

TRATAMIENTO SECUENCIADO EN FASES DE LA DISOCIACIÓN ESTRUCTURAL EN LA TRAUMATIZACIÓN COMPLEJA:

SUPERAR LAS FOBIAS RELACIONADAS CON EL TRAUMA

**Kathy Steele, MN, CS, Onno van der Hart, PhD,
Ellert R.S. Nijenhuis, PhD**

*Spanish translation of "Phase-Oriented Treatment of Structural Dissociation in
Complex Traumatization: Overcoming Trauma-Related Phobias."
Translators: Jesús Sanfiz & Andreea Apostol*

Kathy Steele está afiliada a la Asociación Metropolitana de Psicoterapia y a los Servicios de Asesoramiento Metropolitanos, Atlanta, Georgia.
Onno van der Hart está afiliado al Departamento de Psicología Clínica de la Universidad de Utrecht, de Utrecht, Olanda, y el Centro Sinai de Salud Mental, Ámsterdam, Olanda.
Ellert R.S. Nijenhuis está afiliado al Centro de Salud Mental Drenthe, Assen, Olanda.

Este artículo es una versión revisada y actualizada de Steele, K., Van der Hart, O., & Nijenhuis, E.R.S. (2004). Allgemeine Behandlungsstrategien komplexer dissoziativer Störungen: Die Bewältigung traumabezogener Phobien [El tratamiento secuenciado en fases de los trastornos disociativos complejos: superar las fobias relacionadas con el trauma]. A. Eckhart-Henn & S.O. Hoffman (Eds), "Dissoziative Störungen des Bewusstseins: Theorie, Symptomatik, Therapie" [Los trastornos disociativos de la conciencia: Teoría, sintomatología, terapia] (páginas 357-394). Stuttgart, Germany: Schattauer-Verlag. Permisi3n acordada por Schattauer-Verlag.

Diario de Trauma & Disociaci3n. Vol. 6(3) 2005,
<http://www.haworthpress.com/web/JTD>
2005, Editorial The Haworth, Inc. Todos los derechos reservados
C3digo de barras: 10.1300/J229v06n03_02

Resumen.

La teoría de la disociaci3n estructural de la personalidad sugiere que los pacientes con trastornos complejos relacionados con un trauma son caracterizados por una divisi3n de su personalidad en dos partes diferentes, prototípicas, cada una con su propia base psico-biol3gica. Con una o m3s partes "aparentemente normales" (ANPs), los pacientes tienen una tendencia a interconectar sistemas de acci3n preparados evolutivamente para que la adaptaci3n a la vida diaria guíe sus acciones. Dos o m3s partes emocionales (EPs) est3n fijadas en experiencias traum3ticas.

En cuanto a las EPs, los pacientes interconectan predominantemente sistemas de acción relacionados con la defensa física y con grito de apego. ANP y EP son suficientemente integradas, pero interaccionan y comparten un cierto número de disposiciones de personalidad (ej: hablar). Todas las partes están atascadas en tendencias inadaptadas de acción que mantienen la disociación, incluyendo una gama de fobias, que representan el enfoque de este artículo. El tratamiento secuenciado en fases ayuda a los pacientes desarrollar gradualmente acciones mentales y conductuales adaptativas, superando de esta manera sus fobias y estructuras disociativas.

La fase 1, "reducción del síntoma y estabilización" está adaptada para superar las fobias de los contenidos mentales, partes disociativas, y el apego y la pérdida del apego con el terapeuta.

La fase 2, "el tratamiento de los recuerdos traumáticos", está orientado hacia la superación de la fobia de los recuerdos traumáticos, y de las fobias relacionadas con el apego inseguro hacia los abusadores, concretamente en los EPs.

En la fase 3, "integración y rehabilitación", el tratamiento está enfocado en superar las fobias de la vida corriente, de asumir riesgos sanos y del cambio, de la intimidad. En la medida que la teoría de la disociación estructural sirve como una heurística integradora para el tratamiento, tendría que ser compatible con otras teorías que guían un tratamiento eficiente de los pacientes con los trastornos complejos de disociación.

Palabras clave. *Disociación, trauma complejo, tratamiento secuenciado en fases, trastornos de disociación, personalidad.*

Los principales enfoques de tratamiento en cuanto a los trastornos por estrés postraumático complejos (PTSD) y trastornos de disociación son típicamente secuenciados en fases y son considerados el estándar actual de tratamiento. (Brown, Schefflin & Hammond, 1998; Courtois, 1999; Ford, Courtois, Steele, K., Van der Hart, & Nijenhuis, in press; Herman, 1992; Horevitz & Loewenstein, 1994; Huber, 1995; Kluft, 1993^a, 1999; McCann & Pearlman, 1990; Steele, van der Hart, & Nijenhuis, 2001, 2004; Van der Hart, 1995; Van der Hart, Van der Kolk, & Boon, 1998). Sin embargo, la base conceptual / teórica para tales prácticas queda por aclarar, en parte por la confusión conceptual implicada en el modelo general de la disociación (Kühlstrom, 1994; Marshall, Spitzer, & Liebowitz, 1999; Nijenhuis & Van der Hart, 1999; Van der Hart & Dorahy, en imprenta; Van der Hart, Nijenhuis, Steele, & Brown, 2004). De esta manera, primero presentaremos la teoría evolutiva de la disociación estructural de la personalidad, una heurística integradora para todo el tipo de trastornos relacionados con el trauma. Remitiremos al lector a fuentes adicionales para una discusión más profunda sobre la teoría y la explicación de la terminología que podría resultar menos familiar. (cf. Nijenhuis & Van der Hart, 1999; Nijenhuis, Van der Hart, & Steele, 2002, 2004a, 2004b; Steele y Colaboradores., 2001, 2004, en imprenta; Steele, Dorahy, Van der Hart, & Nijenhuis, en imprenta; Van der Hart, Nijenhuis, Steele, & Brown, 2004; Van der Hart y Col., 1998). Esta teoría proporciona un marco conceptual para la organización y la comprensión del tratamiento secuenciado en fases de los trastornos relacionados con el trauma. Aunque existe un fuerte apuntalamiento neurobiológico para la teoría (por ejemplo: Bremner, 2003; Cristal, Bannett, Bremner, Southwick, & Charney, 1996; Nijenhuis y col., 2002; Panksepp, 1998; Schore, 2003; Siegel, 1999; Van der Kolk, 2003), como también investigaciones amplias que apoyan la teoría (por ej. Nijenhuis, 1999-2004; Putnam, 1997; Reinders y col., 2003, 2003 revisado), éstas no serán discutidas aquí debido a las limitaciones de espacio.

El tratamiento de los trastornos complejos relacionados con el trauma típicamente implica un colage ecléctico de teorías e intervenciones (por ej.

psicodinámicas, analíticas, psicología del Yo, cognitivas, conductuales, de apego y también enfoques neuro-evolutivos). Cada una de estas teorías intenta explicar las raíces de la disociación de una manera diferente y ofrece una manera de tratamiento algo diferente de las otras. Cada una tiene ventajas y limitaciones. La teoría de la disociación estructural es una teoría evolutiva integradora, originada en la perspectiva clásica sobre la disociación. Integra componentes principales de otras teorías y profundiza conceptos esenciales como sería una definición clarificada de la disociación, las acciones mentales específicas que llevan a la integración; déficits de integración; el papel de los efectos del condicionamiento; la naturaleza y el papel de las tendencias a la acción y los sistemas de acción en disociación; las interacciones rígidas e inadaptadas entre las partes disociativas. La teoría de la disociación estructural puede ser aplicada de manera consistente sobre todo el espectro de trastornos relacionados con el trauma, y está basada en el modelo original secuenciado en fases, encontrado en el trabajo pionero de Pierre Janet (Janet, 1898, 1919/25; cf. Van der Hart, Brown & Van der Kolk, 1989). El tratamiento secuenciado en fases distingue las siguientes fases; (1.) estabilización y reducción de los síntomas (2). tratamiento de los recuerdos traumáticos (3). integración y rehabilitación de la personalidad.

En el presente artículo nos centraremos en la manera de aplicar la teoría a las fobias relacionadas con el trauma.

Siguiendo nuestra teoría y en concordancia con la perspectiva de Janet, los objetivos para cada fase del tratamiento pueden ser parcialmente expresados en términos de acciones mentales que están diseñadas para superar las fobias específicas relacionadas con el trauma que mantienen la disociación e impiden la integración. (Janet, 1904, 1919/25). Tradicionalmente, las fobias han sido relegadas a los trastornos de ansiedad, y han sido comprendidas como dirigidas generalmente a fenómenos externos (por ej. fobia de arañas, alturas, gérmenes, fobia social), y se les ha atribuido un sentido psicoanalítico. Sin embargo, hace más de un siglo, Janet (1903) expresó perfectamente claro que las fobias pueden ser relacionadas también con experiencias internas como pensamientos, sentimientos, fantasías, sensaciones – una perspectiva confirmada por nuestras propias observaciones y teorizaciones y de otros clínicos. (por ej. McCullough y col., 2003; Nijenhuis, 1994; Van derHart, Steele, Boon, & Brown, 1993). Los clínicos que trabajan con pacientes crónicamente traumatizados admitirán rápidamente que tales pacientes son a menudo extraordinariamente miedosos de los contenidos mentales internos como también de indicios externos que sirven de recordatorios del trauma. Aunque las fobias relacionadas con algo interior ciertamente pueden tener un sentido psicodinámico que debería ser captado por el clínico, ellas también resultan de un déficit de habilidades fundamentales, como son la regulación afectiva y la mentalización (por ej. Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2002; Schore, 2003; Siegel, 1999). Estas habilidades son adquisiciones evolutivas que necesitan una regulación diádica adecuada y un apego seguro en la infancia temprana, lo que muchos individuos crónicamente traumatizados no recibieron. (por ej. Fonagy y col., 2002; Forrest, 2001; Schore, 2003) . Según Janet, la fobia central en la disociación estructural relacionada con el trauma consiste en la evitación de la comprensión completa del trauma y sus efectos sobre la vida de uno (o sea la fobia de los recuerdos traumáticos). La evitación conductual y mental elevada que mantiene la disociación estructural es necesaria para impedir lo que es percibido como comprensiones inaguantables de uno mismo, de su vida, de su significado.

Posteriormente, todo lo que podrían abarcar las fobias resulta de una fobia fundamental de los recuerdos traumáticos, incluyendo la fobia de otros contenidos mentales y de partes disociativas. La superación de este complejo de fobias es esencial para un tratamiento exitoso.

Janet (1909) afirmó que todas las fobias tienen en común miedos de (ciertas) acciones. Las fobias relacionadas con el trauma son, de esta manera, tratadas en un cierto orden, para que los pacientes experimenten un desarrollo gradual de la capacidad de implicarse en acciones adaptadas, bien dirigidas y

de alta calidad, tanto mentales como físicas. Entonces, el aumento de las experiencias más complejas y difíciles (tanto pasadas como presentes) puede ser tolerado e integrado y se puede conseguir la mejoría de la vida cotidiana.

LA TEORÍA DE LA DISOCIACIÓN ESTRUCTURAL

Durante más de 150 años los clínicos han observado un patrón específico de alteraciones periódicas en las personas traumatizadas, de volver a experimentar los recuerdos traumáticos (criterio B de PTSD, APA, 1994) y la insensibilización y la evitación de estos recuerdos. (PTSD, criterio C) (por ej., Breuer & Freud, 1893; Brewin, 2003; Janet, 1904; Kardiner, 1941; Myers, 1940; Nijenhuis & Van der Hart, 1999; Van der Kolk & Van der Hart, 1991). Este patrón de síntomas representa la base para diagnosticar el trastorno por estrés postraumático (PTSD, APA) y está presente en la mayoría de los trastornos relacionados con el trauma. Nosotros sugerimos que las diferencias psico-fisiológicas entre la intrusión, por un lado, y la evitación, la insensibilización y el aislamiento por otro lado caracterizan dos partes prototípicas de la personalidad, que se han vuelto estructuralmente disociadas unas de otras. Cada parte disociada de la personalidad tiene una inclinación evolutivamente basada hacia un set limitado y bastante rígido de tendencias a la acción, que puede entrar en conflicto con las tendencias de otras partes, siendo tales tendencias a menudo inadaptadas. Estas acciones inadaptadas, o la falta de ellas son síntomas de la disociación y a la vez la sostienen.

Cada parte disociada a menudo persigue objetivos incompatibles en la vida del superviviente del trauma y se mantiene en conflicto (potencial) con otras partes. Una o más partes se quedan fijadas en la memoria traumática y "viven" en el pasado, incapaces de experimentar mucho o nada del presente. Estas partes tienen una predisposición atencional para percibir señales de amenaza. De modo paradójico, una o más partes son fijadas en intentar llevar una vida normal, mientras evitan los recuerdos traumáticos, de esta manera exhibiendo la fobia primaria de los recuerdos traumáticos.

En conceptualizar estas partes prototípicas disociadas de la personalidad, tomamos como punto de partida un trabajo poco conocido pero importante del psicólogo inglés de la Primera Guerra Mundial, Charles Samuel Myers (1940), que describió una forma básica de disociación estructural en los soldados del combate de la Primera Guerra Mundial agudamente traumatizados ("shell-shocked") (cf. Van der Hart, Van Dijke, Van Son, & Steele, 2000). Esta disociación implica la coexistencia de y una alternación entre la llamada (Parte de) Personalidad Emocional (PE) que está clavada en uno o más recuerdos traumáticos y centrada en la detección de la amenaza, y una parte llamada (Parte de) Personalidad Aparentemente Normal (PAN) que está sujeta en intentar llevar una vida normal, evitando de manera fóbica uno o más recuerdos traumáticos, manifestándose en grados de desapego, insensibilización, despersonalización y amnesia parcial o completa.

