003). The impact of adverse childhood experiences on health problems: Evidence from four birth cohorts dating back to 1900. *Preventive Medicine*, 37, 268–277.
- Dutton, M. A., Burghardt, K. J., Perrin, S. G., Chrestman, K. R., & Halle, P. M. (1994). Battered women's cognitive schemata. *Journal of Traumatic Stress*, 7, 237–255.
- Edelman, G. M. (1989). *Bright air, brilliant fire: On the matter of the mind*. New York: Basic Books.
- Edelman, G. M., & Tononi, G. (2000). *A universe of consciousness: How matter becomes imagination*. New York: Basic Books.
- Ehlers, A., Mayou, R. A., & Bryant, B. (2003). Cognitive predictors of posttraumatic stress disorder in children: Results of a prospective longitudinal study. *Behavior, Research, and Therapy*, 41, 1–10.
- Ehling, T., Nijenhuis, E. R. S., & Krikke, A. P. (November, 2003). *Volume of discrete brain structures in florid and recovered DID, DDNOS, and healthy controls*. Presentation at the 20th International Fall Conference of the International Society for the Study of Dissociation, Chicago, IL.
- El-Hage, W., Darves-Bornoz, J.-M., Allilaire, J.-F., & Gaillard, P. (2002). Posttraumatic somatoform dissociation in French psychiatric outpatients. *Journal of Trauma and Dissociation*, 3(3), 59–73.
- Ellason, J. W., & Ross, C. A. (1995). Positive and negative symptoms in dissociative identity disorder and schizophrenia: A comparative analysis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 236–241.
- Ellason, J. W., Ross, C. A., & Fuchs, D. L. (1996). Lifetime axis I and II comorbidity and childhood trauma history in dissociative identity disorder. *Psychiatry*, 59, 255–266.
- Ellenberger, H. F. (1970). *The discovery of the unconscious*. New York: Basic Books.
- Elliott, D., & Guy, J. D. (1993). Mental health professionals versus non-mental health professionals: Childhood trauma and adult functioning. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24, 83–89.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle-Stuart.
- Ellis, G. F. R. (2005). *Physics and the real world*. Paper presented at Science and Religion: Global perspectives. Philadelphia: Metanexus Institute, <http://www.metanexus.net>.
- Ellis, G. F. R., & Toronchuk, J. (2005). Affective neural Darwinism. In R. D. Ellis, & N. Newton (Eds.), *Consciousness and emotion: Agency, conscious choice, and selective perception* (pp. 81–119). Amsterdam: John Benjamins.
- Emily, J. O., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129, 52–73.
- Engelhard, I. M., & Arntz, A. (2005). The fallacy of ex-consequentia reasoning and the persistence of PTSD. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, 36, 35–42.



- Epstein, R. S. (1994). *Keeping boundaries: Maintaining safety and integrity in the therapeutic process*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Epstein, S. (Ed.) (1991). *The self concept, the traumatic neurosis, and the structure of personality* (Vol. 3). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Erickson, M. H. (1980). *The collected papers of Milton H. Erickson on hypnosis* Ed. by E. L. Rossi, (Vols. 1-4). New York: Irvington.
- Eulenberg, A. (1878). *Lehrbuch der Nervenkrankheiten* [Textbook of nervous disorders]. Berlin: August Hirschwald.
- Fallot, R., & Harris, M. (2002). The trauma recovery and empowerment model (TREM). *Community Mental Health Journal*, 38, 475-485.
- Fanselow, M. S., & Lester, L. S. (1988). A functional behavioristic approach to aver- sively motivated behavior: Predatory imminence as a determinant of the topog- raphy of defensive behavior. In R. C. Bolles & M. D. Beecher (Eds.), *Evolution and learning* (pp. 185-212). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Feeny, N. C., Zoellner, L. A., & Foa, E. B. (2002). Treatment outcome for chronic PTSD among female assault victims with borderline personality characteristics: A preliminary examination. *Journal of Personality Disorders*, 16, 30-40.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V. et al. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death of adults: The Adverse Childhood Expe- riences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14, 245-258.
- Ferenczi, S. (1919). Die Psychoanalyse der Kriegsneurose [Psychoanalysis of war neuroses] n. In S. Freud et al., *Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen* [Psy- choanalysis of war neuroses] (pp. 9-30). Vienna: Internationaler Psychoana- lytischer Verlag.
- Ferenczi, S. (1926). *Further contributions to the theory and technique of psycho- analysis*. London: Hogarth Press.
- Ferenczi, S. (1949). Confusion of tongues between adults and the child. *Interna- tional Journal of Psychoanalysis*, 30, 225-231.
- Ferenczi, S. (1988). *The clinical diary of Sándor Ferenczi*. (J. Dupont, Ed.). Cam- bridge, MA: Harvard University Press.
- Figley, C. R. (1978). *Stress disorders among Vietnam veterans*. New York: Brunner/ Mazel.
- Figley, C. (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Philadelphia: Brunner/Mazel.
- Fine, C. G. (1993). A tactical integrationist perspective on the treatment of multi- ple personality disorder. In R. P. Kluft & C. G. Fine (Eds.), *Clinical perspec- tives on multiple personality disorder* (pp. 135-154). Washington, DC: Ameri- can Psychiatric Press.
- Fine, C. G. (1999). The tactical-integration model for the treatment of dissociative identity disorder and allied dissociative disorders. *American Journal of Psy- chotherapy*, 53, 361-376.
- Fine, C. G., & Berkowitz, A. S. (2001). The wreathing protocol: The imbrication of hypnosis and EMDR in the treatment of dissociative identity disorder and other dissociative responses. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 43, 275-290.
- Fine, C. G., & Comstock, C. M. (November, 1989). *The completion of cognitive schemata and affective realms through the temporary blending of personali- ties*. Paper Presented at the Fifth International Conference on Multiple Person- ality/Dissociative States, Chicago, IL.
- Firestone, R. W., & Catlett, J. (1999). *Fear of intimacy*. Washington, DC: Ameri- can Psychological Association.
- Foa, E. B. (2006). Psychosocial therapy for posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67 [Suppl 2], 40-45.

- Foa, E. B., Keane, T. M., & Friedman, M. J. (2000). *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society of Traumatic Stress Studies*. New York: Guilford.
- Foa, E. B., & Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral treatment for PTSD*. New York: Guilford.
- Foa, E. B., Zinbarg, R., & Rothbaum, B. O. (1992). Uncontrollability and unpredictability in post-traumatic stress disorder: An animal model. *Psychological Bulletin*, 112, 218–238.
- Follette, V. M., Ruzek, J., & Abueg, F. R. (Eds.) (1998). *Cognitive-behavioral therapies for trauma*. New York: Guilford.
- Fonagy, P. M. (1997). Multiple voices vs. meta-cognition: An attachment theory perspective. *Journal of Psychotherapy Integration*, 7, 181–194.
- Fonagy, P. M., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Other Press.
- Fonagy, P., & Target, M. (1996). Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. *International Journal of Psychoanalysis*, 77, 217–233.
- Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Developmental Psychopathology*, 9, 679–700.
- Ford, J. (1999). Disorder of extreme stress following war-zone military trauma: Associated features of posttraumatic stress disorder or comorbid but distinct syndromes? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 3–12.
- Ford, J. D., Courtois, C. A., Steele, K., Van der Hart, O., & Nijenhuis, E. R. S. (2005). Treatment of complex posttraumatic self-dysregulation. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 437–448.
- Ford, J. D., & Kidd, P. (1998). Early childhood trauma and disorders of extreme stress as predictors of treatment outcome with chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 743–761.
- Ford, J. D., Racusin, R., Ellis, C. G., Daviss, W. B., Reiser, J., Fleischer, A., & Thomas, J. (2000). Child maltreatment, other trauma exposure, and posttraumatic symptomatology among children with oppositional defiant and attention deficit hyperactivity disorders. *Child Maltreatment*, 5, 205–217.
- Ford, J. D., & Russo, E. (in press). A trauma-focused, present-centered, emotional self-regulation approach to integrated treatment for post-traumatic stress and addiction: Trauma Adaptive Recovery Group Education and Therapy (TARGET). *American Journal of Psychotherapy*.
- Fosha, D. (2000). *The transforming power of affect: A model of accelerated change*. New York: Basic Books.
- Fosha, D. (2001). The dyadic regulation of affect. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 227–242.
- Fraser, G. A. (1991). The dissociation table technique: A strategy for working with ego states in dissociative disorders and ego-state therapy. *Dissociation*, 4, 205–213.
- Fraser, G. A. (2003). Fraser's "Dissociative Table Technique" revisited, revised: A strategy for working with ego states in dissociative disorders and ego-state therapy. *Journal of Trauma and Dissociation*, 4(4), 5–28.
- Fraser, S. (1987). *My father's house: A memoir of incest and of healing*. Toronto: Doubleday Canada.
- Freeman, L., & Power, M. J. (2005). *Handbook of evidence-based psychotherapy*. New York: Wiley.
- Freyd, J. J. (1996). *Betrayal trauma: The logic of forgetting childhood trauma*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Frijda, N. (1986). *The emotions*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.



- Fromm, E. (1965). Hypnoanalysis: Theory and two case excerpts. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 2, 127-133.
- Fuster, J. M. (1997). *The prefrontal cortex: Anatomy, physiology, and neuropsychology of the frontal lobe*. Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Fuster, J. M. (2003). *Cortex and mind: Unifying cognition*. New York: Oxford University Press.
- Gabbard, G. O., & Lester, E. P. (1995). *Boundaries and boundary violations in psychoanalysis*. New York: Basic Books.
- Gallese, V. (2003). The roots of empathy: The shared manifold hypothesis and the neural basis of intersubjectivity. *Psychopathology*, 36, 171-180.
- Gallese, V., Keysers, C., & Rizzolatti, G. (2004). A unifying view of the basis of social cognition. *Trends in Cognitive Science*, 8, 396-403.
- Galloucis, M., Silverman, M. S., & Francek, H. M. (2000). The impact of trauma exposure on the cognitive schemas of a sample of paramedics. *International Journal of Emergency Mental Health*, 2, 5-18.
- Garbarini, F., & Adenzato, M. (2004). At the root of embodied cognition: Cognitive science meets neurophysiology. *Brain and Cognition*, 56, 100-106.
- Garcia, J., Forthman-Quick, D., & White, B. (1984). Conditioned disgust and fear from mollusk to monkey. In D. L. Alkon & J. Farley (Eds.), *Primary neural substrates of learning and behavioral change* (pp. 47-61). New York: Cambridge University Press.
- Gelinas, D. J. (1983). The persisting negative effects of incest. *American Journal of Psychiatry*, 46, 312-332.
- Gelinas, D. J. (2003). Integrating EMDR into phase-oriented treatment for trauma. *Journal of Trauma & Dissociation*, 4(3), 91-135.
- Gershuny, B. S., Cloitre, M., & Otto, M. W. (2003). Peritraumatic dissociation and PTSD severity: Do event-related fears about death and control mediate their relation? *Behaviour Research and Therapy*, 41, 157-166.
- Gershuny, B. S., & Thayer, J. F. (1999). Relations among psychological trauma, dissociative phenomena, and trauma-related distress: A review and integration. *Clinical Psychology Review*, 19, 631-657.
- Gilbert, P. (1989). *Human nature and suffering*. London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Gilbert, P. (2000). The relationship of shame, social anxiety, and depression: The role of evaluation and social rank. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7, 174-189.
- Gilbert, P. (2001). Evolution and social anxiety. The role of attraction, social competition, and social hierarchies. *Psychiatric Clinics of North America*, 24(4), 723-751.
- Gilbert, P. (2002). Body shame: A biopsychosocial conceptualization and overview with treatment implications. In P. Gilbert & J. N. V. Miles (Eds.), *Body shame: Conceptualization, Research & Treatment* (pp. 3-54). Hove: Brunner Routledge.
- Gilbert, P., & Gerlsma, C. (1999). Recall of shame and favouritism in relation to psychopathology. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 357-373.
- Glaser, D. (2000). Child abuse and neglect and the brain: A review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 97-116.
- Gleaves, D. H. (1996). The sociocognitive model of dissociative identity disorder. *Psychological Bulletin*, 120, 42-59.
- Gold, S. N. (2000). *Not trauma alone*. Philadelphia: Brunner/Routledge.
- Goldstein, A. J., & Chambless, D. L. (1978). A reanalysis of agoraphobia. *Behavior Therapy*, 9, 47-59.

- Golier, J. A., Yehuda, R., Lupien, S. J., Harvey, P. D., Grossman, R., & Elkin, A. (2002). Memory performance in Holocaust survivors with posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159(10), 1682–1688.
- Golier, J. A., Yehuda, R., Schmeidler, J., & Siever, L. J. (2001). Variability and severity of depression and anxiety in post traumatic stress disorder and major depressive disorder. *Depression and Anxiety*, 13, 97–100.
- Golynkina, K., & Ryle, A. (1999). The identification and characteristics of the partially dissociated states of patients with borderline personality disorder. *British Journal of Medical Psychology*, 72(4), 429–445.
- Goodman, L., & Peters, J. (1995). Persecutory alters and ego states: Protectors, friends, and allies. *Dissociation*, 8, 91–99.
- Goodman, L. A., Rosenberg, S. D., Mueser, K. T., & Drake, R. E. (1997). Physical and sexual assault history in women with serious mental illness: Prevalence, correlates, treatment, and future research directions. *Schizophrenia Bulletin*, 23(4), 685–696.
- Goodman, L. A., Thompson, K., Weinfurt, K., Corl, S., Acker, P., & Mueser, K. T. (1999). Reliability of reports of violent victimization and posttraumatic stress disorder among men and women with serious mental illness. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 587–599.
- Goodwin, J., & Attias, R. (1999). Conversations with the body: Psychotherapeutic approaches to body image and body ego. In J. M. Goodwin & R. Attias (Eds.). *Splintered reflections: Images of the body in trauma* (pp. 167–182). New York: Basic Books.
- Gould, J. L. (1982). *Ethology: The mechanisms and evolution of behavior*. New York: Norton.
- Graham, C., & Thavastotby, R. (1995). Dissociative psychosis: An atypical presentation and response to cognitive-analytic therapy. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 12, 109–111.
- Grey, N., Holmes, E., & Brewin, C.R. (2001). Peritraumatic emotional “hot-spots” in memory. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 367–372.
- Grieger, T. A., Staab, J. P., Cardeña, E., McCarroll, J. E., Brandt, G. T., Fullerton, C. S., & Ursano, R. I. (2000). Acute stress disorder and subsequent post-traumatic stress disorder in a group of exposed disaster workers. *Depression & Anxiety*, 11, 183–184.
- Grigsby, J., & Stevens, D. (2000). *Neurodynamics of personality*. New York: Guilford.
- Gunderson, J. (1996). The borderline patient's intolerance of aloneness: Insecure attachments and therapist availability. *American Journal of Psychiatry*, 153, 752–758.
- Gunderson, J. G., & Sabo, A. (1993). The phenomenological and conceptual interface between borderline personality disorder and post-traumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150, 19–27.
- Guralnik, O., Schmeidler, J., & Simeon, D. (2000) Feeling unreal: Cognitive processes in depersonalization. *American Journal of Psychiatry*, 157, 103–109.
- Hahn, W. K. (2004). The role of shame in negative therapeutic reactions. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41, 3–12.
- Haley, J. (1963). *Strategies of psychotherapy*. New York: Grune & Stratton.
- Hammond, D. C. (1990). (Ed.). *Handbook of hypnotic suggestions and metaphors*. New York: Norton.
- Hammond, D. C., & Cheek, D. B. (1988). Ideomotor signaling: A method for rapid unconscious exploration. In D. C. Hammond (Ed.), *Hypnotic induction and suggestion: An introductory manual* (pp. 90–97). Des Plaines, IL: American Society of Clinical Hypnosis.

