

Diferentes personalidades o el juego del escondite.

El objetivo que pretendo con este artículo es ahondar en el tan conocido y disputado tema, del antiguo diagnóstico de Personalidad Múltiple o del moderno, Trastorno de Identidad Disociativo (DID) del DSM IV "F44.81 Cie.10"; este diagnóstico ha sido y sigue siendo muy polémico, y a mi modo de ver se ha prestado a muchas confusiones; también voy a intentar abordar, como podría entenderse, desde el eje de mi marco teórico, el Análisis Bioenergético; esta teoría dinámica está basada en la psicología del desarrollo y del vínculo, entendiendo a la persona como un todo psicofísico, y por tanto utilizando herramientas psicocorporales en el tratamiento. Para ello voy a referirme a diferentes teorías con un orden cronológico, y finalmente intentaré hacer a modo de conclusión, un posible esbozo de cómo sería en mi opinión el marco teórico dentro del Análisis Bioenergético.

También, para centrar este tema, y poder llegar a un consenso del que partir, he estado buscando el significado mayoritario del término Personalidad, este sería según el manual de psicología de Papalia y Wendkos:

"El conjunto de formas relativamente consistentes de relacionarse con la gente y las situaciones que ponen un sello de individualidad en cada uno de nosotros. En tanto que nuestras actitudes nuestros valores, nuestras opiniones y nuestras emociones son las piedras angulares de nuestra individualidad, el modo como actuamos en estos estados mentales determina lo que otros verán como personalidad".

Cuando nos encontramos con una persona que padece DID vemos que, además de sufrir un Trastorno de Estrés Postraumático Complejo o de tipo II en un 90%, además experimenta varios estados de identidad distintos. Es decir, ha vivido un prolongado periodo de exposición a situaciones de intenso estrés de naturaleza extrema, lo cual le provoca ansiedad anticipatoria y pone en marcha mecanismos de defensa tales como, la negación, la evitación o la disociación. Este tipo de estrés determina un cambio profundo y radical en el carácter del niño, y son un ejemplo los abusos sexuales o físicos crónicos o el padecimiento de una enfermedad grave. A nivel neurológico se pueden apreciar al menos las mismas neuroimágenes que en el TEPT (Trastorno de Estrés Postraumático).

Además también voy a partir del manual diagnóstico más consensuado:
El DSM IV, que define los siguientes criterios diagnósticos para el DID:

"A. La presencia de dos o más identidades o personalidades distintas (cada una con su propia y perdurable forma de percibir, relacionarse y pensar sobre sí misma y el mundo que le rodea).

B. Al menos dos identidades o estados de personalidad toman el control de forma recurrente sobre la conducta de la persona.

C. Existe una incapacidad para recuperar de la memoria información personal importante y

demasiado extensa para poder ser explicada en términos de un simple olvido.

D. El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de una droga (por ejemplo conducta caótica o mente en blanco durante una intoxicación alcohólica) o a una enfermedad orgánica (por ejemplo crisis parciales complejas).

Nota: En los niños, los síntomas no son atribuibles a compañeros de juego imaginarios u otros juegos de fantasía”.

Teorías

En el libro **Trauma and Recovery** de 1983, su autora **Judith Lewis Herman**, diagnostica como Trastorno de Personalidad Múltiple cuando “se dan capacidades disociativas altas y síntomas que se confunden con la esquizofrenia (sentirse controlado por otras personalidades, en la forma de alucinaciones auditivas, (de alters que se están peleando)”. Según ella las personalidades borderline no llegan a estos extremos.

En **Dissociation in Children and Adolescents** de 1997, **Frank Putnam** nos dice que los niños maltratados muestran un amplio abanico de síntomas severos, entre ellos los **Alters**:

“Son reales, existen, pero no como individuos sino como estados discretos de disociaciones de la consciencia, y cuando son considerados desde esta perspectiva, no es tan difícil aceptarlos, solo cuando se los considera todos juntos en la globalidad puedes considerarlo una personalidad.”

