

Psicoterapia intensiva para procesos disociativos persistentes. El temor de sentirse real [Chefetz, R. A., 2015]

Intensive Psychotherapy for persistent dissociative processes. The fear of feeling real [Chefetz, R. A., 2015]

Carola Higuera

The International Association for Relational Psychoanalysis & Psychotherapy (IARPP).
Sociedad Forum de Psicoterapia Psicoanalítica

Reseña del libro de Chefetz, R. A. (2015) *Intensive Psychotherapy for persistent dissociative processes. The fear of feeling real*. Nueva York, Estados Unidos: Norton (462 páginas).

Richard Chefetz aborda en este libro los procesos disociativos que se vuelven persistentes tras sufrir un trauma y propone una psicoterapia intensiva cuyo objetivo es restablecer la capacidad asociativa de sus pacientes a través de generar un sentimiento de curiosidad generalizada, donde se persigue cambiar el funcionamiento de la experiencia disociativa persistente en algo observable y consciente para el paciente.

El proceso asociativo y el disociativo vincula y desvincula, respectivamente, los elementos de la experiencia en un esfuerzo por dar un sentido coherente a lo que está sucediendo (Damasio, 1999). Cuando tiene lugar una adecuada combinación de estos dos procesos mentales, se alcanza el equilibrio necesario para hacer frente a los distintos acontecimientos emocionalmente abrumadores y complicados que pueden presentarse en el transcurso de la vida de una persona.

Cuando la asociación se vuelve emocionalmente peligrosa e impide conocer la propia experiencia, es cuando el proceso disociativo se torna problemático. En una proporción adecuada esto no es negativo, ya que puede ser útil mantener el estrés a un nivel manejable simplemente cerrando los ojos asociativos cuando hay demasiado para asimilar. El inconveniente se produce cuando el proceso disociativo no se extingue y escapa al control y el conocimiento del que lo padece.

El proceso disociativo

Como se ha dicho anteriormente, la disociación no es algo patológico por sí misma, forma parte del procesamiento mental normal. Sin embargo, la disociación puede tornarse en un problema cuando se confunde “no necesito saber” con “no puedo tolerar saberlo en este momento”.

El proceso disociativo separa los elementos de la experiencia de tal manera que la persona no tiene conciencia de que faltan algunos datos de ciertas vivencias. La emoción, el comportamiento, el conocimiento y la experiencia somática se desprenden de la conciencia, el recuerdo de la experiencia desaparece en su totalidad o en parte, y la mente puede convertirse en un extraño para sí misma, teniendo la experiencia de convivir con la sensación de algo incompleto, de una vida que está alterada, y con frecuencia se acompañada un fuerte sentimiento de poca valía personal y vergüenza.

Aportes desde la teoría del apego

El autor refiere que las numerosas investigaciones sobre el apego infantil han aportado mucha información sobre el proceso disociativo tanto en niños como en adultos. Aunque es complicado entrar en la mente de un niño de un año, Chefetz considera que es difícil mirar los videos de bebés desorganizados/desorientados y no darse cuenta de que a veces parecen experimentar verdaderos momentos disociativos: se quedan petrificados, se congelan, detienen lo que están haciendo, se desorientan, se mueven por momentos como autómatas, presentan comportamientos complejos como dar una bofetada mientras buscan un abrazo, etc. Considera que esta investigación tiene importantes ramificaciones para el entendimiento teórico de la disociación.

Estos hallazgos pueden observarse en la práctica del trabajo psicodinámico en adultos que presentan procesos disociativos, algunos pacientes muestran simultánea o secuencialmente contradicciones en el trabajo de los modelos internos de apego en los términos que los describió John Bowlby (1980). El autor refiere que el terapeuta debe ser capaz de tolerar lo que es contradictorio en el comportamiento del paciente hacia el terapeuta o hacia otros, sin dejar que se escape ni interpretarlo mentalmente como un error verbal sin importancia o un error lógico e inocente.

El clínico debe ser un buen observador y un buen oyente mientras el paciente relata su experiencia. Para Chefetz uno de los factores que ayudan en la psicoterapia para la comprensión del proceso disociativo tiene que ver con mejorar la capacidad de escuchar los breves momentos de disociación cuando hay una interrupción en el flujo de pensamiento, cambios corporales, emociones y de comportamiento. Se debe prestar atención al tono de voz, las pequeñas incongruencias en el discurso, las interrupciones en la atención, la presencia de pequeñas expresiones faciales incongruentes con el contexto, etc. puesto que señala que la experiencia psicológica también se expresa a través del cuerpo.

El autor considera la teoría del apego infantil una línea de investigación sólida que amplía la comprensión de lo que sucede en la mente de un niño cuando la relación con sus padres no satisface sus necesidades y refiere que la experiencia disociativa parece estar relacionada con la falta de reconocimiento emocional del apego inseguro. Se ha encontrado que el mejor predictor de la disociación adulta es haber sido criado por unos padres emocionalmente insensibles a las necesidades de sus hijos (Lyons-Ruth, Dutra, Schuder y Bianchi, 2006).

También está de acuerdo con Bretherton (1992), el cual consideraba que Bowlby entendía que había un proceso disociativo activo al describir las estrategias defensivas que usan los bebés para eliminar la amenaza de perder la conexión con sus cuidadores.

Aportes desde la neurobiología

El autor se apoya en las investigaciones neurobiológicas recientes para explicar las distintas estructuras cerebrales involucradas en el procesamiento disociativo. La función del hipocampo se ve alterada en situaciones de estrés masivo, mientras que se activa la amígdala, lo que provoca dificultades en el procesamiento de la información o en el habla cuando se dispara. También se observa que el área de Broca pierde perfusión (el suministro de sangre disminuye drásticamente) dando lugar a una pérdida funcional del habla, una afasia similar a la que puede ocurrir en un derrame cerebral. Para las personas que han sido atacadas y/o violadas, este hallazgo ofrece una explicación de por qué algunas de ellas no pudieron hablar o protestar durante el asalto.

Hay evidencias neurobiológicas que indican que podemos tener pensamientos convincentes en nuestra mente sin saber explícitamente su procedencia. Del mismo modo, podemos tener pensamientos conflictivos en la mente sin tener ninguna ansiedad al respecto. Esto no es realmente extraño si se considera la naturaleza modular de las regiones cerebrales que deben coordinar y unir las percepciones para hacer una experiencia asociativamente coherente. La sobreactivación de algunas áreas cerebrales puede inhibir el buen funcionamiento de otras alterándose el procesamiento mental adecuado, lo que impide el manejo de la información de una manera integrada y coherente.

Reinders et al. (2003) realizaron escaneos cerebrales a personas que mostraban cambios de identidad en un esfuerzo por discernir qué sustrato neurológico (si es que había alguno) operaba en la alteración entre los distintos estados del *self*. Observaron que los patrones de activación para cada uno de los estados del *self* del trastorno de identidad disociativo activaban áreas cerebrales muy dispares (tanto del hemisferio izquierdo como del derecho). La experiencia del cerebro dividido no es un modelo para los trastornos disociativos, pero el autor considera que nos enseña acerca de algunas de las funciones de la memoria implícita y la disociación. Las exploraciones cerebrales en personas anatómicamente intactas con trastornos disociativos muestran que puede haber diferentes tipos de activación neural en diferentes estados del *self*.

En la actualidad se acepta que hay una división de la función cerebral, donde el cerebro izquierdo tiene que ver con el procesamiento de lo lógico, matemático, lingüístico, lineal, espacio-tiempo versus el procesamiento del cerebro derecho, que tiene que ver con lo afectivo, sensorial, rítmico y operaciones no lineales. Es una abreviación útil (una simplificación significativa) podríamos pensar en las operaciones del cerebro izquierdo como “pensamiento” y las operaciones del cerebro derecho como “sentimiento”.