- Hamner, M. B., Frueh, B. C., Ulmer, H. G., Huber, M. G., Twomey, T. J., Tyson, C., et al. (2000). Psychotic features in chronic posttraumatic stress disorder and schizophrenia: Comparative severity. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 217–221.
- Hamner, M. B., Frueh, B. C., Ulmer, H. G., & Arana, G. W. (1999). Psychotic features and illness severity in combat veterans with chronic posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 45, 846–852.
- Harter, S. (1999). *The construction of the self: A developmental perspective*. New York: Guilford.
- Harvey, A. G., & Bryant, R. A. (1998). The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: A prospective evaluation of motor vehicle accident survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 507–512.
- Harvey, A. G., & Bryant, R. A. (1999a). A qualitative investigation of the organization of traumatic memories. *British Journal of Clinical Psychology*, 38(4), 401–405.
- Harvey, A. G., & Bryant, R. A. (1999b). Dissociative symptoms in acute stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 673–680.
- Haugen, M. C., & Castillo, R. J. (1999). Unrecognized dissociation in psychotic outpatients and implications of ethnicity. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 751–754.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Folette, V. M., & Strohsahl, K. (1996). Emotional avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152–1168.
- Hayes, S. C., Folette, V. M., & Linehan, M. M. (Eds.) (2004). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. New York: Guilford.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behavioral Research and Therapy*, 44, 1–25.
- Hedges, L. E. (1997). Surviving the transference psychosis. In L. E. Hedges, R. Hilton, V. W. Hilton, & O. B. Caudill, Jr. (Eds.), *Therapists at risk: Perils of the intimacy of the therapeutic relationship* (pp. 109–145). Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Heim, G., & Bühler, K. E. (2003). Les idées fixes et la psychologie de l'action de Pierre Janet. [Fixed ideas and Pierre Janet's action psychology] *Annales Médico Psychologiques*, 161, 579–586.
- Henry, D. L. (2001). Resilient children: What they tell us about coping with maltreatment. *Social Work in Health Care*, 34, 283–298.
- Herman, J. L. (1992a). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress* 5, 377–392.
- Herman, J. L. (1992b). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.
- Herman, J. L. (1993). Sequelae of prolonged and repeated trauma: Evidence for a complex posttraumatic syndrome (DESNOS). In J. R. T. Davidson & E. B. Foa (Eds.), *Posttraumatic stress disorder: DSM-IV and beyond* (pp. 213–228). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Herman, J. L., Perry, J. C., & Van der Kolk, B. A. (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 146, 490–495.
- Herman, J. L., & Van der Kolk, B. A. (1987). Childhood trauma in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 146, 490–495.
- Hermans, E. J., Nijenhuis, E. R. S., Van Honk, J., Huntjens, R., & Van der Hart, O. (2006). State dependent attentional bias for facial threat in dissociative identity disorder. *Psychiatry Research*, 141, 233–236.

- Hesse, E. (1999). The adult attachment interview: Historical and current perspective. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 395–433). New York: Guilford.
- Hilgard, E. R. (1977). *Divided consciousness: Multiple controls in human thought and action*. New York: Wiley.
- Hillis, S. D., Anda, R. F., Dube, S. R., Felitti, V. J., Marchbanks, P. A., & Marks, J. S. (2004). The association between adverse childhood experiences and adolescent pregnancy, long-term psychosocial consequences, and fetal death. *Pediatrics*, 113, 320–327.
- Holbrook, T. L., Hoyt, D. B., Stein, M. B., & Sieber, W. J. (2001). Perceived threat to life predicts posttraumatic stress disorder after major trauma: Risk factors and functional outcome. *Journal of Trauma-Injury Infection & Critical Care*, 51, 287–293.
- Holbrook, T. L., Hoyt, D. B., Stein, M. B., & Sieber, W. J. (2002). Gender differences in long-term posttraumatic stress disorder outcomes after major trauma: Women are at higher risk of adverse outcomes than men. *Journal of Trauma*, 53, 882–888.
- Hollender, M. H., & Hirsch, S. J. (1964). Hysterical psychosis. *American Journal of Psychiatry*, 120, 1066–1074.
- Holmes, J. (1991). Psychotherapy 2000: Some predictions for the coming decade. *British Journal of Psychiatry*, 159, 149–155.
- Holmes, E. A., Brown, R. J., Mansell, W., Fearon, R. P., Hunter, E. C., Frاسquilho, F., & Oakley, D. A. (2005). Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 25, 1–23.
- Holowka, D. W., King, S., Saheb, D., Pukall, M., & Brunet, A. (2003). Childhood abuse and dissociative symptoms in adult schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 60, 87–90.
- Horner, A. J. (2005). *Dealing with resistance in psychotherapy*. Lanham, MD: Jason Aronson.
- Horevitz, R., & Loewenstein, R. J. (1994). The rational treatment of multiple personality disorder. In S. J. Lynn & J. W. Rhue (Eds.), *Dissociation: Clinical and theoretical perspectives* (pp. 289–316). New York: Guilford.
- Hornstein, N. L., & Putnam, F. W. (1992). Clinical phenomenology of child and adolescent dissociative disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 1077–1085.
- Horowitz, M. J. (1986). *Stress response syndromes* (2nd ed.). Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Howell, E. (2005). *The dissociative mind*. Mahwah, NJ: Analytic Press.
- Huber, M. (1995). *Multiple Persönlichkeiten: Überlebenden extremer Gewalt* [Multiple personalities: Survivors of extreme violence]. Frankfurt: Fischer.
- Huber, M. (2003). *Wege der Traumabehandlung: Trauma und Traumabehandlung, Teil 2* [Trauma treatment: Trauma and trauma treatment, Part 2]. Paderborn, Germany: Junfermann Verlag.
- Hunter, M., & Struve, J. (1998). *The ethical use of touch in psychotherapy*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Hurley, S. L. (1998). *Consciousness in action*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Ide, N., & Paez, A. (2000). Complex PTSD: A review of current issues. *International Journal of Emergency Mental Health*, 2, 43–49.
- International Society for the Study of Dissociation (2005). [Chu, J. A., Loewenstein, R., Dell, P. F., Barach, P. M., Somer, E., Kluft, R. P., Gelinas, D. J., Van der Hart, O., Dalenberg, C. J., Nijenhuis, E. R. S., Bowman, E. S., Boon, S., Goodwin, J., Jacobson, M., Ross, C. A., Şar, V., Fine, C. G., Frankel, A. S., Coons, P. M., Cour-

- tois, C. A., Gold, S. N., & Howell, E.] Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults. *Journal of Trauma & Dissociation*, 6(4), 69–149.
- Irwin, H. J. (1996). Traumatic childhood events, perceived availability of emotional support, and the development of dissociative tendencies. *Child Abuse & Neglect*, 20, 701–707.
- Irwin, H. J. (1998). Affective predictors of dissociation. II: Shame and guilt. *Journal of Clinical Psychology*, 54, 237–245.
- Irwin, H. J. (1999). Pathological and nonpathological dissociation: The relevance of childhood trauma. *Journal of Psychology*, 133, 157–164.
- Izquierdo, I., Cammarota, M., Vianna, M. M., & Bevilacqua, L. R. (2004). The inhibition of acquired fear. *Neurotoxicity Research*, 6, 175–188.
- Jackson, J. H. (1931–1932). *Selected writings of John Hughlings Jackson* (Vol. 1–2). London: Milford.
- Janet, P. (1887). L'anesthésie systématisée et la dissociation des phénomènes psychologiques [Systematic anesthesia and the dissociation of psychological phenomena]. In P. Janet, *Premiers écrits psychologiques* [First psychological writings] (pp. 87–112) (edited by S. Nicolas). Paris: L'Harmattan (Original work published in 1887).
- Janet, P. (1889). *L'automatisme psychologique* [Psychological automatism]. Paris: Félix Alcan.
- Janet, P. (1898a). *Névroses et idées fixes*, Vol. 1., [Neuroses and fixed ideas]. Paris: Félix Alcan.
- Janet, P. (1898b). Un cas de possession et l'exorcisme moderne [A case of possession and modern exorcism]. In P. Janet (1898), *Névroses et idées fixes*, Vol. 1 [Neuroses and fixed ideas]. (pp. 375–406). Paris: Félix Alcan. (Original work published in 1894–1895).
- Janet, P. (1898c). Histoire d'une idée fixe [History of a fixed idea]. In P. Janet, *Névroses et idées fixes* [Neuroses and fixed ideas], Vol. 1. Paris: Félix Alcan. (Original work published in 1894).
- Janet, P. (1898d). L'amnésie continue [Continuous amnesia]. In P. Janet, *Névroses et idées fixes* [Neuroses and fixed ideas], Vol. 1 (pp. 109–155). Paris: F. Alcan. (Original work published in 1893).
- Janet, P. (1903). *Les obsessions et la psychasthénie* [Obsessions and psychasthenia], Vol. 1. Paris: Félix Alcan.
- Janet, P. (1907). *The major symptoms of hysteria*. London & New York: Macmillan.
- Janet, P. (1909a). Problèmes psychologiques de l'émotion [Psychological problems of emotion]. *Revue Neurologique*, 17, 1551–1687.
- Janet, P. (1909b). *Les névroses* [The neuroses]. Paris: E. Flammarion.
- Janet, P. (1910–1911). Les problèmes de la suggestion [The problems of suggestion]. *Medizinische Psychologie und Psychotherapie* [Medical Psychology and Psychotherapy], 17, 323–343.
- Janet, P. (1921–1922). La tension psychologique, ses degrés, ses oscillations. [Psychological tension, its degrees, its oscillations] *British Journal of Psychology, Medical Section*, 1, 1–15, 144–164, 209–224.
- Janet, P. (1922). The fear of action. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 16, 150–160.
- Janet, P. (1925). *Psychological healing*. New York: Macmillan. (Original work published as *Les médications psychologiques*. (1919). Paris: Félix Alcan).
- Janet, P. (1926a). *Les stades de l'évolution psychologique et le rôle de la faiblesse dans le fonctionnement de l'esprit* [Stages of psychological evolution and the role of weakness in the functioning of the mind]. Paris: A. Chahine.
- Janet, P. (1926b). *De l'angoisse à l'extase*, Vol. 1, *Un délire religieux, La croyance*. [From agony to ecstasy, Vol. 1, A religious delirium, belief]. Paris: F. Alcan.

- Janet, P. (1927). *La pensée intérieure et ses troubles* [Inner thought and its troubles]. Paris: A. Chahine.
- Janet, P. (1928a). *L'évolution de la mémoire et de la notion du temps* [The evolution of memory and of the notion of time]. Paris: A. Chahine.
- Janet, P. (1928b). *De l'angoisse à l'extase*, Vol. 2, *Les sentiments fondamentaux* [From agony to ecstasy, Vol. 2, The fundamental feelings]. Paris: F. Alcan.
- Janet, P. (1929a). *L'évolution psychologique de la personnalité* [The psychological evolution of the personality]. Paris: A. Chahine.
- Janet, P. (1929b). Les sentiments régulations de l'action [The regulating feelings of action]. *Bulletin de la Société Française de Philosophie*, 29, 73–103.
- Janet, P. (1932a). On memories which are too real. In C. MacFie Campbell (Ed.), *Problems of personality* (pp. 141–150). New York: Harcourt, Brace, and Company.
- Janet, P. (1932b). *La force et la faiblesse psychologiques* [Psychological strength and weakness]. Paris: N. Maloine.
- Janet, P. (1932c). *L'amour et la haine* [Love and hate]. Paris: N. Maloine.
- Janet, P. (1934). *La tension psychologique et ses oscillations* [Psychological tension and its oscillations]. In G. Dumas (Ed.), *Nouveau traité de psychologie* [New textbook of psychology] (pp. 386–411). Paris: F. Alcan.
- Janet, P. (1935a). Réalisation et interprétation [Realization and interpretation]. *Annales Médico-Psychologiques*, 93, 329–366.
- Janet, P. (1935b). *Les débuts de l'intelligence* [The beginnings of intelligence]. Paris: Flammarion.
- Janet, P. (1936). *L'intelligence avant le langage* [Intelligence before language]. Paris: Flammarion.
- Janet, P. (1937). Psychological strength and weakness in mental diseases. In R. K. Merton (Ed.), *Factors determining human behavior* (pp. 64–106). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Janet, P. (1938). La psychologie de la conduite [The psychology of action]. In H. Wallon (Ed.), *Encyclopédie Française* [The French encyclopedia] (pp. 808–11–808–16). Paris: Société de Gestion de l'Encyclopédie Française.
- Janet, P. (1945). La croyance délirante [Delirious beliefs]. *Schweizerische Zeitschrift für Psychologie*, 4, 173–187.
- Janet, P. (1977). The mental state of hystericals: A study of mental stigmata and mental accidents (edited and with prefaces by D. N. Robinson). Washington, DC: University Publications of America. (Original work published in 1901).
- Janet, P. (1983a). *L'état mental des hystériques* [The mental state of hystericals], 2nd ed. Marseille: Lafitte. (Original work published in 1911).
- Janet, P. (1983b). L'amnésie et la dissociation des souvenirs par l'émotion [Amnesia and the dissociation of memories by emotion]. In P. Janet, *L'état mental des hystériques* [The mental state of hystericals], 2nd ed. (pp. 506–544). Marseille: Lafitte. (Original work published in 1904).
- Janet, P. (1983c). Le traitement psychologique de l'hystérie [Psychological treatment of hysteria]. In P. Janet (1911), *L'état mental des hystériques* [The mental state of hystericals], 2nd ed. (pp. 619–688). Marseille: Lafitte. (Original work published in 1898/1911).
- Jang, K. L., Stein, M. B., Taylor, S., Asmundson, G. J., & Livesley, W. J. (2003). Exposure to traumatic events and experiences: Aetiological relationships with personality function. *Psychiatry Research*, 120, 61–69.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York: The Free Press.
- Janssen, I., Krabbendam, L., Hanssen, M., Bak, M., Vollebergh, W., de Graaf, R. et al. (2005). Are apparent associations between parental representations and



- psychosis risk mediated by early trauma? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112, 372-375.
- Jenkins, M. A., Langlais, P. J., Delis, D. A., & Cohen, R. A. (2000). Attentional dysfunction associated with posttraumatic stress disorder among rape survivors. *Clinical Neuropsychology*, 14, 7-12.
- Johnson, D. M., Pike, J. L., & Chard, K. M. (2001). Factors predicting PTSD, depression, and dissociative severity in female treatment-seeking childhood sexual abuse survivors. *Child Abuse & Neglect*, 25, 179-198.
- Joseph, B. (1975). The patient who is difficult to reach. In P. L. Giovacchini (Ed.), *Tactics and techniques in psychoanalytic therapy: Vol. 2. Countertransference* (pp. 205-216). New York: Jason Aronson.
- Kardiner, A. (1941). *The traumatic neuroses of war*. New York: Hoeber.
- Kardiner, A., & Spiegel, H. (1947). *War stress and neurotic illness*. New York: Hoeber.
- Kellerman, N. P. (2001). Psychopathology in children of Holocaust survivors: A review of the research literature. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 38, 36-46.
- Kellogg, N. D., & Hoffman, T. J. (1997). Child sexual revictimization by multiple perpetrators. *Child Abuse & Neglect*, 21, 953-964.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Post-traumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Keyser, C., & Perrett, D. I. (2004). Demystifying social cognition: A Hebbian perspective. *Trends in Cognitive Science*, 8, 501-507.
- Keyser, C., Wicker, B., Gazzola, V., Anton, J. L., Fogassi, L., & Gallese, V. (2004). A touching sight: SII/PV activation during the observation and experience of touch. *Neuron*, 42, 335-346.
- Kihlstrom, J. F. (1992). Dissociation and conversion disorders. In D. J. Stein & J. E. Young (Eds.), *Cognitive science and clinical disorders* (pp. 247-270). San Diego, CA: Academic Press.
- Kinsler, P. J. (1992). The centrality of the therapeutic relationship: What's *not* being said. *Dissociation*, 5, 166-170.
- Kirshner, L. A. (1973). Dissociative reactions: An historical review and clinical study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 49, 698-711.
- Kleber, R. J., & Brom, D. (1992). *Coping with trauma: Theory, prevention and treatment*. Lisse, The Netherlands: Swets & Zeitlinger.
- Kluft, R. P. (1982). Varieties of hypnotic interventions in the treatment of multiple personality. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 24, 230-240.
- Kluft, R. P. (1984). An introduction to multiple personality disorder. *Psychiatric Annals*, 14, 19-24.
- Kluft, R. P. (1985). The natural history of multiple personality disorder. In R. P. Kluft (Ed.), *Childhood antecedents of multiple personality* (pp. 197-238). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Kluft, R. P. (1987a). First-rank symptoms as a diagnostic clue to multiple personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 144, 293-298.
- Kluft, R. P. (1987b). The simulation and dissimulation of multiple personality disorder. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 30, 104-118.
- Kluft, R. P. (1988). The dissociative disorders. In J. A. Talbot, R. E. Hale, & S. C. Yudofsky (Eds.), *The American Psychiatric Press Textbook of Psychiatry* (Vol. 10, pp. 557-584). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Kluft, R. P. (1989). Playing for time: Temporizing techniques in the treatment of multiple personality disorder. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 32, 90-98.