La disociación estructural primaria

La disociación estructural primaria es una división básica de la personalidad en una sola PAN y una sola PE. Parece caracterizar los trastornos simples relacionados con el trauma, incluyendo PTSD. Enfatizamos la palabra "estructural" porque la disociación relacionada con el trauma no ocurre al azar, sino que sigue unas metafóricas "líneas de ruptura" en la estructura de la personalidad bastante bien definidas, preparadas evolutivamente, que trataremos a continuación. Formas más complejas de disociación estructural, descritas aquí como disociaciones secundarias y terciarias, implican una gama más amplia de partes disociativas y son variaciones de la disociación estructural primaria de la personalidad.

Como muchos otros autores (por ej. McDougall, 1926), Myers usó el término de "personalidad", al que nosotros consideramos demasiado

“extenso”, por lo cual lo cambiamos por el de “parte de personalidad”. Éste es un término que parece resonar con los pacientes traumatizados. Las partes disociadas de la personalidad, por mucho o poco autónomas y elaboradas que sean, siguen siendo componentes de la misma única personalidad. Las partes tienen tanto una integración insuficiente como también un cierto grado psicobiológico de superponerse. Pueden compartir un cierto número de disposiciones y recuerdos implícitos y explícitos.

Cada parte disociada de la personalidad puede ser considerada un (sub)sistema de personalidad, siguiendo las ideas de la teoría sistémica (Benyakar, Kutz, Dasberg, & Stern, 1989). Las partes disociadas han sido incapaces de controlar la tensión dialéctica entre la estabilidad y la flexibilidad (o sea, la adaptación ideal). Cada una tiene un set de tendencias a la acción rígido y de alguna manera limitado, basado en la inclusión de metas particulares y la exclusión de otras metas, y de esta manera siendo (sub)sistemas relativamente cerrados. Sin embargo, no son completamente separados o estáticos, sino que interaccionan y cambian dentro de ciertos límites, aunque de maneras bastantes inflexibles y sin coordinación. Por tanto, no tendrían que ser consideradas estructuras completamente cerradas o fijas. Aunque existen dentro del tratamiento implicaciones claras y específicas para las partes disociadas de la personalidad, el tratamiento está siempre dirigido a la persona como algo entero (Kluft, 1999). Aunque a ratos trabajamos con partes individuales, nuestras intervenciones se enfocan ante todo en la interacción entre las partes (o sea hacia el sistema de personalidad como totalidad).

Sistemas de acción y disociación estructural

Aunque la personalidad puede, en principio, volverse disociada de muchas maneras, algunas formas de disociación estructural relacionada con el trauma son más probables que otras. La teoría de la disociación estructural sugiere que, dado que los individuos son mediados y motivados de una manera significativa por sistemas psico-biológicos preparados evolutivamente (Barkes, Cosmides, & Tooby, 1992; Gould, 1982; Lang, Bradley, & Cuthbert, 1998; Panksepp, 1988), todas las partes disociadas de la personalidad también lo serán.

Estos sistemas son atribuidos a veces a los sistemas operacionales motivacional (por ej. Gould, 1982; Lichtenberg, 1990; Lichtenberg & Kindler, 1994), conductual (por ej. Bowlby, 1969/1982; Cassidy, 1999), funcional (Fanselow & Lester, 1988), emocional (Panksepp, 1988) o adaptativos (Barkes y col., 1992). Su propósito es ayudarnos a distinguir entre experiencias benéficas y dañinas y generar las mejores respuestas adaptativas a las circunstancias de la vida diaria. Nos referimos a ellos como sistemas de acción porque implican una disponibilidad innata o una tendencia a la acción (Arnold, 1960; Frijda, 1986). No determinan acciones de manera rígida, pero influyen tendencias hacia patrones particulares de acción bajo circunstancias particulares. Estas acciones tienen una alta calidad predecible: prevemos un objetivo y actuamos en consecuencia. De esta manera, en una situación dada, cada parte disociada de la personalidad tiene una tendencia a exhibir un patrón particular de conductas, pensamientos, sentimientos, sensaciones y percepciones que pueden ser significativamente diferentes de las de otras partes, basadas en los sistemas de acción por los cuales cada una está influida. De esta manera, partes diferentes están obligadas en cierto grado por sistemas de acción específicos, por los cuales son condicionadas, llevando a acciones mentales y físicas relativamente inflexibles.

Existen dos categorías básicas de sistemas de acción. (Lang y col., 1998). La primera categoría organiza el funcionamiento diario y la supervivencia de la especie, y la segunda se encarga de la defensa (y la supervivencia) del individuo ante una amenaza. Metafóricamente hablando, aparecen líneas de ruptura entre sistemas de acción de la vida diaria y los de la defensa, porque naturalmente tienden a inhibirse mutuamente. Por ejemplo,

uno no se va a poner a limpiar la casa o a leer cuando percibe un peligro inminente; en cambio, uno se vuelve muy atento y se prepara para la defensa. Después, cuando el peligro ha pasado, la persona podría volver a sus actividades normales y no seguir estando a la defensiva. Durante o después del estrés traumático es más probable que ocurra un fallo en la integración de estos dos tipos de sistemas de acción en vez de la integración entre los componentes internos de cada uno de estos dos sistemas de acción complejos.

Sugerimos que la división disociativa básica entre las dos principales categorías de sistemas de acción – la vida diaria y la defensa bajo amenaza – cuenta ante todo con organizaciones prototípicas de PAN y PE. En otras palabras, la disociación entre los sistemas de acción de la vida diaria y de la defensa es una explicación razonable para los patrones disociativos alternantes de insensibilización e intrusiones en los trastornos relacionados con el trauma. Los sistemas de acción que controlan las funciones en la vida diaria pertenecen a la PAN, que tiene como deber seguir con la vida a pesar de la traumatización, en parte a través de la evitación de los recuerdos traumáticos. Algunas funciones de la PAN incluyen la exploración del entorno (incluyendo trabajo y estudios), juego, gestionar la energía (dormir y comer), apego, sociabilidad, reproducción /sexualidad y cuidar (especialmente criar a los niños) (por ejemplo Cassidy, 1999; Panksepp, 1998). Un orden superior de acciones que las diseñadas por la evolución se desarrolla a menudo a través de un funcionamiento cortical superior (tocar el piano, conducir un coche, trabajar al ordenador, involucrarse en interacciones sociales y de trabajo extremadamente complejas; Hurley, 1998).

La EP se mantiene fijada en los recuerdos traumáticos, y de esta manera en el sistema de acción de defensa, e incluye varios subsistemas. El primer subsistema mediado por el pánico (Panksepp, 1998) es el grito del apego, que es una llamada desesperada para el acercamiento y la re-conexión con el cuidador. De esta manera, los niños llaman a sus cuidadores cuando están asustados, los pacientes a menudo cogen el teléfono y llaman al terapeuta. Otros subsistemas defensivos incluyen: hiper-vigilancia, fuga, congelación con anestesia, la lucha, la sumisión total con anestesia (colapso) y los estados de recuperación del descanso, cuidar las heridas, aislamiento del grupo y el retorno gradual a las actividades diarias (o sea, a los sistemas de acción de la vida diaria) (Fanselow & Lester, 1988; Nijenhuis, 1999/2004). La EP está típicamente fijada en uno o más de estos subsistemas de defensa física, además de implicarse en defensas psicológicas en el caso de las EPs más elaboradas. Esta fijación incluye predecir la amenaza teniendo en cuenta la traumatización anterior y responder de una manera rígida, a menudo desadaptada. Se ha demostrado la existencia de conexiones entre estas reacciones defensivas de animal y las manifestaciones físicas de disociación en los seres humanos como son la analgesia, la anestesia, las inhibiciones motrices y el parálisis (Nijenhuis, Spinhoven, P., Vanderlinden, Van Dyck, & Van der Hart, 1998; Nijenhuis, Van der Hart & Steele, 2004a, 2004b).

Cuando un individuo está disociado, existe una cohesión y coordinación insuficientes entre los sistemas de acción que son componentes esenciales de la personalidad. De esta manera, aunque ningún peligro está presente, la PE actuará como si lo estuviera, e inhibirá que la PAN siga con la vida diaria.

La disociación estructural secundaria

Cuando el trauma es excesivamente abrumador y/o prolongado, pueden ocurrir más divisiones posteriores de la PE, mientras una PAN se mantiene intacta. Esta disociación estructural secundaria se puede basar en una integración fracasada entre subsistemas de defensa y subsistemas de recuperación separados. Consideramos que las instancias de la disociación estructural secundaria están incluidas en los trastornos complejos relacionados con el trauma, como sería el PTSD complejo (trastorno no especificado de estrés extremo [DESNOS]), trastornos de personalidad borderline relacionados con el trauma y trastornos de disociación no especificados (DDNOS) (cf.

Blizard, 2003). Con la excepción de la mayor parte (o sea, PAN), que funciona en el día a día en la mayor parte del tiempo, las PEs de las disociaciones estructurales primarias, y en muchas de las secundarias, normalmente no son muy elaboradas o autónomas.

La disociación estructural terciaria

Por fin, la división de la PAN también puede ocurrir. Esta disociación estructural terciaria pasa cuando ciertos aspectos ineludibles de la vida diaria se han asociado con el trauma del pasado (o sea, disparadores que tienden a reactivar recuerdos traumáticos a través del proceso de aprendizaje de generalización). Alternativamente, cuando el funcionamiento de la PAN es tan pobre que la vida normal en sí es insoportable, se pueden desarrollar nuevas PANs. Éstas se pueden basar quizá sólo en sistemas de una sola acción, como sería los cuidados (por ej. la madre), o la exploración (por ej. el trabajador). La disociación estructural terciaria incluye la división de la PAN, además del PE y proponemos que este nivel de disociación estructural se reserve en exclusividad para pacientes con trastorno de identidad disociativa (TID). En los casos graves de disociación secundaria y en todos los casos de disociación terciaria, más de una parte tendrá un fuerte grado de elaboración y autonomía, a menudo con características secundarias como serían nombres, edades, sexo etc.

Trayectorias de desarrollo hacia la disociación estructural

En la disociación estructural primaria hemos supuesto que la personalidad era antes de la traumatización un sistema mental relativamente integrado. Sin embargo, esto es más difícil en cuanto a los niños traumatizados. Una personalidad integrada es una adquisición evolutiva. Así, los niveles más complejos de disociación estructural en adultos que habían sido niños traumatizados crónicamente son desarrollados dentro de una personalidad que carece de una cohesión y coherencia normales en un adulto sano. La complejidad de la disociación estructural parece vinculada a interacciones entre:

1. el nivel de desarrollo, edad y la capacidad integradora correspondiente del individuo (ej. Ogawa, Sroufe, Weinfield, Carlson & Egeland, 1997; Putnam, 1997);
2. la severidad y la duración de la traumatización (ej. Brewin, Andrews, & Valentine, 2000)
3. la presencia de la disociación peritraumática (ej. Marmar, Weiss, & Metzler, 1998)
4. antecedentes familiares psicopatológicos (ej. Ozer, Best, Lipsey, & Weiss, 2003)
5. el grado de apoyo social (ej. Ozer y col., 2003)
6. la interrupción de la integración normal de los sistemas de acción del niño, lo que requiere una relación de apego segura (ej. Siegel, 1999)
7. factores genéticos (ej. Becker-Blease y col., 2004)
8. factores de resiliencia (ej. McGloin & Widom, 2001)

Aunque todos estos aspectos no se pueden discutir en profundidad aquí, haremos varias observaciones que forman la base del pensamiento contemporáneo sobre como la disociación en los niños pequeños se convierte en una condición crónica.

La disociación estructural implica inhibición de una progresión natural hacia la integración de sistemas de acción que se han descrito como estados conductuales discontinuos (Putnam, 1997, Siegel, 1999). Supone un déficit integrador crónico debido en gran parte a la combinación de la inmadurez de las estructuras y funciones integradoras del cerebro del niño (cf. DeBellis, 2001; Glaser, 2000; Van der Kolk, 2003) y la regulación diádica inadecuada.

El sentido del yo en el niño está todavía en un estado importante de dependencia (Wolf, 1990; Wolf, 1987) y es dentro de la interacción diádica positiva y segura con el cuidador que los niños adquieren habilidades de mantener, modular, e integrar estados conductuales discontinuos (ej. Putnam, 1997; Siegel 1999; Schore, 2003) que llevarían a la formación de una personalidad relativamente integrada. Bajo estas condiciones, las redes neurológicas relacionadas con los sistemas de acción de la vida diaria se vuelven más complejas e interactivas a través de un uso constante y consistente, llevando a una personalidad más cohesiva y el individuo está bien adaptado a la convivencia con los otros (Lyons-Ruth, 2003).

Las investigaciones y las observaciones clínicas han demostrado una fuerte relación entre el apego paternal trastornado, el apego desorganizado /desorientado en el niño y la disociación crónica (Barach, 1991; Carlson, 1998; Liotti, 1992, 1999; Lyons-Ruth, 2003; Ogawa y col., 1997). El sistema de apego innato de los niños pequeños incita un enfoque mental y conductual cuando están separados de sus cuidadores. Sin embargo, un padre que asusta despierta una sucesión de subsistemas defensivos en el niño (fuga, congelación, lucha, sumisión, bloqueo total). Argumentamos que el apego desorganizado no está realmente desorganizado. El conflicto entre acercamiento y la evitación que no puede ser resuelto por el niño promueve una disociación estructural entre partes fijadas en varias acciones de apego o en acciones defensivas que están en conflicto una con otra. Dicho de otra forma, los sistemas de apego y de defensa están organizados dentro de las partes, pero no son cohesivos entre las partes.

