

La fragmentación de la identidad en la disociación y en las psicosis

Identity fragmentation in dissociation and psychoses

MANUEL GONZÁLEZ DE CHÁVEZ

Psiquiatra. Fundación para la Investigación y el Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis, Madrid.

Correspondencia: mgchavez.fundesquizofrenia@gmail.com

Recibido: 16/09/2022; aceptado con modificaciones: 13/02/2023

Los contenidos de este artículo están bajo una Licencia Creative Commons CC BY-NC SA 4.0 (Atribución-No Comercial-Compartir igual).



Resumen: En la psiquiatría actual tenemos mucho interés en dilucidar las semejanzas y las diferencias existentes entre las experiencias psicóticas y las experiencias disociativas, y en especial las dinámicas patogénicas que dan lugar a unas y a otras, y los abordajes terapéuticos más eficaces en cada caso. Desde el punto de vista de la identidad plural, estas dos experiencias constituyen las dos grandes crisis biográficas funcionales que dan lugar a la fragmentación de la identidad, con la pérdida de su unidad y continuidad, además de su autonomía y autoestima. Ambas se diferencian por los mecanismos de represión y disociación que están en el origen de las mismas. Ahora bien, cualquier enfoque o hipótesis con la que tratemos de entender estos dos tipos de experiencias no debe limitarse a comprenderlas en sus representaciones actuales y en las claves que hoy llamaríamos “científicas”, porque experiencias de este tipo han existido a lo largo de la

historia de la humanidad reconceptualizadas de forma distinta, en otras claves culturales, espirituales, religiosas o morales.

Palabras clave: psicosis, disociación, represión, culpa, vergüenza, identidad plural, identidad fragmentada, personalidades múltiples, teriantropía, posesión.

Abstract: In current psychiatry, there is a great interest in elucidating the existing similarities and differences between psychotic experiences and dissociative ones; especially, the pathogenic dynamics that give rise to both of them, as well as the most effective therapeutic approaches in each case. From the point of view of plural identity, these two experiences make up the two great functional biographic crises that give rise to identity fragmentation, with the loss of their unity and continuity, in addition to the loss of their autonomy and self-esteem. Both of them are differentiated by the repression and dissociation mechanisms that exist in their origin. That said, any approach or hypothesis that we may use to try to understand these two types of experiences should not be limited to understanding them in their current representations and with the keys that we currently call "scientific," because experiences of this type have existed throughout the history of humanity, reconceptualized differently in other cultural, spiritual, religious or moral keys.

Key words: psychosis, dissociation, repression, guilt, shame, plural identity, fragmented identity, multiple personalities, therianthropy, possession.

HACE MÁS DE UN SIGLO que en el Hospital Psiquiátrico de Burghölzli, en Zúrich, Carl Gustav Jung y Eugen Bleuler apuntaron al mecanismo de disociación como el origen de la demencia precoz, mediante la no integración de las experiencias biográficas fuertemente cargadas de emoción que constituían "complejos" escindidos fuera de control, penetraban en la conciencia como fragmentos autónomos y, si bien eran reversibles y transitorios en la histeria, se hacían fijos, irreversibles y deteriorantes en la demencia precoz¹. Es, decían, como si el paciente estuviera fragmentado en tantas personas o personalidades como complejos tiene y que su personalidad perdiera unidad y diferentes complejos psíquicos parecieran representarla en distintos momentos².

Entonces era evidente la influencia de la obra de Pierre Janet, que había denominado con anterioridad a los complejos "ideas fijas subconscientes" y con quien Jung había ido a trabajar durante un semestre en París, en el invierno del 1902 a 1903, unos años antes de escribir *La psicología de la demencia precoz*, y una década antes de que Bleuler publicase su libro sobre ese trastorno.

Jung y los Bleuler (Eugen, padre, y Manfred, hijo) mantuvieron una relación cordial con Janet durante décadas y lo invitaron en varias ocasiones a Burghölzli. Y

aunque era reconocida la importancia de Janet en las primeras hipótesis junguianas y bleulerianas de la recién denominada esquizofrenia, no hubo influencia inversa, ya que Pierre Janet consideraba que la demencia precoz era una demencia social y una forma de psicastenia. Aún en las últimas publicaciones de su vida, Janet mantenía que las alucinaciones auditivas de los pacientes psicóticos eran dependientes y secundarias a sus delirios, lo que en la psicopatología de entonces se llamaban “percepciones delirantes”³.

Es cierto que la experiencia clínica con psicóticos en Burghölzli fue muy superior a la que pudo obtener Pierre Janet, más dedicado a la filosofía, como su amigo Bergson, y a la teoría psicológica o al laboratorio de psicología durante los años que trabajó en la Salpêtrière. Además, Pierre Janet tuvo que abandonar la Salpêtrière por la muerte repentina de Charcot y la dirección hostil de Dejerine, quien sustituyó a Charcot⁴, y por la nueva orientación de los discípulos de Charcot, que renunciaron al interés de su maestro por la histeria y la hipnosis. La práctica de Janet se vio reducida a la consulta privada y su enseñanza a libros, artículos, congresos, conferencias en el Collège de France y a múltiples viajes a otros países. Janet no hizo proselitismo, ni atrajo discípulos, ni creó escuela. Polemizó con Freud, al que acusó de plagiarle, pero el mecanismo de la represión freudiano acabó imponiéndose al de la disociación janetiana a pesar de que la disociación tenía ya una larga tradición anterior a Janet en la psiquiatría francesa⁵.

La rápida expansión del psicoanálisis en el siglo xx, con el eficaz adoctrinamiento en la ortodoxia de los análisis didácticos, acabó relegando el interés por la disociación a los heterodoxos de los círculos freudianos, como fueron Ferenczi y Fairbairn en Europa o, en Estados Unidos, a psiquiatras dinámicos independientes como Edward Kempf. Este último, pionero de la psicoterapia de las psicosis, dedicó varios capítulos de su *Psychopathology*, con muchas historias de pacientes, a los diversos tipos clínicos de la demencia precoz, que reconceptualiza, analiza y diferencia como formas de “disociaciones crónicas perniciosas de la personalidad”⁶.