- Kluft, R. P. (1991). Multiple personality disorder. In A. Tasman & S. M. Goldfinger (Eds.), *American Psychiatric Press Review of Psychiatry* (Vol. 10, pp. 161–188). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Kluft, R. P. (1992). Hypnosis with multiple personality disorder. *American Journal of Preventive Psychiatry and Neurology*, 3, 19–27.
- Kluft, R. P. (1993a). The initial stages of psychotherapy in the treatment of multiple personality disorder patients. *Dissociation*, 6, 145–161.
- Kluft, R. P. (1993b). Basic principles in conducting the psychotherapy of multiple personality disorder. In R. P. Kluft & C. G. Fine (Eds.), *Clinical perspectives on multiple personality disorder* (pp. 19–50). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Kluft, R. P. (1993c). Clinical approaches to the integration of personalities. In R. P. Kluft & C. G. Fine (Eds.), *Clinical perspectives on multiple personality disorder* (pp. 101–133). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Kluft, R. P. (1994a). Countertransference in the treatment of multiple personality disorder. In J. P. Wilson & J. D. Lindy (Eds.), *Countertransference in the treatment of PTSD* (pp. 122–150). New York: Guilford.
- Kluft, R. P. (1994b). Treatment trajectories in multiple personality disorder. *Dissociation*, 7, 63–76.
- Kluft, R. P. (1996a). Dissociative identity disorder. In L. Michelson & W. J. Ray (Eds.), *Handbook of dissociation: Theoretical, empirical, and clinical perspectives* (pp. 337–366). New York: Plenum Press.
- Kluft, R. P. (1996b). The confirmation and disconfirmation of memories of abuse in DID patients: A naturalistic clinical study. *American Journal of Psychiatry*, 153(Festschrift Suppl.), 103–110.
- Kluft, R. P. (1997). On the treatment of traumatic memories: Always? Never? Sometimes? Now? Later? *Dissociation*, 10, 80–90.
- Kluft, R. P. (1999). An overview of the psychotherapy of dissociative identity disorder. *American Journal of Psychotherapy*, 53, 289–319.
- Kluft, R. P. (2006). Dealing with alters: A pragmatic clinical perspective. *Psychiatric Clinics of North America*, 29, 281–304.
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self: A systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorder*. New York: International Universities Press.
- Kopelman, M. D. (1987). Crime and amnesia: A review. *Behavioral Sciences and the Law*, 5, 323–342.
- Koss, M. P., Figueredo, A. J., & Prince, R. J. (2002). Cognitive mediation of rape's mental, physical, and social health impact: Test of four models in cross-sectional data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 926–941.
- Kowal, J. (2005). QEEG comparisons of persons with and without DID. *Proceedings of the 22nd Fall Conference of the International Society for the Study of Dissociation*, p. 47. Toronto, November 6–8.
- Krakauer, S. Y. (2001). *Treating dissociative identity disorder: The power of the collective heart*. Philadelphia: Brunner-Routledge.
- Kramer, N. A. (1990). Comparison of therapeutic touch and casual touch in stress reduction of hospitalized children. *Pediatric Nursing*, 16, 483–485.
- Krinsley, K. E., Gallagher, J. G., Weathers, F. W., Kaloupek, D. G., & Vlielauer, M. (1997). *Reliability and validity of the Evaluation of Lifetime Stressors Questionnaire*. Unpublished manuscript.
- Kroll, J. (2001). Boundary violations: A culture-bound syndrome. *Journal of the American Academy of Psychiatry and Law*, 29, 274–283.



- Krystal, J. H., Bannett, A., Bremner, J. D., Southwick, S. M., & Charney, D. S. (1996). Recent developments in the neurobiology of dissociation: Implications for posttraumatic stress disorder. In L. Michelson & W. J. Ray (Eds.), *Handbook of dissociation: Theoretical, empirical, and clinical perspectives* (pp. 163–190). New York: Plenum Press.
- Krystal, J. H., Bremner, J. D., Southwick, S. M., & Charney, D. S. (1998). The emerging neurobiology of dissociation: Implications for the treatment of posttraumatic stress disorder. In J. D. Bremner & C. R. Marmar (Eds.), *Trauma, memory, and dissociation* (pp. 321–363). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Kubany, E. S., Hill, E. E., & Owens, J. A. (2003). Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD: Preliminary findings. *Journal of Traumatic Stress, 16*, 81–91.
- Kuipers, T. (1992). *Stille waters . . . over de meting en beoordeling van negatieve symptomen*. [Still waters . . . on the measurement and evaluation of negative symptoms] Utrecht, the Netherlands: Department of Medicine, Utrecht University.
- Kuyk, J. (1999). *Pseudo-epileptic seizures: Differential diagnosis and psychological characteristics*. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Kuyk, J., Spinhoven, P., van Emde Boas, W., & Van Dyck, R. (1999). Dissociation in temporal lobe epilepsy and pseudo-epileptic seizure patients. *Journal of Nervous and Mental Disease, 187*, 713–720.
- Kundakci, T., Şar, V., Kiziltan, E., Yargic, L. I., & Tutkun, H. (1998). *The reliability and validity of the Turkish version of the SCID-D*. Paper presented at the 15th Annual Meeting of the International Society for the Study of Dissociation, Seattle.
- Laddis, A., Dell, P. F., Cotton, M., & Fridley, D. (2001, December 4). *A comparison of the dissociative experiences of patients with schizophrenia and patients with DID*. Presented at the annual meeting of the International Society for the Study of Dissociation. New Orleans, LA.
- Landau, R., & Litwin, H. (2000). The effects of extreme early stress in very old age. *Journal of Traumatic Stress, 13*, 473–487.
- Lang, P. J. (1995). The emotion probe: Studies of motivation and attention. *American Psychologist, 50*, 372–385.
- Lang, P. J., Bradley, M. M., & Cuthbert, B. N. (1998). Emotion, motivation, and anxiety. Brain mechanisms and psychophysiology. *Biological Psychiatry, 44*, 1248–1263.
- Lang, P. J., Davis, M., & Öhman, A. (2000). Fear and anxiety: Animal models and human cognitive psychophysiology. *Journal of Affective Disorders, 61*, 137–159.
- Langer, L. L. (1999). *Holocaust testimonies: The ruins of memory*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Lanius, R. A., Hopper, J. W., & Menon, R. S. (2003). Individual differences in a husband and wife who developed PTSD after a motor vehicle accident: A functional MRI case study. *American Journal of Psychiatry, 160*, 667–669.
- Laporte, L., & Guttman, H. (1996). Traumatic childhood experiences as risk factors for borderline and other personality disorders. *Journal of Personal Disorders, 10*, 247–259.
- Laposa, J. M., & Alden, L. E. (2003). Posttraumatic stress disorder in the emergency room: Exploration of a cognitive model. *Behavior, Research, and Therapy, 41*, 49–65.
- Laub, D., & Auerhahn, N. C. (1989). Failed empathy—A central theme in the survivor's Holocaust experiences. *Psychoanalytic Psychology, 6*, 377–400.
- Laub, D., & Auerhahn, N. C. (1993). Knowing and not knowing massive psychic trauma: Forms of traumatic memory. *International Journal of Psycho-Analysis, 74*, 287–302.

- Laufer, R. S. (1988). The serial self: War trauma, identity and adult development. In J. P. Wilson, Z. Harel, & B. Kahana (Eds.), *Human adaptation to extreme stress: From the Holocaust to Vietnam* (pp. 33–53). New York: Plenum Press.
- Lazarus, A. A. (1994). How certain boundaries and ethics diminish therapeutic effectiveness. *Ethics and Behavior*, 4, 255–261.
- Leahy, R. L. (2001). *Overcoming resistance in cognitive therapy*. New York: Guilford.
- Leavitt, F. (2001). MMPI profile characteristics of women with varying levels of normal dissociation. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 1469–1477.
- Léri, A. (1918). *Commotions et émotions de guerre* [Commotions and emotions of war]. Paris: Masson & Cie.
- Leskela, J., Dieperink, M., & Thuras, P. (2002). Shame and posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 15, 223–226.
- Leskin, G. A., Kaloupek, D. G., & Keane, T. M. (1998). Treatment for traumatic memories: Review and recommendations. *Clinical Psychology Review*, 18, 983–1001.
- Lewis, C. S. (1961). *A grief observed*. New York: The Seabury Press.
- Lewis, D. O., Yeager, C. A., Swica, Y., Pincus, J. H., & Lewis, M. (1997). Objective documentation of child abuse and dissociation in 12 murderers with dissociative identity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1703–1710.
- Levin, R., & Sprei, E. (2003). Relationship of purported measures of pathological and nonpathological dissociation to self-reported psychological distress and fantasy immersion. *Assessment*, 11, 160–168.
- Liberzon, I. & Phan, K. L. (2003). Brain-imaging studies of posttraumatic stress disorder. *CNS Spectrum*, 8, 641–650.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- Liotti, G. (1992). Disorganized/disoriented attachment in the etiology of dissociative disorders. *Dissociation*, 5, 196–204.
- Liotti, G. (1995). Disorganized/disoriented attachment in the psychotherapy of the dissociative disorders. In S. Goldberg, R. Muir, & J. Kerr (Eds.), *Attachment theory: Social, developmental and clinical perspectives* (pp. 343–363). Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Liotti, G. (1999a). Disorganization of attachment as a model for understanding dissociative psychopathology. In J. Solomon & C. George (Eds.), *Attachment disorganization* (pp. 297–317). New York: Guilford.
- Liotti, G. (1999b). Understanding the dissociative process: The contributions of attachment theory. *Psychoanalytic Inquiry*, 19, 757–783.
- Liotti, G., & Pasquini, P. (2000). Predictive factors for borderline personality disorder: Patients' early traumatic experiences and losses suffered by the attachment figure. The Italian Group for the Study of Dissociation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 282–289.
- Lipschitz, D. S., Winegar, R. K., Hartnick, E., Foote, B., & Southwick, S. M. (1999). Posttraumatic stress disorder in hospitalized adolescents: Psychiatric comorbidity and clinical correlates. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 385–392.
- Llinás, R. R. (2001). *I of the vortex: From neurons to self*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Loewinger, J. (1976). *Ego development*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Loewenstein, R. J. (1991). An office mental status examination for complex chronic dissociative symptoms and multiple personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 14, 567–604.

- Loewenstein, R. J. (1993). Psychogenic amnesia and psychogenic fugue: A comprehensive review. In D. Spiegel (Ed.), *Dissociative disorders: A clinical review* (pp. 45–78). Lutherville, MD: Sidran Press.
- Loewenstein, R. J. (1996). Dissociative amnesia and dissociative fugue. In L. Michelson, & W. J. Ray (Eds.), *Handbook of dissociation: Theoretical, empirical, and clinical perspectives* (pp. 307–336). New York: Plenum Press.
- Lotterman, A. C. (1985). Prolonged psychotic states in borderline personality disorder. *Psychiatric Quarterly*, 57, 33–46.
- Lou, H. C., Luber, B., Crupain, M., Keenan, J. P., Nowak, M., Kjaer, T. W. et al. (2004). Parietal cortex and representation of the mental self. *Proceedings of the National Academy of Sciences U.S.A.*, 101, 6827–6832.
- Luria, A. R. (1968). *The mind of a mnemonist*. New York: Avon.
- Lyons-Ruth, K. (1999). Two person unconscious: Intersubjective dialogue, enactive relational representation, and the emergence of new forms of relational organization. *Psychoanalytic Inquiry*, 19, 576–617.
- Lyons-Ruth, K. (2001). The two person construction of defense: Disorganized attachment strategies, unintegrated mental states and hostile/helpless relational processes. *Psychologist Psychoanalyst*, 21, 40–45.
- Lyons-Ruth, K. (2003). Dissociation and the parent–infant dialogue: A longitudinal perspective from attachment research. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 51, 883–911.
- Lyons-Ruth, K., Yellin, C., Melnick, S., & Atwood, G. (2003). Childhood experiences of trauma and loss have different relations to maternal unresolved and hostile-helpless states of mind on the AAI. *Attachment and Human Development*, 5, 330–352.
- Lyons-Ruth, K., Yellin, C., Melnick, S., & Atwood, G. (2005). Expanding the concept of unresolved mental states: Hostile/helpless states of mind on the Adult Attachment Interview are associated with disrupted mother–infant communication and infant disorganization. *Developmental Psychopathology*, 17, 1–23.
- Macfie, J., Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2001a). The development of dissociation in maltreated preschool-aged children. *Development and Psychopathology*, 13, 233–254.
- Macfie, J., Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2001b). Dissociation in maltreated versus nonmaltreated preschool-aged children. *Child Abuse & Neglect*, 25, 1253–1267.
- Main, M. (1995). Recent studies in attachment: Overview with selected implications for clinical work. In S. Goldberg, R. Muir, & J. Kerr (Eds.), *Attachment theory: Social, developmental and clinical perspectives* (pp. 407–472). Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Main, M., & Morgan, H. (1996). Disorganization and disorientation in infant Strange Situation behavior: Phenotypic resemblance to dissociative states? In L. Michelson & W. Ray (Eds.), *Handbook of dissociation* (pp. 107–137). New York: Plenum.
- Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of a new, insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In T. B. Brazelton & M. W. Yogman (Eds.), *Affective development in infancy* (pp. 95–124). Norwood, NJ: Ablex.
- Maltz, W. (2001). *The sexual healing journey: A guide for survivors of sexual abuse* (rev. ed.). New York: HarperCollins.
- Marmar, C. R., Weiss, D. S., Schlenger, W. E., Fairbank, J. A., Jordan, K., Kulka, R. A. et al. (1994). Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress in male Vietnam theater veterans. *American Journal of Psychiatry*, 151, 902–907.
- Marmar, C. R., Weiss, D. S., Metzler, T. J., Ronfeldt, H. M., & Foreman, C. (1996). Stress responses of emergency services personnel to the Loma Prieta earth-