Los pacientes traumatizados crónicamente presentan a menudo una falta de habilidades de auto-regulación, tanto mentales como conductuales. Éstas incluirían capacidades como una conciencia atenta, competencia interpersonal, regulación afectiva; tolerancia al distress; capacidad de distinguir entre realidad interna y externa, capacidad de tolerar la soledad; capacidad de regular las emociones auto-concientes (ej: el odio hacia uno mismo, vergüenza, culpa, humillación), capacidad de tranquilizarse a uno mismo; capacidad de reflexionar más que reaccionar; y la capacidad de mentalizar (o sea, imaginar que podrían pensar o sentir otros; ej. Fonagy & target, 1997; Gold, 2000; Linehan, 1993). Cuando estas habilidades esenciales tienen carencias o no existen, la integración es más difícil de adquirir o de mantener, contribuyendo a la disociación estructural crónica.

Así, la personalidad del superviviente como un conjunto y las partes disociadas diversas se involucran en conductas disfuncionales y resulta insuficiente la tendencia a integrar diferentes sistemas de acción. Por consiguiente, los supervivientes se involucran en patrones de vida inadaptados y tienen alteraciones de las regulaciones psicofisiológicas, como el ciclo sueño-vigilia; dificultades para comer, problemas con la sociabilidad y el trabajo; alteración de la regulación afectiva y de los impulsos; falta de equilibrio entre trabajo, descanso y ocio; limitaciones en aprendizaje y la exploración del mundo. Los supervivientes emplearán acciones menos adaptadas, de un nivel inferior, en un esfuerzo de compensar sus déficits. En lugar de ser reflexivas, estas acciones sustitutivas (Janet, 1928b, 1945) son típicamente impulsivas, condicionadas, como por ejemplo auto-lesionarse, abuso de sustancias, estrategias relacionales inadecuadas, constituyéndose en base para muchas psicopatologías. Proponemos que las dificultades del Eje II reflejen tendencias a la acción disfuncionales y crónicas, a menudo caracterizando ciertas partes disociadas.

Estrategias mentales de afrontamiento y disociación

Clínicamente, los terapeutas pueden observar a menudo que diferentes partes de la personalidad se involucran en lo que la literatura llama mecanismos de defensa psicológicos como son por ejemplo: repudiar el afecto, proyección, negación, escisión. Dado que nuestra teoría se centra tanto en acciones mentales y conductuales, y distingue entre mecanismos de defensa psicológicos y físicos, usamos el término de estrategias mentales de

afrontamiento. La literatura sobre el trauma está repleta de teorías y métodos de tratamiento de las varias estrategias mentales de afrontamiento y la disociación misma ha sido entendida generalmente como un mecanismo de defensa mental contra los afectos intolerables y experiencias de trauma (por ej. Blizard, 2001; Cardeña, 1994; Chu, 1998; Freyd, 1996; Spiegel, 1990). Sin embargo, enfatizamos que la disociación es ante todo un déficit de la capacidad integradora, y sólo en un segundo lugar es una estrategia mental de afrontamiento. Cuanto menos integrados y reflexivos son los individuos, más tienen que recurrir a la rigidez, acciones mentales inadaptadas, incluyendo mecanismos de los más "primitivos" como la proyección, escisión, rechazo, negación. Tales estrategias de afrontamiento protegen contra las respuestas fóbicas dirigidas hacia el interior. Cuando las estrategias mentales de manejo inadaptadas son disociadas dentro de las partes de la personalidad, llegan a ser inaccesibles a modificaciones si no se trata de una intervención adecuada a través de un tratamiento, dejando al individuo como una totalidad expuesta a un disfunción crónica en la vida diaria y en las relaciones.

PAN puede "recurrir" a PEs como protección mental, cuando contiene emociones, pensamientos, fantasías, deseos, necesidades, sensaciones etc. que PAN considera insoportables o inaceptables. Las PANs pueden repudiar las necesidades de dependencia por medio de PEs que están normalmente fijadas en el llanto por el apego y buscan desesperadamente el apego. (Steele y col., 2001). Hasta partes que a primera vista parecen sin conflicto, por ejemplo partes que tienen como función hacer matemáticas, son típicamente bien protegidas contra el apego, y lo consideran completamente irrelevante, como haría una persona esquizoide.

Varios clínicos han observado que los pacientes traumatizados crónicos, particularmente con TID, tienen varios niveles de funcionamiento – bajo, medio o alto, lo que predice en cierta manera el grado del éxito del tratamiento. (Boon, 1997; Horevitz & Loewenstein, 1994; Kluft, 1994c; Van der Hart & Boon, 1997). En función del grado de disfunción del sistema de acción y en función de qué sistema de acción queda afectado, algunas PAN pueden ser mucho menos funcionales que otras, y tales pacientes necesitarán mucho más tiempo para adquirir habilidades adicionales y patrones de acción sanos.

LA DISOCIACIÓN ESTRUCTURAL Y LA CAPACIDAD INTEGRADORA

Una personalidad sana se caracteriza por una capacidad fuerte de integrar experiencias (Janet, 1889). La integración es un proceso de adaptación que implica acciones mentales continuas que permiten tanto diferenciar como vincular experiencias a lo largo del tiempo en una personalidad flexible y estable que promueve el mejor funcionamiento en el presente (Jackson, 1931/32; Janet, 1889; Mearesm 1999; Nijenhuis y col., 2004a, 2004b). La capacidad de ser abierto y flexible nos permite que cambiemos cuando es necesario, mientras que la capacidad de permanecer cerrados nos permite mantenernos estables (es decir, actuar de maneras preconcebidas). En la disociación estructural, aunque las partes no son completamente estáticas o cerradas, existe una conexión y coordinación insuficiente entre ellas. Así, la entera personalidad del individuo traumatizado es demasiado cerrada y rígida en aspectos fundamentales, llevando a la proliferación de acciones de coordinación relativamente estereotipadas y pobres dentro y entre las diferentes partes disociadas.

La síntesis

Varios tipos de acciones mentales integradoras necesitan ser entendidas para que el tratamiento de los individuos traumatizados pueda ser lo más eficaz posible. Una de las más importantes es la síntesis (o sea, vincular/atar)

y diferenciar una gama de experiencias internas y externas en un momento dado y a lo largo del tiempo. La síntesis incluye unir y diferenciar percepciones sensoriales, movimientos, pensamientos, afectos y la conciencia de uno mismo. Es un concepto dimensional y la capacidad de sintetizar oscila. Por ejemplo, cuando un individuo está completamente despierto, la síntesis tendrá una cualidad superior que cuando la misma persona está cansada. La síntesis mantiene la unidad normativa de la conciencia e historia del individuo. Alteraciones de la conciencia y síntomas de disociación pueden surgir cuando la síntesis es incompleta.

La comprensión

Otra acción mental relacionada, pero de un nivel integrador superior, es la comprensión (o sea, el grado en el cual los individuos son conscientes de las implicaciones y el sentido de sus experiencias personales). La comprensión implica el grado en el cual se alcanza el cierre de la experiencia (Janet, 1935; Van der Hart y col., 1993). Consiste en dos operaciones mentales que están constantemente madurando la visión que tenemos de nosotros mismos, de otros y del mundo: la personificación (Janet, 1903) y la presentificación (Janet, 1928a).

La personificación supone integrar la síntesis de una experiencia con un sentido explícito y personal de la pertenencia (por ej. "Eso me ha pasado a mí y creo y siento eso y lo otro sobre ello"). La presentificación es la acción mental que supone estar firmemente enraizado en el presente e integrar el pasado, presente y futuro de uno mismo, de manera personificada. Se manifiesta en actuar en el presente de la manera más adaptada y atenta.

Tanto la PAN y la PE carecen de una comprensión completa del trauma. La PAN carece de la personificación de la experiencia traumática y sus efectos secundarios. Así, la PAN puede negarlo o experimentar varios grados de amnesia en cuanto al/los hecho(s). La PAN quizá sabe del trauma pero insiste que "no siento como si me hubiera pasado a mí". La PE no vive que el trauma haya acabado y de esta manera carece de la presentificación, de la habilidad de estar completamente en el presente. Limitadas por sus sistemas de acción correspondientes, tanto la ANP y la EP responden de manera selectiva a una gama limitada de indicaciones (por ej. las que son relevantes para dar cuidados o defender los intereses). Esto hace que disminuya la capacidad de comprender completamente el trauma y de integrarlo y estar por completo en el presente.

La memoria traumática versus la memoria narrativa autobiográfica

Una noción importante relacionada con la disociación estructural y las acciones mentales integradoras es la memoria traumática versus la memoria narrativa autobiográfica. Janet (1928a) notaba que la memoria normal consiste en dos grupos de acciones: (1) las acciones realizadas durante el acontecimiento mismo y (2) un relato del acontecimiento que simboliza las acciones realizadas después. Esta acción dual tendría que tener lugar dentro de la personalidad como un proceso integrador. Sin embargo, la PE está fijada en la primera parte de la acción, dado que vuelve a experimentar constantemente la vivencia del trauma de una manera sobre todo sensorio-motriz y con una gran carga afectiva. (Janet, 1919/25; Nijenhuis & Van der Hart, 1999; Van der Kolk & Fisler, 1995; Van der Kolk & Van der Hart, 1991). Brewin se ha referido a esta memoria traumática como a una memoria accesible circunstancialmente (SAM; Brewin, 2003) porque es evocada por desencadenantes más que es accedida verbalmente o conscientemente. La PAN evita dar un relato del trauma o desarrolla uno sin una personificación completa. A lo largo del curso del tratamiento, los recuerdos traumáticos deben ser convertidos en recuerdos narrativos, para que el trauma pueda ser comprendido e integrado gradualmente como un acontecimiento pasado en la autobiografía de uno, de

esta manera aliviando la disociación estructural (Janet, 1928a; Van der Hart y col., 1993). Brewin llamó a esto memoria accesible verbalmente (VAM; Brewin, 2003) y la nueva VAM inhibirá la SAM que seguirá existiendo.

MANTENIMIENTO DE LA DISOCIACIÓN ESTRUCTURAL DE LA PERSONALIDAD

Las diferentes fobias relacionadas con el trauma resultan generalmente de los efectos de condicionamiento relacionados con la traumatización (Nijenhuis y col., 2004 a, 2004 b; Steele y col., 2004) y de las tendencias a acción inadecuadas que se desarrollan debido a una modelación pobre, regulación diádica inadecuada y a la falta de habilidades básicas.

A través del condicionamiento clásico, el individuo traumatizado asocia experiencias que de modo saliente apuntan o acompañan el hecho traumatizante con la experiencia traumática en sí. Como resultado, los indicios que antes eran neutrales (por ejemplo un hombre con barba) ahora evocarán el recuerdo, quizá sólo de una forma somato-sensorial, de la situación traumática y del patrón original de reacción al trauma. Por ejemplo, el afecto específico de un cuidador abusivo (ejemplo: rabia) probablemente se convertirá en un estímulo condicionado, como también lo harán estímulos que aparentemente parecen provocar este estado. El superviviente puede entonces responder automáticamente más bien con lucha, congelación, o colapso cuando se enfrenta a otra persona que expresa el mismo afecto o uno parecido.

Fobias de los recuerdos traumáticos, contenidos mentales y partes disociadas de la personalidad

La disociación estructural no es absoluta. Por ejemplo, cuando la PE es fuertemente reactivada por estímulos condicionados que evocan recuerdos traumáticos, se puede entrometer en la PAN. Estas experiencias sin integrar, altamente cargadas afectivamente son esencialmente aversivas para la PAN. Así, PAN responderá muchas veces a las intrusiones con la típica evitación mental y reacciones de evitación: retraimiento extremo e involuntario del campo de la conciencia y disociación subsiguiente de la PE. Esta reacción de evitación extrema de la PE y de los recuerdos traumáticos relacionados se llama fobia de la memoria traumática (Janet, 1904; Van der Hart y col. 1993) y está tratada en la Fase 2. De esta manera los efectos continuos del condicionamiento clásico apoyan la disociación estructural continuada (Nijenhuis y col., 2004^a, 2004 b).

La fobia de los contenidos mentales (Van der Hart y Steele, 1999) tratada en Fase 1, se puede desarrollar a lo largo de dos maneras. La primera implica los déficits evolutivos en la mentalización y regulación afectiva. Sin una mentalización adecuada, el individuo traumatizado tiene dificultad en entender y manejar contenidos mentales. Sentimientos, necesidades, fantasías etc. se quedan parcialmente o completamente sin integrar y se convierten en aspectos temidos y confusos del uno mismo.

En segundo lugar, algunos contenidos mentales que provocan rechazo están típicamente guardados en ciertas partes de la personalidad que llegan a termersse entre ellas. Por ejemplo, la PAN aprende a temer y evitar vehementemente los estímulos internos (contenidos mentales) y externos relacionados con la PE que almacena el trauma. Más concreto, se desarrollará una fobia de las partes disociadas de la personalidad (Nijenhuis, 1994), que es tratada ante todo en la Fase 1. Estas reacciones condicionadas por parte de la PAN interfieren con las tendencias integradoras normales de la mente y de esta manera mantienen la disociación estructural de la personalidad.

Las fobias no se basan solamente en el miedo, sino también en evaluaciones negativas condicionadas. Las PANs y PEs a menudo se evitan y se escapan unas de otras porque no se gustan mutuamente y han asociado

recuerdos traumáticos. Por ejemplo, una parte puede estar profundamente avergonzada de los sentimientos y de la conducta de otra parte. Algunas PEs desagradan la PAN y dicen de ella que "no le importa", porque la ANP evita asiduamente el dolor de la PE.

Existe una gama amplia de reacciones de evitación y huida en cuanto a los recuerdos traumáticos, partes disociadas, contenidos mentales, apego y pérdida del apego. Éstas incluyen acciones conductuales pasivas y activas. En los casos de disociación secundaria y terciaria, las PE y PANs pueden aprender a temer, despreciarse y evitarse una a otra siguiendo pautas parecidas. Por ejemplo, la PE que incluye congelación y la analgesia puede llegar a temer y evitar la EP que implica agresión, particularmente cuando esta agresión es autodirigida. Y la PE "agresiva" puede temer, evitar y despreciar la PE congelada, y también la sumisa, por su "debilidad" que "les hace culpables de causar el trauma".