Como ya se ha indicado previamente, nuestras mentes permanecen en equilibrio entre los procesos asociativos y disociativos generando un significado coherente de la experiencia. La transferencia de información entre el hemisferio derecho e izquierdo ayuda a ordenar los detalles de la experiencia para resaltar y crear enlaces simbólicos y subsimbólicos que se mueven complejamente desde lo categorizado a través de lo simbólico y, finalmente, se traducen en el ámbito simbólico del lenguaje hablado (Keinänen, 2006). El autor resalta que el lenguaje hablado (no el escrito) involucra los procesos del cerebro izquierdo y derecho de una manera convincente. Los elementos de la experiencia del cerebro izquierdo y derecho están entrelazados en una narrativa coherente por la capacidad del cerebro izquierdo de interpretar lo que genera la emocionalidad que el cerebro derecho no puede nombrar. La capacidad del cerebro derecho para interpretar la naturaleza de la

emoción sentida es limitada, su función es detectar la intensidad y conocer los guiones de comportamiento adecuados a esa intensidad; pero no puede nombrar el sentimiento (Bermond, Vorst y Moorman, 2006).

Chefetz considera de utilidad comprender que, cuando la persona sufre una situación que le desborda emocionalmente, la comunicación entre los dos hemisferios puede verse seriamente alterada de manera momentánea o crónica, dando como resultado que el procesamiento de la información del cerebro izquierdo y el derecho lleguen a conclusiones diferentes sobre el significado de la experiencia, y sobre la acción requerida para resolver la situación. La persona puede sentirse en peligro en situaciones no amenazantes (como ocurre en los ataques de pánico) o puede quedarse sin palabras cuando los circuitos emocionales están sobrecargados.

El énfasis reciente en los estudios sobre trauma se ha centrado en dos áreas principales relacionadas con la función cerebral derecha: la falla de la corteza prefrontal medial para inhibir los centros de emergencia emocional en la amígdala y el umbral más bajo para la liberación de adrenalina para restablecer la actividad autonómica después de la hiperactividad del trauma (Schore y Schore, 2008). Cuando una persona ha sido expuesta a eventos traumáticos puede posteriormente reexperimentar la vivencia de volver a estar a punto de ser atacada de nuevo, es como si no pudiera razonar para salir de esa expectativa y sentirse a salvo.

Las estrategias de evitación del funcionamiento cerebral izquierdo incluyen, la negación, la racionalización, la preocupación obsesiva, la ritualización o mantenerse ocupado como vía para poder ignorar las pistas de lo emocionalmente cargado (aislamiento del afecto). El autor señala que los pacientes que dependen en gran medida de estas estrategias pueden tener la necesidad de evitar situaciones cargadas emocionalmente y sentirse inundados si estas distracciones utilizadas por el cerebro izquierdo se detienen repentinamente.

La sobreactivación de un hemisferio en comparación con el otro puede interferir con la interpretación de la experiencia y conducir a la incapacidad de asimilar los elementos cognitivo-interpretativos y emocionales-experienciales del cerebro izquierdo y derecho, lo que conduce a una disociación de la experiencia intensa. Aquí Chefetz propone una explicación distinta a la represión clásica: nada necesita ser reprimido para permanecer fuera de la conciencia; simplemente los distintos elementos de la experiencia nunca llegan a integrarse de manera coherente a través de la asociación, éste sería el proceso disociativo propiamente dicho.

El autor propone que, durante el tratamiento a través de un vínculo seguro, el cerebro izquierdo del paciente podría entrar en sintonía con la vitalidad emocional del terapeuta y emularla en su propio procesamiento de la emoción. A través de una atención detallada a los límites interpersonales por parte del terapeuta, el manejo de la información llevado a cabo por el procesamiento cerebral derecho del paciente adquiere la confianza de que no será atacado emocionalmente, y en el caso en el que la persona se sienta amenazada, sabe que puede utilizar el lenguaje hablado para detener la acción del terapeuta. Se resalta la importancia de la función del clínico para proporcionar una contención afectiva que solucione la activación autonómica, ayudar a la construcción de nuevas narrativas que nombren los procesos del cerebro izquierdo y derecho para interpretar de manera coherente la experiencia, asignar valencias afectivas y ajustar la experiencia recién comprendida en una narrativa autobiográfica en constante expansión.

Aportes desde el psicoanálisis

El autor refiere que Fairbairn (1952) se interesó por el estudio comparativo de la disociación y la represión. En su tesis doctoral argumentó que la represión era un caso especial de disociación, siendo la disociación de contenido mental desagradable. Aunque no abordó el tema directamente en posteriores escritos, lamentaba la falta de estudio analítico sobre la disociación, concepto que consideraba crucial para el estudio de la multiplicidad de interacciones internalizadas yo-objeto que caracterizan su teoría endopsíquica.

Así mismo, hace referencia a que Winnicott y Guntrip también prestaron atención a la importancia del proceso disociativo cuando propusieron las descripciones del verdadero y falso *self* (Winnicott, 1958) y fenómenos esquizoides (Guntrip, 1969). Aunque Chefetz considera que ninguno de los dos fue consciente de hasta qué punto estos procesos disociativos influyeron en las producciones de sus pacientes.

Cuando el falso *self* se organiza en un individuo que tiene un alto potencial intelectual, existe una fuerte tendencia a que este falso *self* se ubique en un lugar principal en la mente del paciente y, en este caso, se desarrolla una disociación entre la actividad intelectual y la existencia psicósomática. Chefetz utiliza las propias palabras de Winnicott en su explicación:

Cuando se ha producido esta doble anomalía, (i) el Falso *Self* se organiza para ocultar al Verdadero *Self*, y (ii) un intento por parte del individuo para resolver el problema personal mediante el uso de un intelecto fino, resultando en un cuadro clínico peculiar en tanto que engaña muy fácilmente. El mundo puede observar el éxito académico, y puede ser difícil creer en la angustia real del individuo en cuestión, que se siente falso a medida que más éxito tiene. (Winnicott, 1965, p.144).

El autor también hace referencia a una escena de Guntrip donde considera que este describe de manera muy adecuada el proceso disociativo. Sin embargo, aunque está de acuerdo con muchas de sus intervenciones clínicas, considera que pierde oportunidades a la hora de explorar la experiencia subjetiva del paciente, designándolas como fantasías. Analiza una viñeta clínica que tiene lugar cuando un paciente, con un paisaje interno activo y estados del *self* aislados, luchaba con su yo deprimido de la infancia al terminar una sesión con Guntrip.

“Justo antes de partir, me he sentido aprensivo, como si pudiera estallar en lágrimas. Una reacción que supongo que tiene que ver con venir aquí”. Cuando le pregunté por qué debería sentirse deprimido al venir a verme, responde “Veo una imagen de un niño pequeño encerrado solo en una habitación, callado, llorando. Si uno estuviera en una casa donde hubiera un niño así, dependería de lo interesado que estuviera uno. A veces me doy cuenta de él y otras veces cuando estoy muy ocupado, lo olvido”. Le dije, “Tu fantasía es que tú, como adulto, estás trabajando en una habitación y quieres olvidar y callar al niño que está encerrado en la otra habitación llorando, ¿es eso?”. Él respondió “Lo obvio es ir al niño y descubrir por qué llora y consolarlo ¿por qué no hice eso al principio? Eso me afecta mucho”. (Guntrip 1969, p.192).

Chefetz considera que la clarificación de Guntrip sobre que quería olvidarse del niño pequeño, desvía al paciente de la posible experiencia activa de interactuar con ese niño, como si estuviera con él. Este tipo de experiencia metafórica de “estar con” genera un

contexto en el que se va más allá de escuchar las palabras del paciente como una fantasía, y genera un espacio donde se pueda desplegar una interacción con ese niño y proporcionar una experiencia subjetivamente viva.

Más adelante, Guntrip explora lo que él consideraba una fantasía y le pregunta al paciente por qué había encerrado al niño en otra habitación. Para nuestro autor esta es una intervención brillante, un gran salto hacia el mundo interior del paciente. Este responde en ese contexto emocionalmente vivo: “Es una molestia. No puedes continuar con tu trabajo con un niño al lado llorando”. Pero Cheffetz considera que aquí se pierde una oportunidad clínica significativa cuando Guntrip vuelve a considerar que este paciente tiene una fantasía, en lugar de proponerle al paciente que describa la escena que está viendo y experimentando en su propia mente, una especie de espacio transicional vivo, lleno de experiencias sensoriales. Considera que sería más adecuado propiciar que el paciente interactuara con ese niño pequeño en este espacio, una especie de simulación que no debería cuestionarse.