- quake Interstate 880 freeway collapse and control traumatic incidents. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 63–85.
- Marshall, G. N., & Schell, T. L. (2002). Reappraising the link between peritraumatic dissociation and PTSD symptom severity: Evidence from a longitudinal study of community violence survivors. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 626–636.
- Marshall, R. D., Spitzer, R., & Liebowitz, M. R. (1999). Review and critique of the new DSM-IV diagnosis of acute stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1677–1685.
- McCann, I. L., & Pearlman, L. A. (1990). *Psychological trauma and the adult survivor: Theory, therapy, and transformation*. New York: Brunner/Mazel.
- McClellan, J., Adams, J., Douglas, D., McCurry, C., & Storck, M. (1995). Clinical characteristics related to severity of sexual abuse: A study of seriously mentally ill youth. *Child Abuse & Neglect*, 19, 1245–1254.
- McCluskey, U., Hooper, C. A., & Miller, L. B. (1999). Goal-corrected empathic attunement: Developing and rating the concept within an attachment perspective. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 36, 80–90.
- McCullough, L. (1991). Davanloo's short-term dynamic psychotherapy: A cross-theoretical analysis of change mechanisms. In R. Curtis & G. Stricker (Eds.), *How people change: Inside and outside of therapy* (pp. 59–79). New York: Plenum.
- McCullough, L., Kuhn, N., Andrews, S., Kaplan, A., Wolf, J., Hurley, C. L., & Hurley, C. (2003). *Treating affect phobia: A manual for short-term dynamic psychotherapy*. New York: Guilford.
- McDougall, W. (1926). *An outline of abnormal psychology*. London: Methuen.
- McDowell, D. M., Levin, F. R., & Nunes, E. V. (1999). Dissociative identity disorder and substance abuse: The forgotten relationship. *Journal of Psychoactive Drugs*, 31, 71–83.
- McFarlane, A. C. (2000). Posttraumatic stress disorder: A model of the longitudinal course and the role of risk factors. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61 (Suppl. 5), 15–20.
- McFarlane, A. C., & Papay, P. (1992). Multiple diagnoses in posttraumatic stress disorder in the victims of a natural disaster. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 498–504.
- McFarlane, A. C., & Van der Kolk, B. A. (1996). Conclusions and future directions. In B. A. Van der Kolk, A. C. McFarlane, & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (pp. 559–575). New York: Guilford.
- McFarlane, A. C., Yehuda, R., & Clark, C. R. (2002). Biologic models of traumatic memories and post-traumatic stress disorder. The role of neural networks. *Psychiatric Clinics of North America*, 25, 253–270.
- McGloin, J. M., & Widom, C. S. (2001). Resilience among abused and neglected children grown up. *Development and Psychopathology*, 13, 1021–1038.
- McLean, L. M., & Gallop, R. (2003). Implications of childhood sexual abuse for adult borderline personality disorder and complex posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160, 369–371.
- McNally, R. (2003). *Remembering trauma*. Boston: Belknap Press.
- Meares, R. (1999). The contribution of Hughlings Jackson to an understanding of dissociation. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1850–1855.
- Meares, R., Stevenson, J., & Gordon, E. (1999). A Jacksonian and biopsychosocial hypothesis concerning borderline and related phenomena. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33, 831–840.

- Messer, S. B. (2002). A psychodynamic perspective on resistance in psychotherapy: Vive la resistance. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 157-163.
- Metzinger, T. (2003). *Being no one: The self-model theory of subjectivity*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Migdow, J. (2003). The problem with pleasure. *Journal of Trauma and Dissociation*, 4(1), 5-25.
- Miller, F. T., Abrams, T., Dulit, R., & Fyer, M. (1993). Psychotic symptoms in patients with borderline personality disorder and concurrent Axis I disorder. *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 59-61.
- Mineka S. & Öhman A. (2002). Phobias and preparedness: The selective, automatic, and encapsulated nature of fear. *Biological Psychiatry*, 52, 927-937.
- Misslin, R. (2003). The defense system of fear: Behavior and neurocircuitry. *Neurophysiology Clinic*, 33, 55-66.
- Mitchell, T.W. (1922). *Medical psychology and psychical research*. London: Society of Psychical Research.
- Modai, I. (1994). Forgetting childhood: A defense mechanism against psychosis in a Holocaust survivor. *Clinical Gerontologist*, 14, 67-71.
- Modell, A. (1990). *Other times, other realities: Towards a theory of psychoanalytic treatment*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Moene, F. C., Spinhoven, P., Hoogduin, C. A. L., Sandijck, P., & Roelofs, K. (2001). Hypnotizability, dissociation, and trauma in patients with a conversion disorder: An exploratory study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 8, 400-410.
- Moradi, A. R., Taghavi, M. R., Neshat Doost, H. T., Yule, W., & Dalgleish, T. (1999). Performance of children and adolescents with PTSD on the Stroop colour-naming task. *Psychological Medicine*, 29, 415-419.
- Moreau, C., & Zisook, S. (2002). Rationale for a posttraumatic stress spectrum disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 25, 775-790.
- Moreau de Tours, J. J. (1845). *Du bascish et de l'aliénation mentale: Études psychologiques* [Hashish and Mental derangement: Psychological studies]. Paris: Fortin, Masson, & Cie. English edition: *Hashish and mental illness*. New York: Raven Press, 1973.
- Moreau de Tours, J. J. (1865). *De la folie hystérique et de quelques phénomènes nerveux propres à l'hystérie convulsive, à l'hystérie-épileptie et à l'épileptie* [On hysterical madness and some of its nervous phenomena in hysterical convulsions, hysterical epilepsy, and epilepsy]. Paris: Masson.
- Morgan III, C. A., Hazlett, G., Wang, S., Richardson, E. G., Schnurr, P., & Southwick, S. (2001). Symptoms of dissociation in humans experiencing acute uncontrollable stress: A prospective investigation. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1239-1247.
- Morgan III, C. A., Hill, S., Fox, P., Kingham, P., & Southwick, S. M. (1999). Anniversary reactions in Gulf war veterans: A follow-up inquiry 6 years after the war. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1075-1079.
- Mueser, K. T., Goodman, L. B., Trumbetta, S. L., Rosenberg, S. D., Osher, C., Vidaver, R., et al. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in severe mental illness. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 66, 493-499.
- Mulder, R. T., Beautrais, A. L., Joyce, P. R., & Fergusson, D. M. (1998). Relationship between dissociation, childhood sexual abuse, childhood physical abuse, and mental illness in a general population sample. *American Journal of Psychiatry*, 155, 806-811.
- Myers, C. S. (1916a, March 18). Contributions to the study of shell shock. *The Lancet*, 608-613.
- Myers, C. S. (1916b, September 9). Contributions to the study of shell shock. *The Lancet*, 461-467.

- Myers, C. S. (1940). *Shell shock in France 1914–1918*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Najavits, L. (2002). *Seeking safety*. New York: Guilford.
- Nathan, P., & Gorman, J. (2002). *A guide to treatments that work*. Oxford: Oxford University Press.
- Nathanson, D. L. (Ed.). (1987). *The many faces of shame*. New York: Guilford.
- Nemiah, J. C. (1989). Janet redivivus: The centenary of *L'automatisme psychologique*. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1527–1529.
- Nemiah, J. C. (1991). Dissociation, conversion, and somatization. In A. Tasman & S. M. Goldfinger (Eds.), *American Psychiatric Press review of psychiatry* (Vol. 10, pp. 248–260). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Nemiah, J. C. (1998). Early concepts of trauma, dissociation, and the unconsciousness: Their history and current implications. In: J. D. Bremner & C. R. Marmar (Eds.), *Trauma, memory, and dissociation* (pp. 1–26). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Newman, E., Kaloupek, D., & Keane, T. M. (1996). Assessment of posttraumatic stress disorder in clinical and research settings. In B. A. Van der Kolk, A. C. McFarlane, & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (pp. 242–275). New York: Guilford.
- Nietzsche, F. (1901). *The will to power* (Trans. W. Kaufmann and R. J. Hollingdale). New York: Vintage, 1968.
- Nijenhuis, E. R. S. (1994). *Dissociatieve stoornissen en psychotrauma* [Dissociative disorders and psychological trauma]. Houten, The Netherlands: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Nijenhuis, E. R. S. (1996). Dissociative identity disorder in a forensic psychiatric patient: A case report. *Dissociation*, 9, 282–288.
- Nijenhuis, E. R. S. (2004). *Somatoform dissociation: Phenomena, measurement, and theoretical issues*. Norton, New York, 2004. (Original work published in 1999).
- Nijenhuis, E. R. S. & Den Boer, J. A. (in press). Psychobiology of traumatization and trauma-related structural dissociation of the personality. In E. Vermetten, M. J. Dorahy, and D. Spiegel (Eds.), *Traumatic Dissociation: Neurobiology and treatment*. Arlington, VA: American Psychiatric Press.
- Nijenhuis, E. R. S., Matthes, H., & Ehling, T. (2004, November). Psychobiological studies of structural dissociation. *Proceedings of the 21st International Society for the Study of Dissociation*, pp. 19–20. New Orleans, LA.
- Nijenhuis, E. R. S., Quak, J., Reinders, S., Korf, J., Vos, H., & Marinkelle, A. B. (1999). Identity dependent processing of traumatic memories in dissociative identity disorder: Converging regional blood flow, physiological and psychological evidence. *Proceedings of the 6th European Conference on Traumatic Stress: Psychotraumatology, clinical practice, and human rights*, Istanbul, Turkey.
- Nijenhuis, E. R. S., Spinhoven, P., Vanderlinden, J., Van Dyck, R., & Van der Hart, O. (1998). Somatoform dissociative symptoms as related to animal defense reactions to predatory imminence and injury. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 63–73.
- Nijenhuis, E. R. S., Spinhoven, P., Van Dyck, R., Van der Hart, O., & Vanderlinden, J. (1996). The development and psychometric characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 688–694.
- Nijenhuis, E. R. S., Spinhoven, P., Van Dyck, R., Van der Hart, O., & Vanderlinden, J. (1997). The development of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-5) as a screening instrument for dissociative disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 311–318.



- Nijenhuis, E. R. S., Spinhoven, P., Van Dyck, R., Van der Hart, O., & Vanderlinden, J. (1998a). Psychometric characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire: A replication study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 67, 17–23.
- Nijenhuis, E. R. S., Spinhoven, P., Van Dyck, R., Van der Hart, O., & Vanderlinden, J. (1998b). Degree of somatoform and psychological dissociation in dissociative disorders is correlated with reported trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 711–730.
- Nijenhuis, E. R. S., & Van der Hart, O. (1999a). Forgetting and reexperiencing trauma. In J. Goodwin & R. Attias (Eds.), *Splintered reflections: Images of the body in trauma* (pp. 39–65). New York: Basic Books.
- Nijenhuis, E. R. S., & Van der Hart, O. (1999b). Somatoform dissociative phenomena: A Janetian perspective. In J. Goodwin & R. Attias (Eds.), *Splintered reflections: Images of the body in trauma* (pp. 89–127). New York: Basic Books.
- Nijenhuis, E. R. S., Van der Hart, O., & Kruger, K. (2002). The psychometric characteristics of the Traumatic Experiences Questionnaire (TEC): First findings among psychiatric outpatients. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 200–210.
- Nijenhuis, E. R. S., Van der Hart, O., Kruger, K., & Steele, K. (2004). Somatoform dissociation, reported abuse, and animal defence-like reactions. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 678–686.
- Nijenhuis, E. R. S., Van der Hart, O., & Steele, K. (2002). The emerging psychology of trauma-related dissociation and dissociative disorders. In H. D'Haenen, J. A. den Boer, & P. Willner (Eds.), *Biological Psychiatry* (pp. 1079–1098). London: Wiley.
- Nijenhuis, E. R. S., Van der Hart, O., & Steele, K. (2004). Trauma-related structural dissociation of the personality: Traumatic origins, phobic maintenance. Available at <http://www.trauma-pages.com>.
- Nijenhuis, E. R. S., Vanderlinden, J., & Spinhoven, P. (1998). Animal defensive reactions as a model for trauma-induced dissociation. *Journal of Traumatic Stress*, 11(2), 243–260.
- Nijenhuis, E. R. S., & Van Duijl, M. (2001, December). Dissociative symptoms and reported trauma among Ugandan patients with possessive trance disorder. *Proceedings of the 18th International Fall Conference of the International Society for the Study of Dissociation*, New Orleans, LA.
- Nijenhuis, E. R. S., Van Dyck, R., Spinhoven, P., Van der Hart, O., Chatrou, M., Vanderlinden, J., & Moene, F. (1999). Somatoform dissociation discriminates among diagnostic categories over and above general psychopathology. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33, 511–520.
- Nijenhuis, E. R. S., Van Engen, A., Kusters, I., & Van der Hart, O. (2001). Peritraumatic somatoform and psychological dissociation in relation to recall of childhood sexual abuse. *Journal of Trauma and Dissociation*, 2(3), 49–68.
- Noë, A. (2004). *Action in perception*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Noll, J. G., Horowitz, L. A., Bonanno, G. A., Trickett, P. K., & Putnam, F. W. (2003). Revictimization and self-harm in females who experienced childhood sexual abuse: Results from a prospective study. *Journal of Interpersonal Violence*, 18, 1452–1471.
- Noyes, R., Hoenk, P. R., Kupperman, B. A., & Slymen, D. J. (1977). Depersonalization in accident victims and psychiatric patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 164, 401–407.
- Noyes, R., & Kletti, R. (1976). Depersonalization in the face of life-threatening danger: An interpretation. *Omega*, 7, 103–114.
- Noyes, R., & Kletti, R. (1977). Depersonalization in response to life-threatening danger. *Comprehensive Psychiatry*, 18, 375–384.

