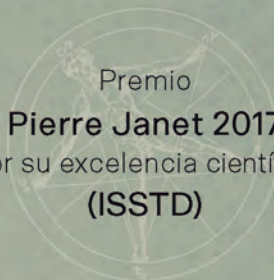


EL TRATAMIENTO DE LA DISOCIACIÓN RELACIONADA CON EL TRAUMA

Un enfoque integrador
y práctico

Onno Van Der Hart
Kathy Steele
Suzette Boon

Premio
Pierre Janet 2017
por su excelencia científica
(ISSTD)



biblioteca de psicología



DESCLÉE DE BROUWER

KATHY STEELE
SUZETTE BOON
ONNO VAN DER HART

**EL TRATAMIENTO DE LA DISOCIACIÓN
RELACIONADA CON EL TRAUMA**

Un enfoque integrador y práctico

BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA
Desclée De Brouwer

Título de la edición original:
TREATING TRAUMA-RELATED DISSOCIATION
A Practical, Integrative Approach
© 2017 Kathy Steele, Suzette Boon, Onno van der Hart,
W. W. Norton & Company, Inc., Nueva York, USA

Traducción: Francisco Campillo Ruiz

© EDITORIAL Desclee De Brouwer, S.A., 2018

Henao, 6 – 48009 Bilbao

www.edeslee.com

info@edeslee.com



EditorialDesclee



@EdDesclee

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

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

Printed in Spain

ISBN: 978-84-330-3017-7

Depósito Legal: BI-1675-2018

Impresión: Grafo, S.A. - Basauri

**5 Recursos para los profesionales de la psicología
que trabajan con las emociones**

Descárgalo gratis en edeslee.info con el código:

5RECURSOS3017

Índice

Prefacio	13
Reconocimientos.	23

Introducción

1. La disociación entendida como una no-percepción	29
--	----

PARTE I

La relación terapéutica

2. El terapeuta suficientemente bueno.	79
3. La relación terapéutica: seguridad, amenaza y conflicto..	107
4. Más allá del apego: una relación terapéutica de colaboración	129

PARTE II

Evaluación, formulación del caso y planificación del tratamiento

5. La evaluación de los trastornos disociativos	171
6. Más allá del diagnóstico: evaluación adicional, pronóstico y formulación del caso	209

7. La planificación del tratamiento 249

8. Los principios que regirán el tratamiento. 277

9. El tratamiento por fases: visión de conjunto. 303

PARTE III

Fase 1 del tratamiento, y más allá

10. Trabajar las partes disociativas:
una perspectiva sistémica integradora. 333

11. La resistencia como evitación fóbica:
introducción 371

12. La resistencia como evitación fóbica:
enfoques prácticos. 401

13. La dependencia dentro de la terapia:
¿siempre, a veces, nunca? 423

14. Trabajar las partes infantiles del paciente. 463

15. Enfoques integradores para tratar la vergüenza 485

16. Trabajar las partes enrabiadas y hostiles del paciente . . 527

17. Trabajar las partes del paciente que imitan al agresor. . . . 549

18. Resolver las conductas peligrosas 585

19. Otros problemas específicos. 625

PARTE IV

Fase 2 del tratamiento

20. El tratamiento de los recuerdos traumáticos:
visión de conjunto 667

21. El tratamiento de los recuerdos traumáticos:
directrices y técnicas 693

PARTE V**Fase 3 del tratamiento**

22. La integración de las partes disociativas dentro del marco de una personalidad cohesionada	735
23. La fase 3, y más allá	761
Apéndices	783
Referencias bibliográficas	801

Prefacio

Este libro nació ya no solo de resultados de las innumerables horas de tratar a pacientes con trastornos disociativos, sino también del crisol de las sesiones de supervisión y de asesoramiento especializado, a las que los terapeutas llevan sus preguntas más urgentes, sus necesidades y vulnerabilidades. Durante muchos años venimos escuchando a terapeutas de todo el mundo hacer unas preguntas similares y batallar con unas dificultades similares, a propósito de los pacientes disociativos. Además de una visión general del tratamiento por fases, son esta serie de cuestiones las que hemos tratado de trasladar a este libro: en qué elemento hay que centrar primeramente la atención en una terapia compleja, y cómo hacerlo; cómo establecer un encuadre que brinde seguridad para los pacientes que presentan conductas peligrosas, sin necesidad de intervenir directamente para “salvarles”; cómo trabajar las partes disociativas* de manera que ello facilite la integración, en lugar de aumentar la disociación; cómo establecer y mantener unos límites útiles; cómo abordar la dependencia hacia el terapeuta de manera compasiva y eficaz; cómo ayudar a los pacientes a integrar los recuerdos traumáticos; qué hacer con los pacientes que se muestran enfurecidos,

* *N. del T.*: *dissociative* en el original inglés, en el sentido de partes disociadas y que simultáneamente *favorecen y mantienen* la disociación dentro del seno de una disociación estructural de la personalidad.

crónicamente avergonzados, evitativos, o incapaces de sentir que el terapeuta albergue ninguna buena intención; y cómo podemos comprender y trabajar compasivamente las resistencias. Y lo que es más importante, nos hemos centrado ya no únicamente en cómo definir y tratar la disociación, sino en cómo *ser y estar* con aquellos pacientes que se viven a sí mismos como si fueran varias personas, en lugar de como un solo y único individuo.

Hacer *versus* ser/estar

La mayoría de los terapeutas que solo muy recientemente están empezando a familiarizarse con el tratamiento de los pacientes disociativos, buscan técnicas. Cuando nos vemos enfrentados con la complejidad y con un terreno desconocido, la cosa más natural del mundo es que tratemos de averiguar qué *hacer*. Estos terapeutas descubrirán que el tratamiento de pacientes que adolecen de trastornos disociativos incluye algunas técnicas muy prácticas, que favorecen la integración gradual del paciente. Pero las formas relacionales de *ser/estar* con el paciente son la columna vertebral del tratamiento, y constituyen ellas mismas de por sí unas intervenciones terapéuticas esenciales.

