

M^a ISABEL RODRÍGUEZ
DIANA SOFÍA GIRALDO (DIRS.)

DE VÍCTIMAS A SÚPER-VIVIENTES

Con la colaboración especial de:

Francisco Javier SANCHE

Joaquín DE PAUL OGHOTORENA

Malvina Suhaim TORRAY KHOURY

Carlos MIRAPEIX

Guillermo LAHERA FORTEZA

Ana María RUIZ SANCHE

Fernando DE LOS BUEIS, Patricia ANTONÍN,

Sheila GALLEGO, María SERRA,

Jordi GINESTÀ, Mar ÀLVAREZ

Diana SOFÍA GIRALDO

Francisco SANTOS CALDERÓN

Luis HERLINDO MENDIETA

Pastora MIRMARÍA RUBY

María GEGILIA MOSQUERA

Sigifredo LÓPEZ TOBÓN

Clara ROJAS

Óscar TULLIO LIZCANO

Gabriel MORIS y M^a Pilar CRESPO DE LA TORRE

Monte Carmelo

CITEs - Universidad de la Mistica

Esther SÁEZ

Lucía GONZÁLEZ MIGUEL



**TRATAMIENTO DE PERSONAS
CON GRAVES HERIDAS EMOCIONALES.
UNA APROXIMACIÓN COGNITIVO ANALÍTICA
DESDE LA MULTIPLICIDAD DEL SELF**

Carlos Mirapeix

a. Introducción

Permitirme presentarme como un psiquiatra de trincheras, estoy diariamente con los pacientes, con lo cual de todo de lo que les voy a hablar forma parte de mi trabajo clínico diario. También expondré algunas reflexiones teóricas sobre mi forma de trabajo. Lo que voy a presentar espero que contribuya a transmitir mi visión de cómo abordamos la problemática de personas con graves heridas emocionales y que con frecuencia sufren de trastornos de personalidad.

Presentaré una visión muy específica de nuestra forma de trabajar, que espero les pueda ser útil a ustedes como profesionales e incluso me atrevería a desear, si me permiten, que también les pueda ser útil a nivel personal. Esta forma de trabajo que voy a plantear, puede hacerles reflexionar y resultarles útil en su día a día. Quizás esto sea demasiado ambicioso pero lo digo con humildad y pretendiendo que reflexionen en profundidad sobre lo que les voy a contar.

Hablaré de varias cosas en mi presentación y para ello comenzaré por desgarnar el título. Cuando hablamos de tratamiento, nos referimos a distintos tipos de intervenciones en las que la presencia de una concepción integradora es muy importante (Mirapeix 1993, 2007). Frecuentemente vemos pacientes seriamente perturbados, en los que la necesidad de utilizar psicofármacos en una primera fase de tratamiento, a veces, es absolutamente necesario, aunque posteriormente a medida que avanza el tratamiento o bien se disminuyen las dosis o se retira la medicación (Mirapeix 2006). Son precisamente estos enfoques centrados en la psicoterapia los que permiten -y hay datos empíricos que lo justifican- disminuir tanto el número de fármacos que los pacientes toman, como las dosis, sustituyéndolo y/o combinándolo con psicoterapia (Craighead, 2014; Cuijpers 2014).

En relación al concepto de trauma psicológico, con lo que nosotros nos encontramos son pacientes por encima de 15 años, preferentemente mujeres y que han tenido serios malos tratos y abusos en su infancia; tanto maltratos físicos como abusos sexuales; o abandonos y cuidados negligentes. Esto les ha llevado a construir una personalidad desestructurada, en la que el trauma psicológico del que han hablado los dos ponentes anteriores (Dr. de Paul y Dra. Torbay), se ha producido en la más tierna infancia, pero lo grave es que sigue presente en el aquí y en el ahora del día a día y también, en caso de no ser tratado, va a condicionar el futuro de esa persona.

b. De la identidad única a la multiplicidad del self:

Quiero hacer hincapié en un planteamiento teórico que va a ser uno de los ejes nucleares de mi intervención: el concepto de multiplicidad del self. Nuestro modelo de práctica psicoterapéutica, es un modelo sustentado en lo que denominamos el self múltiple, del que luego vamos a hablar con más detalle.

Todos sabemos que tenemos una identidad única, como decía el psicoanalista Francés, Didier Anzieu cuando preguntaba: ¿quién soy yo?; el yo es todo aquello que está de la piel para adentro (Anzieu 1987). Usted sabe perfectamente quién es -espero que lo sepa- pero en ese saber quién soy, también sé que además de una identidad única de piel para adentro, soy a su vez múltiple, tengo distintas formas de manifestarme, puedo ser diferente con unos y con otros, o distinto con la misma persona según el momento; éste va a ser un eje que va a centrar mi exposición, constituye el subtítulo de este artículo y por eso me paro un poco en ello.

Por graves heridas emocionales quiero hacer una distinción. En psicotraumatología hablaríamos de traumas con T mayúscula y traumas con t minúscula (Shapiro 1995). Entendemos por trauma T mayúscula aquellas experiencias traumáticas graves, como por ejemplo las que hemos tenido ocasión de escuchar ayer de forma desgarradora (acabo de sentir un estremecimiento en mi piel al recordarlo). Pero también resulta estremecedor lo que escucho en mi trabajo. Por ej: mujeres abusadas sexualmente desde los 5 años hasta los 12 por su tío, vecino... Permítame comentar un caso: Adela era una mujer de 34 años, su padre había sido emigrante en Suiza y ella quería ver a su padre, pero la única forma que tenía de verle, era tolerar la violación que su hermano gemelo, su tío, estuvo realizando con ella de los 5 a los 12 años. El daño psicológico de aquella mujer era de un dolor, de una brutalidad y con unas consecuencias en su estructura psicológica, que nos llevo mucho tiempo conseguir que mejorara, mejoró ciertamente, pero nos costó mucho trabajo. Evidentemente Adela tenía un trauma T grande, ¿cómo no? cualquiera de nosotros tenemos sensibilidad para darnos cuenta.