El piensa que son los críticos, los que dicen que son personas separadas con un mismo cerebro y que el nº de alters puede llegar a ser de 12, la media suele ser de 3 y la mediana entre 8 y 10. Putnam nos asegura que hay pacientes profesionales, que negocian con este diagnóstico, para obtener fama y fortuna; y que todo esto es apoyado por la mitología y los medios de comunicación.

También existe el mito popular de que son mujeres con acumulaciones de diferentes personas, desde niños a físicos o maestros de artes marciales.

Pero Putnam nos sigue diciendo que: *“Las diferencias entre los conceptos del self y los alters personality pueden ser muy marcadas o aparatosas, pero es mas aparente que real, existiendo varias tipologías, pero pocos datos sistemáticos, en realidad los tipos de alters de MPD se pueden reducir a estados infantiles de personalidad o alters furiosos o protectores o perseguidores), se encuentran lo suficientemente a menudo como para investigar este tema.”*

Observa que: *“los cambios entre alters, ocurren rápidamente en segundos o pocos*

minutos, o a través de estados intermedios o de periodos de sueño entre medias, se manifiestan por discontinuidades en la línea del pensamiento, cambios en los afectos súbitos e inexplicables, en la apariencia facial, conducta y manierismos, pueden aparentar desorientación y aparecen conductas de grounding, parpadeo rápido o vuelta de los ojos."

Es decir y concretando: *"Los alters del MPD, son el reflejo de la reacción de un conjunto complejo y duradero, basado en la identidad de estados disociativos discretos, que se desarrollan durante la infancia y adolescencia."*

Las investigaciones clínicas actuales sugieren, que los Alters se generan en el contexto del trauma severo temprano en la infancia. La hipótesis de Putnam es que comienzan como estados de conciencia inducidos por un trauma y que con el tiempo se van a ir diferenciando más entre sí, debido a diferentes factores:

1-Inducción repetida de un estado determinado, generado por una experiencia repetida y específica, permite mejor el paso de un estado a otro y conforman, como una historia, con mayores propiedades de organización y estabilización del self (cogiendo un acto específico como desencadenante).

2- Las imágenes internas del ego se dividen o escinden en extremos bueno o malo, apareciendo siempre un alter detestable y malévolo y otro sumiso y conformista.

En un artículo titulado Disociación y Sentido del Self de Bessel Van der Kolk, en el libro Traumatic Stress editado por McFarlane, Van der Kolk y Weisaeth en 1966, encontramos:

"Las estructuras de memoria traumática pueden contener cogniciones relacionadas con el trauma, y esquemas del yo que difieren entre sí y que difieren del estado habitual, ya que se basan en experiencias vitales divergentes. Es decir que el esquema cognitivo que contiene el esquema del yo varía con el estado en que está la persona".

Es decir si la memoria del trauma puede ser encapsulada en un estado del Yo separado, parte de la personalidad del individuo puede seguir evolucionando sin que apenas le moleste esta memoria, de esta manera el aspecto de la personalidad encapsulada con la memoria traumática, se queda fijada en la edad mental que tenía el niño cuando el hecho traumático ocurrió, esto produciría que dependiendo del estado evolutivo del paciente tendría consecuencias a largo plazo diferentes.

De hecho hay terapeutas que piensan que si el trauma ha ocurrido antes de los 5-6 años, hay muy poco que hacer.

Bessel Van der Kolk es uno de los que afirma que 90% de los pacientes con DID han sufrido trauma complejo y no han experimentado un sentido de salvaguardia y seguridad procurado por las personas primarias.

Mi querida profesora y colega **Mariana Eckberg** en su libro **Victims of Cruelty** nos dice:

"Otra forma de disociación implica estados separados del ego, que contienen la experiencia traumática o que contienen claros estados afectivos asociados con sucesos traumáticos. Por tanto, en un estado del ego una persona puede ser capaz de actuar su rutina incluso realizando trabajos exigentes, sin que le contamine el material traumático. En otro estado del ego la misma persona puede sentirse incapacitada por un temor, enfado o desesperación abrumadores".

Ella opina que la extrema disociación de estados del ego, desemboca en el desarrollo de claras identidades que contienen experiencias cognitivas, emocionales, de comportamiento y sensoriales.

