

El Tratamiento de los Recuerdos Traumáticos en Pacientes con Trastornos Disociativos Complejos.

Parte uno de dos.

Onno van der Hart

Departamento de Psicología Clínica y Salud, Psicología, Universidad de Utrecht

Holanda

Kathy Steele

Metropolitan Psychotherapy Associates

Atlanta, Georgia

&

Ellert Nijenhuis

Centro principal de Referencia de Trauma, Mental Health Care Drenthe,

Assen, Holanda

Datos de contacto:

Onno van der Hart, Ph.D.

Department of Clinical and Health Psychology, Utrecht University

Heidelberglaan 1, 3584 CS Utrecht, the Netherlands

Tel. 31 (20) 253-1785

FAX 31 (20) 253-4718

Email: o.vanderhart@uu.nl

Resumen.

Los pacientes con trastornos disociativos complejos tienen diferentes partes disociativas de la personalidad que son prototípicas. Un prototipo es una parte que se ocupa de la vida diaria, mientras intenta evitar los recuerdos traumáticos. El otro prototipo es una parte fijada en esos recuerdos, como reacciones sensoriomotoras y muy cargadas afectivamente de las experiencias traumáticas, incluyendo patrones defensivos mamíferos ante una amenaza real o percibida. Los pacientes disociativos que tienden a la autohipnosis, son habitualmente susceptibles de ser tratados con hipnosis como una intervención terapéutica eficaz cuando está integrada en un tratamiento orientado por fases, el actual estándar de cuidado. En la fase inicial de estabilización, se fortalece a la parte(s) disociativa implicadas en la vida diaria, se contiene a la parte(s) disociativa fijada en los recuerdos traumáticos y las fobias entre unas y otras son superadas en buena parte. La segunda fase incluye superar la fobia a los recuerdos traumáticos y su posterior integración. Esta fase del tratamiento suele alternar con periodos adicionales de estabilización. El terapeuta se asegura de que la confrontación con los recuerdos traumáticos no supere la capacidad del paciente para integrar esas reactivaciones, de tal modo que el paciente pueda transformarlas en memorias narrativas, autobiográficas.

El Tratamiento de los Recuerdos Traumáticos en Pacientes con Trastornos Disociativos Complejos.

“Primero de todo no debemos olvidar que las acciones requeridas para disipar los recuerdos traumáticos, las acciones que llegarán a ser completamente terminadas, son generalmente difíciles y costosas”

Pierre Janet (1919/25, p. 697)

De acuerdo con el actual estandar de cuidado, el tratamiento de los recuerdos traumáticos de pacientes con trastornos complejos relacionados con el trauma, incluyendo el trastorno de identidad disociativo (TID) y los trastornos disociativos no especificados (TDNE) implica un abordaje de tratamiento orientado por fases (Brown, Schefflin, & Hammond, 1998; Chu, 1998; Courtois, 1999; Gelinás, 2003; Herman, 1992; Kluft, 1993, 1997b; Steele, Van der Hart, & Nijenhuis, 2001, 2005; Van der Hart, Nijenhuis, & Steele, 2006/2008). El tratamiento orientado por fases tiene sus orígenes en el trabajo pionero de Pierre Janet (1898a, 1919/25), que describe tres fases en el tratamiento general: (1) estabilización y reducción de síntomas (2) tratamiento de los recuerdos traumáticos y (3) (re)integración y rehabilitación de la personalidad (Van der Hart, Brown, & Van der Kolk, 1989). El modelo toma la forma de una espiral, en la que estas diferentes fases del tratamiento pueden alternarse de acuerdo con las necesidades del paciente (Courtois, 1999).

En este artículo nuestro foco estará en la Fase 2, el tratamiento de los recuerdos traumáticos. Describiremos este tratamiento en términos de integración, que engloba síntesis y “darse cuenta” (realization). Como señalábamos antes, el trabajo de Fase 1 es un requisito previo. Por ello describimos algunos abordajes básicos para la estabilización inicial, que son necesarios antes de considerar el tratamiento de los recuerdos traumáticos. Situaremos nuestra descripción del tratamiento en el contexto de la teoría de la disociación estructural de la personalidad.

Memoria Traumática y Disociación Estructural de la Personalidad.

Los recuerdos traumáticos se asocian con una organización disociativa de la personalidad del paciente a lo largo del espectro de los trastornos complejos relacionados con el trauma. La comprensión de esta organización (la disociación estructural de la personalidad en el trauma), es esencial para tratar con éxito estas memorias. Como se describe en trabajos

previos (Nijenhuis, Van der Hart, & Steele, 2002, 2004; Steele et al., 2001, 2005; Van der Hart et al., 2006/2008), entendemos que en el trauma, la personalidad del paciente está extremadamente pero no completamente dividida entre dos o más subsistemas psicobiológicos. Estos subsistemas son muy rígidos en sus funciones y demasiado cerrados unos a otros, ocasionando un problema para la adaptación. Un subsistema de personalidad prototípico es denominado Parte Emocional de la Personalidad (PE; Myers, 1940). Como PE, el paciente está fijado en reacciones sensoriomotoras y con alta carga emocional de las experiencias traumáticas, incluyendo tendencias de acción de defensa contra una amenaza percibida o real. Es decir, la PE está fijada en los recuerdos traumáticos. El otro prototipo se denomina Parte Aparentemente Normal de la Personalidad (PAN; Myers, 1940), que está fijada en la evitación de los recuerdos traumáticos y a menudo de la experiencia interna en general, y que se focaliza en las funciones de la vida diaria. Como PAN el paciente puede parecer “normal”, pero tiene síntomas negativos de distanciamiento, embotamiento y amnesia parcial o total para la experiencia traumática, y experimenta intrusiones de la PE. La marcada división de la personalidad entre una PAN y una PE únicas, representa la *disociación estructural primaria* y caracteriza los trastornos postraumáticos disociativos simples, incluyendo el TEPT. La disociación entre PAN y PE impide la integración de los recuerdos traumáticos y bloquea su transformación en memorias narrativas autobiográficas.