- Ogata, S. N., Silk, K. R., Goodrich, S., Lohr, N. E., Westen, D., & Hill, E. M. (1990). Childhood physical and sexual abuse in adult patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1008-1013.
- Ogawa, J. R., Sroufe, L. A., Weinfield, N. S., Carlson, E. A., & Egeland, B. (1997). Development and the fragmented self: Longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample. *Development and Psychopathology*, 9, 855-879.
- Ogden, P., & Minton, K. (2000). Sensorimotor psychotherapy: One method for processing trauma. *Traumatology*, 6; see also <http://www.trauma-pages.com>.
- Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy*. New York: Norton.
- Ohan, J. L., Myers, K., & Collett, B. R. (2002). Ten-year review of rating scales. IV: Scales assessing trauma and its effects. *Journal of the American Academy of Adolescent Psychiatry*, 41, 1401-1422.
- Olio, K., & Cornell, W. (1993). The therapeutic relationship as the foundation for treatment of adult survivors of sexual abuse. *Psychotherapy*, 30, 512-523.
- Orne, M. T. (1959). The nature of hypnosis: Artifact and essence. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 58, 277-299.
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129, 52-73.
- Panksepp, J. (2003). At the interface of the affective, behavioral, and cognitive neurosciences: Decoding the emotional feelings of the brain. *Brain and Cognition*, 52, 4-14.
- Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions*. New York: Oxford University Press.
- Parson, E. R. (1984). The reparation of self: Clinical and theoretical dimensions in the treatment of Vietnam combat veterans. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 14, 4-56.
- Parson, E. R. (1998). Traumatherapy 2001, Part I: "The reparation of the self" revisited on the way into the 21st century. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 28, 239-279.
- Pavlov, I. P. (1927). *Conditioned reflexes*. London: Oxford University Press.
- Pearlman, L. A., & Saakvitne, K. W. (1995). *Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors*. New York: Norton.
- Pelcovitz, D., Van der Kolk, B. A., Roth, S., Mandel, F., Kaplan, S., & Resick, P. (1997). Development of a criteria set and a structured interview for the disorders of extreme stress (SIDES). *Journal of Traumatic Stress*, 10, 3-16.
- Peri, T., Ben Shachar, G., Orr, S. P., & Shalev, A. Y. (2000). Psychophysiological assessment of aversive conditioning in posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 47, 512-519.
- Perry, B. D. (1994). Neurobiological sequelae of childhood trauma: Posttraumatic stress disorders in children. In M. Murberg (Ed.), *Catecholamine function in post traumatic stress disorder: Emerging concepts* (pp. 233-255). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Perry, B. D. (1999). The memories of states: How the brain stores and retrieves traumatic experience. In J. M. Goodwin & R. Attias (Eds.), *Splintered reflections: Images of the body in trauma* (pp. 9-38). New York: Basic Books.
- Perry, B. D., & Pate, J. E. (1994). Neurodevelopment and the psychobiological roots of posttraumatic stress disorder. In L. F. Koziol & C. E. Stout (Eds.), *The neuropsychology of mental illness: A practical guide* (pp. 129-147). Washington, DC: American Psychiatric Press.



- Perry, B. D., & Pollard, R. (1998). Homeostasis, stress, trauma, and adaptation. A neurodevelopmental view of childhood trauma. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 7, 33–51.
- Perry, J. C. (1985). Depression in borderline personality disorder: Lifetime prevalence at interview and longitudinal course of symptoms. *American Journal of Psychiatry*, 142, 15–21.
- Peterson, J. A. (1996). Hypnotherapeutic techniques to facilitate psychotherapy with PTSD and dissociative clients. In L. K. Michelson & W. J. Ray (Eds.), *Handbook of dissociation: Theoretical, empirical, and clinical perspectives* (pp. 449–474). New York: Plenum.
- Phillips, M. (2001). Potential contributions of hypnosis to ego-strengthening procedures in EMDR, Eye Movement Desensitization Reprocessing. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 43, 247–262.
- Polan, H. J., & Hofer, M. A. (1999). Psychobiological origins of infant attachment and separation responses. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 162–180). New York: Guilford.
- Pope, C. A., & Kwapil, T. (2000). Dissociative experiences in hypothetically psychosis-prone college students. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 530–536.
- Pope, K. S., & Brown, L. S. (1996). *Recovered memories of abuse: Assessment, therapy, forensics*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Porges, S. W. (2001). The polyvagal theory: Phylogenetic substrates of a social nervous system. *International Journal of Psychophysiology*, 42, 123–146.
- Porges, S. W. (2003). The polyvagal theory: Phylogenetic contributions to social behavior. *Physiology and Behavior*, 79, 503–513.
- Power, K., McGoldrick, T., Brown, K., Buchanan, R., Sharp, D., Swanson, V., & Karatzias, A. (2002). A controlled comparison of eye movement desensitization and reprocessing versus exposure plus cognitive restructuring versus waiting list in the treatment of post-traumatic stress disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 299–318.
- Prince, M. (1905). *The dissociation of a personality*. London: Longmans, Green.
- Prince, M. (1927). Suggestive repersonalization. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 21, 159–189.
- Prueter, C., Schultz-Venrath, U., & Rimpau, W. (2002). Dissociative symptoms and associated psychopathological symptoms in patients with epilepsy, pseudo-seizures, and both seizure forms. *Epilepsia*, 43, 188–192.
- Putnam, F. W. (1989). *Diagnosis and treatment of multiple personality disorder*. New York: Guilford.
- Putnam, F. W. (1991). Recent research on multiple personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 14, 489–502.
- Putnam, F. W. (1993). Diagnosis and clinical phenomenology of multiple personality disorder: A North American perspective. *Dissociation*, 6, 80–86.
- Putnam, F. W. (1997). *Dissociation in children and adolescents: A developmental perspective*. New York: Guilford.
- Putnam, F. W. (2005, November). *States of being*. Third Pierre Janet Memorial Lecture. Presented at the International Society for the Study of Dissociation's 22nd International Fall conference. Toronto, ON, CA.
- Putnam, F. W., Guroff, J. J., Silberman, E. K., Barban, L., & Post, R. M. (1986). The clinical phenomenology of multiple personality disorder: Review of 100 recent cases. *Journal of Clinical Psychiatry*, 47, 285–293.
- Putnam, F. W., Helmers, K., & Trickett, P. K. (1993). Development, reliability, and validity of a child dissociation scale. *Child Abuse and Neglect*, 17, 731–741.

- Raine, N. V. (1998) *After silence: Rape and my journey back*. New York: Crown.
- Rau, V., DeCola, J. P., & Fanselow, M. S. (2005). Stress-induced enhancement of fear learning: An animal model of posttraumatic stress disorder. *Neuroscience & Biobehavior Review*, 29, 1207–1223.
- Ray, W., & Faith, M. (1995). Dissociative experiences in a college age population. *Personality and Individual Differences*, 18, 223–230.
- Read, J., Perry, B. D., Moskowitz, A., & Connolly, J. (2001). The contribution of early traumatic events to schizophrenia in some patients: A traumagenic neurodevelopmental model. *Psychiatry*, 64, 319–345.
- Read, J. & Ross, C. A. (2003). Psychological trauma and psychosis: Another reason why people diagnosed schizophrenic must be offered psychological therapies. *Journal of the American Academy of Psychoanalytic & Dynamic Psychiatry*, 31, 247–268.
- Read, J., Van Os, J., Morrison, A. P., & Ross, C. A. (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: A literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112, 330–350.
- Reinders, A. A. T. S., Nijenhuis, E. R. S., Paans, A. M., Korf, J., Willemsen, A. T., & Den Boer, J. A. (2003). One brain, two selves. *Neuroimage*, 20, 2119–2125.
- Reinders, A. A. T. S., Nijenhuis, E. R. S., Quak, J., Korf, J., Paans, A. M. J., Haaksma, J., Willemsen, A. T. M., & Den Boer, J. (in press). Psychobiological characteristics of dissociative identity disorder: A symptom provocation study. *Biological Psychiatry*.
- Remarque, E. M. (1982). *All Quiet on the Western Front*, New York: Ballantine Books. (Original work published 1929).
- Resch, F. (2004). Entwicklungspsychopathologie und Strukturpsychologie [Psychopathology of development and structural dynamics]. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 72, S23–S28.
- Rescorla, R. A. (1998). Pavlovian conditioning: It's not what you think it is. *American Psychologist*, 43, 151–160.
- Rescorla, R. A. (2003). Contemporary study of Pavlovian conditioning. *Spanish Journal of Psychology*, 6, 185–195.
- Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1993). *Cognitive processing therapy for rape victims*. Newbury Park, CA: Sage.
- Resnick, H. S. (1996). Psychometric review of trauma assessment for adults (TAA). In B. H. Stamm (Ed.), *Measurement of stress, trauma, and adaptation* (pp. 362–364). Lutherville, MD: Sidran Press.
- Resnick, H. S., Falsetti, S. A., Kilpatrick, D. G., & Foy, D. W. (1994, November). *Associations between panic attacks during rape assaults and follow-up PTSD or panic attack outcomes*. Presentation at the 10th Annual Meeting of the International Society of Traumatic Stress Studies, Chicago.
- Ribot, T. (1885). *Les maladies de la personnalité* [Diseases of the personality]. Paris: Félix Alcan.
- Rivers, W. H. R. (1920). *Instinct and the unconscious: A contribution to a biological theory of the psycho-neuroses*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Rizzolatti, G., & Craighero, L. (2004). The mirror-neuron system. *Annual Review of Neuroscience*, 27, 169–192.
- Roelofs, K., Keijsers, G. P. J., Hoogduin, C. A. L., Näring, G. W. B., & Moene, F. C. (2002). Childhood abuse in patients with conversion disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1908–1913.
- Roelofs, K., Spinhoven, P., Sandijck, P., Moene, F., & Hoogduin, K. A. L. (2005). The impact of early trauma and recent life-events on symptom severity in patients with conversion disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193, 508–514.

- Romans, S., Belaise, C., Martin, J., Morris, E., & Raffi, A. (2002). Childhood abuse and later medical disorders in women. An epidemiological study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71, 141–150.
- Rosenberg, S., Mueser, K., Friedman, M., Gorman, P., Drake, R., Vidaver, R., Torrey, W., & Jankowski, M. K. (2001). Developing effective treatments for post-traumatic stress disorder among people with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 52, 1453–1461.
- Rosenfeld, H. (1987). *Impasse and interpretation*. London: Routledge.
- Ross, C. A. (1989). *Multiple personality disorder: Diagnosis, clinical features, and treatment*. Toronto, Canada: Wiley.
- Ross, C. A. (1996). History, phenomenology, and epidemiology of dissociation. In L. K. Michelson & W. J. Ray (Eds.), *Handbook of dissociation* (pp. 3–24). New York: Plenum.
- Ross, C. A. (1997). *Dissociative identity disorder: Diagnosis, clinical features, and treatment of multiple personality*. New York: Wiley.
- Ross, C. A. (2004). *Schizophrenia: Innovations in diagnosis and treatment*. Binghamton, NY: Haworth.
- Ross, C. A., & Joshi, S. (1992). Schneiderian symptoms and childhood trauma in the general population. *Comprehensive Psychiatry*, 33, 269–273.
- Ross, C. A., Miller, S. D., Bjornson, L., Reagor, P., Fraser, G., & Anderson, G. (1991). Abuse histories in 102 cases of multiple personality disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 36, 97–101.
- Ross, C. A., Miller, S. D., Reagor, P., Bjornson, L., Fraser, G. A., & Anderson, G. (1990). Schneiderian symptoms in multiple personality disorder and schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 31, 111–118.
- Ross, C. A., Norton, G. R., & Wozney, K. (1989). Multiple personality disorder: An analysis of 236 cases. *Canadian Journal of Psychiatry*, 34, 423–418.
- Roth, S., Newman, E., Pelcovitz, D., Van der Kolk, B., & Mandel, F.S. (1997). Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: Results from the DSM-IV Field trial for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress* 10, 539–556.
- Rothbaum, B. O., & Davis, M. (2003). Applying learning principles to the treatment of post-trauma reactions. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1008, 112–121.
- Rothbaum, B., Meadows, E., Resick, P., & Foy, D. (2000). Cognitive-behavioral therapy. In E. Foa, T. Keane, & M. Friedman (Eds.), *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (pp. 60–83). New York: Guilford.
- Rothbaum, B. O., & Schwartz, A. C. (2002). Exposure therapy for posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychotherapy*, 56, 59–75.
- Rothschild, B. (2006). *Help for the helper: The psychophysiology of compassion fatigue and vicarious trauma*. New York: Norton.
- Roussy, G., & Lhermitte, J. (1917). *Psychonévroses de guerre* [Psychoneuroses of war]. Paris: Masson & Cie.
- Rowe, C. E. (1996). The concept of resistance in self psychology. *American Journal of Psychotherapy*, 50, 66–74.
- Rowe, C. E., & Mac Isaac, D. S. (1991). *Empathic attunement: The "technique" of psychoanalytic self psychology*. Northvale, NJ: Aronson.
- Rows, R. G. (1916). Mental conditions following strain and nerve shock. *British Medical Journal*, ii, 441–445.
- Runtz, M., & Schallow, J. R. (1997). Social support and coping strategies as mediators of adult adjustment following childhood maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 21, 211–226.

- Sachs, R. G., & Peterson, J. A. (1996). Memory processing and the healing experience. In L. K. Michelson & W. J. Ray (Eds.), *Handbook of dissociation: Theoretical, empirical, and clinical perspectives* (pp. 475–498). New York: Plenum.
- Salter, A. C. (1995). *Transforming trauma: A guide to understanding and treating adult survivors of child sexual abuse*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Sandman, C. A., Barron, J. L., & Colman, H. (1990). An orally administered opiate blocker, naltrexone, attenuates self-injurious behavior. *American Journal of Mental Retardation*, 95, 93–102.
- Şar, V., Akyuz, G., Kundakci, T., Kiziltan, E., & Dogan, O. (2004). Childhood trauma, dissociation, and psychiatric comorbidity in patients with conversion disorder. *American Journal of Psychiatry*, 161, 2271–2276.
- Şar, V., Kundakci, T., Kiziltan, E., Bakim, B., & Bozkurt, O. (2000). Differentiating dissociative disorders from other diagnostic groups through somatoform dissociation. *Journal of Trauma and Dissociation*, 1(4), 67–80.
- Şar, V., & Ross, C. (2006). Dissociative disorders as a confounding factor in psychiatric research. *Psychiatric Clinics of North America*, 29, 129–144.
- Şar, V., Tutkun, H., Alyanak, B., Bakim, B., & Baral, I. (2000). Frequency of dissociative disorders among psychiatric outpatients in Turkey. *Comprehensive Psychiatry*, 41, 216–222.
- Sautter F. J., Brailey, K., Uddo, M. M., Hamilton, M. F., Beard, M. G., & Borges, A. H. (1999). PTSD and comorbid psychotic disorder: Comparison with veterans diagnosed with PTSD or psychotic disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 73–89.
- Schachtel, E. G. (1947). On memory and childhood amnesia. *Psychiatry*, 10, 1–26.
- Schmahl, C. G., Elzinga, B. M., Vermetten, E., Sanislow, C., McGlashan, T. H., & Bremner, J. D. (2003). Neural correlates of memories of abandonment in women with and without borderline personality disorder. *Biological Psychiatry*, 54, 142–151.
- Schnurr, P. P., & Jankowski, M. K. (1999). Physical health and post-traumatic stress disorder: Review and synthesis. *Seminal Clinical Neuropsychiatry*, 4, 295–304.
- Schore, A. N. (1994). *Affect regulation and the origin of self: The neurobiology of emotional development*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Schore, A. N. (2002). Dysregulation of the right brain: A fundamental mechanism of traumatic attachment and the psychopathogenesis of posttraumatic stress disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 9–30.
- Schore, A. N. (2003a). *Affect dysregulation and disorders of the self*. New York: Norton.
- Schore, A. N. (2003b). *Affect regulation and the repair of the self*. New York: Norton.
- Schuengel, C., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van IJzendoorn, M. H. (1999). Frightening maternal behavior linking unresolved loss and disorganized infant attachment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 54–63.
- Schwartz, H. L. (2000). *Dialogues with forgotten voices: Relational perspectives on child abuse trauma and treatment of dissociative disorders*. New York: Basic Books.
- Schwartz, L. (1951). *Die dynamische Psychologie von Pierre Janet* [The dynamic psychology of Pierre Janet]. Basel, Switzerland: B. Schwabe.
- Shalev, A. Y., Freedman, S., Peri, T., Brandes, D., Sahar, T., Orr, S. P., & Pitman, R. K. (1998). Prospective study of posttraumatic stress disorder and depression following trauma. *American Journal of Psychiatry*, 155, 630–637.
- Shalev, A. Y., Ragel-Fuchs, Y., & Pitman, R. K. (1992). Conditioned fear and psychological trauma. *Biological Psychiatry*, 31, 863–865.