Nos dice textualmente:

"Personas con un Trastorno de Identidad Disociativo (DID) pueden tener varios "alter" que dan cuenta de diferentes incidentes traumáticos, y otros "alter" que permanecen sin darse cuenta de las experiencias traumáticas".

Mariana Eckber citando a Putnam (1989), hace suya su definición del alter: *"estados claramente discontinuos de la conciencia dispuestos alrededor de un afecto que prevalece, sentido propio del self, incluida la imagen corporal, con un repertorio limitado de comportamientos y un cierto número de recuerdos y un set de memorias asociadas (state- dependent)"*

Normalmente estos pacientes han sufrido un abuso físico, sexual y psicológico continuo e intenso desde temprana edad. La fragmentación de parte de las experiencias traumáticas contribuye a que tengan flash-back, pesadillas, síntomas psicósomáticos o reactivaciones. Puede que no recuerden las experiencias traumáticas, por tanto, no pueden situar las experiencias en una memoria narrativa a largo plazo, que hubiera dado significado a lo que han vivido.

Nos cuenta un caso:

"Un paciente diagnosticado de DID, me dice que su personalidad ejecutiva a la que se ha ordenado orientarse en el mundo y dirigir la parte práctica de su vida no contiene sentimientos. Los sentimientos se hallan en otras corrientes de su conciencia en otros alter".

En una conferencia a la que asistí en Junio de 2003, los dos expertos en trastornos por trauma, **O. Van der Hart**, y **E. Nijenhuis**, explicaron su teoría sobre los trastornos de origen traumático, la Teoría de la Disociación estructural traumática:

Plantean que cuando una persona utiliza defensas disociativas de origen traumático, se pueden ver claramente dos estructuras:

EP-emotional personality (personalidad emocional).

ANP-apparently normal personality (personalidad aparentemente normal).

Ellos piensan que la disociación estructural traumática no es aleatoria, sino que se desarrolla según los sistemas de supervivencia psicobiológicos evolutivos. Algunos de estos sistemas son de naturaleza defensiva, y tienen que ver con la supervivencia del individuo, cuando hay una amenaza inminente, otros tienen que ver con la vida diaria y la supervivencia de las especies, estos engloban sistemas de apego a los cuidadores, reproducción, regulación de la energía etc.

Cada uno de estos sistemas contiene modelos específicos de activación de redes neuronales, así como su propia actividad neuroquímica asociada en el cerebro, algunos se encuentran en los bebés (sistemas de defensa y apego) otras se activan durante fases determinadas del desarrollo (sistema reproductor).

En cuanto a las dos estructuras que se forman:

La EP:

- Conlleva alteración de conciencia, es decir el campo de atención está encogido, es involuntario y rígido y dominado por las tres Fs: Freezing (congelación), Fight (combate) y Flee (huida), que son las respuestas defensivas más básicas y está centrada en la amenaza que puede ser o no actual. Es, por tanto, inflexible. Contiene las memorias traumáticas, y a veces esquemas corporales. Se pueden desarrollar una o varias combinaciones con estas respuestas defensivas, las tres Fs, o un repertorio autónomo más elaborado o más rudimentario.

La ANP:

- Conlleva fobia a las memorias traumáticas, así como fobia de la EP a la que representa, tiene la función de completar las tareas cotidianas para sobrevivir y la supervivencia de la especie.

Esta evitación de la ANP, en un principio por supuesto que es adaptativa, como cualquier otro mecanismo defensivo.

Distinguen dentro de la Disociación Estructural varios tipos:

Disociación estructural primaria:

Cuando se da una alternancia entre una personalidad emocional (EP) fijada en un trauma y las experiencias asociadas, y una personalidad aparentemente normal (ANP), que se fija en una evitación fóbica extrema del trauma con embotamiento, desapego y amnesia total y completa.

Disociación estructural secundaria:

Cuando se basa en un fallo de la integración entre las defensas animales y los subsistemas recuperativos, dando lugar a varias EPs, pero una única ANP.

Disociación terciaria

Ocurre cuando algunos aspectos cotidianos se asocian con el trauma pasado, p. ej.: A través del aprendizaje por generalización, se condiciona el estímulo que tiende a reactivar las memorias traumáticas, con lo cual se fragmenta la ANP en varias ANPs.