Como indica la descripción de la disociación primaria, la disociación estructural relacionada con el trauma no es aleatoria, sino que suele desarrollarse a lo largo de sistemas de acción psicobiológicos evolutivamente preparados para guiar las acciones mentales y conductuales adaptativas (Lang, 1995; Panksepp, 1998; Van der Hart et al., 2006/2008). Un sistema de acción principal es de naturaleza defensiva e incluye diversos intentos de sobrevivir a una amenaza inminente (Fanselow & Lester, 1988). El sistema de acción defensivo está encaminado a escapar de y a evitar el estímulo aversivo, e incluye subsistemas como los de huida, congelación, lucha y sumisión total (Porges, 2001). Otros sistemas de acción se ocupan de funciones de la vida diaria (Panksepp, 1998). Estos sistemas incluyen regulación de energía, apego y cuidado, exploración e implicación social (Porges, 2001), juego y reproducción, e implican aproximación a estímulos atractivos (Lang, 1995).

La personalidad está íntimamente relacionada con los sistemas de acción, y su integración es una tarea del desarrollo (Nijenhuis & Den Boer, 2009; Van der Hart et al., 2006). La integración del sistema de acción de defensa y los sistemas de acción de la vida diaria, esto es, los sistemas de acción para aproximarnos a estímulos atractivos, es un desafío

importante, sobre todo cuando los sistemas de acción de defensa se activan poderosa y recurrentemente debido a un abuso crónico, y cuando la capacidad integrativa de los supervivientes es limitada. En este contexto, los sistemas de acción para la evitación de estímulos aversivos y la aproximación a estímulos atractivos puede verse secuestrada y organizada dentro de subsistemas de la personalidad del superviviente alternantes y en competencia, esto es, la PAN y la PE.

La PE está mediada predominantemente por el sistema animal defensivo con tendencias de acción fijadas frente a la amenaza percibida o real (Nijenhuis, 2004; Van der Hart et al., 2006/2008). Las PEs tienen un foco atencional involuntario, rígido y extremadamente estrecho, concentrado primariamente en percibir la amenaza, la cual es sobre-interpretada a la luz del pasado traumático. La PE desarrolla una idea del self que puede ser rudimentaria (como puede verse el TEPT agudo y simple) o más elaborada y autónoma (como puede verse en el TEPT Complejo, TDNE y TID). Cada PAN y PE están también típicamente fijadas en patrones particulares de apego inseguro que incluyen tanto la aproximación como la defensa en las relaciones (Steele, Van der Hart, & Nijenhuis, 2001). La alternancia o competencia entre la aproximación y la defensa relacionales entre las partes es un sustrato de lo que se ha denominado estilo de apego desorganizado/desorientado (Liotti, 1999). La resolución de las memorias traumáticas, por definición, implica (un grado de) resolución de este estilo de apego inseguro.

Cuando los eventos traumatizantes son cada vez más abrumadores y/o prolongados, puede ocurrir una posterior división de la PE, mientras que permanece intacta una PAN única. Esta disociación estructural secundaria puede estar basada en la falla de la integración entre subsistemas relativamente discretos de sistemas de acción de defensa (lucha, huida, congelación, colapso). Nosotros consideramos que la disociación estructural secundaria está principalmente relegada al TEPT Complejo y al Trastorno Disociativo no Especificado (TDNE), la forma más común de trastorno disociativo encontrado en la práctica clínica.

Finalmente, la disociación terciaria implica no sólo más de una PE, sino también más de una PAN. La división de la PAN puede ocurrir cuando ciertos aspectos inescapables de la vida diaria se ven asociados de modo marcado a eventos traumatizantes que tienden a reactivar los recuerdos traumáticos. La personalidad del paciente se dividirá cada vez más en un intento de mantener el funcionamiento mientras sigue evitando las memorias traumáticas. Esta posterior división de la PAN tiende a ocurrir a lo largo de los diferentes sistemas de acción de la vida diaria. Por ejemplo, cuando una paciente con TID tuvo un hijo de su padre

adoptivo a los 16 años, desarrolló una segunda PAN que se sentía como una madre. Esta segunda PAN estaba mediada por el sistema de acción de apego y cuidado, y criaba al niño. Entretanto, la paciente como PAN original tenía un trabajo, y primariamente estaba mediada por el sistema de acción de manejo de energía, implicación social y exploración. Ella no creía que tuviese ningún niño. La disociación estructural terciaria se refiere sólo a pacientes con TID. En unos pocos pacientes con TID que tienen una capacidad integrativa extremadamente baja y que se han habituado a la disociación de modo muy fuerte, pueden surgir nuevas PANs simplemente para afrontar las frustraciones menores de la vida. La disociación en estos pacientes se ha convertido en un estilo de vida, y su pronóstico es por lo general más pobre.