También en Estados Unidos, Harry Stack Sullivan utilizó ampliamente los mecanismos de disociación en su concepción de la esquizofrenia. Mantenía que en la vida de estos pacientes había acontecimientos que provocaban desastres de la autoestima, vividos como estados de pánico, que llevaban al fracaso de los poderes integradores/disociativos del *self* y a un colapso de sus defensas y su relación con la realidad. Este fracaso generaba “un sistema disociador y otro disociado” de los elementos o procesos de la personalidad: *self* y *no-self*. Las experiencias psicóticas, decía Sullivan, surgen de una “zona autónoma de interacción” entre el *self* y el *no-self*, que no está bajo el control de la consciencia y sirven de canal de expresión del “sistema disociado”, que se acaba convirtiendo en una “agencia integradora efectiva” hacia la paranoia y/o la regresión⁷.

Antes de que llegase el psicoanálisis a los Estados Unidos, algunos médicos y prohombres de la élite social de Boston e intelectual de Harvard, como Morton Prince, James Jackson Putnam y William James, que podían permitirse largos viajes de estudios por Europa, habían visitado los centros pioneros de la hipnosis y escuchado en París las conferencias de Charcot y Janet sobre la histeria. Ellos crearon en Boston un grupo avanzado de lo que llamarían “psicología anormal”, con la American Psychopathological Association y el *Journal of Abnormal Psychology*, muy interesados en la hipnosis, la psicoterapia, el inconsciente, la pluralidad de la mente, la histeria y las personalidades múltiples⁸⁻¹⁰.

DE LAS PERSONALIDADES MÚLTIPLES A LOS TRASTORNOS DISOCIATIVOS

Las personalidades múltiples constituyen hoy uno de los capítulos más interesantes de la historia cultural de la psiquiatría¹¹. Se solaparon y, en algunas sociedades laicas, sustituyeron a los síndromes de posesión de sociedades religiosas y a las licantropías de comunidades rurales. Tuvieron una distribución geográfica muy irregular, vinculada sin duda a las prácticas de los profesionales, especialmente a la de la hipnosis. Las personalidades múltiples crecieron en el siglo XIX y primeras décadas del XX de forma paralela a las grandes histerias y tuvieron mayor incidencia en el sexo femenino. Se publicaron detalladas historias biográficas de pacientes, como Mary Reynolds o Christine Beauchamp, que se hicieron famosas.

Los casos clínicos de personalidades múltiples, como los de la histeria, fueron desapareciendo de las publicaciones tras el primer cuarto del siglo XX, cuando, después de la Primera Guerra Mundial, cambió el rol y la actitud de las mujeres en la sociedad y estas fueron dejando atrás esos prototipos victorianos de pasividad, docilidad, discreción y obediencia, que solo podían canalizar sus conflictos y contradicciones mediante el papel de enfermas¹². Por eso, a mediados del siglo XX, hubo quien declaró que las personalidades múltiples se habían extinguido y quienes hablaron de que eran artefactos yatrógenos¹³. El mismo Janet en 1919 se refirió a ellas como casos especiales de trastornos bipolares¹⁴, y otros opinaron que la aceptación del diagnóstico amplio de la esquizofrenia de Bleuler habría englobado a los anteriormente diagnosticados de personalidades múltiples¹⁵. Muchas revistas psiquiátricas de primer nivel se negaban a aceptar trabajos sobre enfermos con ese diagnóstico y fueron ya muy escasas las historias de pacientes con personalidad múltiple publicadas, aunque el cine hizo muy popular alguna de ellas, como *Las tres caras de Eva*¹⁶.

En 1980, un artículo publicado en el *Journal of Nervous and Mental Disease* titulado “Multiple Personality, 165 Years After Mary Reynolds”¹⁷ tuvo un éxito sorprendente. En poco más de un año, su autor, George B. Greaves, un psicólogo clínico forense dedicado a la práctica privada en Atlanta, recibió más de 5.000 peticiones

de separatas de su artículo desde 55 países. Acabó constituyendo un grupo local interesado en este tema, que gestionaba esa gran lista de correo y una *newsletter*. Este grupo de Atlanta sería el núcleo original al que se unirían otros profesionales de diversos lugares para crear la International Society for the Study of Multiple Personality and Dissociation, llevar a cabo congresos internacionales anuales con gran asistencia y fundar la revista *Dissociation*, con varios miles de suscriptores¹³.

Convertidos en un grupo muy influyente en la American Psychiatric Association, consiguieron elevar el rango nosológico del trastorno en los sucesivos manuales diagnósticos de la psiquiatría americana, y lo que antes fue solo un síntoma de la histeria pasó a ser en sucesivas ediciones de los DSM una entidad ahora denominada “trastorno disociativo de la identidad”, con criterios más definidos y ramificados en su complejidad y presentaciones clínicas¹⁸. Surgió entonces el problema del diagnóstico diferencial del trastorno disociativo de la identidad con la psicosis esquizofrénica y esas otras psicosis llamadas antes histéricas, psicógenas o reactivas y más recientemente psicosis disociativas. Incluso se propuso como solución incluir en las sucesivas ediciones del DSM un subtipo disociativo de esquizofrenia¹⁹.

Pero si hace varias décadas el modelo dominante, y simplistamente biológico, de la esquizofrenia parecía facilitar la distinción de la esquizofrenia con los cuadros disociativos de origen traumático, generalmente más agudos y breves, sin deterioro, con amnesia y mayor grado de *insight* y sentido de la realidad, que respondían mejor a la psicoterapia, ahora el conocimiento de los pacientes con psicosis diagnosticadas como esquizofrénicas ha venido mostrando mejores respuestas psicoterapéuticas^{20,21} y dinámicas biográficas con abundantes experiencias traumáticas infantiles²². Existe mucho solapamiento de síntomas en unos cuadros y otros, con matices fenomenológicos difíciles de dilucidar, lo que lleva a pensar que los trastornos psicóticos y los trastornos disociativos están mucho más relacionados entre sí de lo que se pensaba²³.