La tarea de todo buen terapeuta consiste en entretejer sin interrupción una combinación coherente de intervenciones cognitivas, emocionales y somáticas (cosas que hacer), junto con la experiencia relacional en el aquí y ahora entre dos seres humanos dentro del contexto de una psicología bipersonal (formas de *ser/estar*). De hecho, no hay nada más práctico y más integrador que hacer de la relación terapéutica una parte integrante de la labor con unos pacientes que han sido tan maltratados por otras personas. Los hallazgos de la neurobiología interpersonal apuntan cada vez más a la importancia central y el poder transformador de las vivencias relacionales implícitas dentro de la terapia (e.g., Cozolino, 2010; Schore, 2012; Siegel, 2010b, 2015). La magnitud del efecto de la influencia de la relación terapéutica es todavía mayor en los pacientes con trastornos disociativos que en muchas otras poblaciones

clínicas (Cronin, Brand & Mattanah, 2014), por lo que los procesos relacionales con estos pacientes merecen una atención y un cuidado especiales. Pero a pesar de las recomendaciones de los expertos en el sentido contrario, los terapeutas en general suelen infrautilizar la relación entendida como un proceso terapéutico (Brand *et al.*, 2013). En razón de ello, hemos tratado de incorporar dentro del contexto relacional fundamental un enfoque práctico e integrador que incluya tantas y tan variadas técnicas como sea posible, para su aplicación a lo que con frecuencia suele ser una terapia ardua y compleja.

Cuando nos vemos enfrentados a las urgencias, las crisis y la confusión, resulta especialmente difícil seguir la sabiduría del proverbio que dice: *No hagas nada; quédate ahí sentado*.^{*} Las palabras pueden fallar o ser malinterpretadas en terapia; las intervenciones pueden ser ineficaces o ser rechazadas sin pensárselo dos veces; las buenas intenciones se quedarán cortas; y aparecerán problemas que ninguna acción *directiva* puede cambiar o arreglar. Las intervenciones clínicas se vuelven entonces invisibles, transformándose en maneras de ser intersubjetivas, inconscientes, implícitas, no verbales. En razón de ello, proponemos modificar ligeramente el antiguo proverbio citado más arriba: *No hagas nada; límitate a estar presente*. Estos “diálogos” relacionales son los más difíciles para los terapeutas, a la hora de reconocerlos y de participar en ellos con habilidad. Pero son de suma importancia. Hemos tratado de incluir algunas sugerencias para que los terapeutas puedan comunicar lo que no es posible comunicar con palabras. Esto es esencial para los pacientes muy traumatizados, quienes la mayor parte del tiempo viven en un mundo interior opresivo en el que las palabras han perdido su significado y el lenguaje no tiene cabida. Con este propósito, también

^{*} *N. del T.*: *Don't just do something; stand there!* en el original inglés, en alusión a la reformulación antitética y provocadora del conocido cliché: “No te quedes ahí sentado; ¡haz algo!”, para enfatizar que en ocasiones es preferible la “inacción”, en el sentido profundo y curativo (como subrayarán repetidamente los autores a lo largo de todo el libro) del poder de la presencia y de la comunicación implícita: *el ser y estar ahí*, sin más. En los tiempos más recientes, la expresión fue utilizada literalmente en 2007 como título del libro de Marvin Weisbord y Sandra Janoff, traducido al castellano como *Lidere más, controle menos: 8 habilidades de liderazgo fuera de lo convencional*. Barcelona: Paidós, 2016.

hemos tratado de incluir algunas intervenciones somáticas que serán de utilidad cuando las palabras fracasen o no sean suficientes.

La teoría de los factores comunes aplicada a la psicoterapia sugiere que los distintos *enfoques teóricos específicos* desempeñan un papel general escaso a la hora de determinar si los pacientes mejoran o no. Los *factores comunes* que comparten los distintos enfoques y que sí realizan una contribución importante a la mejoría del paciente incluyen la colaboración para alcanzar unos objetivos compartidos, la alianza terapéutica, la empatía del terapeuta, el aprecio y la reafirmación, la congruencia y la autenticidad del terapeuta, y demás factores asociados adicionalmente al terapeuta (Laska, Gorman & Wampold, 2014; Wampold, 2001). Estos hallazgos no implican que los terapeutas deban abandonar la teoría y la técnica en el tratamiento de los pacientes con trastornos disociativos –ni con ningún otro trastorno, de hecho. Pensamos que un enfoque organizado y razonado a la hora de aplicar un tratamiento –sea cual fuere– es necesario para que los factores comunes demuestren su efectividad y generen resultados. Incluso con los enfoques relacionales muy firmes, que incluyen un encuadre terapéutico sólido y unos límites bien definidos, los terapeutas seguirán necesitando unas técnicas especiales para trabajar las partes disociativas, cuanto menos con aquellos pacientes que presentan trastornos disociativos *graves*. Dichas técnicas serán esenciales para el tratamiento eficaz de estos pacientes (e.g., Boon, Steele & Van der Hart, 2011; Brand *et al.*, 2011; Kluft, 1991, 1993a, 1995; Van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2006).

La lección de humildad de tratar a pacientes con trastornos disociativos

Ofrecemos los contenidos de este libro con una gran dosis de humildad, sabiendo que ningún profesional tiene él solo todas las respuestas correctas o las mejores. Aunque los tres autores sumamos conjuntamente más de 120 años de experiencia en el ámbito del tratamiento de pacientes con trastornos disociativos, sin embargo somos muy conscientes de las tantísimas cosas que no sabemos,

que no podemos saber, que otros saben y conocen mucho mejor y más claramente que nosotros; y también de los errores que tan a menudo cometemos. No obstante, le ofrecemos al lector profesional lo que sí sabemos y estamos razonablemente seguros de que aumentará sus habilidades a la hora de tratar a pacientes con trastornos disociativos.

También reconocemos que el tratamiento basado en la evidencia (derivada de las pruebas y la observación científicas) de pacientes con trastornos disociativos todavía está en sus comienzos, de manera que los enfoques que aparecen en este libro se basan principalmente en la sabiduría y la experiencia clínicas (una forma legítima de evidencia), y no en investigaciones controladas aleatorizadas. Afortunadamente, existe un grupo cada vez mayor de bibliografía empírica respecto de la efectividad de estos enfoques tradicionales, descriptivos, a la hora de trabajar con pacientes disociativos (Brand, Classen, Lanius *et al.*, 2009; Brand & Loewenstein, 2014; Brand, Loewenstein & Spiegel, 2014; Myrick, Chasson, Lanius, Leventhal & Brand, 2015). Lo que nosotros –y otras personas– hemos encontrado provechoso en nuestra práctica clínica está finalmente siendo validado por la investigación. Pero advertimos a los lectores profesionales de la importancia de que se mantengan al corriente de la investigación actual y de las recomendaciones terapéuticas más recientes.