Pero en psicotraumatología hay otro trauma que es el trauma t pequeño. Si le preguntase ¿ha sufrido Ud un trauma t pequeño? Seguramente contestaría si. Yo también he tenido varios traumas pequeños, a lo mejor alguno grande también, pero pequeños le

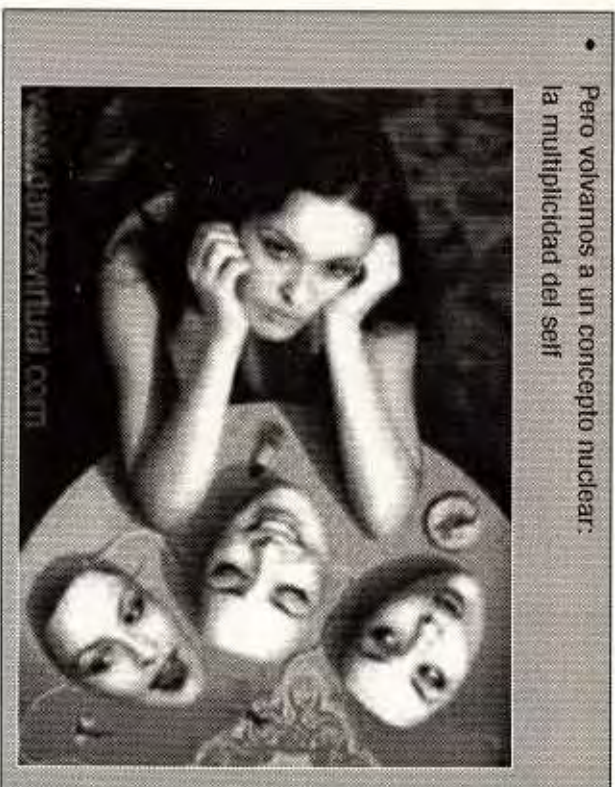
garantizo que varios, más de uno. Muchos traumas pequeños pueden hacer tanto daño como un trauma grande y parte de las cosas que voy a decir es que estamos haciendo mención siempre cuando hablamos de psicotraumatología de grandes víctimas, de grandes abusos infantiles (Van der Kolk, B.A. 2003; Shapiro 1996, 1999). Parte de las cosas que voy a decir, también se aplican a los que hemos vivido traumas pequeños.

c. El camino hacia la integración en psicoterapia

Quiero explicar brevemente desde donde hablo. Llevo muchos años trabajando con modelos integradores de psicoterapia, y durante un tiempo fui un hereje en este País en mi forma de hacer Psicoterapia: combinaba técnicas que en aquella época no se mezclaban, psicoanálisis con terapia cognitiva y psicodrama con técnicas conductuales y me decían “haces cosas muy raras”. Busque en otros lugares y me tuve que marchar de España a continuar mi formación y termine en el Guy's Hospital en Londres y allí me entrené en Psicoterapia Cognitivo Analítica (PCA). Encontré un espacio clínico y docente, donde había herejes como yo, que hacían cosas raras y entonces me sentí que formaba parte de un grupo de heréticos (esto de encontrar un grupo de heréticos al que pertenecer tranquiliza mucho). He trabajado con todo tipo de pacientes, no sólo mujeres maltratadas. He de decir que aunque el abuso físico y sexual es menos frecuente en el hombre, especialmente el sexual, el físico es muy frecuente (Pollock 2001). También he trabajado con hombres con historias de abuso sexual en su infancia, también durante una época muy larga de mi vida colaboré con la Asociación de Víctimas del Terrorismo y trabajé con víctimas tanto directas como indirectas del terrorismo y quizás por mí especialización en trastornos graves de personalidad, he participado en peritajes de casos penales como asesinatos, asesinatos múltiples, violadores, etc y tengo la experiencia profesional de haber evaluado también esa otra cara de la historia.

d. Profundizando en la multiplicidad

- Pero volvamos a un concepto nuclear: la multiplicidad del self



Pero volvamos de nuevo al concepto de multiplicidad, ¿qué tal usted y sus máscaras? ¿supongo que tiene varias?, como todos. Sé que tienen una identidad nuclear, pero luego —como todos— tiene un juego de máscaras en función de con quién esté, en donde, con que motivación y con que expectativa, hay varias partes en todos nosotros como hemos dicho antes. Esta visión de las múltiples partes del self, es una visión muy enriquecedora para comprender lo que les quiero transmitir (Mirapeix 2008).

Esto lo encontré ayer en internet después de lo impresionante y doloroso que fue lo que tuve ocasión de escuchar, realmente estremecedor. Al recordar lo que escuche ayer me sugirió usar esta imagen. Mi historia de sufrimiento es sólo una parte de mí, no soy todo yo, es sólo una parte de mí, una parte de mí

que puede estar muy presente en mi vida, que puede amargar-me la vida, que incluso puede condicionar mi futuro; pero no soy toda yo, es solo una parte muy herida que hay en mi.

- Mi historia de sufrimiento solo es una parte de mi:



Verlo así como una parte, nos da la gran posibilidad de saber que hay otras muchas partes y que nuestro trabajo consiste en minimizar esa parte, su presencia, su influencia presente y su influencia futura, y hacer crecer otras partes o hacer que aparezcan otras nuevas partes que le ayuden a vivir a la persona. Como dice Marsha Linehan en su modelo de terapia dialéctico conductual, el tratamiento busca ayudar a que personas que han sufrido tanto consigan mejorar para poder llevar una vida que sea digna de ser vivida. A veces cuando te preguntan y ¿me curaré?, ¿desaparecerá todo mi sufrimiento? Yo no lo sé, a veces no puedo contestar que sí radicalmente, pero sí les puedo contestar: espero poder ayudarte a que puedas llevar una vida que sea digna de ser vivida. Me parece que es una respuesta realista y útil.

e. Una multiplicidad dialógica

¿Quién más soy? ¿Qué otras partes hay en mí?....