La viñeta continúa con el paciente avanzando y retrocediendo en su lenguaje, como si la débil distinción entre lo interno y lo externo se perdiera temporalmente: “Veo una imagen... cuando estoy muy ocupado, la olvido... la cosa más obvia es ir hacia el niño... ¿por qué no lo hice desde el principio?” El autor propone que Guntrip podía haber tenido una intervención del tipo:

Sé que no quisiste ir a consolar al niño, o averiguar por qué lloraba antes ¿cómo crees que sería hacerlo ahora? ¿Puedes verlo? ¿Lo buscas? Está bien, ¿podrías acercarte a él para que te vea acercarte con cuidado? ¿Qué le preocupa? (Cheffetz, 2015, p. 75).

Cheffetz considera que este tipo de intervenciones permiten al terapeuta unirse al espacio interno de transición vivido por el paciente en su fantasía sensorial activa y responder a la curiosidad del paciente sobre cómo deberían haber sido las cosas. El terapeuta jugaría con esa realidad, no la analizaría ni la criticaría. Piensa que sería un error definirlo como psicótico, ya que se trataría de un espacio vivo de transición en el que el paciente disociativo a veces se encuentra inmerso y en el que el paciente pudo haberse refugiado cuando la realidad era demasiado difícil de soportar. La exploración de este espacio -los pensamientos, los sentimientos y sensaciones – puede ser transformadora. El autor propone que los clínicos pueden trabajar creativamente con diferentes estados del self en espacios de transición y guiar la exploración de sus pacientes. Para él, el hecho de hablar con y acerca de los diferentes estados del self construye puentes y une estados. No cosifica la experiencia del paciente y empeora la situación, sino todo lo contrario, ayuda a tener una experiencia más integrada.

Aportes desde la psiquiatría

El autor llama la atención sobre cómo algunos trastornos psiquiátricos se asemejan o se superponen con los procesos disociativos y las formaciones de los estados del *self*, pudiendo llevar a errores diagnósticos. Dos ejemplos claros de confusión de experiencias subjetivas, relacionadas con la disociación y la creación de desventuras diagnósticas, ocurren en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y la versión de ciclo rápido del trastorno bipolar.

Informa de que, en el caso del TDAH, el trastorno de estrés postraumático (TEPT) rara vez parece incluirse en el diagnóstico diferencial de los niños con este y otros trastornos emocionales. Hace referencia a que en una reciente revisión se observó que no aparece ninguna referencia teórica que haga alusión a la palabra trauma, ni a la disociación, cuando se expone la fuerte asociación existente entre el TDAH infantil y el trastorno bipolar adulto (Duffy 2012). También que en artículos recientes se muestra una importante superposición entre los diagnósticos de TEPT y TDAH en pacientes traumatizados (Szymanski, Sapanski, y Conway, 2011). Se suma al llamamiento de estos autores para que se tenga en cuenta el hallazgo de los altos niveles de comorbilidad de estos trastornos. Chefetz agrega que, al considerar la comorbilidad con el TEPT, los clínicos deberían estar automáticamente preparados para pensar también en el proceso disociativo. Considera que existe un riesgo elevado de TEPT no diagnosticado en pacientes con TDAH. Y puesto que el TEPT es altamente comórbido con los trastornos disociativos, puede existir un insuficiente reconocimiento, en la teoría, de los trastornos relacionados con el proceso disociativo que son comórbidos con el TDAH. Por ello recomienda que sería una práctica prudente evaluar siempre que se esté ante un caso de TDAH en la consulta, la presencia de TEPT y los procesos disociativos.

El trastorno bipolar de ciclo rápido implica más de cuatro ciclos en un año determinado (American Psychiatric Association, 2000). El concepto de ciclaje rápido se ha ampliado para incluir cambios mucho más rápidos en el estado de ánimo, denominándolos ciclos *ultradianos*, que son aquellos donde se presentan cambios de estado de ánimo y actividad en periodos de 24-48 horas. En las diversas investigaciones no se aborda la naturaleza de la similitud o las diferencias entre el proceso de cambio que produce cuatro ciclos en un año o un ciclo dentro del periodo de 24-48 horas, lo que en opinión del autor se trata de una grave omisión. Considera que estos hallazgos pueden apuntar hacia un problema conceptual de la teoría basada en el constructo neurobiológico, donde ahora parece estar implícito que existen supuestos cambios en la química cerebral que causan ciclos rápidos en un día o dos horas, pudiendo confundirse la presencia del procesamiento disociativo con cambios de fases del trastorno bipolar.

Hace referencia a un pequeño estudio clínico sobre las características clínicas del trastorno bipolar en niños (Danielyan, Pathak, Kowatch, Arszman y Johns, 2007). En este se observó que siendo tratados con antipsicóticos y estabilizadores del estado de ánimo para la irritabilidad y la agresividad, se encontraron tasas muy altas tanto de remisión como de recaída. Estos resultados indican que estos tratamientos parecen no haber sido efectivos y cuestionan la validez diagnóstica del constructo del trastorno bipolar en este grupo de edad. También menciona otros estudios que muestran que existe una comorbilidad documentable entre el trastorno bipolar adulto y el TEPT (Freeman, Freeman y McElroy, 2002).

Chefetz considera que estos dos ejemplos son suficientes para señalar que vale la pena considerar la psicología del estado del *self* y la experiencia disociativa al realizar una evaluación psiquiátrica.

Aportes desde la emoción

El estudio de la emoción es fundamental para el tratamiento de los trastornos disociativos. Ninguna otra dimensión de la experiencia es un organizador mental tan poderoso como lo es la emoción.

Hay una íntima relación entre la emoción y el cuerpo, mediatizada por los procesos neuronales (Damasio, 1999). Los procesos disociativos interrumpen la interacción entre la mente, el cuerpo y las estructuras neuronales que median y predicen parte de nuestras respuestas emocionales. Chefetz considera que es necesario entender qué es lo que sucede, para poder centrar la atención clínica en cómo facilitar una experiencia de curación lo más completa posible para nuestros pacientes.

El autor explica que las emociones activan el comportamiento, y estos guiones de comportamiento a su vez proporcionan información significativa sobre los acontecimientos experimentados por el paciente. El desarrollo emocional de una persona está influenciado por las capacidades neurológicas heredadas, los estilos de apego y las circunstancias socioambientales que predicen tanto lo que el niño aprenderá y entenderá como sus propias respuestas emocionales al mundo que les rodea. Así mismo, considera algo negativo que, a medida que nos convertimos en adultos, no se produzca una revisión de nuestra propia experiencia infantil, ya que conforme vamos madurando se posee un mayor grado de precisión en la percepción y memoria, lo que podría llevar a reformular el significado de nuestra experiencia pasada y las respuestas emocionales asociadas. Señala la importancia de tener en cuenta que, muchas de las experiencias acontecidas en la infancia pueden haber generado juicios o percepciones erróneas elaboradas por el niño o niña pequeña en ese momento, y éstas quedan fijadas en su biblioteca de experiencias interpretativas con las que se desenvuelven en su vida posterior.

Damasio (1999) propone la hipótesis del marcador somático (la información corporal, experiencia visceral inconsciente, se transforma en sentimientos que guían la acción), la cual encaja perfectamente con las observaciones clínicas que propone el autor. Cuando una persona experimenta algún tipo de conmoción corporal, a la que a menudo se refiere en sesión como una sensación en la barriga, puede que con el tiempo y el trabajo terapéutico se pueda especificar y reconocer que se está triste, enfadado, nervioso, etc. Considera importante entender que las salidas sensoriales corporales interactúan con las bibliotecas cerebrales de la experiencia pasada y los patrones subcorticales de activación, para producir la conciencia de una sensación a la que llamamos sentimiento. Y que todos estos componentes se comunican constantemente en un modo de ida y vuelta, que vamos perfeccionando a través de nuestra experiencia.

Para Chefetz, la mente es un concepto más inclusivo que las limitaciones físicas de un sistema nervioso central, es decir, un cerebro. Refiere que el cuerpo no ha sido tenido en cuenta en muchos tratamientos fallidos donde ir más allá de las palabras parece imposible, por lo que en su opinión el hecho de agregar una perspectiva somática al pensar en temas disociativos cambia el panorama de un tratamiento para mejorarlo.