En algunos sentidos, puede parecer que estamos tratando de imponer un orden lineal en lo que sería un proceso muy complejo y enrevesado que se desarrolla en la habitación donde acontece la terapia. Tal vez seamos culpables de hacer que la labor parezca más fácil de lo que realmente es. Sin embargo sabemos muy bien, de resultas de nuestra propia experiencia clínica, que quizás no exista ninguna otra terapia que cuestione tan profundamente el sentido que tiene el terapeuta de la propia competencia y capacidad, como la labor con personas crónicamente traumatizadas. La realidad y la lección de humildad para todos nosotros que se deriva de ello, es que la terapia con estos pacientes puede seguir un curso irregular e incierto, difícil y desconcertante. Nosotros, al igual que otros terapeutas, nos sentimos a veces perdidos por unos momentos, sin

saber qué hacer ni cómo ser/estar, cometiendo errores involuntarios, ignorando indicaciones importantes, atrapados en la transferencia y en la contratransferencia. Algunas de las lecciones que compartimos con los lectores en este libro cobraron forma ya no únicamente de resultados de nuestros éxitos, sino también de nuestros fracasos y nuestros errores. Esperamos que el lector pueda beneficiarse de nuestros percances, al igual que de nuestros logros. También esperamos que el lector sea capaz de aceptar sus propios errores y aprender de ellos, sabiendo que no se nos exige que seamos perfectos para poder hacer esta labor, y que lo mejor sería que todos los terapeutas acabaran finalmente por deshacerse de la pesada e invariable (por poco realista) carga de la perfección.

La organización del libro

En este libro analizamos el tratamiento aplicado a aquellos pacientes que demuestran ser aptos para la práctica privada, o para las clínicas o centros en régimen de día como pacientes externos. Existe ciertamente un subgrupo de pacientes más gravemente perturbados que necesitan ser evaluados con precisión, con objeto de determinar si lo mejor es tratarlos en encuadres que ofrezcan enfoques de apoyo e intervenciones en crisis, gestión de casos*, y acceso rápido a una hospitalización psiquiátrica. Chu (2011) se refiere a estos pacientes como “crónicamente debilitados”**. Pueden presentar una comorbilidad asociada a algún trastorno profundo de la personalidad, y manifestar tendencias suicidas, autolesiones y demás conductas de *acting-out* extremas. Hemos comprobado que

* *N. del T.: case management* en el original inglés, en alusión al enfoque directivo en el que un consejero, *coach* o trabajador social sanitario, se concentra en las acciones y conductas sintomáticas en sí mismas, ayudando a tomar decisiones y a salir adelante en la vida desde la perspectiva del día a día, porque terapeuta y paciente coinciden en que este último no es capaz de funcionar de forma independiente.

** *N. del T.: disempowered* en el original inglés, en el sentido de pacientes privados crónicamente de autonomía y fortaleza, de la capacidad de satisfacer sus necesidades, solucionar sus problemas y movilizar los recursos necesarios para sentir que tienen un control sobre sus propias vidas.

en ocasiones los terapeutas se concentran de tal modo en los síntomas y la presentación tan aparatosa que hacen los pacientes disociativos, que puede que no distinguen de inmediato y sin dificultad entre los pacientes que son aptos para ser tratados como pacientes externos y aquellos que no lo son, o entre los que necesitan un enfoque de apoyo frente a aquellos que a la larga se muestran capaces de tolerar y de progresar dentro del marco de una psicoterapia profunda. Con este propósito, le hemos dedicado un espacio dentro de este libro a describir las características de los pacientes con diferentes necesidades y pronósticos, con objeto de que el terapeuta pueda tomar decisiones sabias respecto de a qué paciente se puede tratar mejor dentro de qué encuadre, y respecto de qué tipo de tratamiento pudiera ser el más útil. Y como siempre, animamos a los terapeutas a consultar con otras personas cuando tengan dudas, hábito este que cada uno de los tres continuamos practicando en nuestra propia labor clínica.

Este libro se divide en seis secciones. En la Introducción, el primer capítulo hace las veces de una visión de conjunto de los aspectos neuropsicológicos de la disociación entendida como un problema de no-percepción, como un trastorno que afecta a la capacidad de reconocer, comprender y de tomar conciencia por parte del paciente. La Parte I (capítulos 2 al 4) se centra en la relación terapéutica y en la persona del terapeuta. La Parte II (capítulos 5 al 9) está dedicada a la evaluación y la planificación, Estos capítulos analizan la evaluación de los trastornos disociativos; la formulación del caso; el pronóstico; la planificación del tratamiento; los principios que rigen el tratamiento de los trastornos disociativos; y una visión general de las tres fases del tratamiento, cada una de ellas con una serie de objetivos que le son propios. La Parte III abarca la fase 1 del tratamiento, desarrollada a lo largo de los capítulos 10 al 18, enfatizando algunas cuestiones específicas y cómo hacer participar a las partes disociativas en la labor terapéutica. Los distintos temas de esta sección incluyen comprender y trabajar la resistencia, que consideramos como una creación conjunta de paciente y terapeuta; manejar la dependencia dentro de la terapia; y algunos enfoques integradores para comprender y trabajar la vergüenza crónica. El capítulo 19

incluye diversos temas concretos (seleccionados de entre los muchos posibles), incluido el ayudar a los pacientes a abordar sus relaciones interpersonales actuales y la crianza de los hijos, problemas sexuales, dilemas relacionados con la familia de origen, abusos continuados; y el manejar las divisiones y los conflictos dentro del equipo de tratamiento. La Parte IV (capítulos 20 y 21) se centra en la fase 2 del tratamiento, i.e., trabajar los recuerdos traumáticos. La Parte V (capítulos 22 y 23) incluye un análisis relativo a la labor de integrar las distintas partes disociativas de la personalidad dentro de un todo coherente, junto con algunas otras cuestiones asociadas a la fase 3 del tratamiento.

Hemos incluido dos elementos o secciones adicionales dentro del libro, con la esperanza de que puedan ser de utilidad. El primero son los “conceptos nucleares” –ideas fundamentales que aparecen resaltadas con negrita dentro del texto, con objeto de que el lector pueda verlas a primera vista. Dichos conceptos hacen las veces de principios guías que permiten orientarse dentro del tratamiento, además de un resumen de muchas de las ideas más importantes desarrolladas en cada capítulo. El segundo es una sección encabezada por el epígrafe “exploraciones adicionales”, que aparece al final de cada uno de los capítulos y que tiene el propósito de rentabilizar el hecho de que, por regla general, los terapeutas suelen ser unos aprendices ávidos y de por vida. Estas secciones finales incluyen algunas ideas y cuestiones adicionales, ejercicios para practicar habilidades, y sugerencias para posibles debates con otros colegas profesionales, sobre la base de los temas tratados en un determinado capítulo, todo ello pensado para fomentar una mayor curiosidad y, en consecuencia, mayores hallazgos y un mayor crecimiento.

