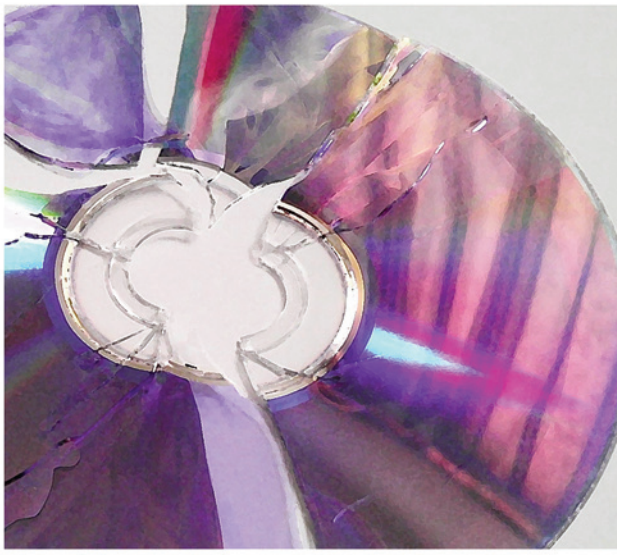
FOCAD
Formación Continuada a Distancia
Consejo General de la Psicología de España

3

Edición nº 46 octubre-diciembre 2021



TRASTORNOS DE PERSONALIDAD, TRAUMA Y DISOCIACIÓN ESTRUCTURAL

DOLORES MOSQUERA
Psicóloga. INTRA-TP. Instituto de Investigación y Tratamiento del Trauma y los Trastornos de la Personalidad

FOCAD FORMACIÓN continuada a distancia

ISSN 1989-3906

FOCAD
Formación Continuada a Distancia
Consejo General de la Psicología de España

Contenido

DOCUMENTO BASE 3

Los trastornos de la personalidad

FICHA 1 14

La disociación estructural de la personalidad. Aspectos útiles para la conceptualización de los Trastornos de la Personalidad

FICHA 2 17

La disociación estructural de la personalidad. Las fobias disociativas

FOCAD FORMACIÓN continuada a distancia

Documento base.

Los trastornos de la personalidad

Desde el punto de vista histórico, la palabra **personalidad** deriva del término griego persona, que originariamente representaba la máscara utilizada por los actores de teatro en sus representaciones (Millon & Davis, 1998).

La personalidad se concibe actualmente como un patrón complejo de características psicológicas profundamente arraigadas, que son en su mayor parte inconscientes y difíciles de cambiar, y se expresan automáticamente en casi todas las áreas de funcionamiento del individuo. Estos rasgos surgen de una complicada matriz de determinantes biológicos y aprendizajes y, comprenden el patrón de percibir, sentir, pensar, afrontar y comportarse de un individuo (Herpertz & Bertch, 2013).

John M. Oldham (2009), señala que "cada persona tiene un tipo de personalidad que es único e irrepetible, casi como una huella dactilar". Según este autor, **el temperamento** heredado determina, en diferentes grados, el comportamiento de los recién nacidos. A este factor se añaden las influencias de las personas que los cuidan (modelado), de la familia y del ambiente.

Por otra parte, la personalidad es el resultado de una serie de operaciones mentales como construir la imagen de uno mismo, dar significado al mundo, actuar y relacionarse con los demás y encontrar soluciones a problemas planteados por el entorno (Semerari & Dimaggio, 2011). Los mecanismos dedicados a estas operaciones pueden funcionar incorrectamente. Cuando esa disfunción se extiende a diferentes áreas de la vida social e interna, asume la forma de *Trastorno de la Personalidad*.

De acuerdo con la investigación y los hallazgos clínicos, se espera que un Trastorno de la Personalidad tenga un impacto serio en la mayor parte de las esferas de la vida de una persona, incluyendo el comportamiento en el trabajo y/o en la escuela; la interacción con compañeros y la familia; el funcionamiento cognitivo y emocional, que se refleja en el sentido de uno mismo y de otros y por extensión en su relación con la realidad en general (Kernberg, Weiner & Bardenstein, 2000).

Para diagnosticar un Trastorno de la Personalidad según el DSM-5 se tienen que observar los siguientes criterios (APA, 2013):

A. Patrón permanente de conducta y experiencia interna que se desvía notablemente de las expectativas culturales y que se manifiesta en al menos dos de las siguientes áreas: cognición, afectividad, funcionamiento interpersonal y control de impulsos

B. El patrón de personalidad es inflexible y desadaptativo y causa malestar subjetivo o un deterioro funcional significativo

De todo ello, podemos deducir que en el desarrollo de un trastorno de la personalidad se dan dos variables: por un lado, un componente genético, donde ubicamos el temperamento (Kendler et al,2008) y un componente ambiental, donde ubicamos la interacción con el entorno, dentro del cual se sitúa en primer término la familia (Depue & Fu, 2011).

EXPERIENCIAS VITALES TEMPRANAS Y EL DESARROLLO DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

En términos generales, hay dos factores interrelacionados que contribuyen al desarrollo de la personalidad y, por tanto, al desarrollo de los trastornos de personalidad:

1) factores biológicos, es decir, la composición genética y el temperamento, y
2) factores ambientales, es decir, las experiencias de vida de las personas, en particular las experiencias de la primera infancia.

La genética de las personas y sus experiencias vitales tempranas interactúan de manera compleja para influir en el desarrollo de su personalidad y, posteriormente, en su vulnerabilidad a desarrollar trastornos de personalidad.

En general, asumimos que el temperamento de los bebés está determinado genéticamente, pero esto es sólo el punto

de partida ya que los bebés no crecen ni se desarrollan de forma independiente. Los bebés dependen mucho de sus cuidadores para su supervivencia y las interacciones con los padres y otros cuidadores son muy relevantes. El tono emocional de las interacciones sociales con los cuidadores está conformado por la manera en que "encajan" el temperamento de los bebés y las personalidades de los padres. Estas interacciones influyen en el desarrollo de la personalidad de los bebés (Hoermann, Corinne, Zupanick y Dombeck, 2013).

Algunos bebés son muy sensibles. Reaccionan con rapidez y de forma pronunciada a estímulos ambientales, como una luz brillante en los ojos o un ruido fuerte. Otros bebés reaccionan a estos mismos estímulos más lentamente y sin mucho interés.

Los bebés muy sensibles y reactivos provocarán una respuesta diferente de su entorno (cuidadores) que los bebés menos reactivos y apacibles. Por ejemplo, es más probable que se coja y se abrace de manera más cariñosa a un bebé tranquilo y plácido que a un bebé inquieto e irritable. Estas diferentes respuestas ambientales, a su vez, afectarán al desarrollo emocional de cada niño.

Los grupos bien avenidos de bebés y cuidadores se caracterizan por una gran cantidad de interacciones de tono positivo entre cuidador y niño.

Se cree que estos intercambios emocionales agradables producen menos resultados negativos en la personalidad. Por el contrario, los conjuntos que encajan mal, caracterizados por una gran cantidad de interacciones de tono negativo, con intercambios emocionales desagradables, predicen un efecto más negativo en el desarrollo de la personalidad (Hoermann, Corinne, Zupanick y Dombeck, 2013).

John M. Oldham, refería que el **temperamento** de un recién nacido va a determinar sus comportamientos y conductas, las cuales inevitablemente activan una respuesta conductual en sus cuidadores. Es de aquí de donde, en muchas ocasiones, partirá el **aprendizaje** de una conducta disfuncional. Es decir, un bebé tranquilo, con un temperamento sosegado, recibirá con mayor probabilidad respuestas de mayor cercanía, ternura y moduladoras por parte de sus figuras de apego, que irán orientadas a calmar las necesidades de éste, y a su vez favorecerá un aprendizaje adaptativo en cuanto a su regulación emocional y expresión de emociones y necesidades. Sin embargo, un lactante con un temperamento más fuerte e inquieto, con respuestas más irascibles es probable que active, a su vez, respuestas de mayor angustia e irascibilidad en sus cuidadores y posiblemente también más impulsivas e intensas, lo cual repercutirá en un aprendizaje más disfuncional de este niño en cuanto a su regulación emocional, atención a sus necesidades y su impulsividad. En otras ocasiones, el temperamento del lactante no es un factor tan primordial como en los supuestos descritos en el párrafo anterior, es decir, independientemente de si el bebé es más o menos activo/intenso, existen dificultades por parte de las figuras de apego para entender y atender sus necesidades. Dichas dificultades pueden deberse a multitud de factores, que nada tienen que ver en la mayoría de las ocasiones con una intención de producir un daño por parte de los cuidadores, sino con aprendizajes/historia biográfica previa, enfermedades físicas/psicológicas propias, entornos/contextos desestructurados, dificultades laborales u otros factores externos que afectan a la estabilidad emocional y física de las figuras de apego.