En casos de abuso y negligencia severos y tempranos, hay una vía evolutiva muy temprana hacia la disociación estructural, que implica un obstáculo para la progresión natural hacia la integración de estados comportamentales discretos (Putnam, 1997; Siegel, 1999) que están mediados por diferentes sistemas de acción. El sentido del self es altamente estado-dependiente en el niño (Wolf, 1990), y es dentro de una interacción positiva y segura con los cuidadores que el niño pequeño empieza a adquirir habilidades para sostener, modular, e integrar estados comportamentales relativamente discretos (Putnam, 1997) y sus respectivos sistemas de acción. Así, en la traumatización temprana y crónica, conjuntos de estados mentales y comportamentales rudimentarios y no integrados de un niño, que están mediados por diferentes sistemas de acción, pueden permanecer no integrados y volverse cada vez más rígidos y cerrados unos a otros dentro de un sistema organizativo de la personalidad como un todo. Esto puede dar lugar a subsistemas psicobiológicos persistentemente no integrados. Estos subsistemas rudimentarios de la personalidad pueden alcanzar diversos grados de elaboración y autonomía, convirtiéndose en PANs y PEs.

La disociación estructural de la personalidad es mantenida predominantemente por una serie de fobias que caracterizan a los supervivientes del trauma y por factores relacionales (Nijenhuis et al., 2002; Steele et al., 2001, 2005). Janet (1904) describe la fobia nuclear como la fobia a los recuerdos traumáticos, que consiste en la evitación de una completa toma de conciencia del trauma y de sus efectos sobre la propia vida. Cada vez es necesaria más evitación conductual y mental, incluyendo la disociación de la personalidad, para prevenir lo que es visto como darse cuenta de aspectos intolerables del self, los otros y el mundo.

Posteriormente, desde esta fobia fundamental se desarrollan fobias que lo abarcan todo. Las fobias pueden estar mantenidas por creencias reflexivas como: “Me volveré loco si empiezo a sentir”, o “El abuso no me sucedió a mí”, “Fue culpa mía”, “No tiene importancia”.

Superar este complejo de fobias y otros modos de elevar la eficiencia mental del superviviente (el nivel de funcionamiento mental) y de la energía mental, son esenciales para el éxito del tratamiento. La tabla 1 presenta una revisión de estas fobias relacionadas con el trauma tal como son abordadas en cada una de las fases del tratamiento.

Fase 1: Estabilización y Reducción de Síntomas.

El tratamiento de los recuerdos traumáticos necesita ser precedido por un periodo (a menudo prolongado) de estabilización y el desarrollo de un funcionamiento reflexivo más adaptativo, regulación emocional y habilidades relacionales (Brown et al., 1998; Courtois, 1999; Gelinas, 2003; Kluft, 1997b; Linehan, 1993; Ogden, Minton, & Pain, 2006; Steele et al., 2005; Van der Hart et al., 2006/2008). El tratamiento empieza con la PAN(s) y aquellas EPs que son intrusivas e interfieren con la vida y la terapia, y se centra en aumentar la capacidad integrativa o el nivel mental de esas partes de la personalidad. Se apoya a los pacientes en la superación de una serie de fobias relacionadas con el trauma que incluyen: (1) problemas relacionales con la cercanía, el abandono, la pérdida y el rechazo, particularmente en relación con el terapeuta; (2) fobia a las acciones mentales que generan experiencias internas (contenidos mentales) como emociones, sensaciones corporales, pensamientos, imágenes, fantasías, deseos y necesidades; y (3) fobia a las partes disociativas (que tienen sus propias acciones mentales rígidas e incluyen contenidos mentales que son inaceptables para otras partes). La evitación fóbica de acciones mentales y contenidos (particulares), especialmente emociones intensas o conflictivas y las sensaciones relacionadas con ellas, dificulta la confrontación adaptativa de los recuerdos traumáticos, y debe por tanto ser abordada precozmente en el tratamiento. Dado que la falta de integración de las partes disociativas (PAN vs PE; diferentes PEs unas respecto a otras) está en la raíz de los recuerdos traumáticos persistentes, es esencial ayudar al paciente a superar la fobia a las partes disociativas antes de trabajar con los recuerdos traumáticos. La Fase 1 del tratamiento también ayuda al paciente a aprender a identificar y afrontar estímulos condicionados relacionados con el trauma de origen tanto externo (ambiental, relacional) como interno (estado de ánimo, intrusión de PEs). Esto proporciona un marco terapéutico para manejar la reactivación de PE(s) debido a esos estímulos, y la modulación de las respuestas hacia ellos. Así, en la Fase 1 se apoya al paciente como PAN en su evolución hacia un funcionamiento normal dentro de un marco de creciente reconocimiento de las PEs y cooperación entre partes disociativas (Kluft, 2006; Van der Hart et al., 2006/2008), y en el desarrollo de un nivel mental óptimo que haga posible la Fase 2.

Un abordaje de los sistemas es esencial en el trabajo con partes disociativas, y de este modo con los recuerdos traumáticos. Cada intervención debe ser dirigida en primer lugar hacia mejorar la adaptación del individuo *como un sistema psicobiológico completo*. Con este propósito existen varios niveles escalonados de trabajo sistémico. La primera línea de intervención es por lo general con toda la personalidad, e incluye técnicas como la de “hablar a través”. El siguiente paso habitual es promover interacciones entre partes particulares, como entre PAN y PE. Es esencial implicar a las distintas partes disociativas en un trabajo activo unas respecto a otras, de cara a disminuir la rigidez y cerrazón entre ellas, de otro modo el paciente descargará el trabajo en el terapeuta, lo que solo serviría para seguir manteniendo su organización disociativa. El paciente como PAN puede ser animado a aceptar y escuchar gradualmente a otras partes y a empezar a satisfacer sus necesidades. Si el trabajo previo no es posible, el terapeuta puede trabajar temporalmente con una parte individual de cara al enraizamiento, orientación al presente, regulación y corrección de distorsiones cognitivas mayores. Entonces se anima gradualmente a otras partes del paciente a empezar a trabajar con las demás para continuar promoviendo la adaptación sistémica.