Finalmente, somos muy conscientes de que no hemos incluido todos los aspectos relevantes y pertinentes dentro de este libro. Nuestra esperanza es que hayamos incluido los bastantes y, lo que es más importante, que hayamos brindado los suficientes principios guías como para poder ayudar a los terapeutas a encontrar un poco mejor su camino a través del caos aparente y de las distintas complicaciones.

Unas palabras acerca de la terminología

Tuvimos que batallar un poco para decidir qué terminología pensábamos utilizar, dado que queríamos que este libro fuera sumamente práctico y que incluyera la cantidad justa y razonable de tecnicismos especializados. Esto nos resultó particularmente difícil en lo relativo a unos pocos de nuestros propios términos teóricos, acuñados en otro tiempo por nosotros mismos. El hecho de que los formuláramos desde un principio se debió a que vimos que revestían una gran utilidad clínica. En otro tiempo utilizamos dos términos que merecen especialmente una puntualización breve aquí, dado que en su momento los elegimos sin pensar en utilizarlos en este libro en particular.

En un intento de definir posibles prototipos de las partes disociativas de la personalidad, hemos venido utilizando la expresión *parte aparentemente normal de la personalidad (PAN)* para describir aquellas partes que funcionan principalmente y en primer plano en el día a día, mediatizadas por los sistemas de acción o sistemas motivacionales de la vida cotidiana, y que evitan los recuerdos traumáticos; y la expresión *parte emocional de la personalidad (PE)* para describir aquellas partes que permanecen fijadas principalmente a los sistemas motivacionales de defensa frente a los peligros y las amenazas para la vida, y estancadas en el trauma. Existen algunos pros y algunos contras para utilizar este lenguaje. Por ejemplo, la expresión PAN no recoge la cualidad o calidad del funcionamiento dentro del marco de la vida cotidiana (la normalidad aparente), sino más bien la ausencia de integración con respecto a otras partes de la personalidad, mantenida por la fobia de la PAN hacia estas otras partes y a sus correspondientes recuerdos traumáticos asociados. Si bien uno de nosotros (Onno) permanece apegado a esta expresión, los restantes autores (Kathy y Suzette) pensamos que el concepto puede ser un poco demasiado restringido como para transmitir adecuadamente toda la gama de vivencias de las partes disociativas del paciente que operan en la vida cotidiana, y que poseen innumerables modalidades de expresión. En este libro nos referiremos, pues, a la PAN como *partes (disociativas)*

que funcionan en la vida cotidiana, al margen de su apariencia de normalidad o de anormalidad.

De forma similar, la expresión PE es de utilidad, dado que describe las emociones vehementes comunes a las partes estancadas en el período del trauma y que acompañan a la defensa frente a la amenaza extrema, ya sea real o percibida subjetivamente como tal, si bien algunas de estas partes pueden estar entumecidas o haber desarrollado algunas funciones asociadas a la vida cotidiana. Uno de los autores (Onno) prefiere esta expresión, mientras que los demás (Kathy y Suzette) pensamos que la expresión es demasiado restrictiva, concentrando la atención en la emoción más que en el hecho de que estas partes de la personalidad han quedado fijadas al período del trauma en lo relativo a las acciones defensivas, con la emoción como una consecuencia o como resultado de la defensa. Y además algunas PANs también pueden tener las cualidades asociadas a las emociones vehementes. En este libro, nos referiremos a las PEs como *partes (disociativas) fijadas al período del trauma*. Una de las muchas cosas que valoramos en relación con nuestra gratificante colaboración mutua durante la mayor parte de medio siglo ya, es que aceptamos y acogemos de buen grado esta clase de desacuerdos, los cuales no son sino un buen combustible para unos debates más vivos y enriquecedores.

Unas palabras acerca de los ejemplos de casos

Si bien los casos incluidos en este libro reflejan problemas clínicos reales, son compuestos basados en elementos de casos reales, e incluyen reconstrucciones modificadas de diálogos clínicos. Los detalles específicos han sido cuidadosamente desfigurados con el fin de proteger la privacidad de los pacientes.

Reconocimientos

Los libros no se escriben desde el aislamiento, y nuestros años de experiencia reflejados aquí no acontecieron en el vacío. De hecho, los agradecimientos que figuran en esta sección son un testimonio respecto del hecho de que detrás de nuestras publicaciones y de nuestras experiencias clínicas hay muchas docenas de personas con unas mentes sabias y unos corazones compasivos que nos han enseñado, cuestionado y apoyado. Tenemos la fortuna de contar con muchos colegas repartidos literalmente por todo el mundo, y con los que hemos intercambiado ideas. Cada uno de nosotros nos hemos visto abundantemente influidos por maestros en este ámbito, por nuestros iguales, y por los participantes en los talleres y seminarios, de quienes también nosotros hemos aprendido mientras les enseñábamos. A todos ellos les debemos nuestra gratitud por su apoyo, su disposición a compartir lo que habían aprendido, sus preguntas incisivas que nos estimulan, y su coraje a la hora de tratar a pacientes que tienen unos problemas extremadamente complejos.

Les estamos especialmente reconocidos a los pioneros del siglo XX en el ámbito especializado del trauma complejo* y la disociación,

* *N. del T.*: En alusión al concepto de traumatización compleja o “trastorno por estrés postraumático complejo” o TEPT-C, categoría diagnóstica que, a diferencia del TEPT “simple”, todavía no ha sido adoptada por la quinta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA), ni por la décima edición de la Clasificación

que nos motivaron e inspiraron particularmente y en especial a Elizabeth Bowman, Bennett Braun, David Caul (1921-1988), James Chu, Philip Coons, Catherine Fine, Jean Goodwin, Richard Kluff, Richard Loewenstein, Frank Putnam, y Colin Ross.