Por lo tanto, estos menores irán creciendo con una falta de capacidad en la regulación emocional y carencias en el entender, respetar y dar satisfacción a sus necesidades, por lo que tendrán que desarrollar ciertas estrategias de afrontamiento que les permitan seguir adelante aunque sea de una manera disfuncional. La agresividad dirigida hacia uno mismo o los demás (activa o pasiva) y los comportamientos disruptivos son en muchas ocasiones una forma aprendida de dar respuesta a unas necesidades, o intentos disfuncionales de comunicación por ejemplo.

APEGO, EMPATÍA Y TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

El **apego** es el vínculo emocional que desarrolla un niño con sus figuras de referencia y cuidadores principales, a través del cual recibe la seguridad y protección necesarias para un adecuado desarrollo. Cuando un niño está expuesto a situaciones de negligencia, falta de cuidado emocional o violencia intrafamiliar su base segura se verá afectada, siendo probable la aparición de ciertas dificultades para la experimentación del mundo desde una visión de protección y seguridad.

Es importante tener en cuenta que el daño producido en un niño no viene sólo de una posible situación de violencia física directa, sino que la ausencia de mensajes de valía y la falta de cuidado emocional puede tener secuelas mucho mayores en el desarrollo de ese menor. Las situaciones traumáticas que se producen a edades tempranas tienen lugar en un momento crucial del desarrollo, tanto a nivel cerebral, como de la personalidad e identidad, por lo que los efectos de la situación traumática no se adscribirán únicamente al momento presente (problemas de sueño, enuresis,

problemas de conducta, miedos...) sino que van a tener un efecto, si cabe mayor, a medio/largo plazo, ya que las bases de la personalidad del niño se ven afectadas y con ellas las creencias e interpretaciones sobre sí mismo y sobre el mundo.

Los componentes principales del apego son el *modelo mental*, en el que se incluyen los recuerdos de la relación, el concepto que se tiene de la figura de apego y de sí mismo, las expectativas de la relación y la visión del contexto en el cual se sitúa la relación; y *los sentimientos de seguridad,* asociados a la proximidad y el contacto, y de ansiedad ante la pérdida (Bowlby, 1969, 1973).

Nuestros conceptos sobre el mundo y sobre nosotros mismos, se generarán en estas primeras relaciones, por lo que las interacciones repetidas del niño con su cuidador establecen el tipo de patrón de relación que tendrá éste consigo mismo y con los otros en el futuro. Los progenitores y/o cuidadores que no sean capaces de interpretar adecuadamente las demandas del niño, o cuyas respuestas sean mediadas por sus propios miedos o por experiencias emocionales negativas, condicionarán seriamente las capacidades de sus hijos para ser y sentirse capaces de afrontar la vida.

Es importante hacer hincapié en que cuando hablamos de cubrir necesidades no nos referimos solamente a las físicas (alimentación, higiene, sueño...), sino también a las que se refieren al cuidado emocional del niño. Puede ocurrir que se satisfagan las primeras pero no las segundas, afectando al niño del mismo modo o incluso con mayor intensidad que la ausencia de unos cuidados físicos.

El apego es la base para la aparición de la empatía, y éste, a su vez, la base para el desarrollo de un sentido moral emocional.

Los eventos traumáticos, especialmente durante el desarrollo, alteran la capacidad ejecutiva y el control de impulsos. Muchas veces sucede que entendemos el **trauma** como grandes acontecimientos que aparecen en las noticias y medios de comunicación: supervivientes de guerra, catástrofes naturales, ataques terroristas...pero, de hecho, por definición, trauma es cualquier hecho que tiene un efecto negativo duradero (Shapiro, 2001).

Para diferenciar los diferentes tipos de trauma podemos hablar de traumas con T mayúscula (maltrato, abuso sexual, catástrofe...) y los traumas con t minúscula (deprivación, negligencia, culpabilización, falta de respuesta parental...). Una presencia continua de traumas "t" a lo largo de la vida por parte de las figuras de apego, puede ocasionar grandes conflictos a nivel interno, llevando al niño a una falta de seguridad, ya que en muchas situaciones probablemente no la obtuvo de sus figuras de referencia, y a la presencia de creencias desadaptativas sobre sí mismo y sobre el mundo, pudiendo derivar en posibles trastornos de la personalidad futuros.

Por lo tanto, de estos conceptos podemos deducir que el niño que crece en un entorno inseguro y falto de protección tendrá secuelas futuras, pudiendo considerar muchas de las conductas o síntomas como aprendizajes adquiridos fruto de estas experiencias traumáticas.

Además, si profundizamos en este tipo de respuestas y conductas que podemos encontrar en un trastorno de la personalidad, en sus causas y consecuencias, en muchas ocasiones encontramos que la primera perjudicada y damnificada es la propia persona.

Uno de los objetivos cruciales en el tratamiento de los trastornos de la personalidad, es entender la conducta como un síntoma o un aprendizaje disfuncional que tendrá una función relacionada con una historia previa de vida. Lo importante es no generalizar y poder buscar, ante una misma conducta, el origen y la función de la misma, no quedándonos simplemente en la superficie o en lo aparente o más visible. Aún en estos casos, es fundamental no perder la perspectiva y no olvidar que muchas veces la conducta es el síntoma de un malestar o de una patología, y que debajo de esta conducta aparentemente desconcertante, solemos encontrar numerosas historias traumáticas.

No nos podemos olvidar que por delante de cualquier etiqueta diagnóstica existe una persona, única e individual. Por lo tanto, cuando hablamos de estos trastornos y sus criterios nos referimos a unos síntomas generales que son fruto de una combinación única donde temperamento y ambiente se interrelación estrechamente. En muchos casos, encontramos historias de trauma previas y que pueden potenciar y dar sentido a una mayor prevalencia de agresividad (activa o pasiva) hacia los demás, pero como señalábamos, cada caso es único y no siempre un determinado trastorno tiene que llevar asociado conductas de agresividad.

Centrándonos en la parte ambiental o aprendida en los trastornos de la personalidad, nos encontramos habitualmente con una maraña de vivencias, donde generalmente no hay grandes diferencias entre las situaciones de disfrute y peligro, donde el juego, la exploración o la vinculación con los demás suelen estar relacionadas con experiencias adversas para el niño.

LA DISOCIACIÓN ESTRUCTURAL Y LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

En el año 2006, Van der Hart, Nijenhuis y Steele, desarrollan una teoría en la que los conocimientos sobre psicotraumatología y neurobiología se enlazan con teorías clásicas sobre disociación. Denominan a su modelo la Teoría de la Disociación Estructural de la Personalidad. Esta teoría nos ofrece un marco teórico interesante para entender cómo el trauma genera psicopatología y los diferentes mecanismos y aspectos que contribuyen a que la sintomatología persista.

Para trabajar con traumatización compleja, muy frecuente en los Trastornos de la Personalidad, necesitamos una guía que nos oriente a la hora de estructurar la terapia. La Teoría de la Disociación Estructural de la Personalidad facilita la conceptualización de los cuadros postraumáticos, y nos da unas directrices de aspectos claves a tener en cuenta de cara a la intervención.