Superar las fobias a las acciones mentales y a las partes disociativas implica que los pacientes han de aprender modos más adaptativos para afrontar estímulos temidos o vergonzantes. Aquí mencionamos aquellas técnicas terapéuticas que tienen especial valor para la Fase 2. La hipnosis tiene especial valor en el tratamiento de los pacientes disociativos (e.g., Kluft, 1994, 1999; Ross, 2000), ya que son moderada o marcadamente hipnotizables y a menudo entran en autohipnosis, incluyendo estados de trance y lógica de trance.

La PAN evita predominantemente las acciones mentales típicamente implicadas en la reactivación de los recuerdos traumáticos y las experiencias sensoriales, estados de ánimo y creencias asociadas. En Fase 1 las partes disociativas pueden aprender cómo protegerse a sí mismas temporalmente de esas memorias tan terribles usando *visualizaciones del lugar seguro o tranquilo* (imágenes de un lugar dónde ellas se sienten seguras y protegidas, o, si el concepto y la experiencia de seguridad es algo aún desconocido para ellas, buscar un lugar donde ellas se sientan relativamente a gusto). Las partes pueden compartir dichos lugares o tener uno propio. La instalación de recursos positivos con técnicas como EMDR (Gelinas, 2003; Twombly, 2000), o hipnosis (e.g., Hammond et al., 1988) es útil para aumentar gradualmente la capacidad integrativa de todas las partes de la personalidad. Pueden ser útiles varias combinaciones de técnicas hipnóticas y EMDR que promueven la estabilización si el terapeuta está ampliamente entrenado en ambas modalidades (Beere, Simon, & Welch, 2001;

Fine & Berkowitz, 2001). También se puede entrenar a las pacientes con visualizaciones de contención, como cámaras acorazadas, almacenamiento en ordenadores y elementos similares (Brown & Fromm, 1986; Kluft, 1993; Sachs & Peterson, 1996; Van der Hart et al., 1993, 2006/2008). Dichas visualizaciones les ayudan a “almacenar” de modo temporal las memorias traumáticas u otras experiencias internas amenazantes. Estas técnicas apoyan a los pacientes en el aprendizaje de la *diferencia entre la evitación desadaptativa y la graduación del trabajo y el ritmo que está bajo su control*. Superar la fobia a las partes disociativas debe llevar a la cooperación y colaboración entre partes, con el desarrollo gradual de cooperación interna y empatía. La creación de un lugar de reuniones interno (Fraser, 1991; Krakauer, 2001) o de un intercomunicador u otro sistema de comunicación imaginario (si la reunión directa es demasiado amenazante), puede ser útil para promover la cooperación. Se puede recomendar a algunas partes que bajo ciertas circunstancias se retiren de dichas reuniones a su lugar seguro o tranquilo para discutir las memorias traumáticas en Fase 2. Otras técnicas hipnóticas incluyen el sueño o descanso interno para partes que se sienten abrumadas y distorsión del tiempo (una extensión hipnótica de momentos de descanso o calma o el sentimiento actual). Estas y otras técnicas para afrontar una alta intensidad emocional y para promover interacciones manejables entre partes disociativas, incluyen el uso estratégico de las capacidades disociativas e hipnóticas del paciente, mientras al mismo tiempo se eleva el nivel integrativo del paciente hasta un punto en el que las partes disociativas puedan reconocer la existencia, los conflictos y las necesidades respectivas de las demás. Por ejemplo, es más factible promover la comunicación y cooperación internas entre dos o más partes disociativas a través de planear y llevar a cabo juntas tareas de la vida diaria, cuando las partes disociativas saben cómo mostrar ciertas experiencias internas mientras contienen otras, y cuando todas esas partes pueden permanecer centradas en el momento presente. Las intervenciones de Fase 1 incluyen también psicoeducación, visualización y ensayos conductuales de recursos positivos (habilidades de relajación, estructuración de actividades diarias, manejo de energía, promoción de recursos somáticos como enraizamiento y facilitación de momentos expresivos; Ogden et al., 2006). Otras intervenciones incluyen modificación de creencias sustitutivas (creencias desadaptativas que sustituyen a acciones mentales más difíciles) estimulando el pensamiento reflexivo y la comprobación experimental de ideas relacionadas con el trauma que no son adaptativas en el presente. Finalmente, el desarrollo de una relación terapéutica flexible, cálida y con buenos límites es esencial en la fase temprana del tratamiento, como lo es también el trabajo en otras relaciones actuales, de

modo que se pueda adquirir de modo gradual cierto grado de apego seguro (Fosha, 2003; Kluft, 1993, 1997; Steele et al., 2001, 2005; Van der Hart et al., 2006/2008).

(Contra-)Indicaciones para la Fase 2 del Tratamiento.