O también alternativamente, cuando el funcionamiento de la ANP es muy bajo, entonces las tareas de la vida cotidiana le sobrepasan, creándose entonces nuevas ANPs, esto puede convertirse en un estilo de vida. La disociación terciaria incluye fragmentación de la ANP y de la EP.

La disociación primaria se da en el trastorno por estrés traumático simple, la secundaria en el trastorno por estrés traumático complejo o de tipo II y la terciaria es la que se produce en pacientes con DID.

También ellos consideran que hay un camino evolutivo muy temprano que lleva a la disociación secundaria y terciaria, y que incluye un obstáculo para la integración de los sistemas emocionales o defensivos, por que el self (state-dependent, Wolf) no está totalmente construido y es muy frágil y dependiente en el niño, y solamente interaccionando de una manera positiva y segura con los cuidadores es como el niño puede adquirir la capacidad para modular e integrar los diferentes estados emocionales.

Esto es lo que falla en niños que hayan sido traumatizados, abandonados o que hayan sufrido negligencia; los estados rudimentarios y separados son llevados por sistemas emocionales distintos y pueden permanecer disociados estructuralmente. Entonces, estos estados eventualmente pueden ganar cada vez más grados de autonomía y de elaboración; transformándose en ANPs y EPs. Y así el material disociado puede quedar contenido en más de un estado.

Ellos mantienen que el tratamiento debe dirigirse a la persona como una totalidad.

Conclusión

Si reparamos en lo que hasta ahora he resumido de los que se consideran los expertos más relevantes en el mundo de la Psicotraumatología, podemos concluir que todos están de acuerdo en que existen los alters, los estados disociados, partes disociadas de la personalidad etc., y que el DID existe.

Hasta ahora todo lo descrito a grandes rasgos de la Teoría de Van der Hart y Nijenuis, es perfectamente compatible con la manera de entender la psicopatología y en concreto la del desarrollo del Análisis Bioenergético, desde este marco se entiende la

falta de salud o el sufrimiento no como un síntoma o conjunto de síntomas que conforman un trastorno, sino como una falla o déficit en el desarrollo de la persona y en sus patrones de vinculación conformándose su personalidad y el carácter como un patrón defensivo.

Creo que es precisamente en los trastornos por trauma y en el DID, en donde casi todos los terapeutas y teorías nos vamos poniendo de acuerdo y donde todos hablamos de lo importante que es, no solamente como funciona el sistema nervioso, sino el patrón vincular de la persona y en que momento del desarrollo ocurren los hechos traumáticos, y lo que es más curioso casi todos decimos: "El trauma está en el cuerpo", es decir, al no haber memoria o al estar tan fragmentada, esta se puede activar desde el cuerpo. Creo que en estos momentos se está produciendo una integración de las diversas corrientes terapéuticas.

En cuanto al DID, creo que sería necesario abrir un debate al respecto, no solamente en nuestra sociedad terapéutica, sino también con los demás colegas españoles y de algunos países. Es curioso, que con los colegas de mucha experiencia con los que he hablado sobre el presente artículo, me decían: "Yo no he visto a ningún paciente así", esto sólo ocurre en Norteamérica, ¿no os parece curioso que en un país como España largamente traumatizado y retraumatizado, sin ir más lejos por la guerra civil y la posterior y larga represión de la dictadura de Franco, no nos encontremos con pacientes con estos trastornos?, ¿es una negación o disociación de la sociedad incluyendo la terapéutica?. Os cito de nuevo las palabras de Mariana Eckberg:

"Han hecho falta cerca de cincuenta años para que los alemanes integren y olviden los horrores del holocausto. Más de veinticinco años han pasado desde los desastres norteamericanos en Vietnam y solo ahora empezamos a digerir esta experiencia y el papel de autor en los hechos.

En Norteamérica no hemos comenzado todavía a integrar nuestro papel de autor dentro de los hechos de América Central y del Sur. Es necesario dentro de la historia integrar lo inimaginable y lo inconcebible".