- ¿Quién más soy?
¿Qué otras partes hay en mí?:



- La luchadora
- La creyente
- La amada por su familia
- La divertida
- La responsable

De las personas que hablaron ayer podemos encontrar: la luchadora, la creyente, la amada por su familia, pero también la divertida, la responsable.... Cuando evaluamos estas distintas partes del self en mujeres que han sido secuestradas, violadas, maltratadas, hay una parte que es la parte de víctima, la parte abusada, dañada, humillada, pero a veces eso no la permite ver las otras partes que hay en ella o en él.

Por lo tanto, desde esta perspectiva de la multiplicidad del self, la identidad está compuesta de distintas subpersonalidades o partes del self que se han ido desarrollando a lo largo de la vida del individuo, que tienen una clara interrelación entre ellas, y que el nivel de integridad, coherencia, armonía y diálogo es directamente proporcional a su salud.

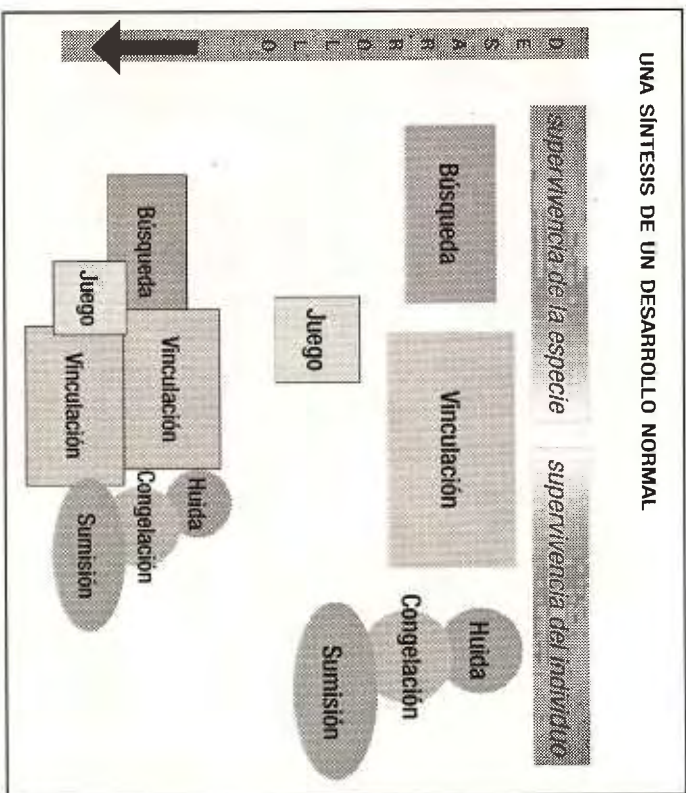
Cuando en una entrevista con una paciente tan dañada se consigue una mirada cómplice de empatía y consigues hablar de algo que ha pasado en la vida cotidiana y le arrancas una sonrisa, estás despertando otras partes que hay en ella, partes

que le atan a la vida y en eso consiste parte del tratamiento, hacer que vaya minimizándose y ocultándose la parte cargada de dolor y que el terapeuta sea capaz de ir promoviendo la aparición de otras partes que están asustadas, escondidas y otras muchas que no han tenido la oportunidad de desarrollarse.

Planteaba en el título de este apartado, que somos una multiplicidad dialogica, y ¡sí! me refiero a la existencia de un diálogo interior, algo que todos sabemos está presente en nosotros mismos. ¿Que le parece esto del diálogo? ¿Habla Ud consigo mismo? ¿Habla con distintas partes de Ud mismo? Esto que a veces nos sucede, en las que te quedas como mirándote y te dices “pareces tonto”, u otras veces te dices “esta situación me da un miedo”, ¿qué hago yo aquí en la Universidad de la Mística hablando de estas cosas? Pero, me digo: “venga adelante que tú puedes”, me lo digo a mí mismo en este contexto. Todos tenemos este diálogo interno, tenemos una multiplicidad dialógica (Leiman 2002, 2004). Este es un concepto de Herrmans y todo el grupo constructivista que denominan el self dialógico (Hermans 2004), un self que está lleno de distintas partes y cada una de esas partes tiene un discurso, tiene un diálogo interno, una historia que contar y a veces pueden haber diálogos entre esas partes diferentes del self. Luego vamos a profundizar mas en esto.

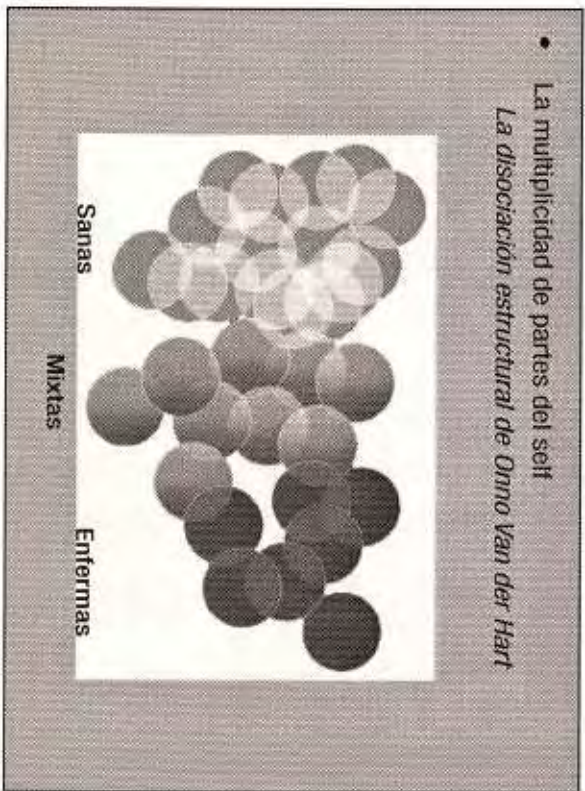
f. Un breve apunte sobre el origen de la multiplicidad del self

Vamos a ver qué influencia tiene el trauma en la realidad intrapsíquica y quiero que vean una representación gráfica tomada de Onno van der Hart. En una persona normal hay toda una serie de procesos evolutivos que tienen que ver con la vinculación, el apego, el juego, y las respuestas nucleares de lucha, huida o paralización y todo puede desarrollarse en una persona armónicamente.