Algunos autores empiezan ya a plantearse que ciertas experiencias psicóticas, como las alucinaciones e incluso los delirios y la desorganización cognitiva, puedan ser también disociativas y de origen traumático y que el proceso disociativo sea el mecanismo que media entre un trauma temprano y una psicosis posterior²⁴⁻²⁶. Estamos, pues, a un paso de reconceptualizar los trastornos psicóticos como trastornos disociativos y de admitir la primacía de la disociación como mecanismo de defensa en las experiencias traumáticas infantiles. Un siglo después, ¿Pierre Janet le ha ganado la batalla a Sigmund Freud?

DISOCIACIÓN Y REPRESIÓN

Pero ni Janet ni Freud inventaron los términos de los que serían paladines. La disociación existía en la psiquiatría francesa desde siglo y medio antes. La intro-

dujo Moreau de Tours como *desagregación* para describir los efectos del hachís en la conciencia y fue incorporada con diversos nombres al lenguaje del hipnotismo, de donde pasó a la histeria, vivió la época dorada de Charcot y tuvo en Janet su mejor exponente con *L'automatisme psychologique* en 1889^{5,27}.

Por otra parte, la represión también existía en la filosofía, psicología y psiquiatría alemana durante el siglo XIX con Schopenhauer, Herbart, Ebbinghaus y Meynert, pero fue Freud quien la ubicó como pieza clave de la psicología y la psicopatología²⁸. Freud empezó utilizando los conceptos y los términos de Janet y también habló indistintamente de disociación y de represión, junto con otros muchos términos como exclusión, defensa, rechazo, expulsión, inhibición, escisión, supresión, repudio o desconexión, hasta que finalmente se decantó por el de represión para cristalizar su divergencia conceptual y teórica con Janet. La amnesia del trauma no era consecuencia del estrechamiento del campo de la conciencia y un déficit en la capacidad psicológica de síntesis, sino del acto deliberado de olvidar y expulsar de la conciencia la dolorosa memoria del trauma vivido²⁹.

Antes de llegar a ser importantes estrategias de afrontamiento de posibles acontecimientos biográficos adversos, algunas manifestaciones menores de la disociación y la represión son aprendidas en la infancia y forman parte de la vida cotidiana que llamamos normal. La represión es consustancial a la sociedad y a la civilización³⁰, como también lo es fantasear con otras situaciones e identidades, las ensoñaciones de la infancia y la adolescencia, el amigo imaginario y los diálogos con los juguetes, la inatención o absorción focalizada en algún único aspecto de la realidad y muchas amnesias autobiográficas³¹⁻³³.

Es peculiar de la disociación su observación experimental en el hipnotismo, que no siempre se deriva de un trauma, y que no lleva forzosamente a la amnesia. Puede causar, por ejemplo, anestesia. La disociación constituye una “barrera epistemológica” que separa en la conciencia dos experiencias distintas, sin que el sujeto sea consciente de haber levantado esa barrera asimétrica, reversible y permeable, que en el proceso hipnótico es además directamente accesible a otras personas³⁴. Ernest Hilgard, un reputado investigador de la hipnosis, ha defendido que en la disociación esa barrera es vertical entre procesos cognitivos simultáneos, unos ignorados o excluidos por otros, en la conciencia y en el inconsciente, mientras que en la represión existe una barrera horizontal entre lo consciente y lo inconsciente reprimido³⁵.

La disociación evita la incorporación del acontecimiento traumático a la conciencia y a la identidad, la represión lo incorpora y lo expulsa activamente de las mismas. La disociación sería más superficial, subconsciente en el lenguaje de Janet; la represión, más profunda, inconsciente, en el lenguaje de Freud. Otros mecanismos de defensa como la supresión o la negación serían totalmente conscientes. La comunicación o recuperación del material reprimido inconsciente solo es posible a través

de elaboraciones distorsionadas como los sueños, los lapsus, las neurosis o las psicosis. La recuperación o comunicación con el material disociado no se produce siempre con distorsiones similares, sino que también puede ser directa, como ocurre en la hipnosis, la escritura automática o la interacción con los “*alters*” de las personalidades múltiples.

IDENTIDAD Y SUBIDENTIDADES

Sea horizontal o vertical la barrera de estos dos mecanismos de defensa, no hay duda de que estos procesos no son comprensibles en abstracto sin referirlos a personas y a experiencias concretas, porque esas defensas son las de la identidad de alguien que afronta situaciones o acontecimientos desfavorables que le ponen en riesgo.

La identidad es la visión que todos tenemos de nosotros mismos o, en palabras de Jerome Bruner, “el borrador aproximado y perpetuamente cambiante de nuestra autobiografía que nosotros llevamos en nuestra mente, y que solamente es comprensible a nosotros mismos y a los demás a través de nuestros sistemas culturales de interpretación”³⁶. La identidad se va construyendo y reconstruyendo a lo largo toda nuestra vida, lo que obviamente sucede en contextos sociales y culturales, con sus ideologías y escalas de valores, desde los más positivos e idealizados a los más negativos y punibles. Y se va formando desde el nacimiento, desde las interacciones más tempranas a las posteriores innumerables relaciones recíprocas interpersonales con las que nos definimos y nos definen los demás y con las que nuestra identidad se va diversificando en múltiples subidentidades, de acuerdo con nuestras características, aspectos físicos, sociales, raciales, sexuales, relaciones emocionales, grupales, factores educativos, deportivos, roles ocupacionales, profesionales, laborales, morales, religiosos, políticos y un largo etcétera³⁷.