Después de la conferencia a la que asistí con Van der Hart y Nijennuis en junio del pasado año, empecé a ver a mis pacientes con TEPT, (que siguen tratamiento conmigo) y en particular los que sufren la modalidad compleja, desde una nueva óptica, empecé a entender cosas que para mi eran antes incomprensibles o dificultosas de trabajar contratransferencialmente, y que incluso negaba u omitía, y recordando los comienzos de los tratamientos, es lo que me había asombrado desde un principio.

Por ejemplo: Una paciente, que a lo largo del tiempo mantenía diferentes conductas: Unas veces se mostraba muy afectuosa otras veces absolutamente desafectada, pero no sólo eso, a veces su cara y su cuerpo se transformaban y parecía un soldado en posición de firmes y no hablaba, se quedaba muda. Otras veces estaba durante la sesión prácticamente entera, furiosa y diciendo como muletilla "no me importa, me da igual", otras veces parecía una niña muy pequeña y juguetona con risitas y mucha alegría y finalmente como una persona eficiente, racional, habladora, reflexiva y coherente. Hasta ahora yo había tenido la hipótesis de que en algún momento se producía el mecanismo

disociativo y sencillamente estaba saltando una defensa contra el recuerdo, así parecía pasar y así lo veía fácilmente, se la ve disociar. Ahora claramente puedo ver diferentes formas de la misma niña dañada, en las que hay una niña furiosa, otra impasible, otra la niña anterior a los 6 años, la que pudo ser, las EPs, y otra casi adulta, la que debe presentar en su mundo social, la ANP, y estas difícilmente se relacionan entre sí, las habilidades de una no eran en general utilizadas por las otras.

Recordando los videos y trabajos que se hicieron en esta conferencia, trabajé en una hipótesis, hay una niña base que fué la que vivió hasta los 6 años con algunos déficits y que tuvo que utilizar mecanismos disociativos posteriormente por abuso sexual continuado, como tal, esta niña no podía utilizar más que mecanismos de defensa muy narcisistas, y una visión del mundo por tanto muy infantil.

Ahora, cuando estoy en una sesión no pierdo de vista aunque sea en mi fantasía a esta niña, la que he visto asomar a veces, que conozco y me conoce, sin dejarla de tener en cuenta, hablo y me dirijo a ella tanto verbal como corporalmente, me intento entonar y mantener la tensión psicológica alta, para que me escuche, pueda hablar y salir con menos miedo, utilizando cada vez menos los mecanismos de escisión y disociación, sintiéndose protegida y entendida y que al mismo tiempo pueda utilizar mecanismos de defensa mas adultos y apropiados, es como si estuviera jugando al escondite en una sala de espejos deformantes con una niñita, sé donde está escondida, pero la tengo que encontrar y permitir que salga, sabiendo seguro tanto ella como yo que no le va a pasar nada. Para ello, he tenido que apoyar cada vez más, también, a la parte más adulta sin relaciones emocionales, pero muy inteligente, buena trabajadora y hábil en las relaciones, mientras estuvieran disociadas emocionalmente de los otros.

Otra paciente tiene tres nombres, el diminutivo como todos, pero con el que se muestra como una niña pequeñita desvalida clamando por su mamá, otra con su nombre completo, que es la que presenta habitualmente en la vida cotidiana y adulta, que tiene grandes dificultades sociales y de vinculación, y otra con un nombre completamente diferente, en el trabajo, en el que se presenta muy hábil socialmente y donde aparentemente establece sus contactos afectivos.

A medida que he estado atenta a este tema, me he ido dando cuenta que pacientes que no parecen tener un tema excesivamente traumático por lo menos físico en sus vidas, pero si posiblemente abuso psicológico y seguro que negligencia, y que podríamos decir que tienen un carácter muy narcisista según caracterología del Análisis Bioenergético, utilizando por tanto mecanismos muy disociativos por déficit, la imagen o imágenes con que se presentan se parece a lo anteriormente descrito, p.ej.:

A veces cuando hablo con uno de ellos por teléfono casi ni le reconozco, mientras en las sesiones, se presenta dependiendo el día de la semana, los lunes como una persona baja de tono deprimida vacía etc., en los otros días es una persona dinámica viva esplendorosa, estado con el que se presenta en el mundo del trabajo, y luego de "otro" del que habla con vergüenza y únicamente conmigo, trasgrediendo bastantes límites, incluso peligrosamente para él, que va con prostitutas etc...En estos últimos días, ha ido apareciendo en momentos de una cierta alteración de conciencia un niño de unos 5 años,

triste, sólo e invisible.