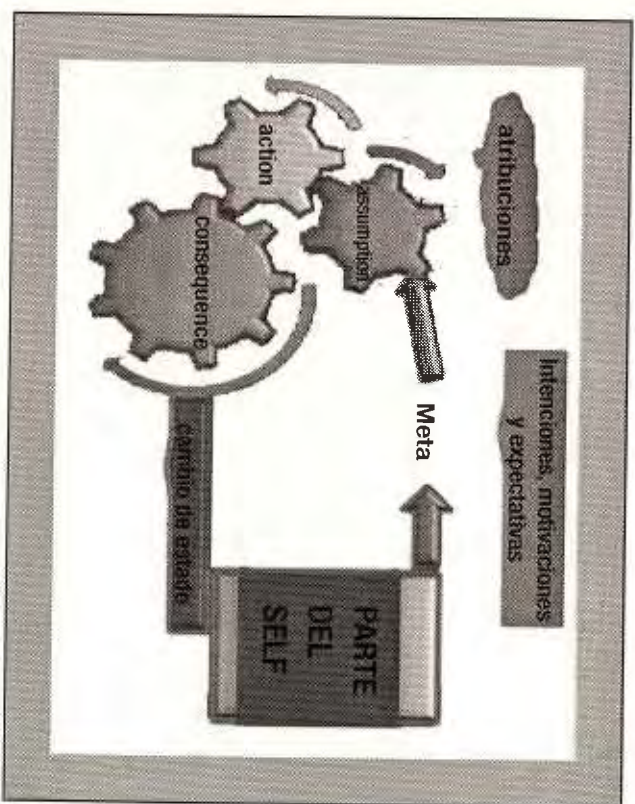


¿Qué sucede cuando está presente el trauma? En este caso, esa armonía en el desarrollo de las distintas partes del self se rompe y empiezan a aparecer partes separadas, desintegradas, desconectadas y es lo que Onno van der Hart llama las PANS (partes aparentemente normales) y las PES (partes emocionales), lo que el autor en su teoría de la disociación estructural de la personalidad fruto del trauma, también se refiere a ellas como las múltiples partes del self (Van der Hart 2005). He tenido la oportunidad en mi vida -que agradezco profundamente- de haberme formado durante un pequeño periodo con Onno van der Hart y de haber tenido el privilegio de compartir con él discusiones sobre algunos aspectos teóricos en los que el autor mencionado decía que el modelo que más se asemeja a su planteamiento de la disociación estructural de la persona-

lidad, es el modelo de los múltiples estados del self de la teoría cognitiva analítica (Ryle 2006, 2007; Mirapeix 2008).



Por esto lo traigo aquí, porque esta visión de las partes sanas, las partes enfermas, y su interrelación es algo compartido por el modelo de la disociación estructural y por el modelo cognitivo analítico. Permítame que le pregunte ¿tiene usted partes sanas, enfermas e intermedias? Esto también nos corresponde responderlo a todos, esto no sólo corresponde a las personas con disociación estructural terciaria de la personalidad. Esta concepción del self múltiple nos permite comprendernos a nosotros mismos en toda nuestra complejidad interna. Todos tenemos nuestras partes buenas, malas y alguna que otra turbia, unos más y otros menos.



Bien, visto esto, lo podemos complicar un poco. Cada una de las partes anteriores, fíjese todas las que hay, cada una de ellas cuando se pone en funcionamiento, tiene una meta, un objetivo y hay una serie de procedimientos intermedios. Cuando una parte del self se pone en funcionamiento, es porque tiene una serie de intenciones, motivaciones y ha habido un estímulo que la ha activado. Cuando se pone en funcionamiento, emplean a aparecer una serie de atribuciones, expectativas, acciones automáticas... etc, y con frecuencia, lo que sucede es que se produce un cambio en esta parte del self. Imagínese que yo estoy actuando con una parte mía que quiere resultar un profesor, un ponente, que sea una ponencia interesante y veo que todos ustedes lejos de prestarme atención cómo lo están haciendo y se lo agradezco, estuvieran unos bostezando, otros tomando notas, otros mandando mensajes con el whatsapp. En función de lo que ustedes hagan y en función de lo que yo

esperaba que sucediese, voy a mantener mi estado mental o voy a cambiarlo, es decir, estos estados mentales y estas partes del self van cambiando de unas a otras (una parte del self es una agrupación mas o menos estable de estados mentales).

g. Aspectos generales del tratamiento del trauma

¿Cómo podemos entender la curación desde esta perspectiva de la multiplicidad? Desde esta perspectiva el tratamiento va dirigido a la restauración de las partes del self dañadas emocionalmente, a su reconocimiento y encapsulado, el pasado está siempre ahí. Hay algunas teorías actuales que dicen que se pueden borrar los recuerdos (Ecker 2012), de momento no he llegado a esos límites, lo más que puedo hacer es ayudar a encapsular recuerdos traumáticos, a desactivarlos emocionalmente, a desconectarlos de otras partes para permitir que el sujeto pueda vivir y que las partes lesionadas generen la menor interferencia en la vida actual del sujeto y sobre todo permitir una expansión y desarrollo de las partes sanas. Y ¿Con qué meta?: Promover el desarrollo de las partes nuevas que puedan ir surgiendo, como por ejemplo la de un self espiritual del que luego tendremos ocasión de hablar.

De nuevo si me permite, le invito a que piense Ud en términos de esos traumas t pequeños que todos hemos tenido. Mejorar y evolucionar como personas, consiste en que esas partes t pequeñas (que terminan consolidando una parte del self) sean cada vez más pequeñas y que seamos capaces de activar otras partes más adaptadas, positivas o dejar que surjan otras partes más creativas, que nos permitan ser más creativos, libres y no atrapados por los traumas, pequeños o grandes. Voy a pasar rápido sobre esto, porque el modelo clásico del tratamiento de Orno van der Hart (Steele, K., van der Hart, O., & Nijenhuis, E.R. 2005) describe la estructura terapéutica de los pacientes con grandes traumas en las siguientes fases: *Fase 1:*

Reducción de síntomas y estabilización. Fase 2: Tratamiento de los recuerdos traumáticos. Fase 3: Integración y rehabilitación de la personalidad.