La unidad y continuidad de la identidad tiene lugar en la conciencia y empieza con el conocimiento del cuerpo y la autonomía en la primera infancia, y a través de las relaciones especulares más precoces que configuran las primeras visiones de sí mismo en el núcleo familiar y luego fuera del mismo. Se van creando tantas subidentidades como contextos, relaciones o experiencias sociales significativas se suceden a lo largo de toda la vida; por ejemplo, hija, hermana, nieta, amiga, estudiante, fea o guapa, sana o enferma, deportista, novia, amante, esposa, madre, ama de casa, ingeniera, propietaria, coleccionista, profesora, concejala, conferenciante, escritora, parada, huérfana, heredera, jubilada, feligresa devota, abuela, viuda, etcétera, etcétera. Las subidentidades se cruzan, se suceden y se eclipsan en toda biografía. Unas son más centrales y relevantes y otras más periféricas y secundarias. Todas tienen sus historias, relaciones, memorias, actitudes y afectos, y todas están unidas y más o menos integradas en la conciencia, intentando dar coherencia, autoestima y continuidad a la identidad.

Obviamente, a lo largo de una vida hay frecuentes incoherencias y discrepancias, y pueden ocurrir muchas situaciones, incidentes y roles en conflicto. Por ejemplo, se puede ser a la vez un concejal corrupto y un feligrés devoto, o un deportista dopado, un esposo infiel, un escritor plagario y otras innumerables posibilidades en las que el sujeto miente a los demás o se engaña a sí mismo y tiene o muestra una identidad e imagen pública diferente a su identidad privada, íntima o secreta.

Toda identidad está orientada a su unidad, continuidad, autonomía y autoestima³⁸. Se va configurando desde la infancia con los introyectos de las relaciones significativas, dentro de las coordenadas y los valores de la ideología dominante, incluso en sus polos más extremos, desde lo ideal, divino, heroico y grandioso a lo más diabólico, maligno y repugnante. Las discrepancias y contradicciones entre las subidentidades se entienden mejor en la habitualmente discreta y prolongada dinámica biográfica con la que vamos evaluando, afrontando, asimilando o rechazando la realidad que vivimos.

Las experiencias y valores positivos, deseados y admirados por la ideología dominante, son incorporados e integrados en la identidad y forman nuestra “subidentidad aceptada”, pero otras vivencias negativas o culpables se vuelven secretas o reprimidas en la consciencia como “subidentidades ocultas” o “reprimidas”. Y aún puede haber otras experiencias o aspectos tan vergonzosos y humillantes que no integramos en nuestra identidad, nos negamos a hacerlas nuestras y quedan excluidas como “subidentidades disociadas”.

La “subidentidad aceptada” es consciente y forma el núcleo de la identidad global. La “subidentidad reprimida” puede ser consciente o inconsciente, secreta o reprimida. La “subidentidad disociada” es rechazada y generalmente inconsciente. Ninguna de estas subidentidades es un conjunto homogéneo, sino un conglomerado de experiencias biográficas diversas con el denominador común de que han sido aceptadas, reprimidas o disociadas. Por tanto, alguna de esas experiencias incluidas en una subidentidad podría en determinadas circunstancias reclamar su singularidad y prominencia en la conciencia.

Todas las subidentidades, conscientes o inconscientes, están operando de una u otra forma en la vida, la mente y la conducta del sujeto, con un equilibrio más o menos estable o inestable, siguiendo los vaivenes de su biografía. El volumen, importancia y presión de los elementos reprimidos y disociados obstaculizarán la coherencia e integración de la identidad y la harán vulnerable, especialmente si los introyectos de las relaciones más tempranas han dado lugar a una identidad inicial muy frágil.

Hace ya muchos años que Harry Stack Sullivan describió las personificaciones más precoces de estas subidentidades como “*good me*”, “*bad me*” y “*not me*” en su libro *The Interpersonal Theory of Psychiatry*³⁹. Sullivan quiso vincular la psiquiatría a la sociología y a la naciente psicología social de las Universidades de Michigan y Chi-

ago, con los desarrollos y conocimientos de Charles Cooley, George Herbert Mead y Edward Sapir, recogiendo la obra pionera de William James que ya expuso por primera vez en *Principios de psicología*⁴⁰. Sullivan incorporó así la psicología social a su concepción interpersonal de la naturaleza humana y los trastornos mentales⁴¹⁻⁴³. Sus personificaciones, esos “*me*”, son unas preidentidades corporales de bebés menores de año y medio en sus relaciones con el pecho de la madre y con la madre misma, con un precocísimo abanico de posibilidades interpersonales que van de la “euforia” y el confort de una supuesta futura personalidad estable (“*good me*”) a la angustia destructiva (“*bad me*”) o a un pánico desintegrador (“*not me*”).

Sabemos que ninguna experiencia tan precoz marca forzosamente el destino y la salud mental de nadie, pero no podemos obviar la admirable intuición de Sullivan al señalar acertadamente tres vectores claves en la dinámica interna de la identidad cuando afronta situaciones y acontecimientos biográficos. La identidad incorpora los aspectos que favorecen al sujeto y aumentan su autoestima, reprime y oculta los que le dan mala imagen o lo culpabilizan, y disocia y elimina los que lo humillan y avergüenzan, en los que no quiere reconocerse.

LAS DINÁMICAS DE LA CULPA Y LA VERGÜENZA

Hasta las emociones habituales asociadas a esa dinámica interna de la identidad, que serían la euforia, la culpa y la vergüenza, y en casos de crisis la angustia y el pánico, nos muestran la correlación inevitable entre la realidad que el sujeto vive con los valores sociales de la ideología dominante y la construcción y reconstrucción continua de su identidad a lo largo de su vida. Son emociones de autoevaluación, positiva en la euforia y negativas en el caso de la vergüenza y la culpa. Y son además emociones morales y de control social, que pueden ser conscientes o sumergidas al inconsciente, reflejando muy bien las funciones que tienen la represión y la disociación en la internalización de ese control.

La represión va asociada a las frustraciones, la incapacidad o la culpa; la disociación, a la inferioridad y la vergüenza. La culpa nace de la autoevaluación negativa por conductas reprobables y la vergüenza de la autoevaluación negativa de aspectos de la identidad. Hay un solapamiento de ambas cuando la conducta culpable es relevante a la identidad, en cuyo caso domina la disociación en la mente de un sujeto.