La disociación estructural aporta un complemento que permite comprender cómo la traumatización compleja afecta al desarrollo de la personalidad, un aspecto crucial de cara a entender los casos más graves. Es importante recordar que en el modelo de disociación estructural, la palabra disociación es utilizada para describir un mecanismo, que para los autores estaría en la base de todos los trastornos postraumáticos. Los cuadros postraumáticos se distribuirían en un espectro psicopatológico que iría desde el trauma agudo y el TEPT en un extremo, al trastorno de identidad disociativo en el otro, como los cuadros postraumáticos de mayor gravedad. En el medio ubican al Trastorno Límite de la Personalidad y también encajarían otros Trastornos de la Personalidad.

Una de las ventajas de este modelo teórico es que incluye tanto la base traumática como los problemas de apego, lo que facilita tener una visión más integradora. En este apartado introductorio, comenzaremos con algunos conceptos básicos que se describen desde el modelo de disociación estructural para ir profundizando de manera gradual en los siguientes apartados.

El concepto de personalidad

Inspirándose en Allport (1981) y Janet (1907), Van der Hart et al (2006) definen la personalidad como la organización dinámica dentro del individuo de aquellos sistemas biopsicosociales que determinan sus acciones mentales y conductuales características. Es decir, el concepto de personalidad sana incluye la idea de integración, y en esa integración los elementos neurobiológicos, psicológicos y sociales están relacionados de modo coherente, flexible y adaptativo.

La patología se define por la falta de integración entre estos subsistemas, que pueden operar de modo errático, no modulado o incluso entrar en conflicto interno.

Los sistemas de acción

Entre los sistemas biopsicosociales que comprende la personalidad juegan un papel principal los sistemas de acción fundamentados psicobiológicamente (Lang, 1995; Panksepp, 1998; Van der Hart et al., 2006). Los dos sistemas principales son los de defensa frente a la amenaza y los de adaptación. Ambos sistemas están organizados para activarse de modo instintivo cuando es necesario, y dejar paso al otro sistema cuando las circunstancias así lo requieren. Por ejemplo, un animal cuando está comiendo está acercándose sin problemas a un estímulo atractivo: la comida, y con todas las funciones del organismo adaptadas a esa situación. En cuanto oye un ruido, interrumpe esa actividad y los sistemas de alerta se ponen en marcha. Hay una activación, está atento, rastrea el entorno… Si descarta el peligro, desaparece por completo la activación y continúa comiendo como si nada hubiese ocurrido. De este modo fluido, el organismo va respondiendo al entorno. Este sencillo y lógico mecanismo puede desajustarse de modo profundo en respuesta a las experiencias traumáticas, constituyendo lo que Van der Hart et al (2006) denominan disociación estructural primaria. A partir de aquí la cosa puede complicarse bastante más como se describe en los siguientes apartados.

El **sistema de defensa** no se caracteriza por una única respuesta, sino que incluye varias modalidades de tratar de sobrevivir a una amenaza inminente para la integridad del cuerpo y de la vida (Fanselow & Lester, 1988). El sistema de acción mamífero de defensa está dirigido al escape y la evitación de la amenaza física, y la amenaza psicológica asociada, e incluye subsistemas como la huída, la congelación, la lucha y la sumisión total (Porges, 2003).

Otros sistemas de acción se encargan de los intereses y funciones implicadas en la **vida diaria** (Panksepp, 1998). Estos sistemas incluyen la regulación de energía, el apego, el cuidado, la exploración, la implicación social, el juego y la sexualidad/reproducción, e implican la aproximación a estímulos atractivos (Lang, 1995).

Las Partes Disociativas de la Personalidad

La teoría de la disociación estructural de la personalidad (TDEP) postula que en el trauma – no sólo eventos traumáticos incluibles en el criterio A sino las situaciones que describíamos al hablar de apego – la personalidad del paciente se divide (pero no completamente) en dos o más subsistemas o partes disociativas (Van der Hart et al., 2006), cada uno mediado por (sub)sistemas de acción.

Es decir, los sistemas defensivos y los de la vida diaria dejan de funcionar de modo congruente con el entorno y pierden la interrelación fluida que describíamos. Volviendo al mismo ejemplo, un animal al que han apaleado, podría activar el sistema de alerta mientras come, sin ser capaz de desactivarlo. De este modo el nivel de alerta persiste, interfiriendo con la función de alimentación. Desajustados los sistemas de modulación, numerosas variantes pueden presentarse.

La mente humana, con mayores niveles de complejidad, desarrolla asociadas a estos sistemas neurobiológicos diversas funciones psicosociales. Si ha habido una disociación estructural entre la defensa y la vida diaria, el sentido del yo puede perder su integración. De este modo el individuo en modo defensivo se siente en peligro, establece determinadas interpretaciones sobre los demás, el entorno y el sí mismo, que puede no tener en absoluto cuando está centrado en la vida cotidiana.

En la disociación estructural primaria propia del TEPT, cuando la persona está centrada en el día a día y en "seguir adelante" trata de evitar a toda costa los contenidos mentales asociados a las experiencias traumáticas. Estas experiencias se recuerdan, o más bien se reviven, en modo defensivo, con la activación de otra gama de subsistemas biológicos. El sistema pierde flexibilidad y su capacidad de adaptación dinámica. La rigidez y el intento de control sustituyen a la modulación espontánea.

Parte Emocional de la Personalidad

Un subsistema de la personalidad prototípico es la llamada metafóricamente **Parte Emocional de la Personalidad** (PE; Myers, 1940; Van der Hart et al., 2006). Como PE el paciente está fijado en reactuaciones sensoriomotoras y con alta carga emocional de las experiencias traumáticas.

El paciente como PE sigue reviviendo el trauma, continúa en el "allí y entonces". Como para esta parte la amenaza sigue activa, la respuesta defensiva también continúa. Los mamíferos se protegen como decíamos por diversos sistemas defensivos, así como por las tendencias de acción relacionadas con la necesidad de apego y la pérdida del apego (Liotti, 1999). Lucha, huida, congelación, sumisión total, hipervigilancia, cuidado de las heridas, estados recuperativos, grito de apego pueden ser distintos subsistemas en la PE orientados hacia la protección ante la amenaza percibida. En este estado los pacientes "están continuando la acción, o más bien el intento de acción, que empezó cuando todo ocurrió, y se agotan a sí mismos en estas continuas reactivaciones" (Janet , 1919/25, p. 663).

Parte Aparentemente Normal de la Personalidad

Es evidente que el individuo no podría continuar funcionando ni relacionándose desde el estado descrito anteriormente (asociado a la PE). Para ello se desconecta de su parte emocional, y pasa a funcionar desde lo que Myers (1940) y Van der Hart et al. (2006) han denomidado **Parte Aparentemente Normal de la Personalidad** (PAN). Las acciones mentales y conductuales de la PAN están mediadas principalmente por sistemas de acción de la vida diaria (implicación social, apego, cuidado, exploración, juego, regulación de energía y sexualidad/reproducción).

Como PAN, el superviviente experimenta la PE y al menos algunas de las acciones y contenidos de las PE como egodistónicos, como algo que "le pasa" pero que no siente como propio, al menos no completamente. Esta PAN está fijada en la evitación de los recuerdos traumáticos y con frecuencia de la experiencia interna en general. La persona trata de no pensar, de no recordar, de no sentir ni entrar en contacto con nada relacionado con el trauma y la PE, para poder seguir viviendo.

La PAN se focaliza y está basada en los sistemas de acción para funcionar en la vida diaria. Ante la imposibilidad de sentirse realmente bien tras lo sucedido, desde la PAN el individuo trata de aparentar normalidad. Para ello mantiene el recuerdo tan aislado que no piensa en ello o no lo recuerda, tiene un recuerdo narrativo pero no emocional, y desde esa profunda desconexión se dice a sí mismo que "lo tiene superado", "que no fue tan importante" o que "no es un problema en su vida". La evitación, la minimización, la negación, protegen al individuo que se esfuerza por salir adelante del desbordamiento inmanejable de los recuerdos, es decir, protegen a la PAN de la emergencia de la PE.