Uno de los beneficios de trabajar con la experiencia somática como puerta de entrada al contenido emocional en la mente de una persona es lo que el autor considera una ratificación psicoterapéutica. Cuando se realizan conexiones emocionales e intelectuales a nivel visceral en psicoterapia, se puede ratificar el valor del proceso y establecer una alianza terapéutica más rápidamente. Saber que el cuerpo es parte de la mente es la esencia de este enfoque propuesto.

Chefetz enfatiza la necesidad de generar un entorno clínico lo suficientemente seguro en el que tanto paciente como terapeuta puedan sentir, pero no tan seguro como para evitar cualquier angustia segura. Señala que el clínico no debe temer verse conectado con sus propias emociones intensas, ya que puede suponer una oportunidad de gran valor

terapéutico para enseñar al paciente a controlarlas y elaborarlas. También advierte que en el manejo de patologías disociativas pueden aparecer reacciones negativas por parte del paciente hacia el terapeuta, como un comportamiento desafiante o violento; en estos casos recomienda que el clínico nombre este tipo de comportamientos y ponga límites adecuados, ya que la falta de receptividad emocional puede provocar que el paciente intensifique este tipo de conductas como una forma de hacer que el terapeuta reconozca la presencia del paciente y sus sentimientos.

Considera que lo central del tratamiento es el crecimiento que experimentan ambos participantes de la relación terapéutica cuando consiguen generar una confianza mutua donde se permiten identificar, experimentar, tolerar y compartir sus propios sentimientos dolorosos. Refiere no poder aportar pruebas, pero su intuición es que el mensaje a sus pacientes acerca de su propia fuerza para poder tolerar y hacer frente a las experiencias traumáticas vividas, es un factor determinante para mantenerlos fuera del hospital.

Aportaciones de los distintos modelos teóricos

Teoría de los estados del *self*

La presencia de diversos estados del *self* es algo normal, cuando están vinculados entre sí y se puede pasar libremente de estado a estado existiendo un relativo sentido de cohesión del yo y del mundo. Cuando una mente está asustada y se activa el procesamiento disociativo, se crean grandes brechas, espacios que requieren que tanto el terapeuta como el paciente se detengan en ellos y los observen (Bromberg, 1996). El paciente debe comprender su necesidad de ir saltando de un estado del *self* aislado a otro a medida que el contexto va cambiando. El objetivo es apreciar cómo es tener la experiencia subjetiva de diferentes formas de ser (es decir, estados del *self* alternativos), algunos de los cuales la persona puede experimentar que escapan a su control.

Se podría pensar que delimitar los distintos estados del *self* podría ir en contra de la integración de las funciones del estado del *self* que se propone el tratamiento de estas patologías. ¿Identificar las diferencias no aumentaría el sentido de separación entre los estados del *self*? Aquí el autor nos responde que en realidad sucede justo lo contrario, se da cierta paradoja. La compartimentalización de los estados del *self* se erosiona a medida que aumenta la familiaridad con el contenido de los compartimentos individuales. Cuando el terapeuta establece conexiones entre los estados del *self* y la experiencia de sus componentes (pensamientos, sentimientos, sensaciones, comportamientos) en voz alta, y el paciente participa aportando información detallada sobre su significado y su experiencia, se genera la asociación de la experiencia disociada previamente.

Una vez que el clínico identifica varios estados del *self* relacionados con un área disfuncional, comienza una especie de “terapia grupal de enlace” donde el terapeuta recuerda abiertamente las posiciones y actitudes de los diferentes estados que contienen puntos de vista conflictivos. La intención aquí es señalar un conflicto con el fin de poder resolverlo.

Teoría de la mentalización

La teoría de la mentalización realiza una gran aportación al explicar cómo se logra una conciencia de los estados mentales en los demás (Fonagy y Target, 1996). Desde este

marco teórico, la equivalencia psíquica, los pensamientos simulados y teleológicos son esenciales en la construcción y el mantenimiento de los espacios de transición característicos del trastorno disociativo. Explica cómo puede tener lugar una experiencia interna que se siente y se vive, pero que puede no estar acompañada del desafío lógico de “eso que sientes en tu mente, no es real, es solo un tipo de estado mental”.

Otras dos perspectivas relacionadas con los estudios de mentalización importantes, según el autor, para comprender el impacto de los procesos disociativos en el espacio interno de transición y en las relaciones reales son: la marcación y el concepto del *self* alien.

La marcación afectiva ocurre cuando la respuesta de los padres a un niño que juega es un reflejo de lo que es emocionalmente real en el niño; incluye señales de comportamiento en el padre o la madre, como una mínima exageración, que le permite al niño saber que el adulto reconoce que el niño está jugando (por ejemplo, que tiene superpoderes). El niño no asusta a los padres y los padres están de acuerdo (pero no del todo) con el juego de fantasía (Fonagy, Gergely, Jurist y Target, 2003). La capacidad del niño para discriminar entre las acciones racionales y no racionales de los padres, la precisión emocional, permite que el niño reconozca la respuesta de los padres como *casi* una coincidencia con la fantasía del niño. Esta capacidad del niño ha sido demostrada desde los nueve meses de edad (Gergely, Nadasdy, Csibra y Biro, 1995).

En cuanto al *self* alien, un padre puede reprochar de forma juguetona al niño que dice tener superpoderes: “Si ya veo lo que dices y eres capaz de hacer, pero ya es hora de irse a la cama”. Los padres que golpean a un niño por afirmar su superpoder o quienes lo ridiculizan por ello, generan una atribución falsa de un estado mental poderoso y aterrador en el niño. Éste llega a creer que dentro de él hay una peligrosidad que se siente alien (extraña). Este *self* alien es lo que Fonagy (2000) identifica como el núcleo del trastorno límite de personalidad, “hay algo terriblemente malo en mí”.

Para Chefetz cada una de las teorías descritas es útil a la hora de comprender la presentación clínica de las personas que tienen una mente guiada por un proceso disociativo persistente. Considera que la combinación de estas perspectivas teóricas proporciona una poderosa colección de estrategias que podemos utilizar en el contexto terapéutico para sostener y contener el trabajo con este tipo de pacientes.

Tratamiento de los trastornos disociativos de la personalidad

El autor señala que el tratamiento debe ir orientado a involucrar al paciente en una explicación detallada de su propia experiencia, incluyendo casi cualquier cosa que le afecte, prestando especial interés a la presencia de discontinuidades en la atención, cambios repentinos en el estado del *self*, lagunas en la memoria para los eventos cotidianos y la relativa capacidad o incapacidad para organizar sus comentarios y pensamientos.

Refiere que los pacientes con procesos disociativos desconocidos pero activos suelen mostrarse desconcertados ante sus propios comportamientos e incapacidad para ser constantes con quiénes son y cómo creen que son. Pueden verbalizar experiencias de un espacio de tiempo del que no han tenido conciencia, sentimientos de desapego de su yo físico (despersonalización) o del mundo (desrealización), y presentar conductas autolesivas que incluyen actos como cortarse o quemarse, así como también infra o

sobreingesta de alimentos. También pueden manifestar adicciones de abuso de sustancias y alcohol o conductas sexuales compulsivas.

El autor trabaja con un modelo de la mente que considera que todas las mentes están compuestas por un conglomerado de estados del *self*. Estos estados del *self* tienden a tener un contenido emocional central, coordenadas de comportamiento, visión del mundo y diversos grados de personificación, pero no todos tienen la misma importancia, algunos son relativamente dominantes y pueden incluir ampliamente la experiencia personal y con frecuencia ocupar el rol principal del *self*.

Prefiere utilizar con el paciente la idea de explorar las “diferentes formas de ser tú” durante las sesiones. Considera que esta frase reconoce las diferencias existentes dentro de una persona, mientras que el contexto sigue siendo un “tú” integrador, siendo más fácil de asimilar que otras terminologías también usadas por otros modelos, como tener personalidades múltiples o alternar distintos estados del *self*, que pueden inducir a pensamientos de ser arrebatados por un estado intrusivo.

En la exploración del proceso disociativo, el clínico debe mostrar interés por las cualidades de los estados del *self* en la experiencia del paciente, observar cómo pueden entrar en conflicto los diferentes estados del *self* y cuestionarse el motivo de la ausencia de este cuando debería estar presente. El objetivo es conocer qué resuelve la tensión entre los distintos estados y cuáles son las perspectivas y motivaciones de cada uno de los estados del *self*.