Tenemos una deuda de gratitud para con muchos de nuestros contemporáneos –demasiados como para poder nombrarlos a todos, pero no menos merecedores de elogio– que han realizado contribuciones de primer orden, escritas y clínicas, a la comprensión y el tratamiento de los pacientes con trastornos disociativos, y de quienes hemos aprendido mucho. Os damos las gracias, y nos sentimos honrados por recorrer estos mismos caminos junto con vosotros. Por sus admirables contribuciones clínicas, investigaciones y trabajos publicados, nos sentimos especialmente en deuda con Trine Anstorp, Peter Barach, Kirsten Benum, Bethany Brand, Philip Bromberg, Laura Brown, Richard Chefetz, Catherine Clasen, Christine Courtois, Constance Dalenberg, Martin Dorahy, Paul Dell, Nel Draijer, Janina Fisher, Julian Ford, Claire Frederick (1932-2015), Steve Frankel, Jennifer Freyd, Denise Gelinás, Steve Gold, Anna Gerge, Michaela Huber, Anabel González, Elizabeth Howell, Phil Kinsler, Jim Knipe, Giovanni Liotti, Willie Langeland, Ruth Lanius, Warwick Middleton, Andrew Moskowitz, Dolores Mosquera, Russell Meares, Ellert Nijerhuis, John O’Neill, Pat Ogden, Clare Pain, Maggie Phillips, Luisa Reddemann, Vedat Şar, Eli Somer, David Spiegel, Joan Turkus, Bessel van der Kolk, y Eric Vermetten.

A un nivel más personal y más profesional, hacemos extensivo nuestro más profundo aprecio y gratitud a aquellos que nos han ofrecido apoyo emocional y oportunidades de crecimiento, asesoramiento especializado de casos, y discusiones y debates muy vivaces

internacional de enfermedades (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud (OMS). No obstante ello, sí ha sido propuesto para su inclusión en la CIE-11, que verá la luz en el año 2018. En síntesis, el concepto alude al trastorno psicológico que acontece como consecuencia de sufrir uno o varios traumas *durante un período prolongado de tiempo*, sobre todo durante la *niñez y/o adolescencia*, aunque también puede ocurrir en la vida adulta. La diferencia principal con la modalidad “simple” u otros trastornos similares o comórbidos estriba en que el trauma complejo *distorsiona el núcleo de la identidad de la persona*, en especial cuando las experiencias traumáticas reiteradas acontecen antes de llegar a la adultez.

y animados. Le estamos especialmente agradecidos a Pat Ogden, por nuestras muchas conversaciones fructíferas acerca del trauma, el apego, la disociación y las vivencias somáticas, además de por su apoyo infalible y sus contribuciones a la estructura de este libro. Pat ha desempeñado un papel central en nuestro aprendizaje respecto de cómo incorporar las vivencias somáticas al tratamiento de los trastornos disociativos, lo cual ha mejorado exponencialmente nuestra terapia con pacientes traumatizados.

Otras personas hacia las que deseamos expresar nuestra gratitud incluyen, en Estados Unidos: a los compañeros de la Metropolitan Psychotherapy Associates (asociación de profesionales independientes con sede en Atlanta, Georgia); a Manda Savage Brown, por sus perspicaces comentarios sobre la terapia de aceptación y compromiso en lo referente a trabajar la vergüenza; a Heather McCormack Moon, por sus valiosos comentarios sobre la terapia conductual dialéctica; y también a Roger Solomon y a Marty Wake-land. En Bélgica: a Erik de Soir y Manoëlle Hopchet. En China: a Ellen Ma. En Finlandia, a nuestra apreciada y querida colega y amiga Anne Suokas-Cunliffe. En Alemania: a Helga Matthes y Bettina Overcamp. En Israel: a Danny Brown y Eliezer Witztum. En Italia: a Giovanni Tagliavinni y Alessandro Carmelita. En Holanda: a Mariëtte Groenendijk, Desirée Tijdink, Annemieke van Dijke, y a todos los colegas del Top Referent Trauma Center (TRTC) con sede en Zeist (provincia de Utrecht, Países Bajos). En Noruega: a Harold Baekkelund, Ingunn Holbaek, Ellen Jepsen y Katinka Salvesen. En Suecia: a Ann Wilkens. Y en el Reino Unido: a Remy Aquarone y Orit Badouk Epstein. Se requiere de hecho un pueblo entero para educar (y apoyar) a un terapeuta.

Hemos hecho todo lo posible por manifestar nuestro reconocimiento, dentro del libro, allí donde era lo debido. Si hemos omitido algo a este respecto, ello ha sido absolutamente sin querer. Cuanto mayor es el volumen de la bibliografía manejada, más difícil es cumplir con dicha tarea. Y afortunadamente, la bibliografía acerca del tratamiento de los trastornos disociativos ha venido creciendo exponencialmente a lo largo de los últimos años. Resulta especialmente

difícil a veces rastrear hasta identificar al creador original de una determinada técnica, que puede haber sido presentada en algún seminario o taller mucho antes de que llegara a ser publicada. Una vez más, reiteramos que hemos hecho todo lo que ha estado en nuestra mano en relación con esto, lo que sin embargo, ¡ay!, sabemos que no garantiza que el resultado vaya a ser perfecto.

Miles de gracias a nuestra fantástica correctora de textos, Virginia Wood (“la rigorista”), doctora en psicología. Tu conocimiento respecto de la gramática, y del formato y estilo APA* no conoce límites, al parecer, y de alguna forma aquí y allá nos ayudaste a decir con claridad lo que nos parecía que no podíamos expresar de manera coherente.

Muchas gracias a nuestros editores de W. W. Norton & Company: Deborah Malmud, Elizabeth Baird y Benjamin Yarling, que han soportado pacientemente nuestros retrasos y que se han mostrado increíblemente receptivos y serviciales.

Por encima de todo, un “gracias” afectuoso y humilde a nuestros pacientes. Sois las personas que más nos habéis enseñado, y habéis tolerado con indulgencia nuestros torpes errores y nuestras imperfecciones humanas. Os damos las gracias, por creer en nosotros y por compartir con nosotros una parte de vuestra evolución. Es nuestro deseo que os sintáis bien y que viváis bien, con toda la compasión, el cuidado afectuoso y la vitalidad que tan sobradamente os merecéis.

* *N. del T.*: En alusión a las directrices y criterios estandarizados establecidos en el “Manual de publicaciones” (6ª ed.) por la Asociación Estadounidense de Psicología (*American Psychological Association*, APA) con el propósito de unificar la forma de presentar trabajos escritos a nivel internacional, y que rigen la comunicación científica respecto de los criterios tipográficos (*formato*) para la presentación de los trabajos (tipo de papel, márgenes, fuente o tipo de letra, numeración de páginas, abreviaturas y demás) y respecto de los criterios estilísticos (*estilo*) para guiar todos los aspectos relacionados con la redacción: a) la organización del contenido; b) el estilo de escritura; c) las citas de referencias bibliográficas; y d) la preparación de un documento para su publicación en determinadas disciplinas (con especial atención a las ciencias sociales y del comportamiento), y demás.