Pero el funcionamiento mental está alterado, y la normalidad de la PAN es sólo *aparente*, presentando síntomas negativos de distanciamiento, embotamiento y amnesia parcial o en casos excepcionales completa para la experiencia traumática. La contención de la PE es muchas veces solo parcial, teniendo el individuo desde la PAN una reexperimentación recurrente de los recuerdos traumáticos y diversos tipos de intrusiones como voces, pensamientos o sensaciones egodistónicas, que constituyen activaciones de la PE.

La TDEP plantea que cuanto más intensa, frecuente y duradera es la traumatización, y más temprano es su inicio en la vida, más compleja será la disociación estructural de la personalidad. La división de la personalidad que antes describíamos entre una PAN y una PE únicas constituye una disociación estructural primaria.

Disociación estructural primaria de la personalidad

Una sola PE, fijada al momento del trauma, y **una PAN**, que sigue adelante con la vida diaria. Esta situación caracteriza los trastornos postraumáticos simples, incluyendo el TEPT.

Disociación estructural secundaria de la personalidad

Una PAN, pero **más de una PE**. Una traumatización más grave conlleva posteriores subdivisiones. Frente a un entorno traumatizante persistente, se activarán diferentes subsistemas de acción defensivos, pero al tiempo han de ser bloqueados para sobrevivir.

Los distintos subsistemas defensivos característicos de la parte emocional, configurarán PEs diferentes, basadas cada una en una respuesta diferente como la lucha, la huida, la congelación o el colapso. Esta disociación estructural secundaria está principalmente relacionada con el TEPT complejo, el TLP relacionado con el trauma y el trastorno disociativo no especificado subtipo 1.

Disociación estructural terciaria de la personalidad

Implica **más de una PE** y también **más de una PAN**. No sólo la respuesta defensiva se fragmenta y descoordina, sino también la forma de afrontar la vida diaria se hace a través del desarrollo de estados mentales diferentes, con un bajo nivel de integración. La disociación estructural terciaria hace referencia únicamente a pacientes con trastorno de identidad disociativo (TID).

Cuando la disociación estructural es más intensa, y esas partes tienen mayor autonomía mental, más perspectiva de primera persona, el paciente cuando funciona desde una de ellas, se siente literalmente una persona diferente. Cuando vuelve a su estado más habitual y ve lo que acaba de hacer, lo vive con rechazo, asombro o temor: "ese no soy yo".

Las fobias disociativas

El término "fobia" se suele utilizar para los trastornos de ansiedad y por lo general se entiende como algo directamente relacionado con elementos externos (animales, situaciones sociales, etc.). Pero Janet (1904) describió reacciones fóbicas dirigidas hacia las experiencias internas como pensamientos, sentimientos, fantasías, etc. Los individuos crónicamente traumatizados con frecuencia son extremadamente temerosos respecto a sus contenidos mentales internos así como a elementos externos que son disparadores de sus experiencias traumáticas (Steel, Van der Hart & Nijenhuis, 2005).

La disociación estructural de la personalidad se desencadena durante los eventos traumatizantes, pero se mantiene sobre todo por una serie de fobias que caracterizan a los supervivientes de trauma y por una falta de apoyo social (Nijenhuis, Van der Hart & Steele, 2002; Steele, Van der Hart & Nijenhuis, 2001, 2005; Van der Hart, Nijenhuis & Steele 2006/2008).

Janet (1904) describió la fobia nuclear como la fobia a los recuerdos traumáticos, que consiste en la evitación de la plena toma de conciencia del trauma y de sus efectos sobre la propia vida. De esta fobia fundamental se derivan otras: la fobia al apego y a la pérdida del apego (en particular respecto al terapeuta), la fobia a las acciones mentales derivadas del trauma, la fobia a las partes disociativas, la fobia a la vida normal, la fobia a asumir riesgos saludables, y la fobia al cambio y a la intimidad (emocional y sexual).

Caso 1. Fobia a los recuerdos traumáticos

David está de acuerdo en trabajar un recuerdo traumático, le pide incluso con frecuencia a su terapeuta trabajar en él directamente, pero cancela las citas una y otra vez. O cuando consigue venir a sesión, llega casi 30 minutos tarde porque "pasó algo", de modo que no es posible trabajar con el trauma como habían programado. Durante otra sesión habla sin parar de un problema que le está preocupando, pese a que la semana anterior, había pedido (de nuevo) trabajar en un evento traumático de su infancia temprana. Su terapeuta tiene una sensación incómoda y piensa que el problema es que el paciente está hablando de algo irrelevante y que está siendo "resistente". Llevado por esta sensación, el terapeuta le recuerda al paciente que es importante ser puntual e insiste en trabajar con el recuerdo que habían seleccionado inicialmente. El paciente aparenta estar muy de acuerdo y dice que sí. Unos días después de esta sesión, cancela sus futuras citas refiriendo problemas económicos. Entender que David puede tener una intensa fobia a los recuerdos traumáticos que está debajo de estas reacciones, es crucial para estructurar las intervenciones con este paciente.

Caso 2. Fobia a las partes disociativas

Ana habla de la existencia de una parte emocional disociativa (PE) que es muy agresiva y crítica todo el tiempo. Esta parte es a veces hostil hacia la parte aparentemente normal (PAN). Como PAN, la paciente tiene miedo de esta PE y refiere que esta parte no quiere hablar con el terapeuta o participar en la terapia. Cuando el terapeuta le pide a la PAN que aún así pregunte a la PE directamente, esta parte expresa su propia opinión sin mayores problemas (al contrario de lo que se esperaría de entrada). La PAN reacciona con desconfianza, juzgando severamente a la PE. En este caso podemos detectar una actitud hostil muy clara de la PE hacia la PAN, pero también un temor, desconfianza y rechazo más ocultos de la PAN hacia la PE.

Caso 3. Fobia al cambio

La terapia está evolucionando de modo adecuado y, de repente, Pedro se quema el brazo en casa con una plancha. Cuando viene a consulta no recuerda haber hecho esto, piensa que una PE enfadada le quería dar el mensaje de no te confíes demasiado. Varios días antes de este incidente, su médico de cabecera se mostró muy sorprendido por su mejoría y le dijo que lo veía muy bien, que estaba avanzando mucho. Aunque Pedro se puso muy contento con este comentario, una parte disociativa (PE) se sintió alterada. Para esta PE, la mejoría y la posibilidad de cambio eran un disparador, debido a una intensa fobia al cambio y a la vida normal subyacente. Otra PE se sintió también alterada porque "ponerse mejor" significaba "aproximarse" al procesamiento de eventos traumáticos altamente traumatizantes (fobia a los recuerdos traumáticos).

Incluir las fobias disociativas en el plan terapéutico nos puede ayudar a entender algunas de las dificultades con las que nos encontramos en el tratamiento de las personas con trauma grave. La primera dificultad con las fobias disociativas es identificarlas, darnos cuenta de lo que está pasando. Las situaciones descritas en los párrafos anteriores pueden interpretarse como simples faltas de interés o de motivación por parte del paciente, pero para entender la relevancia de las fobias disociativas es muy importante estructurar un plan terapéutico y prevenir posibles problemas.

La reacción fóbica ante los recuerdos mantiene a estos aislados de la vida cotidiana, y al margen del resto de los contenidos mentales. A veces esto se generaliza a todo lo que represente sentir, pensar, notar el cuerpo o recordar el pasado. Mirar para adentro, cuando hay ahí cosas que se viven como inmanejables e inasumibles, es aterrador. El individuo evita cualquier tipo de autoanálisis y vive en la superficie, en un "como si" que a veces alterna con la emergencia incontrolada de impulsos, emociones o síntomas. Esto sería lo que en la teoría de la disociación estructural se llama la fobia a las acciones mentales.

Otra fobia relevante para la terapia es la fobia a las partes disociativas. Hay partes de la personalidad que el paciente rechaza, evita o teme. Puede asumir algunas partes de sí mismo, por ejemplo puede aceptar su parte cariñosa, ser una trabajadora eficiente o una buena madre. Pero la rabia acumulada en su parte más agresiva, centrada en un sistema de acción de lucha, y más centrada en recuerdos de situaciones de agresión y abuso que el resto de las partes, le resulta inasumible. ¿Cómo aceptar ver en ella una rabia tan inmensa como la de aquella persona que arruinó su infancia?