La vergüenza, consciente o disociada al inconsciente, tiene el foco en la posible visibilidad de una identidad negativa, ni deseada ni controlada, que tiene efectos muy dolorosos y devastadores. La culpa, consciente o reprimida, conocida o no por los demás, tiene el foco en transgresiones morales por conductas voluntarias concretas, y sus efectos son más limitados y adaptativos, con tensiones y

remordimientos que pueden permitir a la persona aceptar sus responsabilidades, confesar o reparar el daño. Tanto la culpa como la vergüenza se reprimen o disocian cuando resultan intolerables e incompatibles con la imagen consciente de la identidad aceptada.

La “subidentidad aceptada” está también hipervigilante contra posibles intrusiones de experiencias culpables o indeseables, que pueden surgir como *flashbacks*, estrés postraumático, fobias, obsesiones o compulsiones, o como sueños, pesadillas o síntomas somatoformes^{44,45}. Las intrusiones egodistónicas en la consciencia de imágenes, pensamientos, pulsiones o recuerdos rechazados e inaceptables son una señal clara del conflicto interno del sujeto, de su vulnerabilidad y de las subidentidades en lucha. Las intrusiones positivas o negativas (tentaciones e inspiraciones en otras claves culturales) no son intencionales, sino involuntarias y con frecuencia tienden a ser recurrentes, repetitivas y de difícil control, interfiriendo en la atención, el pensamiento y la conducta de quien las padece. A diferencia de otras experiencias a las que nos vamos a referir seguidamente, las personas que las sufren consideran las intrusiones como un producto de su propia vida y de su propia mente⁴⁶. La identidad, aunque vulnerable, aún no está fragmentada.

LA IDENTIDAD VULNERABLE

La característica de la identidad vulnerable es la laxitud y poca integración entre las subidentidades que la configuran, y por tanto su inestabilidad en los contextos relacionales del sujeto y su fragilidad ante acontecimientos adversos. En el lenguaje psicoanalítico de las primeras décadas del pasado siglo se hablaba de un “yo débil o deficiente”⁴⁷, y en el lenguaje de la nosología al uso, de “trastornos de la personalidad”, considerando la personalidad como el conjunto de pautas de conducta y estilos predominantes de afrontamiento. Tanto las personalidades histéricas, narcisistas y *borderline*, precursoras de trastornos disociativos, como las evitativas, esquizoides, paranoides, esquizotípicas y dependientes, personalidades premórbidas de la esquizofrenia, tienen dinámicas biográficas que las generan y que están asociadas a importantes problemas de autoestima, autodefensa, desconfianza, irracionalidad y dependencia⁴⁸.

La identidad vulnerable puede acompañar al sujeto durante toda su vida con sus mecanismos de defensa y su inestabilidad, pero son las posibles *crisis biográficas*, con sus cambios cualitativos, negativos y dolorosos, las que pueden superar sus habituales estrategias de afrontamiento ante nuevas realidades a las que no puede adaptarse, ni asimilar, las que lo llevan, con hiperreflexiones y cuestionamientos, al colapso de la identidad. Son *crisis biográficas* que afectan a la identidad, más allá de la autoestima y la autonomía, en su continuidad y unicidad.

Es la ruptura de la unicidad, y la consiguiente discontinuidad, lo que caracteriza a la identidad fragmentada. En el lenguaje científico contemporáneo son la disociación y las psicosis las dos grandes crisis funcionales de la identidad, con fragmentación, separación, reubicación e independencia, más o menos transitoria o duradera, de las diversas subidentidades que la componen.

En la disociación la que se fragmenta es la subidentidad disociada, que contiene aquellas experiencias que el sujeto rechazaba incorporar y que ahora adquiere autonomía y se presenta, generalmente de forma intermitente, como una identidad alternativa que sustituye a la identidad aceptada, ocupando como tal la conciencia del sujeto y desarrollando una conducta y una memoria biográfica propia.

La identidad aceptada y su sustituta disociada no mantienen siempre una ignorancia la una de la otra. Ocupan alternativamente el cuerpo, la consciencia y la conducta del sujeto, pero con memorias biográficas desiguales y conocimientos distintos entre sí, de modo que una puede saber que la otra existe, mientras la otra no lo recuerda en absoluto. Entre ellas puede darse una dialéctica compleja, que ya en menor grado ocurría en el forcejeo entre lo aceptado y lo disociado en la etapa de identidad vulnerable, pero que ahora es abierta y explícita a los demás. Por ejemplo, una paciente puede presentarse como pacata y virtuosa, y su identidad alternativa comportarse de forma provocativa y lasciva. En otras ocasiones lo disociado son las fantasías compensatorias y la identidad alternativa se comporta como protectora y cuidadora de otra real frágil e indefensa. Todas las combinaciones son posibles, desde la formación de una identidad de compromiso o de síntesis a la aparición coral de nuevas identidades alternativas que se correspondan con personajes o figuras biográficas anteriormente aceptadas o disociadas^{11,34}.

En la psicosis, es la subidentidad oculta o reprimida la que se fragmenta, pero no se separa de la subidentidad aceptada, sino que la obstaculiza, interfiere y pugna con ella para conseguir tomar global o parcialmente el control de la consciencia del sujeto, que vive ese debate interno inicialmente como experiencias delirantes diversas: en algunas ocasiones, como transparencia de sus experiencias biográficas reprimidas que ahora no puede ocultar ante los demás, y en quienes percibe rechazo y descalificaciones; en otras, son los demás quienes le vigilan y persiguen para averiguar sus ocultos secretos. Los sentimientos de incapacidad, rechazo, separación, invalidez o culpa, los anhelos de amor y de justicia o los temores reprimidos de ruina o celos de otros pacientes transforman sus intuiciones en delirios⁴⁹.