Fobia del apego y de la pérdida del apego

El trauma inducido por el hombre tiene el poder de afectar seriamente el sistema de acción del apego. De hecho, varios autores ven el apego trastornado como básico en los trastornos disociativos complejos (ej: Barach, 1991; Blizard, 2003; Liotti, 1992, 1999; Lyons- Ruth, 2003). Debido a que el apego es vivido como peligroso cuando uno ha sido herido constantemente por otros que conocía y en cuales confiaba, se puede desarrollar una probable fobia del apego y de la intimidad. De esta manera, la fobia del apego y de la pérdida del apego con el terapeuta se trata específicamente con la PAN en Fase 1, mientras que la fobia del apego con otros se trata en todas las fases.

La fobia del apego es a menudo acompañada paradójicamente por una fobia igual de intensa de la pérdida del apego. La fobia de la pérdida del apego es dirigida por el pánico y por el (sub) sistemas de acción de defensa grito de apego. Se manifiesta a través de intentos desesperados de conexión, de suplicar, de agarrarse, lloro, impotencia extrema y hasta comportamiento auto-lesivo o suicidio, como respuesta a la percepción de la pérdida del apego. Típicamente, varias partes de la personalidad experimentan estas fobias opuestas. Se evocan unas a otras en un círculo vicioso, con un cambio percibido en acercamiento o distancia, resultando el conocido patrón "borderline" de "te odio-no me dejes!", descrito más recientemente como el apego D.

El abuso y la falta de cuidado del cuidador principal llevan a una inminente activación de los sistemas de acercamiento y defensa dirigidos hacia el cuidador / abusador. Se queda un apego intenso y a la vez miedo del abusador. De esta manera, existen fobia al apego y a la pérdida del apego del abusador (tratados sobre todo en Fase 2). Tales fobias impiden el apego seguro con otros hasta que se resuelven, y también impiden la comprensión del trauma. Como dijo una vez un paciente, "Quería a mi padre Y él me hizo daño. Antes hubiera sido incapaz de juntar estas dos ideas en la misma frase. Era intolerable porque el amor para mi padre era vital para mi supervivencia."

Fobia de la vida normal, de asumir riesgos sanos, del cambio y de la intimidad

Dado que cada vez hay más estímulos que se vuelven condicionados por la generalización de estímulos, los individuos traumatizados llegan a evitar una parte cada vez más grande de sus vidas. Así, los pacientes desarrollan fobia de la vida normal. Puesto que la vida normal implica al menos un nivel básico de asumir riesgos sanos y cambio, estas experiencias de la vida normal llegan a ser evitadas rigurosamente. Finalmente, los niveles más maduros del apego (o sea, la intimidad) son evitados debido a la plétora de otras fobias relacionadas con el apego y los estados internos que se han convertido en estímulos condicionados. Estas fobias de la vida normal, de asumir riesgos sanos, del cambio y de la intimidad son repetidamente tratados a través de la terapia, pero son un objetivo principal en la Fase 3.

EL TRATAMIENTO SECUENCIADO EN FASES DE LA DISOCIACIÓN ESTRUCTURAL

La teoría de la disociación estructural guía al clínico en el plane del tratamiento y las intervenciones. (Steele y col., 2001, 2004) En todos los casos, el esfuerzo terapéutico se debe primero dirigir a aumentar la capacidad integradora de la PAN y de las PEs importantes que son intrusivas y/o interfieren con la terapia y con consideraciones a cerca de la seguridad. Esto supone que los sobrevivientes deben mejorar la calidad reflexiva y a veces la cantidad de sus acciones mentales y físicas. Esto es relativamente directo en casos de la disociación estructural primaria dentro del contexto de la psicoterapia de breve duración (Van der Hart y otros., 1998). Sin embargo, en casos de disociación estructural secundaria y terciaria típicamente se debe invertir un esfuerzo terapéutico mucho más vigoroso y más largo para aumentar la capacidad integradora de la(s) PAN(s) y ciertas PEs dominantes antes de pensar en un tratamiento de los recuerdos traumáticos.

Aunque las fases (véase la tabla 1) han sido descritas de manera lineal, en realidad son flexibles y recurrentes, implicando una necesidad periódica de volver a fases anteriores (Courtois, 1999). Cada fase implica una estrategia en base a resolución de problemas y de formar habilidades dentro de un contexto más amplio de una aproximación relacional. (Brown, Schefflin & Hammond, 1998). Este curso en espiral ocurre cuanto mayores niveles de la capacidad integradora se alcanzan, permitiendo que el material disociado, anteriormente intolerable, pudiera ser integrado y áreas de disfunción más afianzadas que sean tratadas.

TABLA NUMERO 1 - *Tratamiento de trauma secuenciado en fases: Superar las fobias relacionadas con el trauma.*

Fase 1: Reducción de síntomas y estabilización.

- Superar la fobia del apego y de la pérdida del apego con el terapeuta.
- Superar la fobia de los contenidos mentales
- Superar la fobia de las partes disociadas de la personalidad (PAN y PE)

Fase 2: El tratamiento de los recuerdos traumáticos

- Superar las fobias relacionadas con el apego inseguro a los abusadores.
- Superar la fobia del apego y de la pérdida del apego del terapeuta con las PEs
- Superar la fobia de los recuerdos traumáticos

Fase 3: Integración y rehabilitación

- Superar la fobia de la vida normal.
- Superar la fobia de asumir riesgos saludables y del cambio.
- Superar la fobia de la intimidad.

Principios de tratamiento en el tratamiento secuenciado en fases

El objetivo más general de la terapia es aumentar la capacidad integradora del paciente para mejorar su funcionamiento y resolver la disociación estructural y los comportamientos inadaptados relacionados (Steele y col., 2004). Durante este proceso serán tratadas varias fobias relacionadas con el trauma.

En primer lugar, los niveles de activación psicofisiológicos tienen que ser supervisados y controlados manteniendo la activación dentro de un marco de tolerancia para el paciente. Este marco está definido por los niveles de excitación máximos y mínimos que permiten todavía acciones adaptativas de

calidad suficiente, incluyendo la integración de las experiencias y de funcionamiento diario. La hiperactivación ocurre cuando la capacidad integradora no es suficiente para permitir la integración de la estimulación estresante. Se manifiesta como pánico (emociones vehementes y acciones reflejas), disociación estructural continua, y un campo de conciencia excesivamente estrecho. La hipoactivación (por ejemplo, debido al agotamiento físico y mental) como también las estrategias mentales de evitación, implican un nivel (muy) bajo de conciencia que obstaculiza la percepción adecuada y el procesamiento más elevado de los estímulos. Estos niveles bajos, a menudo confundidos con la disociación (Van der Hart y col, 2004) se reflejan en soñar despierto, estados de trance, pérdida de la concentración, incapacidad de acabar acciones, etcétera.

En segundo lugar, la capacidad de funcionamiento en la vida diaria, tiene que ser mantenida y mejorada. Esto supondrá aumentar la capacidad de modular y coordinar sistemas de acción. El terapeuta, por lo menos al principio, tiene que ofrecer modulación diádica de las reacciones emocionales del paciente y asistirle en desarrollar o fortalecer sus capacidades en este aspecto a través de modelado, instrucciones, ensayos y deberes para casa. En otras palabras, se tiene que adquirir un funcionamiento coordinado y flexible de los diversos sistemas de acción.

En tercer lugar, las asociaciones entre los efectos del condicionamiento tienen que ser extinguidas para prevenir la disociación estructural y otras conductas de evitación. Por ejemplo, los pacientes deben aprender que sólo unos, no todos los seres humanos, representan una amenaza y que las emociones que para un niño traumatizado eran intolerables, pueden ser toleradas por un adulto que ha sobrevivido a un trauma y que puede recibir apoyo. Este aprendizaje contextual viene de una reexposición gradual y controlada a estímulos condicionados relacionados con el trauma y a todas las fobias resultantes.

En cuarto lugar, la psico-educación y el entrenamiento de habilidades son usados cuando el conocimiento y las habilidades faltan, cuando las creencias están en desacuerdo con la realidad y las formas de actuar son ineficaces o dañinas para el paciente y los demás. El desarrollo de algunas habilidades será el resultado no sólo del entrenamiento sino también de una regulación diádica consistente de la relación terapéutica. Estas habilidades permiten el aumento del desarrollo y de la coordinación de los sistemas de acción resultando una manera de afrontamiento más adaptada.

En quinto lugar, las respuestas de transferencia y contratransferencia tienen que ser manejadas meticulosamente. Aunque sobrepasa el objetivo de este trabajo ofrecer una discusión más amplia sobre transferencia y contratransferencia, el clínico debe tener un conocimiento cuidadoso sobre el tema, y sobre el modo particular, complejo y contradictorio de manifestarse en los pacientes traumatizados y sus terapeutas. Algunas publicaciones importantes son: Allen, 2001; Chu, 1998; Dalenberg, 2000; Davies & Frawley, 1994; Kluft, 1994b; Loewenstein, 1993; Pearlman & Saakvitne, 1995; Wilson & Lindy, 1994; Wilson & Thomas, 2004. La literatura psicodinámica analítica y sobre las relaciones de objeto es particularmente útil para comprender los problemas complejos y difíciles de contratransferencia y transferencia.

Desde el punto de vista teórico de la disociación estructural, la transferencia y contratransferencia son esencialmente el resultado de niveles bajos de capacidad integradora del terapeuta, del paciente o de los dos. Están relacionados a menudo con la inseguridad del apego, identificación proyectiva, incapacidad de mentalizar, y confusión de donde están los límites. El nivel de integración bajo del terapeuta y tener pendientes asuntos personales puede potencialmente interferir con la terapia. El terapeuta debe tener una capacidad integradora suficiente para permanecer completamente presente y pensar claramente en las intervenciones, capacidad para retener un gestalt del sistema entero de las partes disociadas como personalidad del conjunto del paciente, y sus conflictos, de manera que las intervenciones, incluyendo el uso de la relación, pueden ser cuidadosamente equilibradas. En el mismo sentido,

la transferencia es el resultado de unos asuntos interpersonales históricos sin resolver y de la falta de mentalización y requiere unos niveles aumentados de capacidad integradora para ser resueltos.

FASE 1 DEL TRATAMIENTO: ESTABILIZACIÓN Y REDUCCIÓN DE SÍNTOMAS

El tratamiento en fase uno está dirigido a la superación de la fobia del apego y de la pérdida del apego con el terapeuta, la fobia de los contenidos mentales y la de las partes disociadas de la personalidad. El tratamiento comienza con las PAN(s) y las PEs que son intrusivas e interfieren con la terapia de estas fobias. Sólo cuando estas fobias han sido disminuidas significativamente en las ANP(s) y en las EPs que afectan de manera inminente la seguridad o el progreso terapéutico, la fobia de los recuerdos traumáticos puede ser tratada en la Fase 2.

El fomento del funcionamiento de la vida cotidiana en la PAN implica la disminución o la eliminación de los síntomas debilitantes de depresión, ansiedad y PTSD, incluyendo reactivaciones indebidas de las PEs y los recuerdos traumáticos. Es más, los pensamientos y las acciones autodestructivas como autolesionarse, suicidio, abuso de sustancias, violencia y comportamientos temerarios tienen que ser incisivamente tratados en la Fase 1. Un lema del tratamiento es siempre la seguridad primero. Las habilidades de disminuir o eliminar las tendencias autodestructivas incluyen la habilidad de tolerar y modular emociones y la activación fisiológica.

Más específicamente, estas habilidades consisten en experimentar emociones (por ejemplo, rabia, miedo, vergüenza, soledad) y activación (palpitaciones, sudoraciones, etcétera) para calmar el impulso de reaccionar automáticamente de maneras inadaptadas (o sea, con acciones sustitutivas). Las habilidades también pertenecen a la modulación de los estados interpersonales a través, por ejemplo, de auto-tranquilizarse, de la búsqueda de ayuda en amigos de confianza (Linehan, 1993; McCann & Pearlman, 1990) e implicarse en una relación terapéutica segura. Por ejemplo, el terapeuta puede preguntar a menudo y observar que las reacciones corporales y los comportamientos no verbales para determinar si el paciente se vuelve excesivamente activado y parar inmediatamente lo que se está haciendo o hablando para enfocar para ayudar al paciente a regular su nivel de activación (Ogden & Minton, 2000; Rothschild, 2000).

El ensayo conductual de los recursos positivos (por ejemplo, habilidades de relajación, actividades de planificación diaria, control de las energías propias, fomentar los recursos somáticos, enraizarse, y la facilitación de los movimientos expresivos; Ogden & Minton, 2000 son útiles en esta fase). La instalación de los recursos positivos con técnicas como EMDR (por ejemplo, Gelines, 2003; Twombly, 2000) e hipnosis pueden ser útiles en ofrecer apoyo al yo. Sin embargo, las dos técnicas, aunque usadas solamente para fortalecer el yo, tendrían que ser aplicadas por terapeutas específicamente entrenados en su aplicación con individuos traumatizados crónicamente. Los pacientes también pueden aprender imaginación de contención (Brown & Fromm, 1986; Kluff, 1993a; Van der Hart y col. 1993) que les permite guardar temporalmente recuerdos traumáticos u otro material amenazador, les ayuda a aprender la diferencia entre evitación y marcar un ritmo sano dándose cuenta que tienen su control.