Cuando la disociación estructural es más intensa, y esas partes tienen mayor autonomía mental, más perspectiva de primera persona, el paciente cuando funciona desde una de ellas, se siente literalmente una persona diferente, como

se comentaba antes. Cuando vuelve a su estado más habitual y ve lo que acaba de hacer, lo vive con rechazo, asombro o temor: "ese no soy yo". En los casos más graves la persona puede no recordar en un estado lo que ha hecho en el otro y a veces llega a estar convencida de ser una persona diferente, con otro nombre.

Superar de modo gradual esas fobias es esencial para un tratamiento eficaz. Las fobias que suelen aparecer primero son las fobias al apego (dificultades para establecer la relación terapéutica y para confiar en el terapeuta, entre otras), la fobia a las partes disociativas (miedo, rechazo, desconfianza y otras emociones disfuncionales entre partes disociativas), y la fobia a los contenidos mentales y a los contenidos relacionados con los recuerdos traumáticos. Por ejemplo, un paciente que desconfía del terapeuta y tiene un montón de problemas cuando se va estableciendo una alianza de trabajo (fobia al apego con el terapeuta) o una parte disociativa que tiene miedo de otras partes disociativas porque las ve como enemigos.

En la fase de preparación, el terapeuta ha de desarrollar una alianza terapéutica con las distintas partes disociativas del paciente, y promover alianzas de trabajo con ellos. La relación terapéutica puede ser especialmente difícil para las personas gravemente traumatizadas. Al principio la relación terapéutica es el aspecto que supone un mayor desafío, porque las relaciones son en general extremadamente difíciles para personas que crecieron en entornos severamente traumatizantes y negligentes. Las fobias al apego se manifiestan de muchos modos pero en terapia se focalizarán sobre todo en la figura del terapeuta. Por tanto, para poder trabajar con el pasado traumático, necesitamos disminuir gradualmente los problemas con el terapeuta y las relaciones actuales. Sin reforzar o reparar estas relaciones el paciente no tendrá suficiente apoyo de su entorno y del terapeuta para afrontar aspectos traumáticos como la negligencia y el abuso tempranos que sufrió.

Es importante entender el tratamiento de las personas con traumatización grave como una aproximación progresiva al trauma nuclear, en el que se presentan distintas situaciones en diferentes etapas. Muchas estructuras mentales están ahí para proteger al paciente, para evitar entrar en contacto con memorias abrumadoras. Algunos de esos aspectos están relacionados con las fobias disociativas, y suelen aparecer poco a poco a lo largo del proceso terapéutico.

El paciente puede ser fóbico hacia muchos procedimientos necesarios en psicoterapia: pueden evitar pensar, sentir, notar el cuerpo... Esto se relaciona con la fobia a las acciones mentales derivadas del trauma, y suele ser más evidente en las primeras etapas de la terapia.

Cuando nos aproximamos al sistema interno de partes, estará presente por lo general algún grado de conflicto entre esas partes. Para superar ese conflicto es necesario alcanzar un mínimo de estabilización y que se haya propiciado una actitud colaboradora en el sistema. Esto permite una contención segura y más tarde, el trabajo en contenidos traumáticos.

Conforme nos acercamos al trauma nuclear irán apareciendo las fobias más profundas. Todos los aspectos relacionados con el perpetrador, y las dificultades de apego con esa figura se hacen más difíciles de asimilar para el paciente (como PAN). Algunas partes que imitan al perpetrador tienden a mostrarse después de que las partes más aceptables son evidentes. Esto tiene sentido si pensamos que para muchos pacientes es muy difícil de aceptar que algunas partes de ellos reproducen aspectos del abusador, o que sienten alguna vinculación con una figura tan dañina como esa.

Por ello, en este punto, dado que estamos muy cerca de un material muy sensible, de las memorias más difíciles de tolerar, algunas partes emocionales pueden presentar nuevas dificultades en la relación terapéutica.

Hay otras fobias que se relacionan más con el mundo externo. La gente que creció en entornos severamente traumatizantes y negligentes tiene dificultades extremas para lidiar con la vida normal, para tener relaciones íntimas, para confiar y para creer en la posibilidad de un futuro saludable y asumir el riesgo de cambiar. Estas fobias nos ayudan a entender por qué algunos pacientes, por ejemplo, se descompensan tras una mejoría. La metáfora de ir quitando capas puede describir muy bien el trabajo que tendremos que hacer en los casos más graves.

Todo lo anterior tiene gran relevancia para adaptar mejor el trabajo con elementos traumáticos en los TP. Si tratamos de trabajar el trauma nuclear, sin darnos cuenta de la presencia de estas "capas protectoras" nos encontraremos probablemente con varios problemas. Estas capas deben ser superadas (y de darse el caso, reprocesadas) en un procedimiento paso a paso, acercándose al dolor extremo que el paciente siente de modo gradual, seguro y cuidadoso.

PSICOTERAPIAS PARA LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Frente a una tradicional actitud derrotista respecto a los tratamientos de los trastornos de personalidad, asistimos en los últimos años a un desarrollo de diversas orientaciones terapéuticas específicamente dirigidas a los trastornos de la personalidad y, muy en particular, al trastorno límite de la personalidad (TLP). A continuación se describen brevemente algunas de las más conocidas.

Psicoterapia centrada en la transferencia

Es una terapia con orientación psicoanalítica que fue desarrollada en los años sesenta por Otto Kernberg, pero se ha ido puliendo a lo largo de los años. A diferencia del psicoanálisis tradicional, el terapeuta desempeña un papel muy activo en la terapia. La relación paciente-terapeuta es el foco de atención desde el que se intenta ir a la estructura subyacente del funcionamiento relacional del paciente.

El objetivo principal es traer los conflictos insconscientes del paciente a la superficie para que se puedan trabajar de manera activa entre paciente y terapeuta. En 1998 se publica el libro *Psychotherapy for borderline personality disorder* (Clarkin, Yeomans y Kernberg), que plantea un enfoque psicodinámico para tratar a los paciente con organización límite. Contiene numerosas viñetas de casos clínicos muy ilustrativos que facilitan la comprensión de las técnicas y métodos.

Terapia de esquemas

Fue desarrollada por Jeffrey Young a lo largo de los años ochenta e integra elementos de la terapia cognitivo-conductual, la teoría de relaciones objetales y la terapia Gestalt. Se centra directamente en los aspectos más profundos de la emoción, la personalidad y los esquemas desde los que funciona el individuo.

Describe diversos modos fundamentales en los que las personas con trastornos de la personalidad categorizan, perciben y reaccionan ante el mundo. Pone mucho énfasis en la importancia de la relación terapéutica y en la autenticidad del terapeuta.

Las experiencias traumáticas infantiles en las que se gestan los esquemas y modos que describe este enfoque se tienen en cuenta como aspecto relevante para entender las reacciones del paciente en el presente estableciendo con frecuencia puentes entre pasado y presente que ayuden al paciente a comprender la relación entre lo que aprendieron y su manera de relacionarse, interactuar y responder ante otros. Resulta especialmente útil para realizar una psicoducación que el paciente pueda comprender fácilmente.

Terapia dialéctica-conductual

Marsha M. Linehan desarrolla la terapia dialéctico-conductual (TDC) en los años noventa, publicando dos manuales, *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder* (Linehan, 1993a) y *Skills training manual for treating borderline per- sonality disorder* (Linehan, 1993b).

Este enfoque está orientado inicialmente a las conductas suicidas. Difiere de la terapia cognitivo-conductual tradicional en la atención que presta a dotar de recursos al paciente para manejar el malestar emocional e introduce el trabajo con habilidades sociales.

Los ejes de la TDC son el aprendizaje de nuevas competencias, incluidos la "conciencia plena" (*mindfulness*), la eficiencia interpersonal, el manejo adaptativo de la angustia y las crisis, y la regulación emocional.