Chefetz propone una psicoterapia exploratoria con el objetivo de cambiar el funcionamiento de la experiencia disociativa persistente a algo observable y consciente. Desde esta perspectiva se combinan las dimensiones emocionales, transferenciales, esquemas cognitivos y guiones de comportamiento. Al mismo tiempo, se observa en qué medida estas experiencias se organizan y agrupan en patrones relativamente duraderos que se mantienen claramente separados y parecen no comunicarse con el resto, lo que impide la integración y da lugar a un sentido del *self* intermitentemente coherente.

El tratamiento que propone estaría orientado por fases, donde las primeras están dirigidas a la estabilización del paciente, seguidas de un trabajo con la memoria traumática, para una posterior integración y rehabilitación. El autor considera que es importante trabajar primero la estabilización de la persona antes de iniciar cualquier tipo de intervención orientada al trabajo del trauma, ya que si no el paciente puede sentirse desbordado e incapaz de manejar sus emociones, lo que tendría un efecto iatrogénico.

En el periodo inicial, la responsabilidad de aumentar la curiosidad sobre las disociaciones recae sobre el terapeuta, siendo crucial para el tratamiento el aumento de la conciencia para la experiencia subjetiva del proceso disociativo. La participación y las peculiaridades de cada estado del *self* tienden a sostener creencias centrales relativamente distorsionadas, y suponen un obstáculo para desarrollar un sentido coherente del yo y del mundo. La coherencia generada por el proceso disociativo persistente distorsiona la experiencia y crea la ilusión de un mundo interno y externo seguro al precio de falsear la realidad.

Explica que para un paciente con estados del *self* aislados puede ser difícil contestar de manera adecuada a una pregunta del tipo: “¿Cómo estás?”, debido a que puede generar una avalancha de respuestas internas demasiado complejas para ordenar y expresarlas.

Para el autor la experiencia disociativa a menudo comienza en la infancia y, por tanto, entra en la conciencia sin la capacidad intelectual o el conocimiento adulto para monitorearla, lo que tiene consecuencias devastadoras que pueden ser invisibles para una persona externa. El terapeuta tiene que estar atento a las posibles manifestaciones (con frecuencia momentáneas) que pueden informar de que el paciente está experimentando un desbordamiento emocional, para ayudarlo a identificarlo, desactivarlo y poder restablecer el equilibrio óptimo que permita un adecuado procesamiento de la información.

Las manifestaciones disociativas producen la experiencia o el sentimiento de ser poseído por un centro de agencia ajeno a la propia voluntad o por la presencia de un sentido adictivo del yo (Way, 2006). La persona puede insistir en que es una persona diferente, con un nombre diferente, a veces una historia de vida diferente, y puede usar creencias pseudoalucinatorias y no experimentar ninguna curiosidad sobre cómo, de alguna manera, sabe todo acerca de esa otra persona con la que cree no tener ninguna relación: “Esa no soy yo”. Algunas personas experimentan estos cambios en su subjetividad de una manera perfecta y no se dan cuenta de la falta de conexión con el resto de su ser. Otras en cambio, sí que notan los cambios, y el desafío clínico en este caso es hacer que los cambios en la subjetividad formen parte de la investigación psicoanalítica (Chefetz y Bromberg, 2004).

El autor recomienda el uso de varios instrumentos diagnósticos que pueden resultar beneficiosos en las primeras entrevistas de evaluación, como la escala de Experiencia Disociativa (DES-II) de Bernstein y Putnam (1986) y los criterios principales de la entrevista clínica estructurada para los trastornos disociativos del DSM IV (DSM-IV-TR, 2000).

Enfatiza la necesidad de utilizar un lenguaje que favorezca la descripción de los acontecimientos experimentados en detalle. Si una persona es relativamente alexitímica (incapaz de describir emociones), es útil descubrir ese hecho al principio del tratamiento. Hay que saber si esta incapacidad es generalizada en el paciente o, por el contrario, solo se relaciona con un estado del *self* específico. El autor hace referencia a que cuando hay un proceso disociativo activo y persistente, casi siempre hay dificultad para procesar la emoción, conocer el sentimiento y dominar la llamada a la acción, acompañado de un sentimiento de enfado o vergüenza.

Chefetz describe que en su experiencia clínica ha observado con bastante frecuencia personas que presentaban experiencias de despersonalización, pero no es habitual que los pacientes las describan de la manera clásica “como fuera del cuerpo”. Encuentra que tiene mucho más éxito en descubrir el alcance de la experiencia de despersonalización si en lugar de preguntar “¿Has tenido alguna vez la experiencia de no estar conectado de alguna manera, o no estar presente en tu cuerpo?”, es menos específico acerca de lo que está preguntando, y utiliza intervenciones del tipo: “Algunas personas tienen la experiencia de sentir su cuerpo como si fuera una especie de maleta en lugar de un lugar donde se sienten vivos. ¿Alguna vez has tenido una experiencia como esa, similar o que sea difícil de describir?”. También considera que es prudente que un clínico busque trastornos que puedan aparecer no con agitación, sino con aplanamiento emocional.

Es importante saber que la despersonalización implica la disociación de las percepciones y produce alteraciones de la experiencia subjetiva. La capacidad de sentir un sentimiento disminuye notablemente cuando se reducen o se desconectan casi por completo los modos

de experimentación somatosensoriales. De hecho, la activación autónoma se ve atenuada en la despersonalización, al igual que el procesamiento sensorial del esquema corporal (Stein y Simeon, 2009). Las personas con despersonalización tienen menos probabilidades de responder conscientemente a la intensidad emocional y más probabilidades de responder inconscientemente para evitar que la emoción emerja en la conciencia, por lo que el autor considera que el abordaje de la despersonalización debe centrarse en las cualidades emocionales de la experiencia, en lo que está presente y lo que falta.

Advierte que, si se aborda la despersonalización solo con una pregunta, puede suceder que no sea descubierta, por lo que Chefetz trabaja preguntando sobre la despersonalización refiriéndose a distintos elementos de la experiencia y luego continúa de manera similar con las preguntas sobre la desrealización. Recomienda el uso de la Escala de Despersonalización de Cambridge (Sierra y Berrios, 2000) como una fuente útil adicional para explorar con los pacientes sobre este tipo de experiencias.

La discontinuidad de la experiencia es lo que un terapeuta percibirá cuando se encuentra ante un proceso disociativo activo. Detectar estas interrupciones en el flujo de la conciencia no es fácil para el clínico poco especializado. Estas discontinuidades pueden indicar la ausencia en un paciente de ciertas habilidades, la repentina incapacidad de recordar cierta información o pueden deberse a experiencias de alta intensidad emocional que ocurren sin un contexto aparente. La ausencia de continuidad crea la experiencia de pérdida de coherencia mental. El autor considera que, cuando se puede tolerar notar la discontinuidad de la experiencia subjetiva y surge una curiosidad adecuada, es cuando se pueden buscar los motivos que la provocan.

Chefetz, a través de la presentación exhaustiva de casos, expone su manera de abordar las experiencias disociativas y cómo trabaja con los pacientes, a la vez que aborda ciertos términos teóricos que ayudan a la comprensión de lo que ocurre durante el tratamiento y que son de gran utilidad clínica.

Saber actuado y repetición

En psicoterapia, tanto el saber actuado como la repetición de interacciones pasadas están basados en el mismo tipo de saber implícito, procedimental, que se utiliza y acumula a lo largo de toda una vida.

La repetición distrae a la memoria, como propuso Freud (1920), y moviliza hacia la curación y su finalización, como indicó Horowitz (1986). En esta intersección, el autor entiende que lo que subyace a la repetición es una paradoja: hay una necesidad desesperada de sentir sentimientos insoportables, pero con cada aproximación a lo insoportable, se desencadena simultáneamente una interrupción disociativa de la experiencia. La compulsión a la repetición se mantiene mediante procesos disociativos (Loewenstein, 1991) que incluyen el aislamiento, la exclusión, los cambios en el estado del *self*, etc., que socavan los sentimientos intolerablemente dolorosos al activar el escape automático e inconsciente de lo insoportable, y luego repite la vergüenza y la humillación de las viejas heridas en los nuevos esfuerzos fallidos por sanar.