- Shephard, B. (2000). *A war of nerves: Soldiers and psychiatrists in the twentieth century*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Siegel, D. J. (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. New York: Guilford.
- Silberg, J. (1996). *The dissociative child*. Lutherville, MD: Sidran Press.
- Simeon, D., Guralnik, O., Gross, S., Stein, D. J., Schmeidler, J., & Hollander, E. (1998). The detection and measurement of depersonalization disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 536-542.
- Simeon, D., Guralnik, O., Hazlett, E. A., Spiegel-Cohen, J., Hollander, E., & Buchsbaum, M. S. (2000). Feeling unreal: A PET study of depersonalization disorder. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1782-1788.
- Simeon, D., Guralnik, O., Schmeidler, J., Sirof, B., & Knutelska, M. (2001). The role of childhood interpersonal trauma in depersonalization disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1027-1033.
- Simmel, E. (1919). Zweites Korreferat [Second co-lecture]. In S. Freud et al., *Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen* [Psychoanalysis and the war neuroses]. (pp. 42-60). Leipzig and Vienna: Internationaler Psychoanalytischer Verlag.
- Simon, R. I. (2001). Commentary: Treatment boundaries—Flexible guidelines, not rigid standards. *Journal of the American Academy of Psychiatry and Law*, 29, 287-289.
- Singer, T., Seymour, B., O'Doherty, J., Kaube, H., Dolan, R. J., & Frith, C. D. (2004). Empathy for pain involves the affective but not sensory components of pain. *Science*, 303, 1157-1162.
- Skinner, B. F. (1988). The operant side of behavior therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 19, 171-179.
- Slade, A. (1999). Attachment theory and research: Implications for the theory and practice of individual psychotherapy with adults. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 575-594). New York: Guilford.
- Slooman, L., & Gilbert, P. (Eds.). (2000). *Subordination and defeat: An evolutionary approach to mood disorders and their therapy*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Smith, L., & Gasser, M. (2005). The development of embodied cognition: Six lessons from babies. *Artificial Life*, 11, 13-29.
- Solomon, M. F. & Siegel, D. J. (Eds.). (2003). *Healing trauma: Attachment, mind, body, and brain*. New York: Norton.
- Somer, E. (2002). Maladaptive daydreaming: A qualitative study. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 32, 197-212.
- Somer, E. & Dell, P. F. (2005). Development of the Hebrew-Multidimensional Inventory of Dissociation (H-MID): A valid and reliable measure of pathological dissociation. *Journal of Trauma and Dissociation*, 6(1), 31-53.
- Somer, E., & Nave, O. (2001). An ethnographic study of former dissociative disorder patients. *Imagination, Cognition, and Personality*, 20, 315-346.
- Southwick, S. M., Bremner, D., Krystal, J. H., & Charney, D. S. (1994). Psychobiologic research in post-traumatic stress disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 17, 251-264.
- Southwick, S., Yehuda, R., & Giller, E., Jr. (1993). Personality disorders in treatment-seeking combat veterans with posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1020-1054.
- Spiegel, D. (1984). Multiple personality as a post-traumatic stress disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 7, 101-110.
- Spiegel, D. (1986). Dissociation, double binds, and post-traumatic stress in multiple personality disorder. In B.G. Braun (Ed.), *Treatment of multiple personality disorder* (pp. 61-77). Washington, DC: American Psychiatric Press.

- Spiegel, D. (1993). Multiple posttraumatic personality disorder. In R. P. Kluft & C. G. Fine (Eds.), *Clinical perspectives on multiple personality disorder* (pp. 87-99). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Spiegel, D., & Cardena, E. (1991). Disintegrated experience: The dissociative disorders revisited. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 366-378.
- Spiegel, D., Classen, C., Thurston, E., & Butler, L. (2004). Trauma-focused versus present-focused models of group therapy for women sexually abused in childhood. In L. Koenig, L. Doll, A. O'Leary, & W. Pequegnat (Eds.), *From child sexual abuse to adult sexual risk: Trauma, revictimization, and intervention* (pp. 251-268). Washington, DC: American Psychological Association.
- Spiegel, D., Frischholz, E. J., & Spira, J. (1993). Functional disorders of memory. In American Psychiatric Press (Ed.), *American Psychiatric Press Review of Psychiatry* (Vol. 12, pp. 747-782). Washington, DC: Author.
- Spinazzola, J., Blaustein, M., & Van der Kolk, B. A. (2005). Posttraumatic stress disorder treatment outcome research: The study of unrepresentative samples? *Journal of Traumatic Stress*, 18, 425-436.
- Spitzer, C., Haug, H. J., & Freyberger, H. J. (1997). Dissociative symptoms in schizophrenic patients with positive and negative symptoms. *Psychopathology*, 30, 67-75.
- Stamenov, M. I., & Gallese, V. (2002). *Mirror neurons and the evolution of brain and language*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins.
- Stamm, B. H. (Ed.) (1996). *Measurement of stress, trauma, and adaptation*. Lutherville, MD: Sidran Press.
- Stark, M. (1994). *Working with resistance*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Steele, K., & Colrain, J. (1990). Abreactive work with sexual abuse survivors: Concepts and techniques. In M. A. Hunter (Ed.), *The sexually abused male*, (Vol. 2, pp. 1-55). Lexington MA: Lexington Press.
- Steele, K., Dorahy, M., Van der Hart, O., & Nijenhuis, E. R. S. (in press). Dissociation and alterations in consciousness: Different but related concepts. In P. F. Dell, J. O'Neill, & E. Somer (Eds.), *The ISSD sourcebook on dissociation and the dissociative disorders*. McLean, VA: International Society for the Study of Dissociation.
- Steele, K., & Van der Hart, O. (1994, November). *Beyond shattered assumptions: Towards a new theory of personal reality*. Paper presented at the 11th Annual Conference of the International Society for the Study of Dissociation. Chicago, IL.
- Steele, K., & Van der Hart, O. (2004). The hypnotherapeutic relationship with traumatized patients: Pierre Janet's contributions to current treatment. *Janetian Studies*, 1(1). <http://www.pierre-janet.com/JanetianStudiesBody.htm>.
- Steele, K., Van der Hart, O., & Nijenhuis, E. R. S. (2001). Dependency in the treatment of complex posttraumatic stress disorder and dissociative disorders. *Journal of Trauma and Dissociation*, 2(4), 79-116.
- Steele, K., Van der Hart, O., & Nijenhuis, E. R. S. (2005). Phase-oriented treatment of structural dissociation in complex traumatization: Overcoming trauma-related phobias. *Journal of Trauma and Dissociation*, 6(3), 11-53.
- Stein, M. B., Walker, J. R., Anderson, G., Hazen, A. L., Ross, C. A., Eldridge, G. et al. (1996). Childhood physical and sexual abuse in patients with anxiety disorders and in a community sample. *American Journal of Psychiatry*, 153, 275-277.
- Steinberg, M. (1994). *Structured clinical interview for DSM-IV dissociative disorders*, (Rev.) Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Steinberg, M. (1995). *Handbook for the assessment of dissociation: A clinical guide*. Washington, DC: American Psychiatric Press.



- Steinberg, M. (2000). Advances in the clinical assessment of dissociation: The SCID-D-R. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 64, 146-163.
- Steinberg, M., Cicchetti, D., Buchanan, J., Rakfeldt, J., & Rounsaville, B. (1994). Distinguishing between multiple personality disorder (dissociative identity disorder) and schizophrenia using the Structured Clinical Interview for DSM-IV dissociative disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 495-502.
- Stern, C. R. (1984). The etiology of multiple personalities. *Psychiatric Clinics of North America*, 7, 149-160.
- Stern, D. (1985). *The interpersonal world of the infant*. New York: Basic Books.
- Stern, D. N. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. New York: Norton.
- Stiglmayr, C. E., Shapiro, D. A., Stieglitz, R. D., Limberger, M. F., & Bohus, M. (2001). Experience of aversive tension and dissociation in female patients with borderline personality disorder: A controlled study. *Journal of Psychiatric Research*, 35, 111-118.
- Strean, H. S. (1993). *Resolving counterresistance in psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Stuss, D. T., & Knight, R. T. (Eds.). (2002). *Principles of frontal lobe function*. Oxford: Oxford University Press.
- Taine, H. (1878). *De l'intelligence* [Concerning intelligence]. (3rd ed.). Paris: Hachette.
- Tauber, Y. (1996). The traumatized child and the adult: Compound personality in child survivors of the Holocaust. *Israel Journal of Psychiatry & Related Sciences*, 33, 228-237.
- Tauber, Y. (1998). *In the other chair: Holocaust survivors and the second generation as therapists and clients*. Jerusalem: Gefen.
- Teicher, M. H., Andersen, S. L., Polcari, A., Anderson, C. M., & Navalta, C. P. (2002). Developmental neurobiology of childhood stress and trauma. *Psychiatric Clinics of North America*, 25(2), 397-426.
- Terr, L. (1983). Time sense following psychic trauma: A clinical study of ten adults and twenty children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 53, 244-261.
- Terr, L. C. (1984). Time and trauma. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 39, 633-665.
- Tichenor, J. L. (1986). Posttraumatic decline: A consequence of unresolved destructive drives. In C. R. Figley (Ed.), *Trauma and its wake: Vol. 2. Traumatic stress, theory, research, and intervention* (pp. 5-19). New York: Brunner/Mazel.
- Timberlake, W. (1994). Behavior systems, associationism, and Pavlovian conditioning. *Psychonomic Bulletin & Review*, 1, 405-420.
- Timberlake, W., & Lucas, G. R. (1989). Behavior systems and learning: From misbehavior to general principles. In S. B. Klein & R. R. Mowrer (Eds.), *Contemporary learning theories: Instrumental conditioning theory and the impact of biological constraints on learning* (pp. 237-275). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Toates, F. M. (1986). *Motivational systems*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Tomkins, S. S. (1963). *Affects, imagery, consciousness*, Vol. 2. *Negative affects*. New York: Springer.
- Tournier, M. (1972). *The ogre*. New York: Pantheon.
- Tucker, D. M., Luu, P., & Pribram, K. H. (1995). Social and emotional self-regulation. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 769, 213-239.
- Tulving, E. (2002). Episodic memory: From mind to brain. *Annual Review of Psychology*, 53, 1-25.
- Tutkun, H., Yargic, I., & Şar, V. (1996). Dissociative identity disorder presenting as hysterical psychosis. *Dissociation*, 9, 244-252.

- Twombly, J. H. (2000). Incorporating EMDR and EMDR adaptations into the treatment of clients with dissociative identity disorder. *Journal of Trauma & Dissociation*, 1(2), 61–80.
- Twombly, J. H. (2005). EMDR for clients dissociative identity disorder, DDNOS, and ego states. In R. Shapiro (Ed.), *EMDR solutions: Pathways to healing* (pp. 86–120). New York/London: Norton.
- Uchino, B. N., Cacioppo, J. T., & Kiecolt-Glaser, J. K. (1996). The relationship between social support and physiological processes: A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin*, 119, 488–531.
- Van Gerven, M., Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Kuipers, T. (2002). Psychose, trauma en trauma-gerelateerde psychopathologie [Psychosis, trauma, and trauma-related psychopathology]. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 44, 533–540.
- Van der Hart, O. (1983). *Rituals in psychotherapy: Transition and continuity*. New York: Irvington Publishers.
- Van der Hart, O. (1985). Metaphoric and symbolic imagery in the hypnotic treatment of an urge to wander: A case report. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 13, 83–95.
- Van der Hart, O. (1988a). An imaginary leave-taking ritual in mourning therapy. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 36, 63–69.
- Van der Hart, O. (Ed.) (1988b). *Coping with loss: The therapeutic use of leave-taking rituals*. New York: Irvington Publishers.
- Van der Hart, O. (Ed.) (1991). *Trauma, dissociatie en hypnose* [Trauma, dissociation, and hypnosis]. Lisse, The Netherlands: Swets & Zeitlinger.
- Van der Hart, O., Bolt, H., & Van der Kolk, B. A. (2005). Memory fragmentation in patients with dissociative identity disorder. *Journal of Trauma & Dissociation*, 6(1), 55–70.
- Van der Hart, O., & Boon, S. (1997). Treatment strategies for complex dissociative disorders: Two Dutch case examples. *Dissociation*, 10, 157–165.
- Van der Hart, O., Boon, S., & Everdingen, G. B. (1990). Writing assignments and hypnosis in the treatment of traumatic memories. In M. L. Fass & D. Brown (Eds.), *Creative matery in hypnosis and hypnoanalysis: A Festschrift for Erika Fromm* (pp. 231–253). Hillsdale, NJ: L. Erlbaum Associates.
- Van der Hart, O., Boon, S., Friedman, B., & Mierop, V. (1992). De reactivering van traumatische herinneringen [The reactivation of traumatic memories] *Directieve Therapie*, 12, 12–55.
- Van der Hart, O., & Brom, D. (2000). When the victim forgets: Trauma-induced amnesia and its assessment in Holocaust survivors. In A. Y. Shalev, R. Yehuda, & A. C. McFarlane (Eds.), *International handbook of human response to trauma* (pp. 233–248). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Van der Hart, O., & Brown, P. (1990). Concept of psychological trauma. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1691.
- Van der Hart, O., & Brown, P. (1992). Abreaction re-evaluated. *Dissociation*, 5, 127–140.
- Van der Hart, O., Brown, P., & Van der Kolk, B. A. (1989). Pierre Janet's treatment of post-traumatic stress. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 379–396. Also in G. S. Everly, Jr., & J. M. Lating (Eds.), *Psychotraumatology: Key papers and core concepts in post-traumatic stress* (pp. 195–210). New York: Plenum Publishing Corporation.
- Van der Hart, O., & Dorahy, M. (in press). Dissociation: History of a concept. In P. F. Dell, J. O'Neill, & E. Somer (Eds.), *The ISSD sourcebook on dissociation and dissociative disorders*. McLean, VA: The International Society for the Study of Dissociation.