La Fase 2 puede iniciarse cuando la capacidad integrativa ha alcanzado el nivel en el que la PAN(s) y las PE(s) claves son capaces de funcionar más o menos adecuadamente en el presente, o pueden al menos mantener una relación razonablemente estable con el terapeuta, pueden tolerar y regular la activación y han desarrollado un cierto grado de empatía interna y cooperación. Las contraindicaciones para la Fase 2 incluyen la ausencia de alguno de los criterios citados, así como que esté ocurriendo un maltrato o abuso interpersonal actual; abuso activo de sustancias u otras conductas autodestructivas; crisis vitales externas actuales agudas o situaciones en las que se necesita una energía y concentración extra en la vida cotidiana; edad extrema, enfermedad física o terminal; psicosis: cualquier problema caracterológico severo que interfiera con el proceso terapéutico básico; y alternancia incontrolada entre PANs y PEs (Boon, 1997; Kluft, 1997a; Steele & Colrain, 1990; Steele et al., 2001; Van der Hart & Boon, 1997). Las metas de la estabilización pueden alcanzarse rápidamente en pacientes altamente funcionales, pero pueden requerir gran cantidad de tiempo (con frecuencia varios años) en pacientes menos funcionales. Aunque muchas de estas metas pueden conseguirse entre el grupo de pacientes con pronóstico menos favorable, la Fase 2 generalmente les desestabiliza de modo importante. En algunos casos extremadamente difíciles, la estabilización completa nunca se consigue, y la Fase 1 termina por ser el objetivo final del tratamiento. En todos los casos, se ha de pedir a los pacientes un consentimiento informado para pasar a la Fase 2 del tratamiento.

Contratransferencia y el Tratamiento de los Recuerdos Traumáticos.

Los terapeutas pueden ser susceptible de dos posiciones contratransferenciales a la hora de lidiar con las memorias traumáticas (Van der Hart & Steele, 1999). En primer lugar, pueden desarrollar una fascinación inadecuada con el contenido de los recuerdos traumáticos del paciente, y una actitud contra-fóbica hacia ellos. Esto puede resultar en una focalización excesiva y prematura en las memorias traumáticas, desatendiendo el desarrollo de habilidades esenciales de la vida diaria y emocionales. En segundo lugar, los terapeutas pueden sobre-identificarse con la falta de conciencia (de “darse cuenta”) del paciente, estando de acuerdo en evitar totalmente afrontar los recuerdos traumáticos. Los terapeutas han de examinar con

frecuencia sus motivaciones y cómo éstas interfieren con las intervenciones estándar de cuidado y el proceso terapéutico.

Algunos mitos persistentes sobre el tratamiento de los recuerdos traumáticos suelen permanecer entre los terapeutas que no están entrenados en el estándar de cuidado para el trabajo con trauma, y esto puede llevar a consecuencias desastrosas. Estos suelen estar basados en una falta de comprensión básica de la disociación y la integración. Por ejemplo, el terapeuta puede no captar la idea de que una parte disociativa puede recordar y re-experimentar un recuerdo, mientras otra permanece completamente distante y despersonalizada, lo que tiene como resultado que algunos pacientes, tras años de “trabajo con recuerdos” continúan estando disociados. O puede considerar que la intensidad emocional extrema es un indicador de curación, siendo en realidad que esto promueve que el paciente disocie debido a su inadecuada capacidad integrativa. Finalmente, el terapeuta puede no captar que recordar no es suficiente en sí mismo, sino que más bien es el trabajo a menudo largo y difícil de tomar conciencia (“darse cuenta”) después de recordar, lo que es realmente la clave de la resolución de los recuerdos traumáticos.

Fase 2: Tratamiento de los Recuerdos Traumáticos

El objetivo principal de la fase 2 es la integración de los recuerdos traumáticos, que incluye síntesis y toma de conciencia (darse cuenta) haciendo que la disociación resulte innecesaria y obsoleta. El modo en que se alcanza este objetivo y las técnicas usadas pueden variar mucho de paciente a paciente, ya que los individuos disociativos son un grupo bastante heterogéneo. Lo que funciona bien para un paciente puede resultar desastrosos para otro en lo que respecta a afrontar los recuerdos traumáticos. De modo que los terapeutas deben ser flexibles al abordar el tratamiento de las memorias traumáticas y colaborar con cada paciente individual para buscar lo que resulta más efectivo.

Independientemente de la vía hacia la integración, ésta siempre incluye la implicación en acciones mentales integrativas que se habían evitado o resultaban inalcanzables. En primer lugar, los elementos principales de la experiencia traumática deben ser *sintetizados* (*compartidos* entre PAN(s) y PE(s), y cambiados por un relato verbal simbólico o narrativa que no es despersonalizada, sino una narrativa autobiográfica genuina). La *síntesis guiada* – descrita abajo en más detalle – es una intervención que consiste en una *exposición* gradual a una memoria traumática particular, la prevención de reacciones mentales y conductuales desadaptativas, y la promoción de compartir y aceptar entre varias partes disociativas, los

recuerdos traumáticos. Una vez que el paciente ha sintetizado la memoria traumática, podemos pasar a la toma de conciencia (darse cuenta) guiada, otra intervención terapéutica integrativa. Esta *toma de conciencia guiada* incluye el promover dos acciones mentales adicionales: la personificación y la presentificación. La *personificación* es la acción mental de hacer propia la experiencia de uno mismo. La *presentificación* implica estar presente en conciencia plena (mindfulness), mientras somos conscientes del contexto de nuestro pasado y nuestro futuro, lo que lleva a acciones adaptativas en el presente. Entonces el paciente como un todo se ha dado cuenta de que el evento pasó y que está superado, que el verdadero presente es distinto del pasado y es mucho más real, y que el evento ha tenido y puede continuar teniendo ciertas consecuencias en su vida. El paciente puede elaborar una narrativa coherente y flexible del recuerdo mientras permanece presente en el momento actual y sin revivirlo a nivel sensoriomotor. Esta narrativa deberá ser integrada en y a través de cada parte de la personalidad.