Para Chefetz el problema de la repetición del trauma tiene que ver menos con una compulsión a la repetición de lo que está sin resolver y más con la necesidad de dar sentido a los elementos dispares de la experiencia utilizando el único medio disponible

cuando el pensamiento y el sentimiento están bloqueados por el proceso disociativo: la acción. Dentro de la acción, incluye al conocimiento activo como el tipo más elaborado de actuación terapéutica. Considera que los elementos disociados permanecen unidos entre sí incluso en su condición alterada, influyendo en el comportamiento. Sostiene que, cuando la creación de significado se ve privada de los canales de conocimiento explícito de una sensación emocionalmente viva, la acción permanece como un medio de comunicación. En otras palabras, lo que solo sabemos implícitamente está condenado a ser contado principalmente con acciones hasta que pueda hacerse explícito y coherente.

Tanto la repetición como el saber actuado buscan la coherencia a través de un modo de expresión que finalmente, lógica y emocionalmente, dé sentido a lo que era incoherente, insoportable e indescriptible. A menudo esta acción, es un intento rudimentario de saber haciendo. Pero a raíz del trauma, esto puede llevar a comportamientos a menudo repetitivos, sin hacer los enlaces cruciales para el conocimiento autobiográfico.

Miedo versus ansiedad

El autor considera importante aclarar la diferencia entre la ansiedad y el miedo para comprender mejor los fenómenos afectivos que se encuentran en los trastornos disociativos. Esta distinción es clínicamente útil, ya que expone que durante los estados de ansiedad los pensamientos de preocupación son la norma, el contenido verbal es abundante y accesible a través de los modos lingüísticos de interacción. Mientras que, por el contrario, durante un estado de miedo no se puede pensar con claridad, el procesamiento de la información se ve alterado y se interrumpe el discurso de la persona. El miedo hace que sea más difícil expresar pensamientos con palabras: algunos recuerdos traumáticos pueden tener coordenadas visuales, pero no un guion verbal. Las asociaciones verbales del paciente de un recuerdo que le provoca miedo pueden ser limitadas, por lo que propone centrarse más en la exploración de representaciones visuales y somáticas, pudiendo ser abordadas de manera más efectiva a través de medios no verbales, por ejemplo, utilizando estrategias como la atención somática, la hipnosis o el EMDR.

La experiencia de entrar en trance y sentir la relajación en el cuerpo es tranquilizadora y supone un refuerzo positivo cada vez que se realiza. Es una forma poderosa de generar confianza al paciente en sí mismo y dar un sentimiento de eficacia para controlar sus estados afectivos.

Fobia al afecto

Las personas se vuelven fóbicas al afecto (McCullough et al., 2003) cuando la intensidad es inmanejable. Esto explica por qué los pacientes a menudo evitan toda intensidad emocional cuando están disociados o traumatizados. A medida que avanza el tratamiento y se produce un aumento de la capacidad emocional, esto se considera un logro terapéutico, pero al mismo tiempo el paciente puede experimentar este avance como una carga, debido a que esta capacidad trae consigo un mayor dolor emocional a medida que se explora la experiencia traumática, teniendo en cuenta que la intensidad emocional en sí misma es temida. Chefetz propone que vale la pena advertir al paciente sobre la posibilidad de que esto puede suceder y volver a plantearlo si efectivamente está teniendo lugar durante el tratamiento.

La emoción es temida por muchas razones, y muchas de ellas tienen que ver con experiencias de una vida anterior donde las demostraciones de emoción se encontraron

con el desprecio, se dijo que no tenían ningún valor o fueron silenciadas físicamente de manera sádica por parte de una figura adulta encargada del cuidado. Estos niños pueden no mostrar ningún malestar en particular, pero en realidad están en un gran desorden fisiológico y muy estresados (Main, 2000).

El hecho de no apreciar la diferencia entre el miedo y la ansiedad y la presentación plácida hacia el exterior de las personas con regulación disociativa de la emoción intensa, puede dejar perplejo a un terapeuta en cuanto a los orígenes del comportamiento de su paciente. El aplanamiento afectivo puede ser malinterpretado como un acto asociado con un proceso psicótico, especialmente cuando un clínico tiene poca experiencia con la actividad del estado del self y el paciente está confundido ante su propia conducta, se siente desorientado y con miedo, lo cual produce que se aisle el afecto a través del proceso disociativo.

El autor trabaja durante las sesiones de psicoterapia con estados del *self* específicos, a menudo les pide a sus pacientes que le describan la sensación del estado del *self* que están viendo: qué edad tiene ese estado del *self* interno, qué postura corporal adopta, que emoción está experimentando... De esta manera se pretende ejercitar la corteza visual asociativa, para desarrollar una capacidad de asociación emocional más fuerte a través del modelado de la conciencia reflexiva repetitiva para un estado mental (Fonagy et al., 2003), reconociéndolo a través de la apariencia de los estados del *self* internos.

Así mismo también invita a sus pacientes a realizar un seguimiento indirecto de su nivel de miedo al notar el grado de experiencia de despersonalización en un momento dado, para ayudar a comprender lo que está sucediendo mientras abordan juntos un tema complicado. Después de un tiempo, la despersonalización comienza a funcionar como un barómetro para la tensión emocional y, a medida que se convierte en una herramienta, es mucho menos temible en una relación de sentimientos compartidos.

Adicción

Los clínicos que trabajan con supervivientes de traumas se enfrentan regularmente a problemas de adicciones a la comida, el alcohol, las drogas, el juego y el sexo, entre otros. Chefetz entiende que lo más importante no es el comportamiento de la adicción, sino los factores que generan los guiones emocionales y de comportamiento que inducen a tal adicción (Goodman, 1998). Considera que tanto la experiencia traumática como el proceso disociativo tienen mucho que enseñarnos sobre la adicción.

El autor trabaja sobre un modelo de adicción donde se entiende que el núcleo del comportamiento adictivo es el afecto aislado: estados emocionales que son inaccesibles por la disociación. Se consideran los aspectos biológicos relacionados con la adicción, las teorías de la expresión genética y la medida en que los genes están influenciados por el entorno en la regulación de la ansiedad. También tiene en cuenta los datos extraídos de estudios longitudinales con animales, donde los resultados muestran que una buena crianza puede superar el tipo de carga genética que suele predecir el mal comportamiento (Suomi, 2006). Considera que, con el tiempo y una dedicación suficiente, se puede producir un cambio positivo en el entorno emocional de los pacientes que influirá en el comportamiento e, incluso a nivel de la expresión genética, en dirección de la salud.

Existe una tendencia a recrear, en su totalidad o en parte, las escenas sobresalientes emocionalmente sin resolver del pasado. Para el autor, considerar esto como escenas

modelo (Lichtenberg, 1989) o respuestas recíprocas de rol (Ryle, 1999) es menos significativo que tener en cuenta que el comportamiento de una persona a menudo se guía por experiencias pasadas no integradas y no resueltas. Este punto de vista contrasta con el modelo médico, que entiende que la adicción representa una usurpación patológica de los mecanismos neuronales del aprendizaje y la memoria que, en circunstancias normales, sirven para moldear los comportamientos con la búsqueda de recompensas y las señales que los predicen. Chefetz está de acuerdo con que interviene la fisiología y la biología en las conductas adictivas, pero considera que un tratamiento centrado en la emoción que presta atención a los estados del *self*, los procesos disociativos y la psicodinámica puede ser un tratamiento más eficaz para estas formas de adicción.

En la aparente compulsión a la repetición de guiones trágicos se trata de un esfuerzo inconsciente desesperado para crear coherencia cuando la experiencia no integrada carece de conciencia narrativa personal para la emoción intensa. La compulsión a la repetición refleja una tensión entre los procesos disociativos, activados por el miedo, y los procesos asociativos, debilitados por una confusión irresoluble, que buscan coherencia y alivio del dolor emocional. Se repite porque el proceso disociativo mantiene el aislamiento de los elementos de la experiencia, a menudo plagados de vergüenza, terror, odio e impotencia.