En ocasiones nos encontramos terapeutas que reciben a pacientes con grandes traumas y casi enseguida le preguntan: ¿Cuénteme usted qué es lo que le pasó? ¿Cómo fue la escena traumática? ¡Y claro! hay que decir a los terapeutas en entrenamiento ¡espera! ¡espera!, ya hablarán del trauma, ya hablará la persona del trauma cuando ella este en el momento para poder hablar del trauma, primero acógele, primero haz que recree contigo una relación terapéutica sana, contenedora, donde podamos estabilizar los síntomas de tanto dolor con que viene.

Las fases del modelo de Van der Hart a las que hacia referencia son:

Fase 1: Reducción de síntomas y estabilización: superación de la fobia al apego y a la pérdida del apego, en especial con el terapeuta; superación de la fobia a las acciones mentales (experiencias internas como sentimientos, pensamientos, sensaciones, deseos y fantasías); y superación de la fobia a las partes disociativas de la personalidad (PANS y PES).

Fase II: abordaje de los recuerdos traumáticos: superación de las fobias de apego relacionadas con el perpetrador(s); superación de las fobias al apego en PE's relacionadas con el terapeuta; superación de la fobia a los recuerdos traumáticos.

Fase III: Integración: superación de la fobia a la vida normal; superación de la fobia a asumir riesgos saludables y al cambio; y superación de la fobia a la intimidad, incluyendo sexualidad e imagen corporal.

Simplemente quiero hacer hincapié en que la superación a la fobia al apego, a la pérdida de apego y a establecer una relación de confianza con el terapeuta es básico en psicoterapia en general, pero con personas con grandes traumas en

particular. Con personas que les han dañado fundamentalmente la capacidad de confiar en el otro, el terapeuta tiene un reto por delante clave que es como dejar los brazos abiertos y sólo mostrarle al paciente su disposición a acogerlo a medida que él quiera ir acercándose, no se trata de decir: tú eres el paciente y yo estoy aquí para acogerte, ven y déjame que yo te acoja. Los pacientes que tienen fobia al apego, tienen fobia a una vinculación temprana sin la garantía necesaria tras haber sido muy dañados; se mantienen muy lejos y buscan la certeza de poder confiar...., permítame que comente un caso:

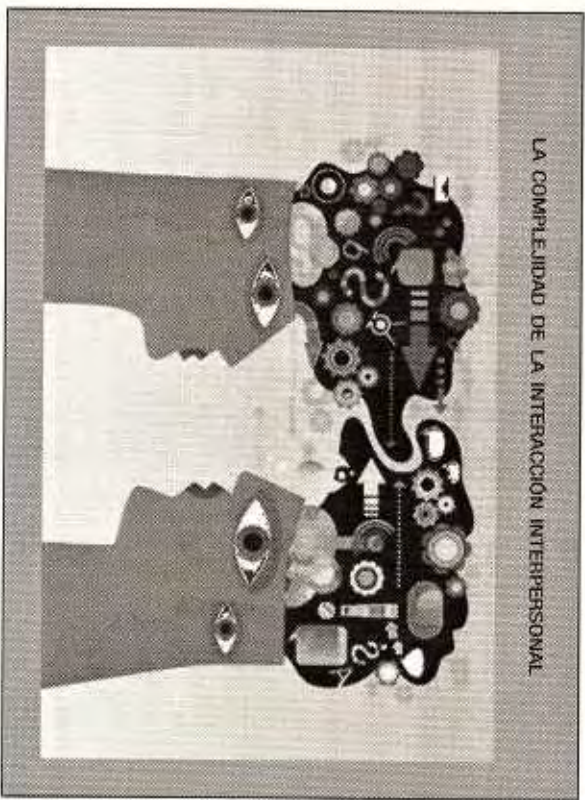
Hace muchos años tuve una paciente estuvo 3 meses con dos sesiones a la semana de 45 minutos insultándome los primeros 40 minutos: "usted lo que quiere es que yo me quedé para sacarme el dinero, usted es un estafador, lo que quiere un paciente más, yo no tengo ningún motivo para confiar en usted, yo soy uno más para usted", 3 meses dos sesiones a la semana y los últimos 5 minutos los dejaba para decirme solo: bueno hay algunas cosas que me han pasado que a lo mejor algún día se las cuento. Estuvo tres meses esperando a que yo, que estaba con los brazos abiertos dispuesto a acogerla, era un terapeuta que le ofrecía la suficiente confianza por un lado, y por otro sí era un terapeuta capaz de resistir su destructividad. Tengo que decir que me costó, que hubieron algunas partes mías que también dieron alguna cosa que yo me la callé como corresponde a mi rol profesional, pero en mi diálogo interno, alguna parte mía también le dio alguna contestación que en fin... En esta primera fase, saber esperar a que se construya una relación con una persona tan traumatizada es especialmente difícil, porque muchas veces están muy distantes, no quieren y hay que respetar su ritmo.

Desde nuestra perspectiva de las múltiples partes del self, lo que sucede lo entendemos de forma relacional, no sólo es que yo tenga múltiples partes del self, es que el otro también las tiene y mi relación con él, no es de absoluto a absoluto, sino

que hay una parte de mí que se relaciona con una parte de ti, y esto es lo que vamos a ver a continuación.

h. Un modelo cognitivo analítico de abordaje

Vamos a dedicar esta última parte de la exposición a esta complejidad de la interacción interpersonal.



¿Le dice algo esta diapositiva? Esto no sólo es para personas traumatizadas, esta complejidad de las relaciones interpersonales, es el día a día, ayer, antes de ayer, ¿quién no ha de resolver el día a día de la regulación interpersonal?, una interacción de tu mente con la mente del otro. A veces uno no se explica bien, en otras ocasiones el otro no te sabe entender y hay una interacción que puede ser compleja.