En la crisis psicótica, es la subidentidad reprimida la que se hace ostensible e incluso dominante en la consciencia del sujeto, a pesar de lo cual con frecuencia este no la percibe como propia. Sus contenidos están en su consciencia, forman parte de

su subjetividad, pero le son ajenos⁵⁰. Así, se fragmenta también el diálogo interno que deja de reconocerse en su totalidad como propio y convierte en alucinación la parte del mismo no reconocida, con las múltiples consecuencias de esa nueva interlocución⁵¹.

El tercer componente habitual de las crisis psicóticas es la regresión, que puede ser mayor o menor y también conductual y afectiva, pero que es principalmente cognitiva. Cuando el sujeto se ve incapaz de resolver con la lógica formal sus dificultades con la dolorosa realidad que vive, recurre a posiciones o pautas anteriores de su desarrollo cognitivo que lo llevan a la utilización de estrategias propias del pensamiento mágico, con el cual todos los problemas se resuelven y todas las soluciones son posibles gracias a la posesión de capacidades o poderes extraordinarios y de identidades grandiosas⁵².

LA IDENTIDAD FRAGMENTADA EN LA HISTORIA

La historia nos es imprescindible para conocer el origen y la evolución de los conceptos que actualmente manejamos^{53,54}, pero también para saber que las fragmentaciones de la identidad no son peculiaridades contemporáneas. Estas han existido a lo largo de toda la historia de la humanidad, aunque, obviamente, con otros conceptos y otras claves culturales. Una perspectiva histórica de las mismas nos puede ayudar a mejorar nuestra visión actual, que con cierta arrogancia llamamos “científica” y creemos superior a la de épocas anteriores, y quizás no sea tan superior, sino simplemente distinta.

Ya sabemos lo mucho que hemos aprendido en siglos anteriores de la disociación con las personalidades múltiples, y por qué no también con las fugas disociativas, los “automatismos ambulatorios” o *les aliénés voyageurs*, como se los denominaba en el siglo XIX y que tan magistralmente ha estudiado Ian Hacking⁵⁵. No obstante, quizás las experiencias disociativas más antiguas que conocemos estén asociadas a la teriantropía, a la transformación de los seres humanos en algún tipo de animal, ya sea de forma completa o parcial, voluntaria o involuntaria, y más o menos transitoria. Las antiguas teriantropías tienen las mismas características disociativas de las más recientes personalidades múltiples. El “alter” es una identidad o sujeto distinto al que sustituye y se expresa de una manera propia en el cuerpo de la persona original, sin resistencia y con probable amnesia de esta.

Las primeras teriantropías fueron con el oso. Al parecer, los neandertales practicaban un verdadero culto a este animal, al que imitaban y admiraban por su individualismo y poder, por su fascinación por las cuevas, la continua actividad exploratoria, la supervivencia en parajes muy distintos y lo que creían resurrecciones primaverales después de la hibernación. Se identificaban con el oso cubriéndose con sus pieles en ceremonias chamánicas que los llevaban al éxtasis y la transformación⁵⁶.

Todos los pueblos y culturas han tenido animales totémicos o tutelares, con creencias en la capacidad de transformarse en los mismos. El tigre en Malasia y en la India, el zorro en Japón y en China, el leopardo en África, el coyote en América del Norte, el jaguar en Sudamérica, el hombre-tiburón en Polinesia, el hombre-cocodrilo en Indonesia y Egipto, el vampiro en Europa del Este y el lobo en la mayor parte de Europa. En torno a estas metamorfosis se han construido innumerables historias, cultos, mitos y leyendas. Por lo que sabemos de la licantropía, que es la teriantropía que en Europa tenemos más cerca, también ha habido alguna realidad. La licantropía ha sido descrita desde la antigüedad, como fantasía y como hecho histórico vivido por personas reales cuyas transformaciones o disociaciones fueron consideradas demoniacas, brujeriles y peligrosas, que muchas veces las llevaron a torturas, juicios, exorcismos y ejecuciones y, en pocas ocasiones, fueron vistas como una enfermedad, como la rabia o la hidrofobia, o como un trastorno mental, al que se llamó “licantropía clínica”⁵⁷.

En la Europa rural y de pastoreo, el lobo fue una representación de la maldad y la destrucción, y, probablemente por caminos diferentes, algunas personas se identificaban con su mente y su conducta. Quizás la dinámica interna de esta metamorfosis la podamos comprender mejor a través de los casos más recientemente publicados, en los cuales un animal es una de las personalidades múltiples de algunos pacientes que fueron forzados en su infancia a vivir o comportarse como animales o fueron traumatizados por actos de bestialismo, muertes, crueldad, mutilaciones y pérdidas de mascotas u otros animales⁵⁸.

Si las teriantropías tienen características disociativas, podemos preguntarnos qué ocurre con las “posesiones”, otra de las experiencias más antiguas de fragmentación de la identidad en la historia de la humanidad. Empezaremos diciendo con Erika Bourguignon, la antropóloga que las estudió en multitud de culturas, que las posesiones, como tales, no existen; es simplemente una idea, un concepto, una creencia que sirve para interpretar una conducta: “Lo que existe es la creencia cultural en la posesión, que sirve para explicar discontinuidades en la consciencia, en el autococonocimiento, la personalidad y otros aspectos del funcionamiento psicológico”. Si no hay creencia en los espíritus, afirma Erika Bourguignon, no hay posesiones, y las mismas conductas en otras sociedades pueden ser atribuidas a otras causas⁵⁹.

La historia de las posesiones por espíritus se puede rastrear desde el paleolítico, desde las sociedades más simples, con trances o éxtasis ceremoniales provocados por un chamán que convocaba a los espíritus de la naturaleza o a los muertos de la tribu, hasta las posesiones por espíritus y otras entidades sobrenaturales en sociedades más jerárquicas y complejas con religiones, reyes, sacerdotes y profetas⁵⁶.