Estas habilidades combinadas aumentan la capacidad integradora ofreciendo una competencia en aumento en la vida diaria y de esta manera, permitirá que la PAN se acerque gradualmente a los estímulos internos que provocan aversión sin redisociarse, retraimiento del campo de la conciencia o disminución en el nivel de la conciencia. En términos positivos, la Fase 1 está dedicada al aumento de la capacidad integradora de las PAN(s) y las PEs

dominantes para permitir un funcionamiento más eficaz en la vida diaria. El paciente tiene que desarrollar gradualmente la empatía y enfatizar la colaboración entre todas las partes de la personalidad, sin compartir todavía el material traumático. En primer lugar las habilidades que fomentan el aumento de la capacidad de atención (concienciación; Linehan 1993) al entorno interno y externo son esenciales, incluyendo el conocimiento de la existencia de las PE(s) y los intereses conflictivos de las varias partes de la personalidad. Esto supone el desarrollo de una teoría compleja de la mente; la limitación de espacio imposibilita una discusión completa sobre este proceso. Sin embargo, la conciencia no es suficiente en sí. Tiene que ser acompañada al final de acciones adaptativas. La Fase 1 del tratamiento también fomenta el reconocimiento de los estímulos (disparadores) condicionados internos y externos, la evocación de las PEs (sistemas de acción defensivos) que resultan de los disparadores y la modulación de respuestas a estos impulsos. Cuando éstos, y los objetivos relacionados han sido alcanzados, es posible pasar a la Fase 2 del tratamiento.

Superar la fobia del apego y de la pérdida del apego con el terapeuta

La PAN típicamente se dirigirá al terapeuta, pidiendo ayuda por los síntomas angustiosos. Algunas PANs evitarán el apego, mientras otras no. Pero, indiferentemente de la relación con el apego de la PAN, algunas PEs pueden mirar al terapeuta como un potencial (sustituto) cuidador, de manera que la pérdida del apego pueda ser evitada, mientras las PEs defensivas temerán y evitarán al terapeuta porque la proximidad a la figura del cuidador es un estímulo condicionado por la negligencia y el abuso. Así empieza la lucha entre acercamiento/evitación, tan común en una relación terapéutica.

Una percepción cada vez mayor de un apego seguro con el terapeuta como resultado de una interacción terapéutica fiable, controlada y benévola ayudará a la(s) PAN(s) aprender a atender los estados internos y regular patrones de reacción. Sin embargo, el aumento del apego en el PAN debe ser bien establecido, porque un movimiento prematuro hacia un apego excesivo evocará los estímulos internos abrumadores y aversivos que pueden exceder los límites de la tolerancia del paciente (por ejemplo, deseo de dependencia guardado en PEs, o PEs que son rabiosos con el terapeuta. El terapeuta tiene que estar alerta al hecho de que tanto el apego como la pérdida del apego son temidas, por lo cual tendrá que encontrar un equilibrio delicado entre las contratransferencias de distanciamiento y conexión, ambas pudiendo ser obtenidas de partes particulares de la personalidad que tiran para el contacto o el distanciamiento. (Steele y col., 2001)

Las intervenciones iniciales, como se afirmó anteriormente, se dirigen sobre todo hacia PANs. Dentro de un enfoque de formación de habilidades, las primeras intervenciones tienen una naturaleza psico-educacional. Se debe compartir información básica sobre la terapia, el proceso del tratamiento, los parámetros de límites terapéuticos, metas del tratamiento, los síntomas y trastornos del paciente, su consentimiento informado, y la colaboración y cooperación entre el terapeuta y el paciente, entre otras. Es decir, el proceso terapéutico no debería seguir siendo misterioso o inexplicado para el paciente, de modo que él/ella podría ser un participante activo con la colaboración alentadora del terapeuta. Tal información será también de valor relacional, pues el paciente comienza a experimentar al terapeuta como alguien que ofrece información provechosa/útil más bien que como una figura que esconde autoridad.

Una manera significativa en la cual los pacientes evitan el contacto con el terapeuta es no estar mentalmente presentes, a través de una reducción extrema del campo de la conciencia, disminuir el nivel de conciencia, y la despersonalización. Asistir a un paciente para seguir siendo enterado de y para permanecer en el presente es un esfuerzo constante para el terapeuta (Van der Hart y Steele, 1997). Muchos pacientes dan pistas idiosincrásicas sobre la falta de la presencia, algunas siendo bastante evidentes, como son por ejemplo

el “espaciamiento hacia fuera” y la no-receptividad. Ayudando al paciente a tolerar el presente permitirá probar más realidad con respecto al terapeuta, así como también tiempo para hacer trabajo interno seguro.

La consistencia y la previsibilidad del terapeuta son esenciales en la reducción de la fobia del apego y de la pérdida del apego, y también en el soporte de la capacidad integradora en aumento del paciente. Aunque una disponibilidad constante no es ni posible ni provechosa, una disponibilidad previsible se recomienda altamente (Gunderson, 1996). El paciente debe tener una comprensión clara del grado y de las limitaciones del contacto con el terapeuta fuera de la consulta como son por ejemplo llamadas telefónicas al terapeuta en situaciones de crisis, o tener acceso a ayuda en crisis en caso de la ausencia del terapeuta.

Superando la fobia de los contenidos mentales

El afinamiento empático verbal i no-verbal a los sentimientos del paciente y al sufrimiento es vital para construir una relación, proporciona un modelo apropiado de empatía interna, y aumenta la motivación para experimentar contenidos mentales temidos y evitados. El terapeuta debe primero ayudar al paciente a ser consciente de miedos sobre contenidos mentales y trabajar a través de ellos, y sólo después ayudarlo a ser consciente de, experimentar y expresar los contenidos mentales (por ejemplo, McCullough y otros., 2003). Pacientes aprenden a través de la experiencia que sus contenidos mentales internos (sentimientos, deseos, necesidades, fantasías, partes disociadas de la personalidad) pueden ser aceptadas por otros y, de igual importancia, por sí mismos.

La educación psicológica con respecto a los contenidos mentales y a sus niveles de realidad debe ser reforzada constantemente. Por ejemplo, muchos pacientes no pueden ver la diferencia entre sentimiento y comportamiento; de esta manera, si se sienten enfadados, temen que actuarán con una rabia incontrolable, de tal modo aumentando la aversión a las sensaciones, deseos, fantasías, etc. El terapeuta debe reforzar que las acciones mentales preceden pero no terminan necesariamente con acciones de comportamiento.

Superar la fobia de las partes disociadas de la personalidad

Esta fobia constituye un subgrupo especial de contenidos mentales, puesto que las partes disociadas de la personalidad incluyen a menudo contenidos mentales aversivos o ambivalentes. Es útil comenzar primero a trabajar con las PANs juntas (las partes que funcionan en la vida diaria), reduciendo la evitación que tienen una para otra. Esto mejorará directamente el funcionamiento diario normal y proporciona la capacidad integradora creciente de tratar finalmente con las PEs. Mientras tanto, la educación psicológica con respecto a la naturaleza defensiva de las PEs y a las funciones de PANs, y las intervenciones ocasionales para apoyar la contención segura de las PEs, ayudarán a la PAN en sentirse más segura con estas partes de la personalidad.

El terapeuta debe ser consciente de la evitación de las PANs para las PEs, dado que tentativas prematuras de implicar a EPs en trabajar con ANPs pueden provocar la evitación ulterior por parte de la PAN. De esta manera es crucial ayudar al paciente en esforzarse para la colaboración y la cooperación entre partes, que aumenta en última instancia la flexibilidad y la estabilidad de la personalidad entera promoviendo una coordinación mejor de los sistemas de acción. Una de las intervenciones más importantes es la introducción gradual de partes disociadas unas a otras (es decir, reduciendo la evitación y la disociación fóbica entre partes de la personalidad con respecto a su misma existencia y a sus contenidos mentales en la Fase 1). Esto debe ocurrir primero sin compartir recuerdos traumáticos. Después, la promoción de la cooperación y la empatía pueden aparecer después de un cierto tiempo. Las técnicas incluyen la gestión estricta de los estados de activación durante las sesiones, las señales ideomotoras de dedos (por ejemplo, Hammond y Cheek, 1988), animar a todas las partes disociadas a que se “escuchen y miren” en la

terapia y en la vida normal, el uso de imaginarias habitaciones de reunión, la práctica de solucionar problemas entre las partes disociadas, y la práctica y la ejecución conjunta de tareas en vida diaria. Puede haber también una necesidad de practicar y participar en común en situaciones más difíciles, tales como la defensa frente a amenazas percibidas o verdaderas. Estas medidas erosionan gradualmente las barreras disociativas de una manera segura y aumentan la capacidad integradora.

Hay dos tipos particulares y relacionados de PEs que deberían recibir una atención especial en la Fase 1: los tipos agresivos y persecutorios. Ambos están fijados en el subsistema defensivo protector de "lucha", e intentan manejar las emociones difíciles de la rabia y de ira relacionadas con los sentimientos de pérdida, impotencia, desesperación, del daño, del terror, o de la vergüenza (Van der Hart y otros., 1998). Estas PEs se deben tratar temprano en la terapia para proporcionar la estabilización adecuada y para preparar para el trabajo de la Fase 2. A menudo son tratados primero indirectamente a través de la PAN que tiene el control ejecutivo. A la medida que sea más seguro para el paciente, estas PEs se pueden tratar más directamente (Van der Hart y otros., 1998).

Tales PEs son parte del subsistema defensivo de la lucha emocional, pero tienen sistemas de creencias fuertes que sirven como defensas psicológicas, tales como la creencia que uno mismo es fuerte, indemne, y capaz de llevar a cabo acciones abrumadoras de rabia y venganza. Las PEs agresivas experimentan a menudo, o por lo menos presentan, su identidad como fuerte y capaz de proteger y luchar. Las PEs persecutorias tienden a experimentar y a presentarse a sí mismas como los autores originales implicados en las acciones traumáticas originales.

Las PEs persecutorias, como sus abusadores, no tienen habilidades reguladoras para manejar la cólera y la rabia, dolor, vergüenza, necesidades, y temen que son la base de mucha de su hostilidad. Luchan a menudo desesperadamente por el control, procurando silenciar las PEs temerosas, pero haciéndolo de maneras que son imitaciones de las acciones y de las palabras de los verdaderos maltratadores que sólo hacen que aumentar los miedos de las otras partes. Así, se produce un ciclo vicioso del miedo y de la rabia/del castigo interno. Por tanto, estas partes deben aprender maneras alternativas de exteriorizar la rabia y hacer frente a emociones intensas.

En el tratamiento temprano ambos tipos de PEs son generalmente bastante activos, creando inestabilidad para el paciente y en el tratamiento. Los tipos agresivos pueden hacer un contacto activo con el terapeuta en un compromiso verbal concreto sobre la falta de confianza y las limitaciones del terapeuta. Los tipos persecutorios pueden permanecer internos, como ocultos pero terroríficos, hostiles y con voces internas humillantes, a menudo amenazando al paciente que "no cuente" los acontecimientos traumáticos, o haciéndolo experimentar otra vez estos hechos de tal manera que le abruma y evita la psicoterapia.

Hace falta mucho trabajo para ampliar el campo retraído de conciencia de las EPs agresivas y persecutorias más allá de las estrategias de defensa. El terapeuta debe explicar constantemente las funciones protectoras de las partes agresivas de la personalidad a las otras partes para fomentar la cooperación y la empatía. El terapeuta tiene que esforzarse para obtener un contacto directo, respetuoso y empático con el PE, emparejado con un ajuste de los límites correctos sobre comportamientos agresivos, posponer comportamientos agresivos y la formación de habilidades. (cf. Van der Hart y col., 1998)

Cuando la capacidad integradora ha sido aumentada en tal grado que la(s) PAN(s) y las PEs dominantes son capaces de funcionar más o menos adecuadamente en el presente, se puede mantener el apego con el terapeuta, se pueden tolerar y regular los contenidos mentales y se ha desarrollado un cierto grado de empatía y cooperación, se puede iniciar la Fase 2. Las contraindicaciones de la Fase 2 incluirían la ausencia de lo que hemos mencionado arriba, también el abuso actual /presente y en curso; crisis presentes en la vida exterior o momentos cuando en la vida normal hacen falta

energía y atención extra; una edad avanzada, enfermedades físicas o terminales; psicosis; problemas caracterológicos severos que interfieren con el proceso terapéutico básico; cambios bruscos incontrolados entre PANP y PEs (Boon, 1997; Kluff, 1997; Steele & Colrain, 1990; Van der Hart & Boon, 1997). Estos objetivos se pueden adquirir bastante rápido en pacientes con un funcionamiento alto, pero necesitará bastante tiempo (normalmente un cierto número de años) con los pacientes menos funcionales. Aunque muchas de estas metas se puedan lograr finalmente dentro del grupo de pacientes con el pronóstico menos favorable, la Fase 2 trabajo sigue generalmente desestabilizando gravemente a tales pacientes. En la mayor parte de esos casos muy difíciles, la estabilización completa se logra pocas veces, y el trabajo de la Fase 1 sigue siendo el objetivo final del tratamiento. En todos los casos, los pacientes deben haber expresado la elección de pasar a la Fase 2 del tratamiento.

FASE 2: EL TRATAMIENTO DE LOS RECUERDOS TRAUMÁTICOS

Los objetivos principales del trabajo de la Fase 2 son la síntesis y la comprensión de los recuerdos traumáticos entre varias partes de la personalidad, transformando la disociación estructural innecesaria. Los elementos principales de la experiencia traumática se deben sintetizar, deben ser compartidos entre PAN(s) y PE(s) y, cambiando a una narración verbal simbólica que es personificada. Entonces las acciones mentales y conductuales del presente se pueden basar sobre esta nueva integración.

Superando las fobias relacionadas con el apego inseguro a los abusadores

La respuesta crónica de alternancia de sistemas de acción de apego y defensa relacionados con el mismo cuidador es la base de patrones de apegos inseguros. El apego inseguro supone crear lazos afectivos intensos y lealtad, con la creencia que ese apego al abusador es una cuestión de vida y muerte. Las conductas relacionadas con el apego inseguro son asociadas con una capacidad integradora baja: son reflejas, emotivas, impulsivas, careciendo de procesamiento cognitivo. Incluyen pegarse como una lapa, dependencia inadapta, y la sumisión cuando se está en el contacto con el abusador, y la incapacidad para darse cuenta de los peligros asociados con el maltratador (Steele et al., 2001). Muchas PANs son inseguramente conectadas con los autores.