Introducción

1 La disociación entendida como una no-percepción*

La disociación es la esencia del trauma.

—Bessel van der Kolk (2015, pág. 66)

Cuando la percepción es profunda, todo nuestro ser describe una danza.

—proverbio zen

Helen es una mujer de mediana edad, inteligente, ingeniosa y muy capacitada, que se encuentra en la cima de una gran carrera profesional en el ámbito de los recursos humanos. Visto desde fuera, parece que lo tuviese todo a su favor. Pero Helen se siente deprimida y constantemente tiene miedo de que la despidan, a pesar de que todas las evidencias apuntan en el sentido contrario. De hecho, es altamente respetada y apreciada por sus compañeros, pero ella no puede aceptarlo. Se siente entumecida emocionalmente la mayor parte del tiempo, pero también padece insomnio y tiene pesadillas violentas,

* *N. del T.*: *non-realization* en el original inglés, en el sentido polisémico de una alteración de la percepción (sensorial e intelectual), comprensión, consciencia, reconocimiento, constatación y demás, lo que distorsiona la “prueba de realidad”. Distorsión que desemboca en una suerte de tabicación, bruma, velo o vidrio que separa a la persona de la percepción real del mundo exterior y de sí mismo como un todo coherente e integrado, dejando fuera de la conciencia cabal segmentos enteros de experiencia.

ataques de pánico (crisis de ansiedad) y *flashbacks* fragmentarios (reviviscencias traumáticas recurrentes y repentinas) de abusos acontecidos en la niñez, llenos de terror, dolor e indefensión. Helen oye varias voces interiores atemorizantes, una de las cuales le grita llena de rabia y de asco, y otra suena como si fuera una niña pequeña dentro de ella, llorando dolorida. Cuando oye alguna de estas voces, mueve los ojos muy rápidamente de acá para allá, y parece aterrada. Tensa el cuerpo, hunde el pecho, y mantiene la cabeza pegada a los hombros, que encoge hacia arriba en dirección a las orejas. Cuando decidió empezar la terapia, se sentía al borde de un colapso nervioso.

Helen relata una historia de abusos y abandono graves desde una edad muy temprana, si bien únicamente recuerda algunos fragmentos aislados de su niñez. El resto se lo ha figurado o lo ha reconstruido a partir de las historias inquietantes que cuentan sus hermanos y otros familiares, pero que en realidad ella no recuerda. Algunos de los recuerdos que sí conserva de su difícil niñez aparecen envueltos en una atmósfera onírica y borrosa, como si no fueran reales o como si le hubieran sucedido a otra persona. Recuerda haber tenido durante su niñez la sensación de estar flotando por encima de la cama, observando “a otra niña pequeña que llevaba puesto mi pijama y tenía el pelo exactamente igual que el mío”, mientras un miembro de la familia abusaba sexualmente de ella con violencia. Helen se debate penosamente entre si sus imágenes confusas son verdaderas o si sus hermanos no estarán exagerando los horrores de lo que pasó. Por otro lado, se siente acosada persistentemente por *flashbacks* que parecen demasiado reales y que, debido a su carácter vívido y a su intensidad sensorial, desdibujan y parecen correr un velo sobre su realidad actual. Helen se regaña furiosamente a sí misma, convencida de que no tiene ninguna razón para estar deprimida, y diciendo que se siente débil e infantil por el hecho de quejarse, y que bastaría que lo intentase con más fuerza para que todo se arreglara y fuese bien. Soporta un sufrimiento emocional enorme día tras día, hasta el punto de tener problemas en cumplir con sus obligaciones.

Un contínuum de no-percepción: no es real, no es verdad, no es mío, no soy yo

Son muchos los problemas que cabe resaltar en la historia de Helen, pero empezaremos por sus alarmantes dificultades respecto de una percepción realista –esto es, respecto de aceptar su vida tal y como es, y de adaptarse a la misma. La percepción, tal y como la entendemos aquí, es un concepto muy potente, que nos atañe y se aplica a todos nosotros en nuestro día a día. Constituye un componente fundamental de la integración. La *integración* incluye unas acciones continuadas que nos ayudan a diferenciar y vincular las distintas vivencias y experiencias a lo largo del tiempo, dentro del seno de una personalidad flexible y estable. La integración favorece, pues, el mejor funcionamiento posible en el presente y en el futuro anticipado (Van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2006). La percepción realista no solamente es crucial para la resolución del trauma, sino que es necesaria para poder afrontar adecuadamente, con éxito y serenidad razonables, la vida cotidiana –desde lo más rutinario a lo más catastrófico, desde lo más placentero a lo más doloroso, desde lo más sencillo a lo más complejo, dentro del ámbito de las vivencias experienciales. En tales condiciones, podemos percibir de la mejor forma lo que también perciben el resto de las personas que nos rodean, lo que reviste una importancia fundamental dado que tendemos a vivir en una realidad social compartida. Cuando los niños son víctimas de abusos perpetrados por un cuidador que se supone que los quiere, cuando las personas y organizaciones no protegen como deberían hacerlo, el resultado es que a los niños les resulta intolerable percibir realístamente, darse cuenta. La traición de la confianza inhibe la percepción realista y favorece la disociación (Freyd, 1996, 2013).

Concepto nuclear

La percepción realista es la acción continuada que nos permite ser conscientes de la realidad tal y como es, aceptarla, y a continuación adaptarnos a la misma de manera efectiva y eficaz (Janet, 1935, 1945; Van der Hart *et al.*, 2006).

La no-percepción es la incapacidad de captar los aspectos esenciales de la experiencia externa que verdadera y objetivamente se corresponden con nuestro pasado, presente y futuro; con nuestro propio yo; y con nuestras vivencias internas, tales como pensamientos, acciones físicas, sensaciones, recuerdos y emociones. Acontece en todos nosotros, de muchas y diversas formas y grados de intensidad. Puede ser leve, moderada o extrema, y estar relacionada con experiencias cotidianas comunes o con acontecimientos catastróficos. Se puede manifestar en ciertos ámbitos de la vida y no en otros. Puede oscilar de unos lapsos momentáneos de poca importancia a una amnesia mayor o global –una no-percepción o inconsciencia completa (Janet, 1945).