Uno de los objetivos principales de esta psicoterapia es dotar a los pacientes de más recursos para poder regularse emocionalmente. En lo que ha mostrado mayor eficacia es en el manejo de las autolesiones y la conducta suicida.

Es una terapia muy focalizada en el desvío de atención como estrategia reguladora y aporta estrategias complementarias muy interesantes. La aplicación grupal es la más conocida, pero también se aplica individualmente, e incluso han salido adaptaciones para poblaciones adolescentes.

Terapia cognitivo-analítica

Surge como una psicoterapia de tiempo limitado para su aplicación en el ámbito público (Ryle, 2002) e integra elementos de la terapia cognitivo-conductual y diversas orientaciones psicoanalíticas.

Uno de sus elementos distintivos es la reformulación y su naturaleza colaborativa, que implica muy activamente al paciente en el proceso terapéutico. Identifica secuencias de eventos, pensamientos, emociones y motivaciones que generan los problemas y los mantienen.

Otro concepto interesante de esta terapia es el de roles recíprocos, que explica cómo los patrones del paciente interactúan con los demás individuos siguiendo una dinámica particular. Da, por tanto, mucha importancia a los aspectos relacionales, y no únicamente a lo que ocurre en el interior del individuo.

Psicoterapia basada en la mentalización

Antony Bateman y Peter Fonagy (2004) se centran en la distorsión del apego debido a problemas en las relaciones paterno-filiales en la infancia, planteando la hipótesis de que una empatía y sintonía inadecuadas por parte de los progenitores en la infancia temprana conducen a un déficit de mentalización, definida como la capacidad de comprender intuitivamente los pensamientos, las intenciones y las motivaciones de los otros y las conexiones entre los pensamientos propios y los sentimientos y acciones.

El tratamiento se centra por tanto en el desarrollo de esta capacidad de mentalización. En este enfoque la interacción terapeuta-paciente también tiene un papel relevante.

Programas psicoeducativos

Los abordajes psicoeducativos específicamente orientados al TLP tienen como objetivo que el paciente adquiera mayor comprensión sobre los problemas que presenta y que aprenda desde ahí nuevas habilidades y estrategias. Estos programas pueden orientarse individualmente (Mosquera, 2004b) o de cara a los familiares (Mosquera, et al., 2009).

En estos programas los pacientes aprenden a desarrollar la autoobservación y el autocuidado, a identificar sus mecanismos de defensa, sus problemas con los límites y la alteración de la identidad, y adquieren habilidades en el manejo de las emociones y técnicas de afrontamiento.

La filosofía global de estos programas no es "enseñar" al paciente, sino ayudarle a conocerse a sí mismo, identificar y valorar sus propios recursos y, a partir de ellos, desarrollar nuevas o más efectivas habilidades. El manual *Diamantes en bruto II* (Mosquera, 2004b) fue revisado en el 2012, pasando de 49 sesiones a 35 sesiones psicoeducativas.

EMDR

Dada la alta prevalencia de eventos traumáticos en los pacientes con TLP, las terapias orientadas específicamente al trauma ofrecen interesantes posibilidades en estos cuadros.

Un enfoque novedoso es el tratamiento con terapia EMDR (siglas en inglés de "desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares"), un abordaje con amplio aval empírico en el tratamiento del trauma (Shapiro, 2001), que empieza a aplicarse en el trastorno límite con resultados altamente prometedores (Mosquera, 2010; Mosquera y González, 2011).

En este abordaje los recuerdos traumáticos, incluidas no solo las situaciones de abuso o maltrato, sino también experiencias cotidianas relacionadas con un apego inseguro o eventos adversos de diverso tipo, se consideran la base fundamental de la patología límite.

Desde el modelo de procesamiento adaptativo de la información, estas experiencias perturbadoras quedan almacenadas en el sistema nervioso de modo disfuncional, bloqueándose el sistema innato con el que nuestro cerebro procesa la experiencia.

La terapia EMDR consta de ocho fases, que incluyen una etapa previa de recogida de información y estabilización, para posteriormente acceder y procesar los recuerdos perturbadores.

Otras

Diversas terapias orientadas al trauma pueden ser igualmente aplicables a los pacientes límite, cuya patología es entendida, como en muchas de las orientaciones descritas previamente, como basada en las experiencias adversas y las dificultades tempranas.

En esta línea, la teoría de la disociación estructural de la personalidad entiende el TLP dentro del espectro postraumático (Mosquera, González y Van der Hart, 2011) y plantea para estos casos intervenciones específicas (ver artículo que se adjunta como material complementario).

Relacionada con esta orientación, la terapia sensoriomotora (Ogden, Minton y Pain, 2006) pone su foco en la repercusión somática de las experiencias adversas, un elemento muchas veces olvidado en otros abordajes centrados en el componente verbal, cognitivo y emocional, integrando los conocimientos recientes en neurobiología y elementos de otros tipos de psicoterapia.

Las psicoterapias orientadas al trauma presentan elementos comunes y son fácilmente enlazables en el trabajo con los pacientes límite, que precisan habitualmente modelos globales e integradores de tratamiento que den respuesta a las diversas áreas en las que el paciente necesita trabajar.

REFERENCIAS

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.

Barkley, R. A. (2012). *Executive functions: What they are, how they work, and why they evolved.* Guilford Press.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss: Attachment.* (vol. 1). Basic Books.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss: Separation* (vol. 2).Basic Books.

Depue, R. A., & Fu, Y. (2011). *Neurogenetic and experiential processes underlying major personality traits: Implications for modelling personality disorders.* International Review of Psychiatry, 23(3), 258-281.

Dimaggio, G., & Semerari, A. (2011). *Los trastornos de la personalidad: modelos y tratamiento*. Editorial Desclée de Brouwer.

Herpertz, S. C., & Bertsch, K. (2014). *The social-cognitive basis of personality disorders*. Current opinion in psychiatry, 27(1), 73-77.

Kendler, K. S., Aggen, S. H., Czajkowski, N., Røysamb, E., Tambs, K., Torgersen, S., ... & Reichborn-Kjennerud, T. (2008). The structure of genetic and environmental risk factors for DSM-IV personality disorders: a multivariate twin study. *Archives of General Psychiatry*, *65*(12), 1438-1446.

Kernberg, P., Weiner, A.S., & Bardenstein, K.K. (2000). *Personality Disorders in Children and Adolescentes*. New York, N.Y: Basic Books.

Millon, T. & Davis, R.D. (1998). *Trastornos de la personalidad: Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.

Mosquera, D. (2004a, 2013a). *Diamantes en Bruto I. Un acercamiento al Trastorno Límite de la Personalidad.* Madrid. Ediciones Pléyades.

Mosquera, D. (2004b, 2013b*). Diamantes en Bruto II. Programa Psicoducativo para personas con Trastorno Límite de la Personalidad*. Madrid. Ediciones Pléyades.

Mosquera D., Gonzalez A., Baldomir P., Vazquez I., Bello, C., Eiriz A.C., Fernandez R. & Soto A. (February, 2013). *Trastornos de la Personalidad y experiencias familiares adversas*. Poster presentado en el V Simposio sobre Trastorno Límite de la Personalidad. Barcelona.

Mosquera, D., Gonzalez, A., & Van der Hart, O. (2011). Trastorno Límite de la Personalida, trauma en la infancia y disociación estructural de la personalidad. *Revista Persona*, 11(1), 10-40.

Mosquera, D., Baldomir, P., Fernández, R., Flórez, G., Soto, A. & Eiriz A.C. (2016). Trastornos de la Personalidad e interacción familiar: ¿crecer malos?. Psicoloxía e Saúde. Anuario, noviembre.

Oldham, J.M., Skodol, A.E. & Bender, D.S. (2009). *Tratado de los trastornos de la personalidad.* Elsevier-Masson.

Shapiro, F. (2001). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Basic Principles, Protocols and Procedures.* Second edition. New York: Guilford Press.

Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2006). *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. New York: Norton.

Ficha 1.