A excepción de PEs que son conectadas con el abusador/es vía la acción de (sub) sistema del grito de apego, las PEs no están dirigidas hacia el apego sino más bien hacia la defensa física y la recuperación. Por lo tanto, las intervenciones iniciales se dirigen hacia eliminar la naturaleza fija del sistema defensivo y recuperativo de estas partes, antes que la promoción del apego con el terapeuta. Primero, todas las partes deberían comenzar a sentirse seguras en el presente, aunque eso no pueda interactuar directamente con el terapeuta. Pero el terapeuta "puede hablar con" y "hablar a través" de estas partes, animándolas a "escuchar y mirar, sentirse y enfocarse en el presente, en esta habitación donde no le puede pasar nada". Sin embargo, se tiene que hacer mucho trabajo con estas partes agresivas de la personalidad antes de que ellas puedan proteger realmente con empatía y cooperación, como se ha explicado en la Fase 1. La PE que lucha, por ejemplo, tendría que ser también consciente de y aprender a ser compasivo con la PE que está apegada a los cuidadores abusivos.

De esta manera se desarrolla gradualmente la flexibilidad entre las partes defensivas de la personalidad, partes previamente fijadas rígidamente. Cuando se ha desarrollado un sistema defensivo más fluido y menos disociado, y cuando como partes llegan a ser mejor orientadas en el presente, hay menos

necesidad de una acción defensiva. En este punto, el apego al terapeuta puede ser alcanzado con éxito en pasos pequeños. Es esencial que las PEs y la(s) PAN(s) lleguen gradualmente a ser también más seguramente conectadas entre ellas. De otro modo, una fantasía del rescate por parte del terapeuta se puede intensificar a la vez con la alianza que se está construyendo.

En esta fase es de la importancia primaria identificar y tratar las creencias sustitutivas (Janet, 1945) de las varias ANP's y EP's con respecto al abusador, el trauma, y la vida actual. Estas fantasías son acciones mentales de baja calidad las que sustituyen las acciones constructivas del presente. Éstas implican a menudo la idealización del cuidador/autor y la devaluación de uno mismo (incluyendo auto-culparse y la vergüenza por lo que sucedió), preservando un sentido de la localización interna del control, evitando de esta manera la impotencia extrema, pero manteniendo al paciente en un estado de caos y un funcionamiento limitado en el presente.

Superando la fobia de la memoria traumática

Esta es una de las fobias más difíciles de superar, requiriendo una capacidad integradora alta y sostenida de las PAN(s) y las PE(s). El ritmo cuidadoso de tal trabajo y la regulación de la hiper y la hipo-activación será crucial para el éxito. Las contraindicaciones a la iniciación de esta fase se deben seguir estrictamente. Cuanto más baja la capacidad integradora del individuo, más lentamente se debe pasar a este paso del tratamiento, con regresos frecuentes a las intervenciones de la Fase 1.

La memoria traumática se trata en varias etapas (Van der Hart, y col., 1993) :

1. la preparación, en la que se hace una planificación cuidadosa;
2. la síntesis: La resolución de la disociación con respecto a componentes de recuerdos traumáticos, y el principio de una historia narrativa que incluye finalmente todas partes de la personalidad. La síntesis de recuerdos particulares, o de trozos de recuerdos se planean es un acontecimiento planeado que ocurre dentro de una sesión o de una serie de sesiones;
3. la comprensión, incluyendo niveles aumentados de personificación y presentificación. Esta última etapa es mucho más secuenciada en procesos y ocurrirá a lo largo de un periodo de tiempo. Se trata a menudo una conexión crucial perdida en el tratamiento de recuerdos traumáticos, dado que algunos terapeutas ven la "recuperación" de la memoria como el fin del proceso, mientras que en la realidad, es meramente el principio de un curso difícil y más largo. Es de importancia capital la inclusión de PAN(s) en este trabajo, aunque es posible que haya momentos ocasionales cuando la síntesis y varios niveles de la comprensión pueden aparecer primero entre las PEs (por ejemplo, cuando varios subsistemas defensivos podrían ser integrados antes del trabajo con el PAN sobre la comprensión del trauma).

Preparación

Se deben asegurar la seguridad y la prevención de la hipo o de la hiper-activación. Si se toman en cuenta las contraindicaciones y la preparación es minuciosa, es menos probable que aparezcan reacciones negativas. A veces, es útil encontrar a alguien para acompañar al paciente a casa después de una sesión planeada de síntesis, para dar apoyo sobre los efectos de la síntesis. Puede ser necesario que el paciente se tome días de fiesta del trabajo u otras obligaciones. Pero lo ideal es que el paciente sea capaz de continuar funcionando en la vida cotidiana, dado que esto indicaría una capacidad integradora fuerte. Las sesiones planeadas con una duración prolongada pueden ser útiles, no para aumentar la intensidad y la duración de experiencias, sino más bien para valorar lentamente las experiencias traumáticas, y para dar al paciente tiempo de sobras volver a estar enraizado y completamente reconectado al presente antes de salir la sesión. El paciente debe tener una comprensión completa de los propósitos y de la experiencia de

integrar recuerdos traumáticos. Se puede utilizar la hipnosis para controlar y sostener este aspecto del proceso, pero sólo si el terapeuta está bien entrenado, si el paciente ha dado previamente su consentimiento, y está acostumbrado a su uso formal.

Durante la preparación es útil, si es posible, que el terapeuta tenga primero alguna información sobre el contenido básico del acontecimiento traumatizante, incluyendo su comienzo y su final. Siendo consciente del principio y del fin de los acontecimientos traumatizantes, el terapeuta previene que el paciente se quede "bloqueado en el medio" durante la síntesis. Esto se alcanza mejor con esas partes disociadas (por ejemplo, las partes que observan) que lo pueden hacer sin entrar en una re-experimentación incontrolable del acontecimiento traumatizante. Esto significa que las partes que todavía no están preparadas para escucharlo se deberían retirar a sus lugares seguros. Aparte del contenido, la planificación se enfoca en la cuestión de qué partes deben participar en un principio (es decir, una o más de las partes que contienen aspectos de la memoria traumática y partes que pueden cumplir un papel de ayuda) tal como dar coraje, estructura o consuelo-durante o directamente después de la síntesis.

Hay muchos pacientes para los que tales partes observadoras no están disponibles o quienes son incapaces de contener el afecto adecuadamente. Tales pacientes pueden ser preparados ayudando todas las partes a explorar las peores posibilidades del caso (por ejemplo, "Cuál es la peor cosa que Ud. imagina que tendrá que tratar con respecto a lo que recuerda? y "Si eso sucedió, cómo podríamos los dos ayudarle a Ud. a que trate lo mejor posible con ello?"; "Cuáles serían otras cosas que usted quizás encuentre difícil de manejar?").

Muchos errores cognitivos y deformaciones, incluyendo las creencias sustitutivas, hubieran tenido que ser ya identificados y corregidos, pero algunos están abiertos a modificaciones sólo después de la síntesis. Además de la existencia de errores cognitivos conscientes, el trauma se empotra en creencias específicas del contexto y en experiencias, muchos de cuales se disocian en PEs. Estas se llaman ideas fijas (idées fixes; Janet, 1894, 1898), o pensamientos o imágenes mentales que toman proporciones exageradas, tienen una carga emocional alta, y son disociadas de la ANP. Estas ideas se manifiestan en flashbacks o pensamientos intrusivos.

La síntesis

La esencia de la síntesis es que el terapeuta guía al paciente (o partes específicas de la personalidad) por una serie de breves experiencias intensas en las que aspectos disociados de la memoria traumática se comparten entre partes. La síntesis es un esfuerzo de reactivación controlada y de colaboración entre el paciente y el terapeuta. Hay varias maneras de enfocar la síntesis, dependiendo de las habilidades del terapeuta y de las necesidades del paciente individual. Algunos pacientes trabajan más eficazmente sintetizando recuerdos con ciertas partes del presente y otros en un lugar seguro y sin ocuparse de la síntesis, mientras que hay otros que encuentran más eficaz sintetizar todas con las partes presentes a la vez. Algunas síntesis pueden ocurrir fuera de sesiones, dependiendo de la capacidad integradora del individuo. Es esencial individualizar el proceso de trabajar con recuerdos traumáticos.

No es necesario compartir cada uno de los detalles del trauma. Lo que es esencial es compartir son las llamadas semillas patógenas (Van der Hart & Op den Velde, 1995) (es decir, los aspectos más amenazantes de una experiencia traumática, lo que el paciente quiere evitar a toda costa). Muchos pacientes pueden adquirir suficiente capacidad integradora tanto que la experiencia traumática se pueda compartir por toda la personalidad entera inmediatamente. Otras veces puede ser necesario trabajar con grupos más pequeños de partes en una manera graduada. Si lo último es necesario, se tendría que hablar y llegar a un acuerdo entre el paciente y el terapeuta con respecto a que áreas de la vida o sistemas de acción (por ejemplo, trabajar, hacer de padre) y qué

partes relacionadas de la personalidad se deben proteger de la experiencia actual de síntesis.

Para que la síntesis tenga éxito, es esencial controlar el nivel de activación; el pánico y la redisección de los recuerdos traumáticos se deben impedir. Por eso, el terapeuta tendría que explicar que el recuerdo traumático no necesita ser experimentado otra vez como el acontecimiento original abrumador (es decir, no tiene que ser revivida). En vez de eso, la activación se puede modular, por ejemplo, a un grado de "3" en una escala de "1" a "5." Son esenciales esfuerzos intensos y consistentes por parte del terapeuta y del paciente para mantener al paciente en el presente y conectado con el terapeuta para el éxito de la síntesis. En términos de la terapia conductual, el requisito previo para la síntesis es una combinación de una exposición gradual y la prevención de respuestas patológicas de evitación, incluyendo la disociación estructural continuada y la prevención de respuestas patológicas de evitación que mantienen la disociación estructural (Nijenhuis, 1994). Aunque algunos autores, en el área de los trastornos de disociación utilizan expresiones como abreacción controlada o trabajo abreactivo para describir este proceso (por ejemplo, Fine, 1993; Kluft, 1994a), la síntesis no debe ser malentendida de ninguna manera como un proceso con el propósito de expresar incontrolablemente emociones vehementes, como se entiende por el término de "abreacción" (cf. Van der Hart & Brown, 1992, para un análisis crítico).

Hay muchas variantes de síntesis. Por ejemplo, mientras Van der Hart y col. (1993) describen una versión rápida y completa de una sola sesión, otros han descrito un enfoque mucho más gradual (es decir, la síntesis fraccionada) en que la síntesis se divide en varios pasos más pequeños, que puede abarcar varias o incluso muchas sesiones (Fine, 1993; Kluft, 1994a; Van der Hart y col., 1993). La síntesis reactiva puede ocurrir también con el uso de EMDR y la aplicación amplia de la escala de SUDS durante el proceso (por ejemplo, Gelinas, 2003; Twombly, 2000). En efecto, el uso de la escala de SUDS es útil aún sin EMDR. Sin embargo, dado que EMDR es una técnica tan poderosa y potencialmente desestabilizadora, no se puede exagerar que se debería utilizar estrictamente dentro de un contexto de contención, y sólo por clínicos bien entrenados, familiarizados con el tratamiento de pacientes con trastornos de disociación. La síntesis fraccionada se puede aplicar a menudo cuando un enfoque rápido y exhaustivo pondría a prueba demasiado la capacidad integradora de paciente.

En general, cualquier material sin compartir restante después de una sesión de síntesis debería ser tratado en la próxima sesión, o pronto después, y se deben tomar precauciones que estos aspectos restantes de la memoria traumática no abrumen al paciente mientras tanto. Sin embargo, a menudo es útil tener más sesiones de procesamiento cognitivo esparcidas entre las sesiones de síntesis, porque se necesita tiempo y apoyo para personalizar y comprender el material completo. Las técnicas hipnóticas y la imágeria para poner estos restos no procesados en un espacio imaginario seguro pueden ser muy útiles.

Comprensión

La síntesis sola no es suficiente para la integración. La memoria traumática debe llegar a ser una memoria completamente autobiográfica narrativa (es decir, se debe personalizar y se debe comprender por completo). A menudo hay una dificultad mayor a ayudar a un individuo que la ANP se de cuenta por completo de su historia, a pesar de ser ya consciente de ello. La PAN debe ser capaz de llegar a ser gradualmente menos evitante y más receptiva de las PEs, apropiándose completamente de las experiencias del pasado, elaborando una historia narrativa de la experiencia traumática sin disociar más.

Una vez que se ha hecho un trabajo suficiente en la Fase 2 que permita al paciente ganar una más alta capacidad global integradora, y la fobia de recuerdo traumático ya no está en el primer plano, se puede iniciar el trabajo

de la Fase 3. Hay generalmente un movimiento bastante espontáneo “de aquí para allá” en la Fase 3, sucediendo cuando el paciente comienza a iniciar la exploración de asuntos de la Fase 3.

LA FASE 3 DEL TRATAMIENTO: LA INTEGRACIÓN DE LA PERSONALIDAD Y LA REHABILITACIÓN

Un enfoque amplio sobre el trabajo de la Fase 3 es a menudo ausente en la literatura (ver Kluft, 1993b), como si sólo las Fases 1 y 2 fueran importantes. Hay también un mito que persiste entre los pacientes y algunos clínicos según el cual recordar la experiencia traumática es suficiente para curarse. De hecho, la Fase 3 puede contener algunos elementos del trabajo más difícil todavía (Van der Hart y col., 1993); el trabajo doloroso de la pena que es necesario para que surja comprensión profunda, la renuncia de creencias sustitutas fuertemente enraizadas, y la lucha para implicarse en el mundo con nuevas habilidades de afrontamiento que requieren un grado alto de esfuerzo mental sostenido (es decir, aumentando los niveles de personificación y presentificación, y la ampliación del campo de la conciencia). El paciente que no puede completar exitosamente el trabajo de la Fase 3 a menudo continúa teniendo dificultades en la vida normal, a pesar del alivio significativo de las intrusiones traumáticas.