La no-percepción también puede afectar a ciertos aspectos de una vivencia experiencial y no a otros, y esto se aplica por igual a las experiencias buenas como a las experiencias malas. Por ejemplo, Helen se sentía orgullosa de ser la primera de su familia en acabar sus estudios universitarios, pero era incapaz de darse cuenta de que eran sus propias capacidades intelectuales las que habían hecho posible este logro; en lugar de ello, estaba firmemente convencida de que era tonta, a pesar de que todas las evidencias disponibles apuntaban claramente en el sentido contrario. Sí se daba cuenta de que estaba constantemente atemorizada, lo que se reflejaba en que movía los ojos a toda velocidad de un lado para otro, y encorbaba los hombros, pero a pesar de ello era incapaz de identificar la raíz de este temor.

Las víctimas supervivientes de experiencias traumáticas tienen una mezcla de no-percepciones normales, cotidianas, que son comunes a todos nosotros, combinadas con no-percepciones graves: *En realidad no tengo ningún problema; Vengo a terapia únicamente porque mi marido quiere que venga; El problema no soy yo, ¡el problema son los demás!; Mi infancia fue muy buena; No tengo la menor idea de por qué tengo estas quemaduras en el brazo –no me duelen absolutamente nada; No recuerdo nada antes de ir al instituto; Aquel niño no soy yo; esa cara que veo en el espejo no es la mía.* Cuanto más profundamente arraigada y más generalizada y

omnipresente sea la no-percepción, mayor será la probabilidad de que la terapia vaya a ser larga y difícil. En estos casos, es preciso trabajar mucho para ayudar a los pacientes a aumentar la percepción realista y la consiguiente integración.

La vivencia somática en la experiencia de la percepción y la no-percepción

Debido a la omisión ciega, la psicoterapia tradicional no les ha ayudado a los terapeutas a tomar conciencia del papel central que desempeña la vivencia somática –la sensación, el movimiento, la postura– como un componente necesario o incluso crucial a abordar. Unos pocos clínicos se han quejado de que algunos terapeutas tienden a tratar las partes disociativas como si fueran “cosas” separadas de la persona como un todo. Pero de alguna forma la terapia misma ha reificado la mente, considerándola como una “cosa” a ser tratada sin tener en cuenta que los contenidos de la mente están encarnados, esto es, materializados dentro de una realidad corporal. En realidad, somos ambas cosas: mente y cuerpo; nuestras mentes están corporalizadas. Sentimos y nos movemos en reacción a lo que acontece en nuestras mentes y, simultáneamente, nuestras mentes reflejan lo que estamos sintiendo en nuestros cuerpos. Una y otro son verdadera y absolutamente inseparables y se influyen mutuamente en un bucle de *feedback* implícito constante. Incluso en el caso de la no-percepción más profunda, las partes disociativas se manifiestan somáticamente, cada una de ellas con las características físicas que le son propias, aun cuando continúen sin ser conocidas o reconocidas por el paciente. En el caso de los pacientes disociativos, ciertos aspectos del trauma, así como de la evitación del trauma, aparecen distribuidos en diferentes partes disociativas. Por ejemplo, una parte del paciente puede permanecer fijada al miedo, con los músculos tensos y una expresión facial congelada o con un dolor físico grave; otra puede sentirse desplomada y apagada, replegada sobre sí misma, evitando cualquier reconocimiento de

la realidad de la traumatización –entumecida tanto físicamente como emocionalmente. Cada una de las partes disociativas tiene su propia fisiología, sensaciones y movimientos correspondientes, que reflejan sus respectivos contenidos mentales.

Las vivencias sensoriales, gestos, movimientos y posturas habituales desempeñan un papel crucial a la hora de favorecer la percepción o la no-percepción. Los pacientes y los terapeutas por igual necesitan poder reconocer, por ejemplo, las sensaciones agudas e intensas, sudorosas; los movimientos nerviosos; y la postura corporal tensa asociados todos ellos al *miedo*, con objeto de poder intervenir precozmente para favorecer la regulación, y transformar el miedo en una emoción más adaptativa en el momento actual. Las emociones tienen unos precursores somáticos e incluyen sensaciones, gestos y movimientos. Con la depresión, la actitud postural y el tono general del paciente se derrumban; con la ansiedad y el temor, los músculos se tensan; con la agresividad, cerramos y apretamos las manos formando un puño, echamos el pecho hacia adelante y los hombros hacia atrás; las expresiones faciales cambian en consonancia con la percepción de una posible amenaza o de una sensación de seguridad. Sentir la vivencia del apoyo emocional del otro es necesario para establecer un apego seguro, y puede encontrar su expresión bajo la forma de una sensación de calidez y de expansión en el pecho, una relajación de la tensión, el enderezamiento de la postura, la búsqueda del contacto ocular. Estas y otras innumerables vivencias somáticas son esenciales ya no solamente para percatarse de ellas e identificarlas, cuanto para utilizarlas terapéuticamente.

La evitación implícita de la vivencia somática por parte del terapeuta puede sumarse subrepticamente a la evitación del paciente traumatizado, lo que podría contribuir inadvertidamente a mantener activa la no-percepción. Aunque los pacientes pueden hablar como si hubieran tomado conciencia e integrado el trauma, las más de las veces esta narrativa superficial y anemocional es una evitación acompañada de disociación y despersonalización.

Si, en este caso, el terapeuta escucha únicamente las palabras del paciente y no presta atención al nivel de activación y a la vivencia somática del sujeto, se habrá dejado pasar una oportunidad de impulsar y aumentar la percepción.

Entre los terapeutas, existe el doloroso conocimiento respecto de que las palabras, que constituyen el soporte principal de las terapias verbales, suelen fracasar con los individuos traumatizados; estos son incapaces de comprender, de expresarse o de formular pensamientos cuando se activan los recuerdos traumáticos, en especial cuando dichas experiencias fueron preverbales. La memoria no es únicamente emocional y cognitiva; también tiene componentes somáticos. En particular, los recuerdos traumáticos son fundamentalmente somatosensoriales, con frecuencia sin un componente cognitivo (o escaso), y la vivencia no verbal del trauma continúa viva en el cuerpo, contenida dentro de determinadas partes disociativas (Brewin, Dalgleish & Joseph, 1996; Ogden, Minton & Pain, 2006; Van der Kolk, 1994; Van der Kolk & Fisler, 1995; Van der Kolk & Van der Hart, 1991). Como señala Bessel van der Kolk: “El cuerpo lleva la cuenta”, aun cuando el paciente no sea capaz de recordar una experiencia traumática o tenga tan solo un recuerdo fragmentario de la misma (1994, 2014). Los pacientes suelen decir: “Sé que estoy a salvo y que estoy aquí, pero no me *siento* seguro, es más, me *siento* como si estuviera otra vez allí, cuando [el trauma] estaba sucediendo”. En razón de ello, las acciones somáticas repetitivas e inacabadas asociadas al trauma pueden proseguir y aparecer contenidas en diferentes partes disociativas del paciente.