La vulnerabilidad y dinámica biográfica de las posesiones es muy similar a la de las psicosis, con un debate interno que se fragmenta entre subidentidades re-

primidas asociadas culturalmente a símbolos y figuras de la maldad, y regresiones al pensamiento mágico con subidentidades ideales y grandiosas. En las posesiones, como en las psicosis, tras la fragmentación de la identidad, una de las subidentidades convertida en lo que podríamos llamar “sujeto interno” lucha por tomar el control de la mente de la persona original, la utiliza, se comporta y se expresa a través de ella. Esto las diferencia de las disociaciones, donde las personalidades alternantes serían “sujetos externos”, distintos y bastante independientes de la persona original, a la que habitualmente van sustituyendo en varias ocasiones y de forma transitoria, mientras que las posesiones suelen ser experiencias únicas que ocurren solo una vez en la vida⁶⁰.

Hoy día, en las sociedades urbanas e industriales más desarrolladas, las teriantrópías parecen haber desaparecido, y las más aparatosas personalidades múltiples se han trocado en los más discretos trastornos disociativos que se diagnostican cada vez con más frecuencia. Las posesiones por espíritus y otras entidades persisten en la actualidad en los sectores con más arraigo religioso, y la práctica de exorcismos tiene gran demanda, por lo que el número de exorcistas en las sociedades occidentales ha crecido hasta tal punto que se organizan en asociaciones profesionales, incluso desde 1990 en una Asociación Internacional de Exorcistas⁶¹.

La coexistencia en nuestras sociedades de psicosis y de posesiones plantea muchas cuestiones sobre la naturaleza de dichas experiencias y los procesos sociales de conceptualización de las mismas. ¿Se trata de las mismas o similares fragmentaciones de la identidad vividas y percibidas de otra forma en contextos culturales distintos?

A los servicios de psiquiatría acuden personas que se creen Jesucristo o la Virgen, o escuchan la voz de Dios y reciben sus órdenes. ¿Deberíamos decir de los mismos que están poseídos por buenos espíritus y tienen “posesiones positivas”? ¿o las posesiones en la actualidad, a diferencia de lo que ocurría en épocas anteriores, se limitan exclusivamente a las “posesiones negativas”, a las de entes o espíritus malignos? ¿Podemos diferenciar las psicosis de las posesiones o de la santidad como hacían nuestros místicos y teólogos al comienzo de la edad moderna? Descartaban primero el origen divino o diabólico de las experiencias del supuesto poseso antes de atribuir las a afecciones de naturaleza humana⁶². No creo que los psiquiatras de hoy realicen ese diagnóstico diferencial, pero es bastante posible que sí lo hagan los exorcistas.

Pero si los exorcismos funcionan, y es evidente que esto ocurre en ocasiones, ¿no deberíamos los profesionales de la salud mental interesarnos por las dinámicas biográficas que originan las posesiones y los mecanismos psicológicos y estrategias que las eliminan? ¿Debemos simplemente asimilar las posesiones a nuestro lenguaje actual y considerarlas como psicosis ficticias o psicosis con manifestaciones concretas?

Es muy posible que la misma fragmentación de la identidad que llamamos psicosis se considerase posesión en otro contexto histórico y cultural, y que esta de-

nomiación se haya ido restringiendo a las fragmentaciones de la identidad con un “sujeto interior” maligno. Aun así, esto no nos exime del deber de poner nuestros saberes “científicos” actuales en la perspectiva del proceso histórico. Hemos acumulado conocimientos y cambiado de paradigma y de lenguaje, pero hemos saltado sobre los saberes de otras culturas sin descifrarlos. Debemos abandonar toda arrogancia.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Jung CG. The psychology of dementia precox. En: Jung CG. The psychogenesis of mental disease. Collected works. Londres: Routledge & KeganPaul, 1960.
- 2 Bleuler E. Demencia precoz. Buenos Aires: Ed.Horme, 1960.
- 3 Ellenberger HF. The discovery of unconscious. New York: Basic Books, 1970.
- 4 Craparo G, Ortu F, van der Hart O. Rediscovering Pierre Janet. Londres: Routledge, 2019.
- 5 Van der Hart O, Dorahy MJ. History of the concept of dissociation. En: Dell P, O’Neil JA. Dissociation and dissociative disorders. London: Routledge, 2009; p. 3-26.
- 6 Kempf E. Psychopathology. St. Louis: Mosby Co., 1920.
- 7 Sullivan HS. Schizophrenia as a human process. New York: Norton Co., 1956.
- 8 Hale NG Jr (ed.). Morton Prince. Psychotherapy and multiple personality. Selected essays. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1975.
- 9 Hale NG Jr. (ed.). James Jackson Putnam and psychoanalysis. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1971.
- 10 Gale RM. The divided self of William James. Cambridge: Cambridge University Press, 1999.
- 11 Hacking I. Rewriting the soul. Multiple personality and the sciences of memory. Princeton: Princeton University Press, 1995.
- 12 Krohn A. Hysteria: the elusive neurosis. New York: International University Press, 1978.
- 13 Greaves G. A history of multiple personality disorder. En: Kluft RP, Fine CG (eds.). Clinical perspectives on multiple personality disorder. Washington: American Psychiatric Press, 1995; pp. 355-380.
- 14 Janet P. Les medicaments psychologiques. París: Alcan, 1919.
- 15 Rosenbaum M. The role of the term schizophrenia in the decline of the diagnosis of multiple personality. Arch. Gen. Psychiatry.1980; 37:1383-85.
- 16 Thigpen C, Clekley H. Las tres caras de Eva. Barcelona: Ed. Juventud, 1963.
- 17 Greaves G. Multiple personality. 165 years after Mary Reynolds. J Nerv. Ment. Dis. 1980;168: 577-96.
- 18 Dell PF. The long struggle to diagnose multiple personality disorder (MPD). En: Dell P, O’Neil JA. Dissociation and dissociative disorders. London: Routledge, 2009; pp. 383-428.
- 19 Ross CA. Schizophrenia. Innovations in diagnosis and treatment. New York: The Haworth Press, 2004.