La Fase 3 a menudo supone un trabajo más profundo y más implicado relacionado con el severo abandono durante el desarrollo sufrido por el paciente, ya que aumentando las tentativas para llevar una vida normal a menudo destaca déficits menos evidentes relacionados con los sistemas de acción que no se desarrollaron de una manera adaptativa. Los pacientes severamente traumatizados persisten en una tendencia para disociar en condiciones de estrés, y están acostumbrados para estrechar el campo y a veces los niveles de conciencia. La prevención continua de recaídas, incluyendo la inculcación de estrés y actividades de auto-cuidado (la disuasión de la disociación), y ampliar el campo de la conciencia son tareas esenciales continuas en la Fase 3.

Las partes de la personalidad hacen generalmente un movimiento gradual hacia la fusión de una con la otra, llegando a ser menos distintas y autónomas dado que la empatía, el compartir, y la cooperación aumentan en la vida cotidiana. Hay varios modos de fusión siguiendo este proceso gradual: los rituales formales y planeados de fusión, con o sin la hipnosis; las fusiones espontáneas que aparecen inmediatamente después de la síntesis; las fusiones espontáneas que ocurren fuera de la terapia; o las mezclas graduales de partes que se llegan a fusionar de forma natural con el tiempo (por ejemplo, Kluft, 1993b). El trabajo terapéutico tiene que continuar sosteniendo estos pasos integradores, que pueden ser interrumpidos por crisis o la aparición de nuevos recuerdos traumáticos. De hecho, durante la Fase 3 es bastante habitual que surja más material traumático disociado, así como también partes adicionales de la personalidad. Esto es en parte porque la capacidad integradora aumenta y el paciente es más capaz de tolerar la experiencia previamente disociada. Esta es una evolución normal y esperada del tratamiento, y durante tales momentos habrá un regreso temporal al trabajo de la Fase 1 y Fase 2.

Los terapeutas y los pacientes no deberían esperar que una integración completa de la personalidad ocurra demasiado rápido. Por regla general, lo que parece ser la "fusión final" entre las partes disociadas de la personalidad no es la última. Basado en su observación de un conjunto grande de tratamientos, Kluft (1993b) indicó que sólo después que 27 meses sin ninguna manifestación adicional de disociación se puede asumir que la integración es verdaderamente segura, indicando la necesidad de un seguimiento minucioso.

Las fobias tratadas en la Fase 3 implican vivir una vida normal, relativamente libre de intrusiones traumáticas y de disociación.

Superando la fobia de la vida normal

Previo al trabajo de la Fase 2, la vida normal a menudo tenía algún número de disparadores, o de estímulos condicionados, que provocaron reexperiencias abrumadoras. Así muchos aspectos de la vida se han evitado arduamente y posteriormente restringidos. La vida normal también conlleva una exigencia de adaptación e integración de una gran variedad de experiencias complejas y a veces difíciles. Esto puede ser desalentador para un individuo cuya vida ha sido organizada alrededor de la restricción y la evitación.

La vida normal debe ser evaluada primero para su nivel de normalidad real (obviamente, hay una gran variedad de lo que se considera "normal"), incluyendo lo que el paciente desea lograr. Es imprescindible determinar si el paciente tiene una vida relativamente equilibrada en términos de trabajo, ocio, descanso, y relaciones, y si estas experiencias son significativas y personalizadas. A menudo esto no es el caso, dado que el equilibrio en la vida normal requiere una capacidad integradora alta y flexibilidad y coordinación entre los sistemas de acción. Aunque mucha integración entre PANs y PEs pueda haber ocurrido en la Fase 3, hay todavía trabajo pendiente de activar completamente y refinar sistemas de acción y su interdependencia. Por ejemplo, una PAN que era una madre excelente era capaz de integrar exitosamente a varios PEs - niño. Sin embargo ni la PAN, ni la PEs no tuvieron mucha experiencia con los sistemas de acción exploratorio y de juego (aunque la PAN era bastante experta en apoyar a sus hijos en el juego y en la exploración como parte de sus funciones de cuidadora). Así quedó una ausencia en la vida del paciente en cuanto a la recreación, el humor, y la alegría en las relaciones. Estos sistemas se activaron progresivamente a través de la psico-educación, de la práctica de tareas complejas y cada vez más prolongadas (Van der Hart y col., 1989), de la observación de otras personas, y del desarrollo gradual de varias amistades con personas que eran más expertas en estas áreas, y a veces, de la resolución adicional de ideas fijas y recuerdos traumáticos.

La inmersión en la vida normal trae a menudo el aumento de la alegría y entusiasmo con cada nuevo éxito y experiencia positiva. Pero simultáneamente aparece un dolor profundo por haber perdido tanto de la vida normal durante tanto tiempo. Los pacientes se pueden sentir confusos o avergonzados de la dualidad de sentimientos provocados por la cura, y deberían ser ayudados a aceptarlo. Hay una gran comprensión de lo que se han perdido o les falta, no sólo durante una niñez traumática, sino también en la edad adulta como resultado de desgracias acumuladas en un trastorno disociado crónico. Así, el duelo es un proceso esencial durante la Fase 3. El duelo debería estar acompañado por una fuerte concienciación del presente (presentificación), por la habilidad de auto-tranquilizarse y de encontrar consuelo en los nuevos logros en la vida, y en la conexión con otros. De otro modo el paciente puede llegar a atascarse en la desesperación, a sentirse cada vez más aislado y con una pérdida intolerable. El terapeuta puede jugar un papel esencial en el trabajo exitoso del duelo dando una buena fe de manera empática al sufrimiento del paciente (y subsiguiente de la curación), restaurando así la conexión empática con uno mismo, con los demás, y con el mundo que se perdió durante el trauma (Herman, 1992; Laub & Auerhahn, 1989; Van der Hart y col., 1993; Van der Hart & Nijenhuis, 1999).

Como todas las partes (PANs y PEs), y de esta manera todos los sistemas de acción llegan a estar disponibles en el presente para trabajar en conjunto cooperativamente hacia metas comunes, los estados internos se vuelven menos conflictivos y la atención se puede enfocar en maneras adaptadas en el presente. La exposición a situaciones en que pueden surgir nuevas adaptaciones y aprendizaje es esencial para resolver la fobia de la vida normal, pero tales experiencias provocan todavía más fobia relacionada con ello: la de tomar riesgos sanos y del cambio.

Superando la fobia de asumir riesgos sanos y del cambio

Asumir riesgos y cambios son necesarios para una adaptación continuada a las circunstancias actuales. Muchos pacientes traumatizados expresan un miedo al cambio en general, llevando a un estilo de vida monótono y limitado, aunque caótico a veces, puesto que el caos es familiar para la mayoría de los pacientes. Janet (1903,1909) notó que una de las primeras dificultades para parecer tener una baja capacidad integradora era una fobia relacionada con la adaptación a nuevas situaciones. En los niveles más severos esto se puede manifestar en una evitación intensa y temor a cualquier cambio interno o externo. Esta fobia es a menudo especialmente evidente en ciertas PANs.

El tratamiento consiste en corregir las creencias-sucedáneas y las ideas fijas con respecto al cambio (por ejemplo, que es peligroso, intolerable, inducirá impotencia e incompetencia). La resolución de los recuerdos traumáticos es esencial, porque el comienzo del cambio a menudo provoca representaciones del sistema defensivo (PEs), que se intrometen entonces sobre la PAN o la desactivan. Un paciente hizo una conexión muy clara y concreta entre su temor a cualquier cambio y el comienzo del abuso: "Cuando mi padre empezó a tener sexo conmigo, todo cambió. El cambio para mí representa la cosa más atroz que me podría suceder. El sexo duele, así que el cambio también dolerá." Por tanto, el cambio es percibido como una amenaza severa. La práctica, los ejercicios graduados, el incremento de la conciencia y la personalización de los cambios seguros que han ocurrido durante la terapia, y el apoyo continuado para un esfuerzo mental sostenido relacionado con el cambio y el riesgo son intervenciones importantes.

Superar la fobia de la intimidad

Vencer la fobia de la intimidad es quizás el pináculo de un tratamiento exitoso. Requiere la integración de todos los sistemas de acción dentro del campo de la conciencia personal y los niveles más altos de personificación y presentificación sostenidas. Para que la intimidad madura surja uno debe haber superado las fobias de los estados internos, del apego, de los recuerdos traumáticos, de asumir riesgos y del cambio, y de la vida normal. La intimidad toma varias formas, tal como emocional, física (no-sexual), y sexual. Las fobias pueden ser relacionadas a alguna o todas estas formas.

A un grado más extenso, la fobia de la intimidad se habrá tratado dentro de la relación terapéutica, que debería ofrecer la experiencia de un apego seguro. Sin embargo, superar la fobia de la intimidad implica comprender que capacidad de uno para la intimidad no es limitada a una relación con un solo individuo (es decir, el terapeuta). Para que esta comprensión pueda ser integrada completamente, la intimidad se debe experimentar en situaciones menos controladas (es decir, en el mundo "verdadero"), con otros individuos. El paciente debe ser ayudado en acercarse en una manera graduada; superar el miedo de la intimidad emocional antes de la intimidad física y sexual, puesto que los últimos dos requieren la superación del primero. Hay generalmente una resistencia extrema a la experiencia de la pérdida, un riesgo inevitable asociado con la intimidad. Los niveles en aumento de presentificación prevendrán al paciente de vivir en un futuro percibido como catastrófico, lleno de una pérdida intolerable, o en el pasado, donde predominaban la pérdida relacional o el dolor. Además, el paciente debe ser capaz de tolerar en el presente los fallos más ordinarios en el sistema y las dificultades que surgen dentro de relaciones íntimas normales. Esto requiere habilidades adecuadas de resolución de conflictos, empatía, capacidad de auto-tranquilizarse, pensamiento reflexivo más que acción reactiva y la habilidad de distinguir graduaciones de la dificultad en las relaciones, para que no ocurra una hiper o hipo-reacción.

La intimidad requiere buenos límites y fronteras, tanto internos como de relación. Los pacientes tienen que aprender generalmente la importancia de las fronteras personales, cómo y cuando hay que aplicarlos, y cómo responder efectivamente a las fronteras de otros sin sentirse rechazado, reconociendo que "las buenas vallas hacen buenos vecinos". Las fronteras eficaces reducen el temor a la intimidad, dan un sentido de control personal, e igualan el equilibrio de poder en las relaciones.

En este punto reiteramos que el tratamiento secuenciado en fases es cíclico. El trabajo de la fase 3 puede abrir la puerta de vez en cuando para el trabajo de la Fase 1 o 2. Una vez que un paciente comienza a implicarse en nuevas acciones, tal como entrar en una relación sexual íntima, pueden surgir asuntos residuales, y también partes de la personalidad que no se han implicado suficientemente en el tratamiento.

CONCLUSIÓN

La teoría de la disociación estructural de la personalidad se arraiga en la perspectiva sobre la disociación de finales de siglo XIX y comienzo de siglo XX y se enriqueció con una multitud de hallazgos y observaciones clínicas de investigaciones recientes. La teoría sirve como una heurística para un tratamiento eficaz y para una investigación ulterior sobre la disociación. En este artículo nos hemos enfocado en el tratamiento de las fobias relacionadas con el trauma en los trastornos disociativos complejos. A la raíz de estos trastornos hay una falta crónica de capacidad integradora que pone en peligro la calidad de adaptación de las acciones mentales y conductuales del sobreviviente. En este contexto, los sobrevivientes tienden a desarrollar una gama de fobias que mantiene o refuerza la disociación estructural relacionada con el trauma de su personalidad. Estas fobias, proliferadas más en los trastornos disociados complejos, constituyen un subgrupo dentro de una gama más amplia de tendencias inadaptadas a la acción en los individuos crónicamente traumatizados. Por lo tanto, los terapeutas ayudan a los pacientes a corregir las tendencias disfuncionales a la acción, a desarrollar tendencias adecuadas, y a superar sus fobias. Este trabajo debería permitir a los pacientes poder sintetizar finalmente y comprender sus recuerdos traumáticos e integrar las partes disociadas de la personalidad, mientras simultáneamente se adaptan más eficazmente a los desafíos de la vida.

La teoría de la disociación estructural y las observaciones clínicas consecuentes sugieren que los pacientes crónicamente traumatizados sólo pueden adquirir estas metas de una manera gradual y en fases, lo que en la práctica a menudo toma la forma de una espiral recursiva (Courtois, 1999; Ford y col., bajo imprenta). Así, los terapeutas sólo implican a los pacientes en acciones terapéuticas que ellos pueden iniciar, ejecutar y completar exitosamente. Ya observado por Janet, los éxitos aumentan la capacidad integradora de los sobrevivientes, que les permite desarrollar acciones mentales y conductuales de un nivel superior, que pueden reemplazar las acciones sustitutivas fóbicas y disfuncionales. Estos logros aumentan aún más la capacidad integradora de los sobrevivientes, lo que promueve acciones todavía de más alto nivel, etc.

Concebimos la teoría estructural de la disociación de la personalidad como una teoría integradora, que permite el uso de intervenciones innumerables basadas en otras teorías, como las psicodinámicas, de relaciones objetales, cognitivo-conductual, etc., siempre cuando los terapeutas siguen los principios básicos del tratamiento, sugeridos por la teoría. Es decir, la teoría de la disociación estructural es compatible con, o complementaria con muchas otras teorías que guían el tratamiento eficaz de los pacientes con trastornos complejos de disociación. Creemos que una comprensión e investigación ulterior de la teoría de la disociación estructural aumentarán una comprensión más integradora de las cuestiones complejas del tratamiento con individuos crónicamente traumatizados.