Nuestro modelo de tratamiento integrado tiene algunas modificaciones con respecto al modelo de Onno van der Hart.

i. Fases del tratamiento integrado PCA

- **Fase 1:** Evaluación y diseño estratégico; intervenciones preparatorias; seguridad y regulación; psicoeducación y mindfulness.
- **Fase 2:** Intervenciones básicas para el incremento de la FR (función reflexiva); intervenciones avanzadas o relacionales dirigidas a incremento de la FR; diferentes formatos de aplicación: Individual, Grupal, Familiar; y una primera aproximación al trauma psicológico desde el modelo PCA.
- **Fase 3:** Estrategias y técnicas innovadoras, el modelo de Pollock. PCA en TLP con FR conservada, tratamiento del trauma. Programa multicomponente. Resolución del trauma psicológico y PCA.
- **Fase 4:** Integración, reconstrucción narrativa, reinserción socio laboral y alta.

En nuestro programa de entrenamiento, sistemáticamente, los pacientes en la primera fase tienen un entrenamiento en técnicas de Mindfulness, en técnicas derivadas de la meditación (nuestro programa de entrenamiento de Terapeutas incorpora la formación en Mindfulness de forma obligatoria). Lo primero que uno tiene que aprender a hacer es a serenarse, a calmar la mente, aprender técnicas que sosieguen ese torbellino emocional lleno de sufrimiento y de dolor; hemos de poder aprender a aquietarle con técnicas que sabemos que son muy efectivas y lo sabemos por estudios en los que se aplicó este tipo de técnicas en personas traumatizadas cómo fue la de DBT (Terapia dialéctica Comportamental de Linehan). Intervenciones en la

primera fase para conseguir la serenidad y regulación emocional: el despertar de una mente sabia.

Una de las variaciones de nuestro modelo terapéutico, es que tenemos una segunda fase en la que hay un marcador estratégico clave: la función reflexiva. Si yo no soy capaz de auto observarme y no soy capaz de ver esa multiplicidad y complejidad que hay dentro de mí, y pensar en mí en términos de diferentes estados mentales que se relacionan unos con los otros, y con el otro que a su vez tiene distintos estados mentales... Si yo no soy capaz de ver eso, no puedo abordar el trabajo con el trauma psicológico. Este, el trauma psicológico, sólo se puede abordar cuando la función reflexiva ha sido lo suficientemente trabajada y potenciada, como para ser capaz de auto observar-se y observar la relación con el otro y esto cada vez tenemos más investigación sobre ello (Bateman 2010).

Posteriormente tenemos otras dos fases, que no vamos hablar de ello, simplemente me voy a quedar una exposición del modelo de lo que estamos haciendo.

j. El ajuste del nivel de trabajo

Hay un concepto que los dedicados a la educación: maestros, profesores, psicopedagogos, conocen muy bien qué es: el concepto de la zona de desarrollo próximo de Vigotsky, dice algo así como: no le enseñes nunca nada al niño que no esté casi a punto de hacerlo él por sí mismo y sólo ayúdale a que haga eso que casi está a punto de hacer para que él desarrolle sus potencialidades.

Llevado esto a la psicoterapia, también lo podemos aplicar. Nunca le digas nada a un paciente que tenga un nivel de complejidad que no sea capaz de entenderlo, es decir, nunca trabajes por encima del nivel de complejidad de la función reflexiva y segundo tópicos, derivado también de este modelo de la zona

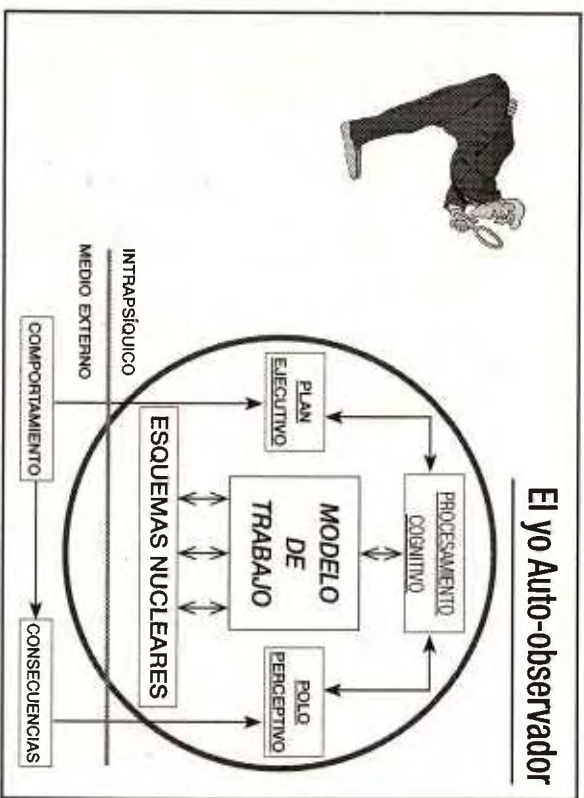
de desarrollo proximal de Vigotsky, el concepto de ventana de tolerancia emocional de Pat Ogden. Hay dos umbrales en la hiperactivado emocionalmente cuesta entenderse. No piensen ustedes que estoy hablando solo de pacientes, estoy hablando de todos nosotros. Cuando estamos enfadados, ¿discutimos bien?: ¡no!, porque cuando se está muy activado emocionalmente se estrecha y disminuye la función reflexiva. ¿Qué es lo que sucede con el umbral inferior?: cuando estás poco activado. En este caso el contenido apenas tiene repercusión emocional. Solo hablas con palabras vacías, que no sirven para nada, son meras racionalizaciones.

K. La conciencia reflexiva

El posicionar al individuo en un lugar de meta-observación para incrementar la conciencia reflexiva, algo que llamamos el lugar del observador externo, de testigo, o como me gusta denominarlo: de posicionamiento en la metamente; es absolutamente necesario para poder trabajar en un nivel de mayor complejidad. Esto lo he descrito en un artículo publicado recientemente en la revista de mentalización (Mirapeix 2014), como algo que denomino: proceso de auto y hetero observación relacional y contextual (PAHORC). Verán ustedes en qué consiste.