Negatividad y reacción terapéutica negativa

La negatividad y la reacción terapéutica negativa son responsables de una parte importante del tratamiento de los trastornos disociativos. El autor entiende estos fenómenos como una forma de autoprotección y proporcionan una guía para explorar su origen, ya que reflejan los peligros de sentirse real y conocer los eventos traumáticos del pasado y el presente.

Chefetz indica que la creencia omnipotente de maldad que un paciente siente de sí mismo, a menudo indica la posibilidad de que haya sido traumatizado. Durante el tratamiento puede aparecer verbalizaciones del tipo: siempre he sido malo, la gente me hace daño porque me lo merezco, etc. Los comentarios acerca de la maldad de uno predicen el abuso porque sostienen la premisa inconsciente de que el abuso ocurre porque “soy malo”, en lugar de porque “el otro es peligroso y me daña”. Este tipo de pensamientos protege de saber sobre la maldad en el otro, una situación mucho más provocadora de ansiedad, también la vergüenza es un sentimiento más tolerable que el miedo.

Puede observarse que entre las relaciones internas de los distintos estados del *self* se reproducen los guiones del pasado; un estado del *self* puede identificarse con los propios estados del abusador aterrizando a los otros estados del *self* infantiles con amenazas de castigo o aniquilación para silenciar las reacciones emocionales que son típicas de estos estados infantiles. La necesidad del paciente de presentarse como alguien omnipotente refleja el deseo desesperado de eliminar cualquier rastro de vulnerabilidad real, desamparo, desesperanza y pérdida.

La negatividad a menudo lleva a un tratamiento al desgaste, tanto por parte del paciente como del terapeuta, debido a la abundante presencia de crisis suicidas, desesperanza y el dolor de escuchar el deseo de morir. Chefetz señala que este deseo puede ser la única vía contemplada para experimentar alivio del dolor experimentado, por lo que este sentimiento debe ser respetado y valorado por parte del terapeuta, aunque este nunca debe alentar a la acción. La primera vez que se expresa puede coincidir con un momento donde finalmente se lucha por la realidad del sentimiento del abuso.

El autor refiere que en ocasiones puede resultar desconcertante la obstinación con la que un paciente lidia con el tratamiento pese a estar inmerso en una nube de negatividad, con frecuentes sentimientos de estar a punto de rendirse, dejarlo todo, referencias al suicidio... Pero de alguna manera se sobreponen y siguen participando de la terapia, aunque sea desde la negatividad. Esta yuxtaposición tenaz tiene un significado profundo e importante para Cheftetz, ya que respalda el punto de vista de que los estados del *self* reconocidos quieren aliviar su dolor, buscan la relación y anhelan tener una vida.

La presencia de reacciones terapéuticas negativas suele ser común en el tratamiento de los trastornos disociativos. Estas se definen por la circunstancia específica en la que tanto paciente como terapeuta pueden estar de acuerdo en que ha habido una ganancia terapéutica significativa y, sin embargo, las cosas empeoran durante el tratamiento en lugar de mejorar.

También pueden aparecer ataques por parte del paciente alternados con momentos de intimidad con el terapeuta a lo largo de la evolución del tratamiento. Cheftetz propone que la forma más adecuada de salir de estas escenas transferenciales llenas de acción es nombrarlas. El paciente debe saber que el terapeuta es lo suficientemente fuerte como para oponerse a estos ataques o a la falta de límites emocionales (Fonagy et al., 2003). Cuando el paciente actúa el ataque, el terapeuta debe nombrarlo con firmeza respetuosa y mostrar curiosidad acerca de las vulnerabilidades del paciente que se ocultan detrás de ese ataque. Una observación sistemática, amable y abiertamente firme de los ataques y la negatividad proporcionan la base para una buena representación del superyó derivada de la observación e interacción con el terapeuta, que proporciona una experiencia novedosa e importante al paciente que ha sido sometido a una vida de abuso sádico.

Durante la terapia, el autor alerta de que el clínico puede cometer alguna equivocación, y considera que este tipo de escenas pueden tener un gran valor terapéutico, siempre y cuando el terapeuta posea una capacidad saludable de autocrítica. Propone que se puede mostrar al paciente de forma abierta y reflexiva el reconocimiento de su error, sin necesidad de destruir ninguna parte de sí mismo, mostrándole la posibilidad de una autocrítica saludable (superyó maduro) que tiene lugar a través de un dialogo interno positivo que promueve el crecimiento de los distintos estados del *self*.

Duda del objeto coercitivo

El autor encuentra de gran utilidad el concepto de *dudas del objeto-coercitivo* propuesto por Selma Kramer (1983) a la hora de entender algunos de los impasses que tienen lugar durante el tratamiento con algunos de sus pacientes.

Kramer considera que se trata de una respuesta defensiva patológica derivada del incesto materno. Su punto de vista, en desacuerdo con otros de su época, era que la estimulación sexual deliberada de una hija por parte de su madre constituía incesto. Ella caracterizó la simbiosis madre-bebé en estos casos como parásitos. Estas madres ordenan a sus hijas que no sepan lo que la madre les ha hecho y que crean que la realidad es lo que la madre insiste con sus exhortaciones. Estas madres son duramente punitivas. El objeto de la coerción recibe advertencias de no creer lo que de otra manera podrían saber. Inicialmente, el objetivo de la admonición es la niña quien luego duda de la realidad de sus percepciones.

La eficacia de la duda del objeto coercitivo parece estar basada en la generación de un proceso disociativo en la niña, como resultado de una intensa presión emocional para ajustarse a las contingencias emocionales y lógicas impuestas por el adulto. Puede suceder que la demanda por parte de la niña de que el adulto confiese la verdad permanezca aislada en lo inconsciente de la niña, porque sería demasiado peligroso oponerse a los deseos de los padres. Simultáneamente, en un nivel implícito, la niña entiende que el adulto está siendo deshonesto, pero se inhibe de advertir o protestar conscientemente para no sufrir más humillaciones. Incluso los niños pequeños saben de la deshonestidad emocional cuando esta ocurre (Fonagy et al, 2003)

Chefetz a menudo utiliza la hipnosis con sus pacientes, la cual considera que es una herramienta que no crea memoria, ni experiencia, pero es útil para crear un sentido de convicción acerca de la validez de lo que se experimenta durante el trance, de aquello que se duda si ocurrió realmente debido a la acción de la disociación. No obstante, entiende que la duda saludable es algo que todo paciente debe afrontar. La capacidad de tolerar el no saber con claridad y de dejar espacio para la revisión o el descarte de los recuerdos de abuso es importante. La lucha sobre qué hacer con el recuerdo pertenece al paciente, el clínico es un mero testigo del recuerdo, no del suceso.

Actuación (enactment)

En el tratamiento de las personas con adaptaciones disociativas, a menudo estas presentan un estado de agitación con el surgimiento de estados afectivos intensos. Como se ha explicado anteriormente, con frecuencia pueden experimentarse carentes de palabras, articulándose de la mejor manera que pueden tolerar tanto el paciente y el terapeuta, o acaban formando parte de una actuación.

Como señala Bromberg (2006), cuando hay algo aislado, tanto de la conciencia del paciente como del terapeuta, la escena está madura para una actuación. Chefetz agrega que lo que hace que la actuación se convierta en parte de la escena del tratamiento, es la resonancia de la carga emocional intolerable del propio terapeuta con la del paciente, sin esta resonancia no tendría lugar la actuación.

Comentario personal

Este libro es una herramienta útil para cualquier clínico interesado en ampliar y comprender cómo funciona el mecanismo de la disociación o los procesos disociativos. Muchos terapeutas se sienten incómodos con este tipo de patología y prefieren derivar al paciente, o ignoran este tipo de procesos activos, mientras continúan en la línea de indagación con la que se sienten más cómodos o se ajusta mejor a su formación, lo que podría comprometer seriamente la adecuada evolución del tratamiento.

El propósito del autor es desmitificar los trastornos disociativos, ayudar a comprender que pueden estar más presentes de lo que se piensa en los tratamientos psicoterápicos, señalar la relevancia de reconocerlos -ya que a menudo pueden pasar desapercibidos o ser malinterpretados- y demostrar que la formación del terapeuta en estos fenómenos es de vital importancia para abordar el trabajo con los pacientes en general y los casos de traumas complejos en particular.