BIBLIOGRAFÍA

- Allen, J.G. (2001). *Traumatic relationships and serious mental disorders*. New York: John Wiley & Sons.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th ed. Washington, DC: Author.
- Arnold, M.B. (1960). *Emotion and personality* (Two parts). New York: Columbia University Press.
- Barach, P. (1991). Multiple personality disorder as an attachment disorder. *Dissociation*, 4, 117-123.
- Barkes, J.H., Cosmides, L., & Tooby, J. (1992). *The adapted mind: Evolutionary psychology and the generation of culture*. New York: Oxford University Press.
- 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.
- Blizard, R. (2001). Masochistic and sadistic ego states: Dissociative solutions to the dilemma of attachment to an abusive caretaker. *Journal of Trauma & Dissociation*, 2(4), 37-58.
- Blizard, R. (2003). Disorganized attachment, development of dissociated self states, and a relational approach to treatment. *Journal of Trauma & Dissociation*, 4(3), 27-50.
- Boon, S. (1997). The treatment of traumatic memories in DID: Indications and contraindications. *Dissociation*, 10, 65-80.
- Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment* (2nd ed., vol. I). New York: Basic Books.
- Bremner, J.D. (2003). Long-term effects of childhood abuse on brain and neurobiology. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 12, 271-292.
- Breuer, J., & Freud, S. (1893-1895/1955). *Studies on hysteria* (Vol. 2). London: Hogarth Press.
- Brewin, C.R. (2003). *Posttraumatic stress disorder: Malady or myth?* New Haven: Yale University Press.
- Brewin, C.R., Andrews, & 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.
- 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.
- Cardena, 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 Press.
- Carlson, E.A. (1998). A prospective longitudinal study of disorganized/disoriented attachment. *Child Development*, 69, 1107-1128.
- 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 Press.

- 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.
- Dalenberg, C.J. (2000). *Countertransference and the treatment of trauma*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Davies, J.M., & Frawley, M.G. (1994). *The psychoanalytic treatment of adult survivors of childhood sexual abuse*. New York: Basic Books.
- DeBellis, M.D. (2001). Developmental traumatology: The psychobiological development of maltreated children and its implications for research, treatment, and policy. *Development and Psychopathology*, 13, 539-564.
- 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.
- Fonagy, P., 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. (1997). Attachment and reflective function: their role in self-organization. *Developmental Psychopathology*, 9, 679-700.
- Ford, J.D., Courtois, C., Steele, K., Van der Hart, O., & Nijenhuis, E.R.S. (in press). Treatment of complex posttraumatic self-dysregulation. *Journal of Traumatic Stress*.
- Forrest, K.A. (2001). Toward an etiology of dissociative identity disorder: A neurodevelopmental approach. *Consciousness and Cognition*, 10, 259-293.
- Freyd, J. J. (1996). *Betrayal trauma: The logic of forgetting childhood abuse*. Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- Frijda, N. (1986). *The emotions*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Gelinas, D.J. (2003). Integrating EMDR into phase-oriented treatment for trauma. *Journal of Trauma & Dissociation*, 4(3), 91-135.
- Glaser, D. (2000). Child abuse and neglect and the brain: A review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 97-116.
- Gold, S.N. (2000). *Not trauma alone*. Philadelphia: Brunner/Routledge.
- Gould, J.L. (1982). *Ethology: The mechanisms and evolution of behavior*. New York: W.W. Norton & Co.
- Gunderson, J. (1996). The borderline patient's intolerance of aloneness: Insecure attachments and therapist availability. *American Journal of Psychiatry*, 153, 752-758.
- 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 Press.
- Huber, M. (1995). *Multiple persönlichkeiten: Überlebenden extremer Gewalt [Multiple personalities: Survivors of extreme violence]*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Hurley, S.L. (1998). *Consciousness in action*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Jackson, J.H. (1931/32). *Selected writings of John Hughlings Jackson* (Vol. 1 & 2). London: Milford.

- Janet, P. (1889). L'automatisme psychologique [Psychological automatism]. Paris: Félix Alcan.
- 48 JOURNAL OF TRAUMA & DISSOCIATION
- Janet, P. (1894). Histoire d'une idée fixe [History of a fixed idea]. *Revue Philosophique*, 37, 121-163.
- Janet, P. (1898). Névroses et idées fixes [Neuroses and fixed ideas]. Paris: Félix Alcan.
- Janet, P. (1903). Les obsessions et la psychasthénie [Obsessions and psychasthenia] (vol. 1). Paris: Félix Alcan.
- Janet, P. (1904). L'amnésie et la dissociation des souvenirs par l'émotion [Amnesia and dissociation of memories through emotion]. *Journal de Psychologie*, 1, 417- 453.
- Janet, P. (1909). Les névroses [The neuroses]. Paris: E. Flammarion.
- Janet, P. (1919/25). Psychological healing. New York: Macmillan.
- Janet, P. (1928a). L'évolution de la mémoire et de la notion du temps [The evolution of memory and 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: Félix Alcan.
- Janet, P. (1935). Réalisation et interpretation [Realization and interpretation]. *Annales Médico-Psychologiques*, 93, 329-366.
- Janet, P. (1945). La croyance délirante [Delirious belief]. *Schweizerische Zeitschrift für Psychologie*, 4, 173-187.
- Kardiner, A. (1941). The traumatic neuroses of war. New York: P. Hoeber.
- Kihlstrom, J.F. (1994). One hundred years of hysteria. In S.J. Lynn & J.W. Rhue (Eds.), *Dissociation: Clinical and theoretical perspectives* (pp. 365-395). New York: Guilford Press.
- Kluft, R.P. (1993a). The initial stages of psychotherapy in the treatment of multiple personality disorder. *Dissociation*, 6, 145-161.
- Kluft, R.P. (1993b). Clinical approaches to the integration of personalities. In R.P.
- Kluft & C.G. Fine (Eds.), *Clinical perspectives on the treatment of multiple personality disorder* (pp. 101-133). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Kluft, R.P. (1994a). Applications of hypnotic interventions. *Hypnos: Journal of the European Society of Hypnosis*, 21, 205-223.
- Kluft, R.P. (1994b). 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 Press.
- Kluft, R.P. (1994c). Treatment trajectories in multiple personality disorder. *Dissociation*, 7, 63-76.
- 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.
- 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.
- Lang, P.J., Bradley, M.M., & Cuthbert, B.N. (1998). Emotion, motivation, and anxiety: Brain mechanisms and psychophysiology. *Biological Psychiatry*, 44, 1248-1263.
- Laub, D., & Auerhahn, N.C. (1989). Failed empathy: A central theme in the survivor's Holocaust experiences. *Psychoanalytic Psychology*, 6, 377-400.
- Lichtenberg, J.D. (1990). On motivational systems. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 38, 517-518.

- Lichtenberg, J.D., & Kindler, A.R. (1994). A motivational systems approach to the clinical experience. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 42, 405-420.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Liotti, G. (1999). Disorganization of attachment as a model for understanding dissociative psychopathology. In J. Solomon & C. George (Eds.), *Attachment disorganization*, 297-317. New York: Guilford Press.
- Loewenstein, R.J. (1993). Posttraumatic and dissociative aspects of transference and countertransference in the treatment of multiple personality disorder. In R.P. Kluft & C.G. Fine (Eds.), *Clinical perspectives on multiple personality disorder* (pp. 51-85). Washington: American Psychiatric Press.
- 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.
- Marmar, C.R., Weiss, D.S., & Metzler, T.J. (1998). Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress disorder. In J.D. Bremner & C.R. Marmar (Eds.), *Trauma, memory, and dissociation* (pp. 229-252). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- 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.
- 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 Press.
- McDougall, W. (1926). *An outline of abnormal psychology*. London: Methuen.
- McGloin, J.M., & Widom, C.S. (2001). Resilience among abused and neglected children grown up. *Development and Psychopathology*, 13, 1021-1038.
- Mearns, R. (1999). The contribution of Hughlings Jackson to an understanding of dissociation. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1850-1855.
- Myers, C.S. (1940). *Shell shock in France 1914-18*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Nijenhuis, E.R.S. (1994). *Dissociatieve stoornissen en psychotrauma [Dissociative disorders and psychological trauma]*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Nijenhuis, E.R.S. (1999). *Somatoform dissociation: Phenomena, measurement, and theoretical issues*. Reprint: 2004, New York: W.W. Norton & Co.
- Nijenhuis, E.R.S., Spinhoven, P., Vanderlinden, J., Van Dyck, R., & Van der Hart, O. (1998). Somatoform dissociative symptoms as related to animal defensive reactions to predatory threat and injury. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 63-73.
- Nijenhuis, E.R.S., & Van der Hart, O. (1999). Forgetting and reexperiencing trauma: From anesthesia to pain. 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., & 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). Chichester, UK: John Wiley & Sons.
- Nijenhuis, E.R.S., Van der Hart, O., & Steele, K. (2004a). Strukturelle Dissoziation der Persönlichkeitsstruktur: Traumatischer Ursprung, phobische Residuen [Structural dissociation of the personality: Traumatic origins, phobic maintenance]. In A. Hofmann, L. Reddemann, & U. Gast (Eds.), *Psychotherapie der dissoziativen Störungen [Psychotherapy of dissociative disorders]* (pp.47-69). Stuttgart/New York: Georg Thieme Verlag.
- Nijenhuis, E.R.S., Van der Hart, O., & Steele, K. (2004b). Trauma-related structural dissociation of the personality. Retrieved, December 2004 from <http://www.traumapages.com/nijenhuis-2004.htm>

- 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, 855-79.
- Ogden, P., & Minton, K. (2000). Sensorimotor psychotherapy: One method for processing trauma. *Traumatology* [On-line], 6(3), article 3. Retrieved December, 2004 from <http://www.fsu.edu/~trauma/v6i3/v6i3a3.html>.
- 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. (1998). *Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions*. New York/Oxford: 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: W.W. Norton & Co.
- Perry, B.D., Pollard, R.A., Blakely, T.L., Baker, W.L., & Vigilante, D. (1995). Childhood trauma, the neurobiology of adaptation, and "use dependent" development of the brain: How "states" become "traits." *Infant Mental Health Journal*, 16, 271-291.
- Putnam, F.W. (1997). *Dissociation in children and adolescents: A developmental perspective*. New York: Guilford Press.
- Reinders, A.A., 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., Haaksma, J., Paans, A.J.M., Willemsen, A.T.M., & Den Boer, J.A. (2003). Neural regions associated with the processing of neutral and trauma memory scripts by apparently normal and emotional parts of the personality in dissociative identity disorder. Manuscript submitted for publication.
- Rothschild, B. (2000). *The body remembers: The psychophysiology of trauma and trauma treatment*. New York: W.W. Norton & Co.
- Schore, A.N. (2003). *Affect dysregulation and disorders of the self*. New York: W.W. Norton & Co.
- Siegel, D. (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. New York: Guilford Press.
- Spiegel, D. (1990). Trauma, dissociation, and hypnosis. In R.P. Kluff (Ed.), *Incest-related syndromes of adult psychopathology* (1st ed., pp. 247-261). Washington: American Psychiatric Press.
- 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. Dell & J.O'Neil (Eds.), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond*. Chicago: International Society for the Study of Dissociation.
- 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 & Dissociation*, 2(4), 79-116.
- Steele, K., Van der Hart, O., & Nijenhuis, E.R.S. (2004). Allgemeine Behandlungsstrategien komplexer dissoziativer Störungen: Die Bewältigung traumabezogener Phobien [Phase-oriented treatment of complex dissociative disorders: Overcoming trauma-related phobias]. In A. Eckhart-Henn & S.O. Hoffman (Eds.), *Dissoziative Störungen des Bewusstseins: Theorie, Symptomatik, Therapie* [Dissociative disorders of consciousness: Theory, symptoms, therapy] (pp. 357-394). Stuttgart, Germany: Schattauer-Verlag
- Steele, K., Van der Hart, O., & Nijenhuis, E.R.S. (in press). The theory of trauma-related structural dissociation of the personality. In P. Dell & J. O'Neil (Eds.), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond*. Chicago: International Society for the Study of Dissociation.

- Sudakov, K.V. (2004). Functional systems theory and the probabilistic prediction of behavior. *Neuroscience, Behavior, and Physiology*, 34, 505-507.
- 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. (Ed.) (1995). *Trauma, dissociatie en hypnose [Trauma, dissociation, and hypnosis]* (3rd ed.) Lisse, Netherlands: Swets & Zeitlinger.
- 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., & Brown, P. (1992). Abreaction re-evaluated. *Dissociation*, 5, 127-138.
- Van der Hart, O., & Dorahy, M. (in press). Dissociation: History of a concept. In P. Dell & J. O'Neil (Eds.), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond*. Chicago: International Society for the Study of Dissociation.
- 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., 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]* (3rd ed., pp. 79-102). Lisse, Netherlands: Swets & Zeitlinger.
- 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). Relieving or reliving childhood trauma? A commentary on Miltenburg and Singer (1997). *Theory and Psychology*, 9, 533-540.
- 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 Dijke, A., Van Son, M., & Steele, K. (2000). Somatoform dissociation in traumatized World War I combat soldiers: A neglected clinical heritage. *Journal of Trauma & Dissociation*, 1(4), 33-66.
- 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., & Ffischer, 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., & Van der Hart, O. (1991). The intrusive past: The flexibility of memory and the engraving of trauma. *American Imago*, 48, 425-445.
- Wilson, J.P., & Lindy, J.D. (Eds.) (1994). *Countertransference in the treatment of PTSD*. New York: Guilford Press.
- Wilson, J.P., & Thomas, R.B. (2004). *Empathy in the treatment of trauma and PTSD*. New York: Brunner-Routledge.
- 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: The Chicago University Press.
- Wolff, P.H. (1987). *The development of behavioral states and the expression of emotions in early childhood*. Chicago: University of Chicago Press.

Kathy Steele, MN, CS, Onno van der Hart, PhD
Ellert R.S. Nijenhuis, PhD