Otra paciente puede ser absolutamente dinámica, eficaz para la intendencia, pero triste, vacía en el mundo de las relaciones y otras veces una hidra en su pleno apogeo malvado, todo esto con una cierta consistencia y estabilidad.

Creo que estas personas así expuestas, constituyen claros ejemplos de disociación primaria, secundaria y terciaria y algunas por tanto de DID,

Y esto es lo que planteo, creo que hay personas con estas identidades o fragmentos o estados; y que esto se da con una cierta consistencia y estabilidad, en unos más que en otros, estas les ayudan a poder manejarse en algunos aspectos de la vida, pero no lo suficiente, porque ninguno de los fragmentos es el predominante y el estable además con sus emociones, y con un hilo conductor de memoria de vida. Como hipótesis puede ser que, originalmente, esto no sea solo algo exclusivo de las personas que padecen un trastorno de origen traumático como dicen Van der Hart y Nijennuis, si no también en las personas que padecen un trastorno debido a negligencia severa.

Creo que nuestro trabajo como terapeutas, en estos casos, sería descubrir la personalidad más escondida y protegida; en ir pegando, recomponiendo fragmento a fragmento una totalidad, y a veces creando didácticamente como harían unos progenitores, aspectos inexistentes.

Me gustaría emplazaros a que os preguntéis, si lo que yo os estoy planteando os resuena, os hace pensar y recordar a vuestros pacientes con un nuevo ángulo de visión, si en algún momento los habéis visto o ahora os es posible verlos, en un marco como he dicho de una persona fragmentada y fragmentada por un trauma incluso como hipótesis en personas con un carácter narcisista, muy severo, en diferentes estados de la identidad o partes disociadas de la personalidad y comprobarlo.

Segundo os propongo, tener en cuenta las fases de tratamiento para los pacientes con disociación estructural, que proponen Van der Hart y Nijenhuis, que a grandes rasgos son las mismas que se proponen desde el Análisis Bioenergético:

- 1- Estabilización y reducción de síntomas.
- 2- Tratamiento de las memorias traumáticas.
- 3- Integración de la personalidad y rehabilitación.

Pero también estas fases son tenidas en cuenta por la mayoría, por no decir todas las corrientes, para el tratamiento de personas que sufren estos trastornos (por lo menos las que aprendí de Mariana Eckberg y de Van der Kolk); nuestra propia teoría de la construcción de la personalidad, del carácter y nuestra técnica, realmente no son tan diferentes de las de ellos, aunque, a veces, utilicen términos aparentemente distintos, en la visión del individuo como tal; ni incluso en la técnica, cuando yo les veía trabajar, cruzaba miradas con mis compañeras bioenergetistas y

decíamos: ¡Pero si esto es lo que hacemos nosotros!

Si, pero realmente en algunos aspectos ellos proponen una teoría más sólida del psicotrauma y de su tratamiento, la más sólida y clara creo, que hay hasta ahora en el mundo de la Psicotraumatología, quizás adolezca de más finura en el trabajo empático, sintonía y abordaje psicocorporal. Pero a mi modo de entender tiene una comprensión de lo más completa y experiencial que hasta ahora existía, de las resistencias y defensas que impiden volver a asociar partes fragmentadas de la personalidad y cuando es el momento adecuado de intentarlo.

Bibliografía

Eckberg Mariana (2004) *Victims of Cruelty*.

Herman L. Judith (1992). *Trauma and Recovery*. Basic Books.

Papalia & Wendkos (1984). *Psicología*.

Putnam W. Frank (1997) *Dissociation in Children and Adolescents*. The Guilford Press.

Van der Kolk A. Bessel; Van der Hart Onno; Marmar R. Charles (1996) Dissociation and information processing in Posttraumatic Stress Disorder. In Van der Kolk A. Bessel,

McFarlane C. Alexander, Weisaeth Lars (Eds.): *Traumatic Stress. The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. The Guilford Press.

DSM-IV (2003)