La siguiente figura, simboliza el observador que todos nosotros utilizamos, nuestra capacidad de auto observación, que a priori debiera de estar normo funcionante, siendo capaz de observar la función de nuestra mente, observando sus distintas partes, ¿cómo funcionan?, ¿cómo se relacionan?, ¿cuál es el funcionamiento mental? Es lo que denominamos el observador externo del funcionamiento de mi mente.

Pero eso solo no es suficiente, tengo que aprender cómo funciona mi mente y cómo funciona la mente del otro, cómo

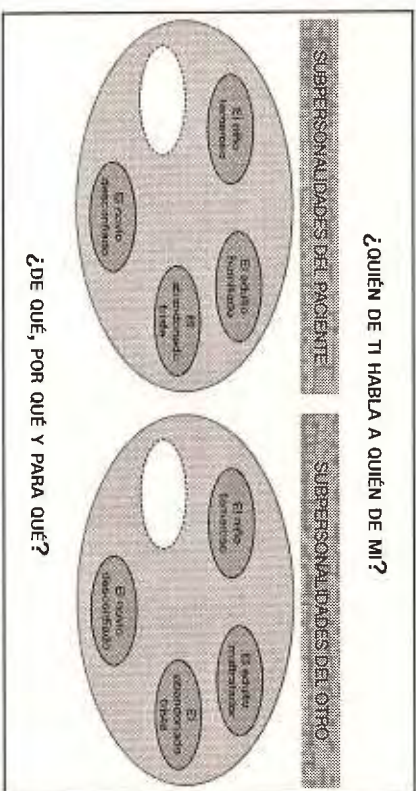


funcionan los procesos relacionales y en que contexto se producen. Si a esto le sumamos la perspectiva de la multiplicidad del self, e incluimos las subpersonalidades del paciente y además, pensamos en el otro con quien nos relacionamos también como múltiple. El otro, tu pareja, quien sea con quien nos relacionemos: ¿qué subpersonalidades tiene el otro?

Quiero plantear un ejemplo sobre el victimario, el agresor. El agresor decía la anterior ponente que es también un enfermo, pero antes que un enfermo es también una persona humana, es también una persona con múltiples partes, probablemente esta parte del adulto maltratador ocupe mucho espacio en su arquitectura interna entendida desde esta visión de la multiplicidad. Seguro que ocupa una gran parte en su mundo interno, pero en mi trabajo he tenido la oportunidad de evaluar asesinos, violadores, maltratadores, y les puedo decir que hasta el mayor de los asesinos tiene su parte rescatable como ser humano y eso es algo que tenemos que ser capaces de ver.

1. La multiplicidad dialógica en acción

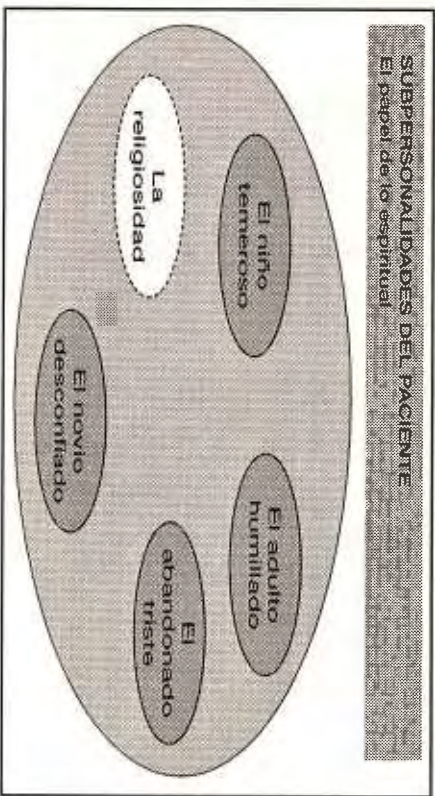
Una vez alcanzado un nivel óptimo de desarrollo de la función reflexiva, nuestro modelo de trabajo tiene una forma de abordaje compleja y consiste en poder dar respuesta a las siguientes preguntas encadenadas: ¿quién de ti habla a quién de mí?, ¿de qué?, ¿por qué? y ¿para qué? Y esta es una de las invitaciones que yo les decía al principio de mi conferencia que pueden ustedes utilizar en su vida cotidiana, en sus conflictos con las personas de su entorno, nunca piensen en que se enfadan ustedes en su totalidad con otra persona. El reto es poder discernir ¿qué parte de mí se enfada con qué parte de ti? Se trata pues de comprender y modificar qué otras cosas podemos hacer para poder dialogar y dar paso a otras partes que hay en nosotros, dar voz a partes que sean capaces de resolver este conflicto que tenemos y eso es parte del trabajo que tenemos que hacer en psicoterapia.



m. Una aproximación a la espiritualidad desde la multiplicidad del self

Quiero ir terminando haciendo una reflexión acerca de la religiosidad y de la espiritualidad. Hay personas que tienen una parte de religiosidad, que hoy en día sabemos que está relacionada con un mejor pronóstico de la psicoterapia en personas traumatizadas y eso es investigación empírica, eso no tenemos que discutir si es verdad o no (Walker 2015). En las guías de la Asociación Americana de Psicología se recomienda sistemáticamente la evaluación de los aspectos espirituales y religiosos y adaptar la psicoterapia a los aspectos espirituales y religiosos porque se sabe que favorece generalmente una mejor evolución de la terapia (Cummings, 2014); luego si eso es así, tenemos que hacerlo, pero tenemos que entenderlo y voy a explicar cómo lo entiendo.

La religiosidad puede ser también una parte de uno mismo, porque nos hace formar parte de otro grupo, tener una serie de normas, una serie de reglas, de creencias en un Dios, cada cual el suyo. Es una parte de mí que juega un rol dentro de mí, que yo puedo identificar como Cristiano, o es mi parte Musulmana, o es mi parte Budista. En la representación que ven en la diapositiva, hay una diferencia y es que la periferia de la religiosidad,



de esta parte religiosa, está hecha en una línea de puntos. Mas alla de la identidad religiosa de una parte de mi, hay un sentir espiritual que si me permiten lo voy a explicar también con algún comentario personal.