- Van der Hart, O., & Friedman, B. (1989). A reader's guide to Pierre Janet on dissociation: A neglected intellectual heritage. *Dissociation*, 2, 3-16.
- Van der Hart, O., & Friedman, B. (1992). Trauma, dissociation and triggers: Their role in treatment and emergency psychiatry. In J. B. van Luyn et al. (Eds.), *Emergency psychiatry today* (pp. 137-142). Amsterdam: Elsevier.
- Van der Hart, O., & Nijenhuis, E. R. S. (1995). Amnesia for traumatic experiences. *Hypnos*, 22, 73-86.
- Van der Hart, O., & Nijenhuis, E. R. S. (1999). Bearing witness to uncorroborated trauma: The clinician's development of reflective belief. *Professional Psychology: Research and Practice*, 30, 37-44.
- Van der Hart, O., & Nijenhuis, E. R. S. (2001). Generalized dissociative amnesia: Episodic, semantic, and procedural memories lost and found. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 589-600.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2005). Dissociation: An insufficiently recognized major feature of complex posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 413-424.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., Steele, K., & Brown, D. (2004). Trauma-related dissociation: Conceptual clarity lost and found. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 906-914.
- Van der Hart, O., & Op den Velde, W. (1995). Traumatische herinneringen [Traumatic memories]. In O. Van der Hart (Ed.), *Trauma, dissociatie en hypnose* [Trauma, dissociation and hypnosis] (pp. 71-90). Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Van der Hart, O., & Spiegel, D. (1993). Hypnotic assessment and treatment of trauma-induced psychoses: The early psychotherapy of H. Breukink and modern views. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 41, 191-209.
- Van der Hart, O., & Steele, K. (1997). Time distortions in dissociative identity disorder: Janetian concepts and treatment. *Dissociation*, 10, 91-103.
- Van der Hart, O., & Steele, K. (1999). Reliving or reliving childhood trauma?: A commentary on Miltenburg and Singer (1997). *Theory & Psychology*, 9, 533-540.
- Van der Hart, O., & Steele, K. (2000). The integration of traumatic memories versus abreaction: Clarification of terminology. *ISSD News*, 18(2), 4-5.
- Van der Hart, O., Steele, K., Boon, S., & Brown, P. (1993). The treatment of traumatic memories: Synthesis, realization and integration. *Dissociation*, 6, 162-180.
- Van der Hart, O., Van der Kolk, B. A., & Boon, S. (1998). Treatment of dissociative disorders. In J. D. Bremner & C. R. Marmar (Eds.), *Trauma, memory, and dissociation* (pp. 253-283). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Van der Hart, O., & Van der Velden, K. (1995). Over het waarheidsgehalte van traumatische herinneringen [On the truth content of traumatic memories]. In O. van der Hart (Ed.), *Trauma, dissociatie en hypnose* [Trauma, dissociation, and hypnosis]. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Van der Hart, O., Van Dijke, A., Van Son, M., & Steele, K. (2000). Somatoform dissociation in traumatized World War I combat soldiers: A neglected clinical heritage. *Journal of Trauma and Dissociation*, 1(4), 33-66.
- Van der Hart, O., Witztum, E., & Friedman, B. (1993). From hysterical psychosis to reactive dissociative psychosis. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 43-64.
- Van der Kolk, B. A. (1994). The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. *Harvard Review of Psychiatry*, 1, 253-265.
- Van der Kolk, B. A. (1996). The complexity of adaptation to trauma: Self-regulation, stimulus discrimination, and characterological development. In B. A. Van

- der Kolk, A. C. McFarlane, & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (pp. 182–213). New York: Guilford.
- Van der Kolk, B. A. (2003). The neurobiology of childhood trauma and abuse. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 12, 293–317.
- Van der Kolk, B. A., & Fislér, R. (1995). Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: Overview and exploratory study. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 505–525.
- Van der Kolk, B. A., Hopper, J. W., & Osterman, J. E. (2001). Exploring the nature of traumatic memory: Combining clinical knowledge with laboratory methods. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 4(2), 9–31.
- Van der Kolk, B. A., McFarlane, A. C., & Van der Hart, O. (1996). A general approach to treatment of posttraumatic stress. In B. A. Van der Kolk, A. C. McFarlane, & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (pp. 417–440). New York: Guilford.
- Van der Kolk, B. A., Pelcovitz, D., Roth, S., Mandel, F. S., McFarlane, A. C., & Herman, J. L. (1996). Dissociation, somatization, and affect dysregulation: The complexity of adaptation of trauma. *American Journal of Psychiatry*, 153(FestschriftSuppl), 83–93.
- Van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., & Mandel, F. (1993). *Complex PTSD: Results of the PTSD field trials for DSM-IV*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 389–399.
- Van der Kolk, B. A., & Van der Hart, O. (1989). Pierre Janet and the breakdown of adaptation in psychological trauma. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1530–1540.
- Van der Kolk, B. A., & Van der Hart, O. (1991). The intrusive past: The flexibility of memory and the engraving of trauma. *American Imago*, 48, 425–454.
- Van der Kolk, B. A., Van der Hart, O., & Marmar, C. R. (1996). Dissociation and information processing in posttraumatic stress disorder. In B. A. Van der Kolk, A. C. McFarlane, & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body and society* (pp. 302–327). New York: Guilford.
- Van Derbur, M. (2004). *Miss America by day: Lessons learned from ultimate betrayals and unconditional love*. Denver, CO: Oak Hill Ridge Press.
- Van IJzendoorn, M., & Schuengel, C. (1996). The measurement of dissociation in normal and clinical populations: Meta-analytic validation of the Dissociative Experiences Scale (DES). *Clinical Psychology Review*, 16, 365–382.
- Vanderlinden, J. (1993). *Dissociative experiences, trauma, and hypnosis: Research findings and applications in eating disorders*. Delft, the Netherlands: Eburon.
- Vanderlinden, J., Van Dyck, R., Vandereycken, W., & Vertommen, H. (1993). Dissociation and traumatic experiences in the general population of the Netherlands. *Hospital & Community Psychiatry*, 44, 786–788.
- Vasterling, J. J., Brailey, K., Constans, J. I., & Sutker, P. B. (1998). Attention and memory dysfunction in posttraumatic stress disorder. *Neuropsychology*, 12(1), 125–133.
- Vasterling, J. J., Duke, L. M., Brailey, K., Constans, J. I., Allain, A. N., & Sutker, P. B. (2002). Attention, learning, and memory performances and intellectual resources in Vietnam veterans: PTSD and no disorder comparisons. *Neuropsychology*, 16, 5–14.

- Vermetten, E., & Bremner, J. D. (2000). Dissociative amnesia: Re-remembering traumatic memories. In G. E. Berrios & J. R. Hodges (Eds.), *Memory disorders in psychiatric practice* (pp. 400–431). Cambridge/New York: Cambridge University Press.
- Vermetten, E., & Bremner, J. D. (2002). Circuits and systems in stress. II. Applications to neurobiology and treatment in posttraumatic stress disorder. *Depression and Anxiety*, 16, 14–38.
- Vermetten, E., Schmah, C., Lindner, S., Loewenstein, R. J., & Bremner, J. D. (2006). Hippocampal and amygdalar volume in dissociative identity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1–8.
- Waelde, L. C., Koopman, C., Rierdan, J., & Spiegel, D. (2001). Symptoms of acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following exposure to disastrous flooding. *Journal of Trauma and Dissociation*, 2(2), 37–52.
- Wald, J., & Taylor, S. (2005). Interoceptive exposure therapy combined with trauma-related exposure therapy for post-traumatic stress disorder: A case report. *Cognitive Behavior Therapy*, 34, 34–40.
- Waller, G., Hamilton, K., Elliott, P., Lewendon, J., Stopa, L., Waters, A. et al. (2000). Somatoform dissociation, psychological dissociation and specific forms of trauma. *Journal of Trauma and Dissociation*, 1(4), 81–98.
- Waller, G., Ohanian, V., Meyer, C., Everill, J., & Rouse, H. (2001). The utility of dimensional and categorical approaches to understanding dissociation in the eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 40(4), 387–397.
- Waller, N. G., Putnam, F. W., & Carlson, E. B. (1996). Types of dissociation and dissociative types: A taxonomic analysis of dissociative experiences. *Psychological Methods*, 1, 300–321.
- Wang, S., Wilson, J. P., & Mason, J. W. (1996). Stages of decompensation in combat-related posttraumatic stress disorder: A new conceptual model. *Integrative Physiology & Behavioral Science*, 31, 237–253.
- Wenninger, K., & Ehlers, A. (1998). Dysfunctional cognitions and adult psychological functioning in child sexual abuse survivors. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 281–300.
- Weze, C., Leathard, H. L., Grange, J., Tiplady, P., & Stevens, G. (2005). Evaluation of healing by gentle touch. *Public Health*, 119, 3–10.
- Wildgoose, A., Waller, G., Clarke, S., & Reid, A. (2000). Psychiatric symptomatology in borderline and other personality disorders: Dissociation and fragmentation as mediators. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 757–763.
- Wilson, J. P., & Lindy, J. D. (Eds.). (1994). *Countertransference in the treatment of PTSD*. New York: Guilford.
- Wilson, J. P., & Keane, T. M. (Eds.). (2004). *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York: Guilford.
- Wilson, J. P., & Thomas, R. B. (2004). *Empathy in the treatment of trauma and PTSD*. New York: Brunner Routledge.
- Wilson, M. (2001). The case for sensorimotor coding in working memory. *Psychonomic Bulletin and Review*, 8, 44–57.
- Wilson, M. (2002). Six views of embodied cognition. *Psychonomic Bulletin and Review*, 9, 625–636.
- Winnicott, D. W. (1965). *The maturational process and the facilitating environment*. New York: International Universities Press.
- Winnik, H. Z. (1969). Second thoughts about "psychic trauma." *Israel Journal Psychiatry and Related Disciplines*, 1, 82–95.
- Witzum, E., Margalit, H., & Van der Hart, O. (2002). Combat-induced dissociative amnesia: Review and case example of generalized dissociative amnesia. *Journal of Trauma and Dissociation*, 3(2), 35–55.

- Witztum, E. & Van der Hart, O., & Friedman, B. (1988). The use of metaphors in psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 18, 270–290.
- Worden, J. W. (2001). *Grief counseling and grief therapy* (3rd. ed.). New York: Springer Publishing Company.
- World Health Organisation (1992). *ICD-10: The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva, Switzerland: Author.
- Yargic, L. I., Şar, V., Tutkun, H., & Alyanak, B. (1998). Comparison of dissociative identity disorder with other diagnostic groups using a structured interview in Turkey. *Comprehensive Psychiatry*, 39, 345–351.
- Yehuda, R. (2002). Posttraumatic stress disorder. *New England Journal of Medicine*, 346, 108–114.
- Yen, S., Shea, M. T., Battle, C. L., Johnson, D. M., Zlotnick, C., Dolan-Sewell, R. et al. (2002). Traumatic exposure and posttraumatic stress disorder in borderline, schizotypal, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: Findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 510–518.
- Zanarini, M. C., Ruser, T., Frankenburg, F. R., & Hennen, J. (2000). The dissociative experiences of borderline patients. *Comprehensive Psychiatry*, 41, 223–227.
- Zanarini, M. C., Yong, L., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., Marino, M. F. et al. (2002). Severity of reported childhood sexual abuse and its relationship to severity of borderline psychopathology and psychosocial impairment among borderline inpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 381–387.
- Zanarini, M. C., Williams, A. A., Lewis, R. E., Reich, R. B., Vera, S. C., Marino, M. F. et al. (1997). Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1101–1106.
- Ziegler, D. J., & Leslie, Y. M. (2003). A test of the ABC model underlying rational emotive behavior therapy. *Psychological Reports*, 92, 235–240.
- Zlotnick, C., Zakrski, A. L., Shea, M. T., Costello, E., Begin, A., Pearlstein, T. et al. (1996). The long-term sequelae of sexual abuse: Support for a complex post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 195–205.

# **BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA**

## **Dirigida por Beatriz Rodríguez Vega y Alberto Fernández Liria**

2. PSICOTERAPIA POR INHIBICIÓN RECÍPROCA, por Joseph Wolpe.
3. MOTIVACIÓN Y EMOCIÓN, por Charles N. Cofer.
4. PERSONALIDAD Y PSICOTERAPIA, por John Dollard y Neal E. Miller.
5. AUTOCONSISTENCIA: UNA TEORÍA DE LA PERSONALIDAD. por Prescott Lecky.
9. OBEDIENCIA A LA AUTORIDAD. Un punto de vista experimental, por Stanley Milgram.
10. RAZÓN Y EMOCIÓN EN PSICOTERAPIA, por Albert Ellis.
12. GENERALIZACIÓN Y TRANSFER EN PSICOTERAPIA, por A. P. Goldstein y F. H. Kanfer.
13. LA PSICOLOGÍA MODERNA. Textos, por José M. Gondra.
16. MANUAL DE TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, por A. Ellis y R. Grieger.
17. EL BEHAVIORISMO Y LOS LÍMITES DEL MÉTODO CIENTÍFICO, por B. D. Mackenzie.
18. CONDICIONAMIENTO ENCUBIERTO, por Upper-Cautela.
19. ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN PROGRESIVA, por Berstein-Berkovec.
20. HISTORIA DE LA MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA, por A. E. Kazdin.
21. TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN, por A. T. Beck, A. J. Rush y B. F. Shawn.
22. LOS MODELOS FACTORIALES-BIOLÓGICOS EN EL ESTUDIO DE LA PERSONALIDAD, por F. J. Labrador.
24. EL CAMBIO A TRAVÉS DE LA INTERACCIÓN, por S. R. Strong y Ch. D. Claiborn.
27. EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA, por M.<sup>a</sup> Jesús Benedet.
28. TERAPÉUTICA DEL HOMBRE. EL PROCESO RADICAL DE CAMBIO, por J. Rof Carballo y J. del Amo.
29. LECCIONES SOBRE PSICOANÁLISIS Y PSICOLOGÍA DINÁMICA, por Enrique Freijo.
30. CÓMO AYUDAR AL CAMBIO EN PSICOTERAPIA, por F. Kanfer y A. Goldstein.
31. FORMAS BREVES DE CONSEJO, por Irving L. Janis.
32. PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL ESTRÉS, por Donald Meichenbaum y Matt E. Jaremko.
33. ENTRENAMIENTO DE LAS HABILIDADES SOCIALES, por Jeffrey A. Kelly.
34. MANUAL DE TERAPIA DE PAREJA, por R. P. Liberman, E. G. Wheeler, L. A. J. M. de visser.
35. PSICOLOGÍA DE LOS CONSTRUCTOS PERSONALES. Psicoterapia y personalidad, por Alvin W. Landfield y Larry M. Leiner.
37. PSICOTERAPIAS CONTEMPORÁNEAS. Modelos y métodos, por S. Lynn y J. P. Garske.
38. LIBERTAD Y DESTINO EN PSICOTERAPIA, por Rollo May.
39. LA TERAPIA FAMILIAR EN LA PRÁCTICA CLÍNICA, Vol. I. Fundamentos teóricos, por Murray Bowen.
40. LA TERAPIA FAMILIAR EN LA PRÁCTICA CLÍNICA, Vol. II. Aplicaciones, por Murray Bowen.
41. MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA, por Bellack y Harsen.
42. CASOS DE TERAPIA DE CONSTRUCTOS PERSONALES, por R. A. Neimeyer y G. J. Neimeyer. BIOLOGÍA Y PSICOANÁLISIS, por J. Rof Carballo.
43. PRÁCTICA DE LA TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, por A. Ellis y W. Dryden.
44. APLICACIONES CLÍNICAS DE LA TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, por Albert Ellis y Michael E. Bernard.
45. ÁMBITOS DE APLICACIÓN DE LA PSICOLOGÍA MOTIVACIONAL, por L. Mayor y F. Tortosa.
46. MÁS ALLÁ DEL COCIENTE INTELECTUAL, por Robert. J. Sternberg.
47. EXPLORACIÓN DEL DETERIORO ORGÁNICO CEREBRAL, por R. Berg, M. Franzen y D. Wedding.
48. MANUAL DE TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, Volumen II, por Albert Ellis y Russell M. Grieger.
49. EL COMPORTAMIENTO AGRESIVO. Evaluación e intervención, por A. P. Goldstein y H. R. Keller.
50. CÓMO FACILITAR EL SEGUIMIENTO DE LOS TRATAMIENTOS TERAPÉUTICOS. Guía práctica para los profesionales de la salud, por Donald Meichenbaum y Dennis C. Turk.
51. ENVEJECIMIENTO CEREBRAL, por Gene D. Cohen.
52. PSICOLOGÍA SOCIAL SOCIOCOGNITIVA, por Agustín Echebarría Echebe.
53. ENTRENAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA LA RELAJACIÓN, por J. C. Smith.
54. EXPLORACIONES EN TERAPIA FAMILIAR Y MATRIMONIAL, por James L. Framo.
55. TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA CON ALCOHÓLICOS Y TOXICÓMANOS, por Albert Ellis y otros.