En el curso del tratamiento se desarrolla de modo gradual una flexibilidad de las acciones mentales y conductuales entre partes disociativas previamente rígidas. Cuanto más fluido y menos disociativo va siendo el sistema, y cuanto mejor orientadas están las partes disociativas al presente, menos necesario les resulta permanecer fijadas en acciones defensivas y otras reacciones automáticas ante los disparadores. E incluso si el individuo debe afrontar futuros eventos estresantes, será capaz de implicarse en respuestas más efectivas y adaptativas. Es vital que el paciente entienda el principio clave de aceptación gradual de las PEs y PANs como partes de la misma personalidad, y que cada parte es responsable de y para todas las demás. De otro modo, el paciente puede usar al terapeuta como una “niñera”, por ejemplo, o esperar que el terapeuta se rinda, o castigue, o controle a las diversas partes disociativas en lugar de asumir una responsabilidad personal por sus acciones, que después de todo, son parte del paciente.

La base de los patrones de apego inseguro que son prominentes en los individuos traumatizados, es la alteración crónica de los sistemas de acción de apego y defensa relacionados a un cuidador abusivo (Liotti, 1999; Nijenhuis et al., 2002; Van der Hart et al., 2006/2008). Por definición, la resolución de dichos patrones de apego inseguro implica la síntesis del trauma relacional con aquellos que han hecho daño al paciente. Las intervenciones relacionales para las PEs están orientadas hacia la modificación de sus reacciones defensivas (congelación, huida, lucha, colapso) en respuesta al contacto actual con los antiguos perpetradores, o en reacción a gente en el presente que perciben erróneamente como

amenazantes. Algunas PEs están fijadas en apego del llanto, en el cual se aferran necesitados y vuelven una y otra vez a contactar con el perpetrador, no importa lo atroz de su conducta hacia el paciente. Las intervenciones para esas partes disociativas de la personalidad están inmersas en un contexto de apego seguro aprendido con el terapeuta. Adicionalmente, las PEs fijadas a varios subsistemas defensivos deben volverse más cooperativas y empáticas con las demás. Por ejemplo, una PE sumisa puede empezar a tener comunicación y cooperación con una PE que puede proteger a esta parte. Sin embargo, debe hacerse mucho trabajo con esta PE de lucha antes de que pueda proteger con empatía y cooperación, como se señaló en la Fase 1.

Superando la Fobia al Recuerdo Traumático.

Esta es una de las fobias más difíciles de superar, requiriendo una capacidad integrativa elevada y sostenida de las PAN(s) y PE(s). Para conseguirlo es crucial cuidar el ritmo de la terapia y la regulación de la hiper e hipoactivación del paciente. Deben de seguirse estrictamente las contraindicaciones para iniciar esta fase. Cuanto más bajas son la capacidad integrativa del paciente y su energía, más lenta ha de ser esta etapa del tratamiento, con frecuentes regresos a las intervenciones de la Fase 1. Como señalábamos antes, una acción mental curativa clave es la integración de las memorias traumáticas, incluyendo su síntesis y toma de conciencia (darse cuenta). La síntesis guiada gradual es una intervención terapéutica modulada y controlada, en la que se ayuda al paciente como un todo, o a alguna selección de partes disociativas, a permanecer orientadas al presente mientras al mismo tiempo sintetizan la memoria traumática (Van der Hart & Steele, 2000), con sus componentes cognitivos, sensoriomotores, afectivos y conductuales. Aunque en el campo de los trastornos disociativos suelen usarse expresiones como *abreacción controlada* o *trabajo abreactivo* para describir esta intervención (Fine, 1993; Kluft, 1988, 1994; Putnam, 1989; Ross, 1989), nosotros preferimos el término *síntesis*, que enfatiza la naturaleza integrativa de las acciones mentales implicadas y que evita la sugestión de que expresar emociones vehementes es en si mismo beneficioso terapéuticamente (Huber, 2003; Van der Hart et al., 1993; ver Van der Hart & Brown, 1992, para un análisis crítico). La síntesis guiada es precedida por una extensa etapa de preparación, y es seguida por etapas de toma de conciencia y posterior integración.

Preparación. La preparación cuidadosa de la síntesis guiada maximiza la probabilidad de que el trabajo tenga lugar dentro de la ventana de capacidad integrativa del paciente. De ese emodo terapeuta y paciente tratan de prevenir emociones vehementes que están, por definición, fuera de la ventana de tolerancia del paciente y subsecuentes conductas autodestructivas. A veces puede ser útil programar que alguien lleve al paciente en coche a

casa después de una sesión en la que se plantea una síntesis, y que esté disponible después como apoyo. Puede ser necesario para el paciente tomarse un tiempo en el trabajo o respecto a otras obligaciones, o al menos planificar un tiempo razonable para sí mismos y para descansar. Programar sesiones más largas puede ser útil, no para incrementar la intensidad ni la duración de las experiencias, sino más bien para graduar más lentamente las experiencias traumáticas y dar al paciente más tiempo para enraizarse y reorientarse por completo al presente. El paciente debe tener una profunda comprensión de los propósitos y la experiencia de integrar memorias traumáticas. Puede usarse la hipnosis para controlar y apoyar un ritmo adecuado, pero sólo si el terapeuta está bien entrenado y el paciente está acostumbrado a su uso formal y dado un consentimiento informado.

Es importante en Fase 2 identificar y tratar las creencias y acciones conductuales sustitutivas (Janet, 1945) de varias PANs y PEs. Estas creencias y conductas son acciones de baja calidad que sustituyen a acciones adaptativas en el presente. Los errores y distorsiones cognitivas, incluyendo las creencias sustitutivas, deben ser identificadas y corregidas hasta cierto nivel en la Fase 1, pero algunas sólo pueden ser modificadas después de la síntesis. Las fantasías sustitutivas a menudo incluyen rescate (por la familia o el terapeuta), el deseo de reparar el pasado y hacer que el pasado “real” se vaya, el deseo de abdicar de la responsabilidad y de ser cuidados, la esperanza de una cura mágica y la “fantasía de oro” de que cada necesidad puede ser perfectamente colmada por otra persona y, más obviamente, la creencia de que las partes disociativas no pertenecen a uno mismo. Cada una de ellas sirve como una defensa frente a la integración de las memorias traumáticas y el necesario duelo que acompaña a este trabajo y deben ser dianas (blancos) del tratamiento antes de trabajar con los recuerdos traumáticos.