La disociación estructural de la personalidad. Aspectos útiles para la conceptualización de los Trastornos de la Personalidad

La disociación estructural de la personalidad describe un **mecanismo** por medio del cual **el trauma genera psicopatología**. Se refiere a todos los trastornos con base traumática, desde los cuadros menos complejos hasta los más graves del espectro postraumático. Los Trastornos de la Personalidad estarían incluidos dentro de este espectro postraumático.

El mantentimiento de la disociación estructural

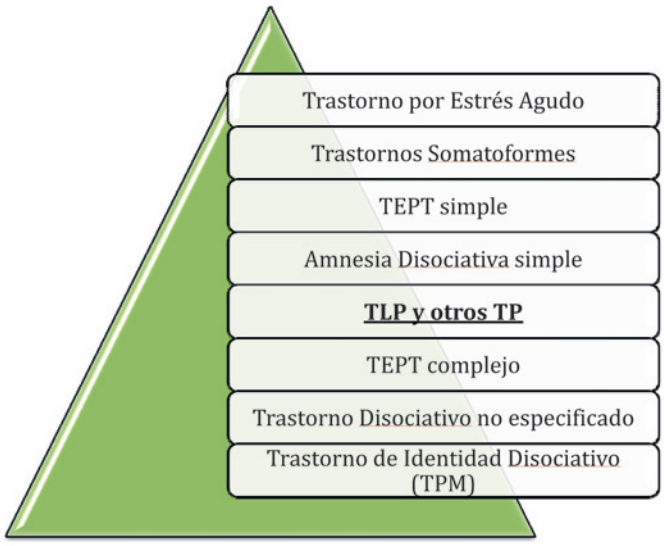
La disociación estructural de la personalidad *se genera* en los **eventos traumáticos** tempranos, pero *se mantiene* por una serie de **fobias disociativas** que caracterizan a los supervivientes de trauma y por la falta de apoyo social (Nijenhuis, Van der Hart & Steele, 2002; Steele, Van der Hart & Nijenhuis, 2001, 2005; Van der Hart, Nijenhuis & Steele 2006).

La personalidad se divide en la Parte Aparentemente Normal de la Personalidad (PAN) y la Parte Emocional (PE) y es la fobia que la PAN tiene hacia los recuerdos traumáticos, lo que evita la resolución de esta división inicial y la re-integración de la personalidad. Esta es la fobia nuclear: la **fobia a los recuerdos traumáticos** (Janet, 1904). Por tanto uno de los primeros aspectos a trabajar en psicoterapia es reducir las fobias disociativas y el conflicto interno que mantiene la estructura disociativa.

PARTE APARENTEMENTE NORMAL DE LA PERSONALIDAD (PAN): *"Necesito seguir con mi vida y olvidar lo ocurrido"*

Está fijada en tratar de seguir adelante con su vida normal y, por tanto dirigida por los sistemas de acción asociados a la vida cotidiana (ej: exploración, cuidados, apego), a la vez que evitan los recuerdos traumáticos. Centradas en funcionar día a día, mantener relaciones con otros y trabajar.

FIGURA 1
EL ESPECTRO POSTRAUMÁTICO EN LA TEORÍA DE LA DISOCIACIÓN ESTRUCTURAL



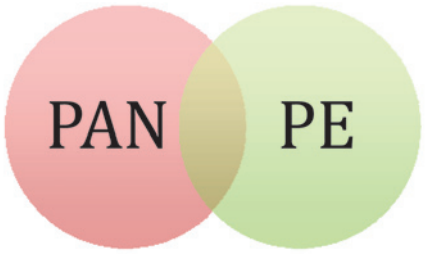
PARTE EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD (PE):*"Revivo lo que ocurrió como si estuviese ocurriendo otra vez"*

Fijada en el sistema (ej: defensa, sexualidad) o subsistemas (ej: hipervigilancia, huida, lucha) de acción que se activaron en el momento de la traumatización. Centradas en la defensa frente al peligro.

Tipos de disociación estructural

La disociación estructural define tres tipos de presentaciones en función de la complejidad del caso y de la falta de integración: Disociación estructural primaria, disociación estructural secundaria y disociación estructural terciaria.

Disociación Estructural Primaria

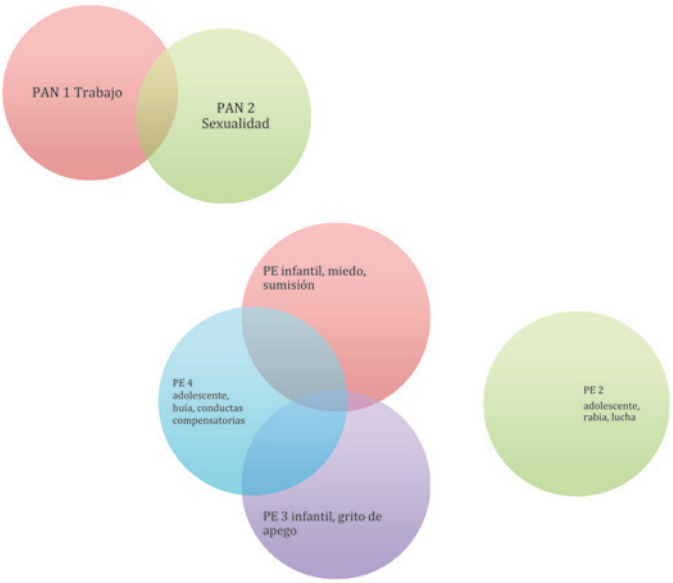


Consta de una única parte aparentemente normal de la personalidad y una única parte emocional de la personalidad. Esta división parece evolucionar la mayoría de las veces en relación a un acontecimiento traumático aislado. Caracteriza los trastornos simples de origen traumático, tales como las formas más simples de TEPT, algunos de los "trastornos de conversión" y algunos diagnósticos CIE-10 de trastornos disociativos de los movimientos y las sensaciones.

Disociación Estructural Secundaria

Cuando la traumatización es prolongada y repetida, la organización disociativa de la personalidad puede ser mucho más compleja. Algunas PE pueden estar focalizadas en estímulos específicos o partes específicas de una experiencia traumática. Otras pueden estar fijadas a unas defensas mentales que impiden tomar conciencia de los recuerdos traumáticos. La disociación estructural secundaria puede caracterizar trastornos relacionados con el trauma más complejos y crónicos, como son el TEPT complejo, los trastornos de personalidad, especialmente el límite y muchos casos de trastornos disociativos no especificados.

Disociación Estructural Terciaria



En los casos más extremos, no solo se divide la parte de la personalidad emocional en varias PE; también se divide la personalidad aparentemente normal (PAN). Esto sucede cuando la capacidad de integración que tiene el sujeto es tan baja que no puede desarrollar o mantener una PAN única. La disociación Estructural Terciaria caracteriza al Trastorno de Identidad Disociativo (TID).

La relevancia de la falta de integración en los Trastornos de la Personalidad.

La salud mental se caracteriza por la integración, que une un amplio rango de fenómenos psicológicos en una personalidad (Pierre Janet, 1889). Una personalidad bien integrada tiene una perspectiva de primera persona del self, los otros y el mundo, una capacidad integrativa y conductas adaptativas en el mundo. Incluye capacidades regulatorias y reflexivas (Van der Hart, Nijenhuis, & Steel, 2006).

Los Trastornos de la Personalidad se caracterizan por fallos en la capacidad integrativa (Mosquera y Steele, 2017). Por eso el trabajo deberá ir orientado hacia un funcionamiento más integrado en general.

Ficha 2.

La disociación estructural de la personalidad. Las fobias disociativas

El término "fobia" suele reservarse para los trastornos de ansiedad y se entiende como algo directamente relacionado con elementos externos (animales, situaciones sociales, etc.). Pero Janet (1904) describió reacciones fóbicas dirigidas hacia las experiencias internas como pensamientos, sentimientos, fantasías, etc. Los individuos crónicamente traumatizados son con frecuencia extremadamente temerosos respecto a sus contenidos mentales internos así como a elementos externos que son disparadores de sus experiencias traumáticas (Steel, Van der Hart & Nijenhuis, 2005).