- 20 Alanen Y, González de Chávez M, Silver AL, Martindale B. Abordajes psicoterapéuticos de las psicosis esquizofrénicas. Madrid: Fundación para la Investigación y Tratamiento de la Esquizofrenia, 2008.
- 21 Urlic I, González de Chávez M. Terapia de grupo en las psicosis. Madrid: Fundación para la Investigación y Tratamiento de la Esquizofrenia, 2019.
- 22 Read J, van Os J, Morrison AP, Ross CA. Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatr. Scand.* 2005; 112(5): 330-50.
- 23 Steinberg M. Advances in clinical assessment. The differential diagnosis of dissociative identity disorder and schizophrenia. En: Moskowitz A, Dorahy M, Schäfer I. *Psychosis, trauma and dissociation*. West Sussex: Wiley, 2019; pp. 335-49.
- 24 Moskowitz A, Corstens D. Auditory hallucinations: psychotic symptom or dissociative experience? *J Psychol Trauma.* 2008; 6: 35-63.
- 25 Moskowitz A, Read J, Farelli S, Rudegeair T, Williams O. Are psychotic symptoms traumatic in origin and dissociative in kind? En: Dell PF, O'Neil JA (eds.). *Dissociation and dissociative disorders*. London: Routledge, 2009; pp. 521-33.
- 26 Varese F, Barkus E, Bentall RP. Dissociation mediates the relationship between childhood trauma and hallucination proneness. *Psychol. Med.* 2012; 42(5): 1025-36.
- 27 Janet P. *L'automatisme psychologique*. París: L'Harmattan, 1889.
- 28 Vaillant G. *Ego mechanisms of defense*. Washington DC: American Psychiatric Press, 1992.
- 29 Erdleyi MH. Repression, reconstruction, and defense. History and integration of the psychoanalytic and experimental frameworks. En: Singer JL (ed.). *Repression and dissociation*. Chicago: University of Chicago Press, 1990; pp. 1-31.
- 30 Billig M. *Freudian repression*. Cambridge: Cambridge University Press, 1999.
- 31 Carlson E, Yates TM, Sroufe A. Dissociation and development of the self. En: Dell P, O'Neil J (eds.). *Dissociation and dissociative disorders*. London: Routledge, 2009; pp. 39-52.
- 32 Silberg J, Dallam S. Dissociation in children and adolescents: at the crossroads. En: Dell P, O'Neil J (eds.). *Dissociation and dissociative disorders*. London: Routledge, 2009; pp. 67-82.
- 33 Dalenberg CJ, Paulson K. The case for the study of "normal" dissociation processes. En: Dell P, O'Neil J (eds.). *Dissociation and dissociative disorders*. London: Routledge, 2009; pp. 145-154.
- 34 Braude SE. *First person plural. Multiple personality and the philosophy of mind*. London: Rowman & Littlefield Pub., 1995.
- 35 Hilgard ER. *Divided consciousness: multiple controls in human thought and action*. New York: Wiley, 1977.
- 36 Bruner J. *Acts of meaning*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1990.
- 37 Schwartz SJ, Luyckx K, Vignoles V (eds.). *Handbook of identity theory and research*. New York: Springer, 2012.
- 38 Breakwell G. *Coping with threatened identities*. London: Methuen, 1986.
- 39 Sullivan HS. *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton, 1953.
- 40 James W. *The principles of psychology*. New York: Pantianos Classics, 1890.

- 41 Chatelaine KL. Harry Stack Sullivan. An introduction to his thought. Iowa: Kendal Hunt Pub. Co., 1992.
- 42 Swick Perry H. Psychiatrist of America. The life of Harry Stack Sullivan. Cambridge, Massachusetts: The Belknap Press. Harvard University Press, 1982.
- 43 Conci M. Sullivan revisited. Life and work. Trento: Tangram Edizione Scientifiche, 2010.
- 44 Howell E. The dissociative mind. London: Routledge, 2005.
- 45 Van der Hart O, Nijenhuis E, Steele K. The haunted self. New York: Norton, 2006.
- 46 Clark D (ed). Intrusive thoughts in clinical disorders. New York: Guilford Press, 2005.
- 47 Wexler M. The evolution of a deficiency view of schizophrenia. En: Gunderson J, Mosher L. Psychotherapy of schizophrenia. New York: Jason Aronson, 1975; pp. 161-74.
- 48 Rodríguez Solano JJ, González de Chávez M. Premorbid personality disorders in schizophrenia. *Schizophr. Res.* 2000; 44 (2): 137-44.
- 49 González de Chávez M. Intuiciones y delirios. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=B4VjkMvmFoo>
- 50 Lynn Stephens G, Grahah G. When self-consciousness breaks. Cambridge, Massachusetts: The MIT Press, 2003.
- 51 González de Chávez M. Diálogo interno y alucinaciones. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=4vbgxVR4wt8>
- 52 González de Chávez M. Imaginación y regresión en las psicosis. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=MvdrYkkNb0M>
- 53 Quen JM. Split minds/split brains. Historical an current perspectives. New York: New York University Press, 1986.
- 54 Crabtree A. From Mesmer to Freud. New Haven, Connecticut: Yale University Press, 1993.
- 55 Hacking I. Mad travelers. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1998.
- 56 McNamara P. Spirit, possession and exorcism. Oxford: Praeger, 2011.
- 57 Woodward I. The werewolf delusion. New York: Paddington Press, 1979.
- 58 Hendrickson K , McCarty T, Goodwin J. Animal alters: case reports. *Dissociation.* 1990; 3(4): 218-21.
- 59 Bourguignon E. Possession. Illinois: Waveland Press, 1976.
- 60 Oesterreich TK. Possession: demoniacal & other. Secaucus, N.J: Lyle Stuart Inc., 1966.
- 61 Laycock JP (ed.). Spirit possession around the world. Santa Bárbara, California: ABC-CLIO, LLC, 2015.
- 62 González de Chávez M. Diferentes experiencias alucinatorias y diferentes objetivos y posibilidades terapéuticas. Disponible en: <https://youtu.be/Z3MF-wpvkq8>