Chefetz emplea un lenguaje claro y asequible que facilita la comprensión de su modelo y forma de abordar terapéuticamente estos trastornos. Integra numerosas teorías y enfoques psicológicos proporcionando un modelo abierto, cohesionado y rico que se nutre de las aportaciones de distintas áreas como son la psicología cognitivo-conductual, las neurociencias, el psicoanálisis, la psicología del *self*, la teoría del apego, la mentalización... Así mismo, presenta un amplio material clínico donde articula de manera muy adecuada los distintos aportes teóricos y técnicas terapéuticas empleadas durante el tratamiento.

Hay que resaltar la valentía que muestra el autor al exponer de manera precisa las numerosas viñetas clínicas que aporta de sus intervenciones y revelaciones terapéuticas. A través de las transcripciones literales de las interacciones que tienen lugar entre él y sus pacientes, muestra cómo se desarrollan las sesiones durante el tratamiento y cómo comprende y aborda los trastornos disociativos cuando están activos.

Los casos escogidos son aquellos donde el autor ha experimentado algún desafío a la hora de abordar el tratamiento, situaciones que le han brindado una oportunidad para revisar la teoría, aprender y enriquecerse junto a sus pacientes acerca de la experiencia disociativa. El material presentado brinda al lector la oportunidad de acompañarlo en el manejo de casos complicados, donde hay lugar para los errores y las actuaciones por parte del paciente y el terapeuta, pero gracias a un atento análisis y reconocimiento de estos cuando tienen lugar, ofrecen la oportunidad para que se desarrolle adecuadamente el trabajo terapéutico y la comprensión del caso.

Referencias

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth Edition, text revision (DSM-IV-TR)*. Washington, DC, Estados Unidos: American Psychiatric Association.
- Bermond, B., Vorst, H. C. M. y Moorman, P. P. (2006). Cognitive neuropsychology of alexithymia: Implications for personality typology. *Cognitive Neuropsychiatry*, 11(3), 332-360.
- Berstein, E. M. y Putnam, F. W. (1986). Development, reliability and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 727-735.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Volume III. Loss: Sadness and depression*. Nueva York, Estados Unidos: Basic Books.
- Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, 28(5), 759.
- Bromberg, P. M. (1996). Standing in the spaces: The multiplicity of self and the psychoanalytic relationship. *Contemporary Psychoanalysis*, 32, 509-535.
- Bromberg, P. M. (2006). *Awakening the dreamer: Clinical journeys*. Mahwah, Estados Unidos: Analytic Press.
- Chefetz, R. A. y Bromberg, P. M. (2004). Talking with “me” and “not me”: A dialogue. *Contemporary Psychoanalysis*, 40(3), 409-464.
- Damasio, A. R. (1999). *The Feeling of what happens: Body and emotion in the making of consciousness*. Nueva York, Estados Unidos: Harcourt Brace.
- Danielyan, A., Pathak, S., Kowatch, R. A., Arsman, S. P. y Johns, E. S. (2007). Clinical characteristics of bipolar disorder in very young children. *Journal of Affective Disorders*, 97, 51-59.

- Duffy, A. (2012). The nature of the association between childhood ADHD and the development of bipolar disorder: A review of prospective highrisk Studies. *American Journal of Psychiatry*, 169(12), 1247-1255.
- Fairbairn, R. (1952). Schizoid factors in the personality. En *Psychoanalytic Studies of the Personality*. Londres, Reino Unido: Tavistock.
- Fonagy, P. (2000). Attachment and borderline personality disorder. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48(4), 1129-1146.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. J. y Target, M. (2003). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. Nueva York, Estados Unidos: Other Press.
- Fonagy, P. y Target, M. (1996). Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. *International Journal of Psychoanalysis*, Pt2, 217-233.
- Freeman, M. P., Freeman, S. A. y McElroy, S. L. (2002). The comorbidity of bipolar and anxiety disorders: prevalence, psychobiology, and treatment issues. *Journal of Affective Disorders*, 68(1), 1-23.
- Freud, S. (1920). Beyond the pleasure principle. En J. Strachey (Ed.), *Standard Edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 18, pp. 147-156). Londres, Reino Unido: Hogarth Press.
- Gergely, G., Nadasdy, Z., Csibra, G. y Biro, S. (1995). Talking the intencional stance at 12 months of age. *Cognition*, 56, 165-193.
- Goodman, A. (1998). *Sexual addiction: An integrated approach*. Madison, Estados Unidos: International Universities Press.
- Guntrip, H. (1969). *Schizoid phenomena, object relations and the self*. Nueva York, Estados Unidos: International Universities Press,.
- Horowitz, M. J. (1986). *Stress response síndromes*. Nueva York, Estados Unidos: Jason Aronson.
- Keinänen, M. (2006). *Psychosemiosis as a key to body-mind continuum: the reinforcement of symbolization-reflectiveness in psychotherapy*. Nueva York, Estados Unidos: Nova Science Publishers.
- Kramer, S. (1983). Object-coercive doubting: A pathological defensive response to maternal incest. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 31S, 325-351.
- Lichtenberg, J. D. (1989). Model scenes, motivation, and personality. En S. Dowling y A. Rothstein (Eds.), *The significance of infact observational research for clinical work with children, adolescents, and adults* (pp. 91-107). Madison, Estados Unidos: International University Press.
- Loewenstein, R. J. (1991). An office mental status examination for complex chronic dissociative symptoms and multiple personality disorder. En R. J. Loewenstein (Ed.), *Psychiatric clinics of North America* (Vol. 14, pp. 567-604). Philadelphia, Estados Unidos: Saunders.
- Lyons-Ruth, K., Dutra, L., Schuder, M. R. y Bianchi, I. (2006). From infant attachment disorganization to adult dissociation: relational adaptations or traumatic experience? En R. A. Chefetz (Ed.), *Dissociative disorders: An expanding Windows into the psychobiology of mind* (Vol. 29, pp. 63-86). Philadelphia, Estados Unidos: Saunders.
- Main, M. (2000). The organuzed categories of infant, child and adult attachment: Flexible vs. inflexible attention under attachment-relased stress. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48, 1055-1095.
- McCullough, L., Kuhn, N., Andrews, S., Kaplan, A., Wolf, J., Hurley, C. L. y Hurley, C. (2003). *Treating affect phobia: A manual for short- term dynamic psychotherapy*. Nueva York, Estados Unidos: Guilford Press.

- Reinders, A. A. T. S., Nijenhuis, E. R. S., Paans, A. M. J., Korf, J., Willemsen, A. T. M. y den Boer, J. A. (2003). One brain, two selves. *Neuroimage*, 20, 2119-2125.
- Ryle, A. (Ed.) (1999). *Cognitive analytic therapy: Developments in theory and practice*. Nueva York, Estados Unidos: Wiley.
- Schore, J. R. y Schore, A. N. (2008). Modern attachment theory: The central role of affect regulation in development and treatment. *Clinical Social Work Journal*, 36, 9-20.
- Sierra, M. y Berrios, G. E. (2000). The Cambridge despersonalisation scale: A new instrument for the measurement of despersonalisation. *Psychiatry Research*, 93, 153-164.
- Stein, D. J. y Simeon, D. (2009). Cognitive affective neuroscience of depersonalization. *CNS Spectrums*, 14(9), 467-471.
- Suomi, S. J. (2006). Risk, resilience, and gene, environment interactions in Rhesus monkeys. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1904(1), 52-62.
- Szymansky, K., Sapanski, L. y Conway, F. (2011). Trauma and ADHD- Association or diagnostic confusion? A clinical perspective. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 10(1), 51-59.
- Way, K. G. (2006). How metaphors shape the concept and treatment of dissociation. En R. A. Chefetz (Ed.), *Dissociative disorders: An expanding Windows into the psychobiology of the mind* (Vol. 29, 1, pp. 27-43). Philadelphia, Estados Unidos: Elsevier.
- Winnicott, D. W. (1958). Mind and its relation to the psyche-soma. In *Collected papers: Through paediatrics to psycho-analysis*. Nueva York, Estados Unidos: Basic Books. (Obra original publicada en 1949).
- Winnicott, D. W. (1965). Ego distortion in terms of true and false self. En *The maturational processes and the facilitating environment* (pp. 140-152). Londres, Reino Unido: Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.