La espiritualidad es algo que infiltra totalmente lo que uno es y llena todo lo que uno es como ser humano y baña a todas las otras partes y las da una connotación diferente al niño, al jefe, al investigador. Cuando uno ha descubierto esa espiritualidad, es algo que infiltra su forma de ser y de entender la vida, e infiltra e influye en todas las otras distintas partes que hay en ti.

En mi caso, el descubrimiento de la espiritualidad fue tardío (experiencia nada extraña por otro lado). Tuvo relación con empezar a tratar y a trabajar con técnicas de meditación, esto me descubrió el camino de la meditación y eso me hizo descubrir el camino de la espiritualidad, que me permitió descubrir mi parte espiritual que infiltra todo lo que soy, que toca todas las otras partes que hay en mí y que me permite relacionarme con los demás desde una comprensión compasiva, desde un contacto humano profundo con el otro. Porque el otro, si es espiritual o si no lo ha descubierto, también está ahí, es lo que te permite ese contacto compasivo que antes he hablado, ese contacto pasivo con el otro sólo se entiende cuando uno descubre la espiritualidad dentro de uno mismo.

n. Comentario final sobre la incompatibilidad terapeuta - paciente por motivos éticos

Solo quiero terminar con una cuestión, con un comentario en relación al que esto de la neutralidad trabajando con pacientes tan difíciles no es posible, hay a veces cuestiones de valores morales, de principios ideológicos del terapeuta que le dificultan la posibilidad de tratar determinado tipo de pacientes y eso es inevitable, con lo cual, simplemente quiero decir que

hay una labor que a los terapeutas a veces nos queda por delante, hay algunos psicólogos en este país especializándose en ello y es el terapeuta como testigo del dolor y facilitador de la reparación en el reencuentro entre víctimas del terrorismo y terroristas para alcanzar una paz social aún no alcanzada en este país y que el proceso que nos queda por delante es un proceso de diálogo entre víctimas y victimarios, entre víctimas y agresores y este es un proceso muy difícil que no se puede hacer sin la espiritualidad, sin la bondad, y sin en la capacidad de perdonar.

- Bibliografía

- Anzieu, D. & Zimmermann, S. V. 1987, *El yo-piel* Biblioteca Nueva.
- Bateman, A. & Fonagy, P. 2010. Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry*, 9, (1) 11-15 available from: PM:20148147.
- Craighead, W.E. & Dunlop, B.W. 2014. Combination Psychotherapy and Antidepressant Medication Treatment for Depression: For Whom, When, and How. *Annual Review of Psychology*, 65, (1) 267-300.
- Cuijpers, P., Sibbrandij, M., Koole, S.L., Andersson, G., Beekman, A.T., & Reynolds, C.F. 2014. Adding psychotherapy to antidepressant medication in depression and anxiety disorders: a meta-analysis. *World Psychiatry*, 13, (1) 56-67.
- Cummings, J.P., Ivan, M.C., Carson, C.S., Stanley, M.A., & Pargament, K.I. 2014. A systematic review of relations between psychotherapist religiousness/spirituality and therapy-related variables. *Spirituality in Clinical Practice*, 1, (2) 116.

- Ecker, B., Ticic, R., & Hulley, L. 2012. Unlocking the emotional brain: Eliminating symptoms at their roots using memory reconsolidation. New York: Routledge.
- Hermans, H. J. M. & Kempen, H. J. G. 2004, "The Dialogical Self", *The Dialogical Self in Psychotherapy*.
- Leiman, M. 2002. Toward Semiotic Dialogism The Role of Sign Mediation in the Dialogical Self. *Theory & Psychology*, 12, (2) 221-235.
- Leiman, M. 2004. Dialogical sequence analysis. *The dialogical self in psychotherapy* 255-269.
- Mirapeix C. 1993. *Una concepción integradora de la psicoterapia: mas allá del dogmatismo de escuela*. Psiquis. Vol 14, Abril, 9-25.
- Mirapeix, C. 2007, "El tratamiento psicoterapéutico," en *Psiquiatría en Atención Primaria*, J. Vazquez-Barquero, ed., Grupo Aula Medica.
- Mirapeix, C. 2008. Desarrollo del self, múltiples estados mentales y metodología de evaluación desde la psicoterapia cognitivo analítica. (disponible online: http://apra.org.ar/revistadeapra/pdf/Mirapeix_APPRA_2008.pdf).
- Mirapeix, C. 2014: Intervenciones dirigidas al incremento de la función reflexiva en psicoterapia cognitivo analítica del TLP. Revista de Mentalización (disponible online: http://revistamentalización.com/ultimonumero/intervenciones_dirigidas_al_incremento_de_la_fr.pdf).
- Pollock, P. H. 2001, *Cognitive analytic therapy for adult survivors of childhood abuse*. Wiley.
- Ryle, A. & Fawkes, L. 2007. Multiplicity of selves and others: cognitive analytic therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 63, (2) 165-174 available from: PM:17173319.
- Ryle, A. & Kerr, I. 2006. *Introducción a la Psicoterapia cognitivo analítica*, Desclee de Brouwer (en prensa).
- Shapiro, F. 1995. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Basic principles, protocols and procedures. New York: Guilford Press.
- Shapiro, F. 1996. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Evaluation of controlled PTSD research. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 27, 209-218.
- Shapiro, F. 1999. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Clinical and research implications of an integrated psychotherapy treatment. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 35-67.
- Steele, K., van der Hart, O., & Nijenhuis, E.R. 2005. Phase-oriented treatment of structural dissociation in complex traumatization: overcoming trauma-related phobias. *J Trauma Dissociation*, 6, (3) 11-53 available from: PM:16172081.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E.R., & Steele, K. 2005. Dissociation: An insufficiently recognized major feature of complex posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress*, 18, (5) 413-423 available from: PM:16281239.
- Van der Kolk, B.A. 2003. *Psychological trauma*, American Psychiatric Pub.
- Walker, Donald F. (Ed); Courtois, Christine A. (Ed); Aten, Jamie D. 2015: Spiritually oriented psychotherapy for trauma. Washington, DC, US: American Psychological Association. x 292 pp.