Si bien la percepción realista y la integración pueden incluir implícitamente algunos cambios somáticos, de manera tal que el terapeuta no siempre necesitará abordarlos directamente, otras veces puede ser esencial trabajar explícitamente la vivencia somática. Por consiguiente, pensamos que es imprescindible que el terapeuta incluya el reconocimiento de la vivencia somática y las intervenciones somáticas dentro de los enfoques asociados a la psicoterapia tradicional, en el tratamiento de los pacientes

crónicamente traumatizados, con el objetivo de facilitar la percepción realista y la integración (Ogden *et al.*, 2006; Ogden & Fisher, 2015).

La disociación entendida como un problema de no-percepción

La disociación es tal vez la forma más profunda de no-percepción. De hecho, a los trastornos disociativos se les ha dado el nombre de “síndromes de no-percepción” (Janet, 1935, pág. 349) y “trastornos de realidad múltiple” (Kluft, 1993a, pág. 36). La disociación implica una división de la personalidad del paciente en distintas partes disociativas, cada una de las cuales tiene su propio sentido de la identidad y cierto grado de perspectiva en primera persona (Nijenhuis & Van der Hart, 2011), junto con unas emociones, pensamientos, creencias, sensaciones, percepciones, predicciones, acciones físicas y conductas específicos. Cada una de las partes disociativas de la personalidad del paciente incluye una percepción única de la realidad que puede contradecir la realidad de las otras partes disociativas, junto con una asombrosa actitud de indiferencia hacia las profundas inconsistencias.

Concepto nuclear

La disociación es una división de la personalidad del paciente en distintas partes, cada una de las cuales tiene su propio sentido de la identidad y siente demasiado poco o “demasiado mucho”,* como consecuencia de la no-percepción. Estas vivencias paradójicas son el sello distintivo de la incapacidad de percibir el trauma.

* *N. del T.*: *too little or too much* en el original inglés, forzando deliberadamente la traducción al castellano con objeto de enfatizar las vivencias paradójicas extremas asociadas de forma característica a la no-percepción, *la dualidad dinámica de la disociación*, como reza la subsección siguiente más abajo.

Ejemplo de un caso de no-percepción: Joe

La hermana de Joe recordaba que el hermano mayor de ambos era un sádico que los había maltratado físicamente y había abusado sexualmente de los dos. Había evidencias concretas de los abusos, incluido el hecho de que este hermano mayor había sido sacado del hogar e ingresado en un centro de menores a la edad de 16 años. A pesar de ello, el paciente no era capaz de tomar conciencia plenamente de su historia traumática. Durante el transcurso de una sesión, diferentes partes disociativas de Joe afirmaron: *Mi hermano abusó sexualmente de mí; nadie jamás ha abusado sexualmente de mí. Quiero mucho a mi hermano; no tengo ningún hermano; un gigante espantoso vivía dentro del armario de mi habitación y salía a hacerme daño cada vez que me iba a dormir.*

El terapeuta no iniciado se siente comprensiblemente absolutamente desconcertado por semejantes contradicciones: *¿Cuál de las afirmaciones es real, y qué hago con estas declaraciones incompatibles?* Sin embargo, el terapeuta puede encontrarle un sentido a estas inconsistencias entendiendo que la división del yo es una solución a las realidades insoportables e irreconciliables.

En el mundo interior disociativo del paciente pueden coexistir declaraciones contradictorias, y cada una de ellas ser vivida como verdadera por alguna parte del paciente, pero no por las demás. Joe (todavía) no es plenamente consciente de que su hermano abusó de él. La parte adulta de Joe que está presente en terapia la mayoría de las veces, niega absolutamente que su hermano le hiciera ningún daño. Otra parte de Joe manifiesta una no-percepción todavía más profunda –esta parte niega incluso que tenga un hermano, no recuerda nada respecto de tener ninguno. Una parte infantil de Joe acepta que le hicieron daño, pero es incapaz de darse cuenta de que el autor de los hechos fue su hermano, y está convencido de que fue un “gigante espantoso” el que le dañó. Otra parte de Joe quiere contarle al terapeuta la historia de los abusos, pero es brutalmente censurado internamente por otra parte que grita: *¡Mentiroso!* La parte

adulta de Joe se enzarza todavía más en la no-percepción negando que estas partes disociativas sean ni tan siquiera suyas en lo más mínimo: *Son solamente unas voces extrañas que no tienen nada que ver conmigo. ¡Tengo miedo de estar loco!*

Por supuesto, el terapeuta no sabe con seguridad que el hermano de Joe abuso de él, pero no le corresponde al terapeuta dilucidar “la verdad”. El paciente le encontrará su propio sentido a lo que sucedió con el apoyo neutral y compasivo del terapeuta, quien amablemente señalará las inconsistencias y con el tiempo ayudará a todas las partes disociativas de Joe a aprender a resolverlas. Ahora bien, de lo que sí puede estar seguro el terapeuta es de que Joe está terriblemente problematizado en relación con su hermano, de que está padeciendo enormemente, y de que está evitando algunas percepciones importantes. Tomar conciencia de estos conflictos y evitaciones y resolverlos, se convertirá en el centro de atención del tratamiento.

“Demasiado mucho” y demasiado poco: la dualidad dinámica de la disociación

Los pacientes disociativos tienden a sentir una mezcla desconcertante de “demasiado poco” o “demasiado mucho”, como consecuencia de la no-percepción. Por ejemplo, por un lado, Helen evita su pasado traumático y trata de seguir adelante con la vida cotidiana. Esta parte disociativa adulta de Helen es a lo que nos hemos venido refiriendo hasta ahora como la parte aparentemente normal de la personalidad o PAN (Nijenhuis, Van der Hart & Steele, 2002; Steele, Van der Hart & Nijenhuis, 2005; Van der Hart *et al.*, 2006). En este libro nos referiremos a las PANs como las *partes (disociativas) que funcionan en la vida cotidiana*. En su condición de parte adulta que desarrolla sus funciones en la vida cotidiana, Helen siente demasiado poco, como una especie de entumecimiento emocional y físico, amnesia, incapacidad de sentir placer, y una creciente evitación de estímulos potencialmente desencadenantes y evitación de la exposición a experiencias novedosas, lo que va estrechando y constriñendo cada vez más su vida. Se queda abstraída con facilidad, desarraigada del presente, sin pensar en nada en absoluto.