56. LA EMPATÍA Y SU DESARROLLO, por N. Eisenberg y J. Strayer.
57. PSICOSOCIOLOGÍA DE LA VIOLENCIA EN EL HOGAR, por S. M. Stith, M. B. Williams y K. Rosen.
58. PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO MORAL, por Lawrence Kohlberg.
59. TERAPIA DE LA RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS, por Thomas J. D'Zurilla.
60. UNA NUEVA PERSPECTIVA EN PSICOTERAPIA. Guía para la psicoterapia psicodinámica de tiempo limitado, por Hans H. Strupp y Jeffrey L. Binder.
61. MANUAL DE CASOS DE TERAPIA DE CONDUCTA, por Michel Hersen y Cynthia G. Last.
62. MANUAL DEL TERAPEUTA PARA LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN GRUPOS, por Lawrence I. Sank y Carolyn S. Shaffer.
63. TRATAMIENTO DEL COMPORTAMIENTO CONTRA EL INSOMNIO PERSISTENTE, por Patricia Lacks.
64. ENTRENAMIENTO EN MANEJO DE ANSIEDAD, por Richard M. Suinn.
65. MANUAL PRÁCTICO DE EVALUACIÓN DE CONDUCTA, por Aland S. Bellak y Michael Hersen.
66. LA SABIDURÍA. Su naturaleza, orígenes y desarrollo, por Robert J. Sternberg.
67. CONDUCTISMO Y POSITIVISMO LÓGICO, por Laurence D. Smith.
68. ESTRATEGIAS DE ENTREVISTA PARA TERAPEUTAS, por W. H. Cormier y L. S. Cormier.
69. PSICOLOGÍA APLICADA AL TRABAJO, por Paul M. Muchinsky.
70. MÉTODOS PSICOLÓGICOS EN LA INVESTIGACIÓN Y PRUEBAS CRIMINALES, por David L. Raskin.
71. TERAPIA COGNITIVA APLICADA A LA CONDUCTA SUICIDA, por A. Freemann y M. A. Reinecke.
72. MOTIVACIÓN EN EL DEPORTE Y EL EJERCICIO, por Glynn C. Roberts.
73. TERAPIA COGNITIVA CON PAREJAS, por Frank M. Datillio y Christine A. Padesky.
74. DESARROLLO DE LA TEORÍA DEL PENSAMIENTO EN LOS NIÑOS, por Henry M. Wellman.
75. PSICOLOGÍA PARA EL DESARROLLO DE LA COOPERACIÓN Y DE LA CREATIVIDAD, por Maite Garaigordobil.
76. TEORÍA Y PRÁCTICA DE LA TERAPIA GRUPAL, por Gerald Corey.
77. TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO. Los hechos, por Padmal de Silva y Stanley Rachman.
78. PRINCIPIOS COMUNES EN PSICOTERAPIA, por Chris L. Kleinke.
79. PSICOLOGÍA Y SALUD, por Donald A. Bakal.
80. AGRESIÓN. Causas, consecuencias y control, por Leonard Berkowitz.
81. ÉTICA PARA PSICÓLOGOS. Introducción a la psicoética, por Omar França-Tarragó.
82. LA COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA. Principios y práctica eficaz, por Paul L. Wachtel.
83. DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL A LA PSICOTERAPIA DE INTEGRACIÓN, por Marvin R. Goldfried.
84. MANUAL PARA LA PRÁCTICA DE LA INVESTIGACIÓN SOCIAL, por Earl Babbie.
85. PSICOTERAPIA EXPERIENCIAL Y FOCUSING. La aportación de E.T. Gendlin, por Carlos Alemany (Ed.).
86. LA PREOCCUPACIÓN POR LOS DEMÁS. Una nueva psicología de la conciencia y la moralidad, por Tom Kitwood.
87. MÁS ALLÁ DE CARL ROGERS, por David Brazier (Ed.).
88. PSICOTERAPIAS COGNITIVAS Y CONSTRUCTIVISTAS. Teoría, Investigación y Práctica, por Michael J. Mahoney (Ed.).
89. GUÍA PRÁCTICA PARA UNA NUEVA TERAPIA DE TIEMPO LIMITADO, por Hanna Levenson.
90. PSICOLOGÍA. Mente y conducta, por M<sup>a</sup> Luisa Sanz de Acedo.
91. CONDUCTA Y PERSONALIDAD, por Arthur W. Staats.
92. AUTO-ESTIMA. Investigación, teoría y práctica, por Chris Mruk.
93. LOGOTERAPIA PARA PROFESIONALES. Trabajo social significativo, por David Guttman.
94. EXPERIENCIA ÓPTIMA. Estudios psicológicos del flujo en la conciencia, por Mihaly Csikszentmihalyi e Isabella Selega Csikszentmihalyi.
95. LA PRÁCTICA DE LA TERAPIA DE FAMILIA. Elementos clave en diferentes modelos, por Suzanne Midori Hanna y Joseph H. Brown.
96. NUEVAS PERSPECTIVAS SOBRE LA RELAJACIÓN, por Alberto Amutio Kareaga.
97. INTELIGENCIA Y PERSONALIDAD EN LAS INTERFASES EDUCATIVAS, por M<sup>a</sup> Luisa Sanz de Acedo Lizarraga.

98. TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO. Una perspectiva cognitiva y neuropsicológica, por Frank Tallis.
99. EXPRESIÓN FACIAL HUMANA. Una visión evolucionista, por Alan J. Fridlund.
100. CÓMO VENCER LA ANSIEDAD. Un programa revolucionario para eliminarla definitivamente, por Reneau Z. Peurifoy.
101. AUTO-EFICACIA: CÓMO AFRONTAMOS LOS CAMBIOS DE LA SOCIEDAD ACTUAL, por Albert Bandura (Ed.).
102. EL ENFOQUE MULTIMODAL. Una psicoterapia breve pero completa, por Arnold A. Lazarus.
103. TERAPIA CONDUCTUAL RACIONAL EMOTIVA (REBT). Casos ilustrativos, por Joseph Yankura y Windy Dryden.
104. TRATAMIENTO DEL DOLOR MEDIANTE HIPNOSIS Y SUGESTIÓN. Una guía clínica, por Joseph Barber.
105. CONSTRUCTIVISMO Y PSICOTERAPIA, por Guillem Feixas Viaplana y Manuel Villegas Besora.
106. ESTRÉS Y EMOCIÓN. Manejo e implicaciones en nuestra salud, por Richard S. Lazarus.
107. INTERVENCIÓN EN CRISIS Y RESPUESTA AL TRAUMA. Teoría y práctica, por Barbara Rubin Wainrib y Ellin L. Bloch.
108. LA PRÁCTICA DE LA PSICOTERAPIA. La construcción de narrativas terapéuticas, por Alberto Fernández Liria y Beatriz Rodríguez Vega.
109. ENFOQUES TEÓRICOS DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO, por Ian Jakes.
110. LA PSICOTERA DE CARL ROGERS. Casos y comentarios, por Barry A. Farber, Debora C. Brink y Patricia M. Raskin.
111. APEGO ADULTO, por Judith Feeney y Patricia Noller.
112. ENTRENAMIENTO ABC EN RELAJACIÓN. Una guía práctica para los profesionales de la salud, por Jonathan C. Smith.
113. EL MODELO COGNITIVO POSTRACIONALISTA. Hacia una reconceptualización teórica y clínica, por Vittorio F. Guidano, compilación y notas por Álvaro Quiñones Bergeret.
114. TERAPIA FAMILIAR DE LOS TRASTORNOS NEUROCONDUCTUALES. Integración de la neuropsicología y la terapia familiar, por Judith Johnson y William McCown.
115. PSICOTERAPIA COGNITIVA NARRATIVA. Manual de terapia breve, por Óscar F. Gonçalves.
116. INTRODUCCIÓN A LA PSICOTERAPIA DE APOYO, por Henry Pinsker.
117. EL CONSTRUCTIVISMO EN LA PSICOLOGÍA EDUCATIVA, por Tom Revenette.
118. HABILIDADES DE ENTREVISTA PARA PSICOTERAPEUTAS  
Vol 1. Con ejercicios del profesor  
Vol 2. Cuaderno de ejercicios para el alumno, por Alberto Fernández Liria y Beatriz Rodríguez Vega.
119. GUIONES Y ESTRATEGIAS EN HIPNOTERAPIA, por Roger P. Allen.
120. PSICOTERAPIA COGNITIVA DEL PACIENTE GRAVE. Metacognición y relación terapéutica, por Antonio Semerari (Ed.).
121. DOLOR CRÓNICO. Procedimientos de evaluación e intervención psicológica, por Jordi Miró.
122. DESBORDADOS. Cómo afrontar las exigencias de la vida contemporánea, por Robert Kegan.
123. PREVENCIÓN DE LOS CONFLICTOS DE PAREJA, por José Díaz Morfa.
124. EL PSICÓLOGO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO, por Eduardo Remor, Pilar Arranz y Sara Ulla.
125. MECANISMOS PSICO-BIOLÓGICOS DE LA CREATIVIDAD ARTÍSTICA, por José Guimón.
126. PSICOLOGÍA MÉDICO-FORENSE. La investigación del delito, por Javier Burón (Ed.).
127. TERAPIA BREVE INTEGRADORA. Enfoques cognitivo, psicodinámico, humanista y neuroconductual, por John Preston (Ed.).
128. COGNICIÓN Y EMOCIÓN, por E. Eich, J. F. Kihlstrom, G. H. Bower, J. P. Forgas y P. M. Niedenthal.
129. TERAPIA SISTÉMICA DE PAREJA Y DEPRESIÓN, por Elsa Jones y Eia Asen.
130. PSICOTERAPIA COGNITIVA PARA LOS TRASTORNOS PSICÓTICOS Y DE PERSONALIDAD, Manual teórico-práctico, por Carlo Perris y Patrick D. McGorry (Eds.).
131. PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA TRANSCULTURAL. Bases prácticas para la acción, por Pau Pérez Sales.
132. TRATAMIENTOS COMBINADOS DE LOS TRASTORNOS MENTALES. Una guía de intervenciones psicológicas y farmacológicas, por Morgan T. Sammons y Norman B. Schmid.
133. INTRODUCCIÓN A LA PSICOTERAPIA. El saber clínico compartido, por Randolph B. Pipes y Donna S. Davenport.

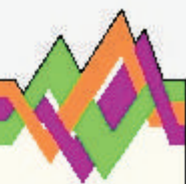
134. TRASTORNOS DELIRANTES EN LA VEJEZ, por Miguel Krassoievitch.
135. EFICACIA DE LAS TERAPIAS EN SALUD MENTAL, por José Guimón.
136. LOS PROCESOS DE LA RELACIÓN DE AYUDA, por Jesús Madrid Soriano.
137. LA ALIANZA TERAPÉUTICA. Una guía para el tratamiento relacional, por Jeremy D. Safran y J. Christopher Muran.
138. INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS EN LA PSICOSIS TEMPRANA. Un manual de tratamiento, por John F.M. Gleeson y Patrick D. McGorry (Coords.).
139. TRAUMA, CULPA Y DUELO. Hacia una psicoterapia integradora. Programa de autoformación en psicoterapia de respuestas traumáticas, por Pau Pérez Sales.
140. PSICOTERAPIA COGNITIVA ANALÍTICA (PCA). Teoría y práctica, por Anthony Ryle e Ian B. Kerr.
141. TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN BASADA EN LA CONSCIENCIA PLENA. Un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas, por Zindel V. Segal, J. Mark G. Williams y John D. Teasdale.
142. MANUAL TEÓRICO-PRÁCTICO DE PSICOTERAPIAS COGNITIVAS, por Isabel Caro Gabalda.
143. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DEL TRASTORNO DE PÁNICO Y LA AGORAFOBIA. Manual para terapeutas, por Pedro Moreno y Julio C. Martín.
144. MANUAL PRÁCTICO DEL FOCUSING DE GENDLIN, por Carlos Alemany (Ed.).
145. EL VALOR DEL SUFRIMIENTO. Apuntes sobre el padecer y sus sentidos, la creatividad y la psicoterapia, por Javier Castillo Colomer.
146. CONCIENCIA, LIBERTAD Y ALIENACIÓN, por Fabricio de Potestad Menéndez y Ana Isabel Zuazu Castellano.
147. HIPNOSIS Y ESTRÉS. Guía para profesionales, por Peter J. Hawkins.
148. MECANISMOS ASOCIATIVOS DEL PENSAMIENTO. La “obra magna” inacabada de Clark L. Hull, por José M<sup>a</sup> Gondra.
149. LA MENTE EN DESARROLLO. Cómo interactúan las relaciones y el cerebro para modelar nuestro ser, por Daniel J. Siegel.
150. HIPNOSIS SEGURA. Guía para el control de riesgos, por Roger Hambleton.
151. LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD. Modelos y tratamiento, por Giancarlo Dimaggio y Antonio Semerari.
152. EL YO ATORMENTADO. La disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica, por Onno van der Hart, Ellert R.S. Nijenhuis y Kathy Steele.





Este libro se terminó  
de imprimir  
en los talleres de  
RGM, S.A., en Bilbao,  
el 7 de marzo de 2008.





La vida es una lucha constante para los pacientes con traumatización crónica. Habitualmente presentan una amplia variedad de síntomas, lo que puede hacer de su evaluación y tratamiento una labor complicada y desconcertante para el terapeuta. Muchos de ellos presentan problemas sustanciales en el ámbito de la vida cotidiana y de las relaciones. Su sufrimiento se relaciona esencialmente con un pasado terrible y doloroso que les atormenta. No es de extrañar, pues, que muchas de las víctimas de traumatizaciones crónicas manifiesten escaso o ningún avance.

En este libro, tres importantes investigadores y profesionales comparten lo que han aprendido a raíz de tratar y estudiar a personas crónicamente traumatizadas a lo largo de más de 65 años de experiencia colectiva. Sobre la base de la teoría de la disociación estructural de la personalidad, combinada con la psicología de la acción de Pierre Janet, los autores han elaborado un modelo de *tratamiento por fases* que se concentra en la detección y el tratamiento de la disociación estructural y las acciones mentales y conductuales desadaptativas asociadas. La base de este modelo consiste en ayudar a los pacientes a aprender acciones mentales y conductuales más eficaces que les permitan llevar una vida más adaptada y superar su disociación estructural.

Los profesionales, los estudiantes de psicología clínica y de psiquiatría, los investigadores y todas aquellas personas interesadas en los adultos que han sido víctimas de malos tratos y abandono emocional crónico durante la niñez, encontrarán en el texto intuiciones e instrumentos útiles que pueden contribuir a que el tratamiento sea más eficaz a nivel terapéutico y más tolerable para el paciente doliente.

**Onno van der Hart** es profesor de "psicopatología de la traumatización crónica" en la Universidad de Utrecht, Holanda. Fue presidente de la Sociedad Internacional para el Estudio del Estrés Traumático.

**Ellert R. S. Nijenhuis** es psicólogo clínico, psicoterapeuta e investigador. Fue director del consejo ejecutivo de la Sociedad Internacional para el Estudio de la Disociación.

**Kathy Steele** es directora clínica de los Servicios Psicológicos Metropolitanos, centro de formación y de psicoterapia de bajo coste de Atlanta, Georgia.

ISBN: 978-84-330-2217-2



9 788433 022172

[www.edesclae.com](http://www.edesclae.com)



biblioteca de psicología