La disociación estructural de la personalidad se desencadena durante los eventos traumatizantes, pero se mantiene sobre todo por una serie de fobias que caracterizan a los supervivientes de trauma y por una falta de apoyo social (Nijenhuis, Van der Hart & Steele, 2002; Steele, Van der Hart & Nijenhuis, 2001, 2005; Van der Hart, Nijenhuis & Steele 2006/2008).

Janet (1904) describió la fobia nuclear como la fobia a los recuerdos traumáticos, que consiste en la evitación de la plena toma de conciencia del trauma y de sus efectos sobre la propia vida. De esta fobia fundamental se derivan otras: la fobia al apego y a la pérdida del apego (en particular respecto al terapeuta), la fobia a las acciones mentales derivadas del trauma, la fobia a las partes disociativas, la fobia a la vida normal, la fobia a asumir riesgos saludables, y la fobia al cambio y a la intimidad (emocional y sexual).

¿POR QUÉ SON RELEVANTES ESTOS CONCEPTOS EN LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD?

En los TP con trauma complejo nos vamos a encontrar falta de integración y un gran conflicto interno. Superar de modo gradual esas fobias es esencial para un tratamiento eficaz, en particular cuando abordamos el trabajo con el trauma en la fase 2 del tratamiento orientado por fases (Nijenhuis *et al.,* 2002; Steele *et al.,* 2001, 2005; Van der Hart *et al.,* 2006/2008).

Las fobias que suelen aparecer primero son las fobias al apego (dificultades para establecer la relación terapéutica y para confiar en el terapeuta, entre otras), la fobia a las partes disociativas (miedo, rechazo, desconfianza y otras emociones disfuncionales entre partes disociativas), y la fobia a los contenidos mentales y a los contenidos relacionados con los recuerdos traumáticos. Por ejemplo, un paciente que desconfía del terapeuta y tiene un montón de problemas cuando se va estableciendo una alianza de trabajo (fobia al apego con el terapeuta) o una parte disociativa que tiene miedo de otras partes disociativas porque las ve como enemigos.

En la fase de preparación, el terapeuta ha de desarrollar una alianza terapéutica con las distintas partes disociativas del paciente, y promover alianzas de trabajo con ellos. La relación terapéutica está por lo general alterada en individuos grave- mente traumatizados. Para poder trabajar con el pasado traumático, necesitamos disminuir gradualmente los problemas con el terapeuta y las relaciones actuales. Sin reparar estas relaciones el paciente no tendrá suficiente apoyo de su entorno y del terapeuta para afrontar aspectos traumáticos como la negligencia y el abuso tempranos que sufrió.

Al principio la relación terapéutica es el aspecto que supone un mayor desafío, porque las relaciones son en general extremadamente difíciles para personas que

crecieron en entornos severamente traumatizantes y negligentes. Las fobias al apego se manifiestan de muchos modos pero en terapia se focalizarán sobre todo en la figura del terapeuta. El paciente puede ser fóbico hacia muchos procedimientos necesarios en psicoterapia: pueden evitar pensar, sentir, notar el cuerpo... Esto se relaciona con la fobia a las acciones mentales derivadas del trauma, y suele ser más evidente en las primeras etapas de la terapia.

Cuando nos aproximamos al sistema interno de partes, estará presente por lo general algún grado de conflicto entre esas partes. Para superar ese conflicto es necesario alcanzar un mínimo de estabilización y que se haya propiciado una actitud colaboradora en el sistema. Esto permite una contención segura y más tarde, el trabajo en contenidos traumáticos. Conforme nos acercamos al trauma nuclear van apareciendo fobias más profundas. Todos los aspectos relacionados con el perpetrador, y las dificultades de apego con esa figura se hacen más difíciles de asimilar para el paciente (como PAN). Algunas partes que imitan al perpetrador tienden a mostrarse después de que las partes más aceptables son evidentes. Esto tiene sentido si pensamos que para muchos pacientes es muy difícil de aceptar que algunas partes de ellos reproducen aspectos del abusador, o que sienten alguna vinculación con una figura tan dañina como esa.

Por ello, en este punto, dado que estamos muy cerca de un material muy sensible, de las memorias más difíciles de tolerar, algunas partes emocionales presentan nuevas dificultades en la relación terapéutica. El proceso de ir quitando capas está presente a distintos niveles en distintos pacientes. La secuencia que estamos describiendo no es lineal.

A continuación se describen algunas de las fobias disociativas mas frecuentes en los casos de Trastornos de la Personalidad con una base traumática:

La fobia al apego con el terapeuta

La relación paciente-terapeuta es un elemento muy importante a lo largo de todo el proceso terapéutico, pero es crucial en las etapas iniciales. Las dificultades en la relación terapéutica no son solo buenos ejemplos de dificultades interpersonales que los pacientes tienen en su vida cotidiana, sino que también son buenas pistas para el terapeuta; un modo de buscar experiencias pasadas relevantes que están contribuyendo a los problemas actuales del paciente. Por ejemplo, el paciente puede tener dificultades para abrirse y dar información personal, estando alerta ante cualquier palabra o gesto del terapeuta o analizando las intenciones de este. Estas reacciones están alimentadas por experiencias traumáticas (una consigna secreta, temas de apego, la conducta impredecible del abusador, etc.).

La fobia a los recuerdos traumáticos

Superar esta fobia es una parte central de la terapia, pero es también el aspecto más difícil. La fobia al trauma y la fobia al apego constituyen el núcleo de la disociación estructural.

El trabajo con la fobia a los recuerdos traumáticos debe ser abordado con posterioridad a la fobia a las partes disociativas y al apego con el terapeuta, aunque pueden estar presentes distintos aspectos y pueden activarse simultáneamente diferentes fobias.

El abordaje de la fobia a los recuerdos traumáticos debe planificarse cuidadosamente, teniendo en cuenta la resiliencia del paciente y su ritmo. La norma ha de ser un estilo progresivo, fraccionando el trabajo con el trauma (Forgash, 2008; Paulsen, 2007, 2009; Twombly, 2005, 2008), realizándose una aproximación progresiva a los recuerdos traumáticos.

La fobia a las acciones mentales derivadas del trauma

El paciente puede tener miedo a muchos aspectos necesarios en terapia: miedo a pensar, sentir o notar el cuerpo. Este tipo de fobias es frecuente y es más evidente en las primeras etapas de la terapia. Identificar este tipo de fobia, nos puede ayudar a entender mejor las dificultades que tendrá el paciente para hablar de su experiencia interna (sobre todo cuando el simple hecho de pensar en ello ya le aterra).

La fobia al cambio, la intimidad y la vida normal

Este tipo de fobia está más relacionada con el mundo externo. Suele aparecer más tarde en la terapia, pero es útil anticiparlo, introduciendo la idea de "cambio como renovación" desde las primeras sesiones. También puede ser útil explicar cómo, tras un cambio inicial positivo, el paciente puede sentirse presionado o sobrepasado, tendiendo a empeorar porque está habituado a su modo anterior de funcionar y relacionarse. Es importante explicar que no es de esperar que esto sea fácil porque es algo nuevo y desconocido para el paciente. Los pacientes que están habituados a

estar "orientados hacia adentro" y a gastar mucha energía en su mundo interno, pueden tener miedo de un mundo externo que perciben como peligroso. Los individuos que interaccionan con frecuencia con sus partes disociativas pueden vivir la integración como una soledad terrible. Para personas gravemente traumatizadas, las relaciones internas pueden ser sustitutivas de las relaciones con los demás porque tienen problemas con las relaciones en general.

En un programa psicoeducativo para trastorno límite (Mosquera, 2004), una de las sesiones se dedica a explicar la fobia al cambio y a la vida normal. Esto por lo general se lleva a cabo después de algunas sesiones, en las que el paciente está mejorando. La mayoría de los pacientes experimentan alivio cuando se saca el tema y reconocen sentirse presionados, asustados e incluso aterrados por su "nueva vida". La mayoría tienen dudas sobre su capacidad para funcionar bien durante periodos prolongados de tiempo y se sienten tentados a "volver a territorio conocido".

Notas:

FOCAD

Formación Continuada a Distancia

Consejo General de la Psicología de España