La creencia sustitutiva en sí misma es menos importante que la falta de toma de conciencia que encubre (Janet, 1945; Van der Hart et al., 1993), pero debe no obstante ser tratada. El tratamiento consiste primeramente en la identificación de las creencias reflexivas (“Mi tío era maravilloso: yo lo seduje a él”; “No tengo que trabajar porque soy pequeña”; “Este no es mi niño: Soy una persona soltera y quiero ir de fiesta”, etc.). Las PANs y PEs que sostienen las creencias desadaptativas deben ser confrontadas gradualmente y con cuidado por otras partes que no sostienen dichas creencias (el paciente debe ser dirigido a afrontar creencias internas en conflicto). Por ejemplo, un superviviente como PAN adolescente quiere tener libertad y jugar, negando ser madre. Se la ayudó gradualmente a experimentar empatía por otros niños, y entonces por su niño “interno” (PE). Esto llevó a la síntesis de recuerdos

traumáticos de su propia madre maltratándola físicamente cuando era niña. Fue capaz de aceptar a esta PE infantil como parte de ella, así como aceptar que ahora había crecido y tenía un niño real que era suyo conforme ella integró su historia. Para eliminar creencias sustitutivas es necesaria una comprensión de hechos relevantes y del contexto del maltrato. Por ejemplo, una vez que una paciente fue plenamente consciente de que la habían dejado sola en casa de su tío sin nadie que la ayudara, y que él empleó la fuerza física para agredirla sexualmente, fue capaz de abandonar la idea de que ella le había seducido. Por un lado, esto redujo significativamente sus sentimientos de culpa, y por otro la llevó a una dolorosa toma de conciencia de su extremo desamparo cuando era niña, lo cual había evitado encarecidamente.

FIN DE LA PARTE UNO DE DOS .

LE INVITAMOS A LEER LA PARTE DOS DE DOS,

Bibliografía

- Beere, D.B., Simon, M.J., & Welch, K. (2001). Recommendations and illustrations for combining hypnosis and EMDR in the treatment of psychological trauma. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 43(3-4), 217-231.
- Boon, S. (1997). The treatment of traumatic memories in DID: Indications and contra-indications. *Dissociation*, 10, 65-80.
- Brewin, C.R. (2003). *Posttraumatic stress disorder: malady or myth?* New Haven: Yale University Press.
- Brown, D.P., & Fromm, E. (1986). *Hypnotherapy and hypnoanalysis*. Hillsdale, NJ: L. Erlbaum Associates.
- Brown, D., Schefflin, A.W., & Hammond, D.C. (1998). *Memory, trauma treatment, and the law*. New York: W.W. Norton & Co.
- Chu, J.A. (1998). *Rebuilding shattered lives: The responsible treatment of complex posttraumatic stress and dissociative disorders*. New York: Guilford Press.
- Courtois, C. (1999). *Recollections of sexual abuse: Treatment principles and guidelines*. New York: W.W. Norton & Co.
- Fanselow, M.S., & Lester, L.S. (1988). A functional behavioristic approach to aversively motivated behavior: Predatory imminence as a determinant of the topography of defensive behavior. In R.C. Bolles & M.D. Beecher (Eds.), *Evolution and learning* (pp. 185-212). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Fine, C.G. (1993). A tactical integrationalist perspective on the treatment of multiple personality disorder. In R.P. Kluft & C.G. Fine (Eds.), *Clinical perspectives on multiple personality disorder* (pp. 135-153). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- 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. *Eye Movement Desensitization Reprocessing. American Journal of Clinical Hypnosis*, 43(3-4), 275-290.

Forgash, C., & M. Copeley (Eds.), *Healing the heart of trauma and dissociation with EMDR and ego state therapy*. New York: Springer.

Fraser, G. A. (1991). The dissociative table technique: A strategy for working with ego states in dissociative identity disorder and ego-state therapy. *Dissociation*, 4, 205-213.

Gelinas, D. J. (2003). Integrating EMDR into phase-oriented treatment for trauma. *Journal of Trauma & Dissociation*, 4(3), 91-135.

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.

Herman, J.L. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.

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.

Huber, M. (2003). *Wege der Traumabehandlung: Trauma und Traumabehandlung, Teil 2*. Paderborn: Junfermann Verlag.

Janet, P. (1898). Traitement psychologique de l'hystérie. In A. Robin (Ed.), *Traité de thérapeutique appliquée*. Paris: Rueff. (a) Also in P. Janet (1911), *L'état mental des hystériques*, 2nd. ed. (pp. 619-688). Paris: F. Alcan.

Janet, P. (1898). *Névroses et idées fixes*, Vol. 1. Paris: Félix Alcan. (b)

Janet, P. (1904). L'amnésie et la dissociation des souvenirs par l'émotion. *Journal de Psychologie*, 1, 417-453.

Janet, P. (1907). *The major symptoms of hysteria*. London & New York: Macmillan.

Janet, P. (1919). *Les médications psychologiques* (3 vols.). Paris: F. Alcan. English edition:

Psychological healing (2 vols.). New York: Macmillan, 1925. Reprint: Arno Press, New York, 1976.

Janet, P. (1928). *L'évolution de la mémoire et de la notion du temps*. Paris: A. Chahine.

Janet, P. (1935). Réalisation et interprétation. *Annales Médico-Psychologiques*, 93, 329-366.

Janet, P. (1945). La croyance délirante. *Schweizerische Zeitschrift für Psychologie*, 4, 173-187.

Kluft, R. P. (1988). On the treatment of the older patient with multiple personality disorder: "Race against time" or "make haste slowly"? *American Journal of Clinical Hypnosis*, 30, 257-266.

Kluft, R. P. (1990). The fractionated abreaction technique. In C. D. Hammond (Ed.), *Handbook of hypnotic suggestions* (pp. 527-528). New York: W. W. Norton & Co. (a)

Kluft, R. P. (1990). The slow leak technique. In C. D. Hammond (Ed.), *Handbook of hypnotic suggestions* (pp. 529-530). New York: W. W. Norton & Co. (b)

Kluft, R. P. (1993). The initial stages of psychotherapy in the treatment of multiple personality disorder. *Dissociation*, 6, 145-161.

Kluft, R.P. (1994). Applications of hypnotic interventions. *HYPNOS*, 21, 205-223.

Kluft, R. P. (1996). Treating the traumatic memories of patients with dissociative identity disorder. *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. (a)

Kluft, R. P. (1997). The initial stages of psychotherapy in the treatment of multiple personality disorder. *Dissociation*, 10, 145-161. (b)

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.

Krakauer, S.Y. (2001). *Treating dissociative identity disorder: The power of the collective*

heart. Philadelphia: Brunner Routledge.

Lang, P.J. (1995). The emotion probe: Studies of motivation and attention. *American Psychologist*, 50, 372-385.

Linehan, M.M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guildford Press.

Liotti, G. (1999). Disorganization of attachment as a model for understanding dissociative psychopathology. In J. Solomon & C. George (Eds.), *Attachment disorganization* (pp. 297-317). New York: Guilford.

Myers, C.S. (1940). *Shell-shock in France 1914-18*. Cambridge: Cambridge University Press.

Nijenhuis, E.R.S. (2004). *Somatoform dissociation: Phenomena, measurement, and theoretical issues*. New York: Norton.

Nijenhuis, E.R.S., & Den Boer, J.A. (2009). Psychobiology of chronic traumatization and trauma-related structural dissociation of the personality. In P.F. Dell, & J. O'Neil (Eds.), *Dissociation and dissociative disorders: DSM-IV and beyond* (pp.337-365). New York/London: Routledge.

Nijenhuis, E.R.S., Van der Hart, O., & Steele, K. (2002). The emerging psychobiology of trauma-related dissociation and dissociative disorders. In H. D'haenen, J.A. den Boer & P. Willner (Eds.), *Biological psychiatry* (pp. 1079-1098). Chicester, UK: John Wiley & Sons.

Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy*. New York/London: Norton.

Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions*. New York/Oxford: Oxford University Press.

Putnam, F. W. (1989). *Diagnosis and treatment of multiple personality disorder*. New York: Guilford Press.

Putnam, F.W. (1997). *Dissociation in children and adolescents: A developmental perspective*. New York: Guilford.

Ross, C. A. (2000). Re: The effects of hypnosis on dissociative identity disorder. *Canadian*

Journal of Psychiatry, 45, 298-299.

Ross, C. A. (1989). *Multiple personality disorder: Diagnosis, clinical features and treatment*.

New York: John Wiley.

Sachs, R. G., & Peterson, J. A. (1996). Memory processing and the healing experience. In L.

K. Michelson & W. J. Ray (Eds.), *Handbook of dissociation* (pp. 475-498). New York: Plenum.

Siegel, D. (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*.

New York: Guilford.

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., 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.

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.

Van der Hart, O., & Brown, P. (1992). Abreaction re-evaluated. *Dissociation*, 5, 127-138.

Van der Hart, O., Brown, P., & Van der Kolk, B. A. (1989). Pierre Janet's treatment of posttraumatic stress. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 379-396.

Van der Hart, O., Nijenhuis, E.R.S., & Steele, K. (2008). *El yo atormentado: La disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer. (Original publication: *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. New York/London: Norton.)

- 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. & 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. (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. (See also www.trauma-pages.com).
- Wolf, D.P. (1990). Being of several minds: Voices and versions of the self in early childhood. In D. Cicchetti & M. Beeghly (Eds.), *The self in transition: Infancy to childhood* (pp. 183-212). Chicago, IL: Chicago University Press.
- Wolpe, J. (1969). *The practice of behavior therapy*. New York: Pergamon Press.

Tabla 1: Tratamiento orientado por fases: Superando las Fobias Relacionadas con el Trauma

Fase 1: Reducción de síntomas y estabilización

- Superación de la fobia al apego y a la pérdida del apego, en especial con el terapeuta
- Superación de la fobia a las acciones mentales (experiencias internas como sentimientos, pensamientos, sensaciones, deseos y fantasías)
- Superación de la fobia a las partes disociativas de la personalidad (PAN y PE)

Fase 2: Tratamiento de los recuerdos traumáticos

- Superación de las fobias de apego relacionadas con el perpetrador(s)
- Superación de las fobias al apego en PEs relacionadas con el terapeuta
- Superación de la fobia a los recuerdos traumáticos

Fase 3: Integración y rehabilitación de la personalidad

- Superación de la fobia a la vida normal
- Superación de la fobia a asumir riesgos saludables y al cambio
- Superación de la fobia a la intimidad, incluyendo sexualidad e imagen corporal