



EXPERIENCIAS DISOCIATIVAS EN ADICTOS. UN CASO CLÍNICO

DISSOCIATIVE EXPERIENCES IN ADDICTS. A CLINICAL CASE

Carlos Sirvent Ruiz¹, Raquel Delgado², Clara Fernández³, María Villa Moral⁴, Pilar Blanco³, Gloria Campomanes³, Cruz Rivas³

1. Psiquiatra, Fundación Instituto Spiral
2. Psicopedagoga, Fundación Instituto Spiral
3. Psicóloga, Fundación Instituto Spiral
4. Profesora Titular de Psicología Social. Universidad de Oviedo

csr@institutospiral.com

Disociación. Despersonalización. Desrealización. Adicción. Abuso de sustancias.

Drogodependencia.

Dissociation. Depersonalization. Derealization. Addiction. Substance abuse. Drug addiction.

RESUMEN

El síndrome de despersonalización-desrealización consiste en una peculiar sensación de irrealidad y extrañeza del entorno, en una consciencia diferente del mundo, de manera que el sujeto se convierte en espectador virtual de una vida que unas veces le parece real y otra ilusoria. Las experiencias disociativas son relativamente comunes entre la población general, estimándose su prevalencia entre el 1,9 y 2.5% lo que podría representar la tercera experiencia psicopatológica más común tras la ansiedad y la depresión. CASO CLÍNICO: Varón de 35 años, que accede a tratamiento por dependencia de cocaína y alcohol. Pasados tres meses, un día se miró en el espejo y no se reconocía (referido a su persona, no al físico) con sentimiento de extrañeza y vacío existencial y sensación de que algo moría dentro de él. Afortunadamente supo verbalizar el problema y confiar en el terapeuta, llegando a superar el síndrome llegando a finalizar exitosamente el tratamiento. Sin embargo, cuando llevaba más de 3 años de abstinencia acudiendo a revisiones periódicas, debutó sintomatología difusa distímica con algunas somatizaciones y una acusada crisis de identidad que atribuía a falta de adaptación a su nuevo entorno. Se autopercibía extraño en su nuevo ambiente (dentro de su propia ciudad de origen pero en distintos círculos de relación) sintiendo añoranza de su anterior vida, porque era su referencia y seña de identidad, aunque no quisiera volver a consumir sustancias ni retornar al ambiente que ya había creído superar. Tras una prolongada intervención el paciente se encuentra por fin identificado con su vida actual que es plenamente satisfactoria. CONCLUSIONES: El fenómeno de despersonalización- desrealización propio de adictos y ex adictos a sustancias se caracteriza por extrañamiento, sensación de irrealidad, alteraciones del recuerdo y vacío existencial con crisis de identidad o interrogantes existenciales acerca de la propia identidad que le puede conducir a identificarse con su pasado, con el personaje que fue, en choque frontal con el nuevo yo que lucha por abrirse a un mundo nuevo y desconcertante. Se pueden recordar sensaciones y sentimientos ya superados: recuerdos que reviven con inusitada fuerza emocional, tanto que en ocasiones puede dispararse una recidiva. DISCUSIÓN: El síndrome de despersonalización-desrealización puede permanecer subclínico no porque no se

EXPERIENCIAS DISOCIATIVAS EN ADICTOS. UN CASO CLÍNICO

sufra, sino porque el paciente no sepa explicarlo o el profesional no sepa identificarlo. En consecuencia, el fenómeno sorprende tanto a quienes lo padecen como a sus terapeutas y allegados porque a la referida dificultad de identificación cabe añadir otras para interpretarlo y más aún para abordarlo. En definitiva el síndrome de despersonalización-desrealización a pesar de ser frecuente es poco conocido entre los profesionales, lo cual, añadido a la dificultad para expresarlo por parte de los pacientes, puede conducir a la falsa percepción de que el sujeto quiere volver a consumir sustancias, confundiendo DP-DR con nostalgia de la vida de consumidor

ABSTRACT

The depersonalization-derealization syndrome is a peculiar sense of unreality and strangeness of the environment, in a different consciousness of the world, so that the subject becomes a virtual spectator of a life that sometimes seems real and others illusory. Dissociative experiences are relatively common in the general population, their prevalence is estimated between 1.9 and 2.5%, which would represent the third most common psychopathological experience after anxiety and depression. CASE REPORT: Male, 35 years old, who accesses to treatment for cocaine and alcohol dependence. After three months, one day he looked in the mirror and did not recognize himself (referred to his person, not in the physical aspect) with alienation and existential emptiness feeling and the feel that something died within him. Fortunately he knew how to verbalize the problem and relied on the therapist, exceeding syndrome and successfully reaching the end of treatment. However, after more than 3 years of abstinence having periodic checkups, he debuted diffuse dysthymic symptoms with some somatizations and a sharp identity crisis which he attributed to lack of adaptation to the new environment. He perceived himself stranger in his new environment (in his own hometown but in different relationship circles) feeling nostalgia of his previous life, because it was his reference hallmark, even though he would not want to use substances again or return to the environment he had thought already overcome. After prolonged intervention, the patient is finally identified with his current life that is entirely satisfactory. CONCLUSIONS: The depersonalization-derealization phenomenon, typical of former addicts and substance abusers, is characterized by alienation, feelings of unreality, memory disorders and existential void with identity crisis or existential questions about his own identity that can lead to identify him with his past, with the character that he was, in a head-on collision with the new self struggling to open up to a new and confusing world. Overcome sensations and feelings can be recalled: reliving memories with unusual emotional strength, so much that sometimes a relapse can show up. DISCUSSION: The depersonalization-derealization syndrome can remain subclinical not because there is suffering, but because the patient does not know how to explain it or the professional does not know how to identify it. Consequently, the phenomenon surprises both those who suffer it and also their therapists and relatives because to the aforementioned difficulty of identification we should add others to interpret it, and even more to approach it. In short, the depersonalization-derealization syndrome, despite being frequent, is little known among professionals, which, added to the difficulty to be expressed by patients, can lead to the false perception that the subject wants to use substances, confusing DP-DR with longing for consumer's life.

EXPERIENCIAS DISOCIATIVAS EN ADICTOS. UN CASO CLÍNICO

INTRODUCCIÓN

El síndrome de despersonalización-desrealización (DPD-DR) es un trastorno disociativo donde predomina la sensación/ sentimiento de extrañeza tanto de uno mismo como del entorno circundante. No se pierden ni el sentido de realidad ni la capacidad volitiva o de juicio, lo que es una importante diferencia de la psicosis, manteniéndose una consciencia diferente del mundo, de forma que el sujeto se convierte en espectador de su propia vida /una vida que unas veces le parece real y otra ilusoria). (Baker et als., 2007; Moyano, O., Thiébaud, E., & Claudon, P., 2004). Las experiencias disociativas son relativamente comunes entre la población general, estimándose su prevalencia entre el 1,9 y 2.5%, lo que podría representar la tercera experiencia psicopatológica más común tras la ansiedad y la depresión. (DSM-5, 2014).

La mayor parte de estudios sobre el binomio despersonalización-adicción se refieren a drogodependientes en activo o a los efectos inmediatos de las sustancias. En dos de ellos (Simeon et als. 2009) se comparaban sujetos adictos (sobre todo a cannabis y alucinógenos) con no adictos que padecían despersonalización. Ambos grupos presentan un curso y deterioro análogo con tendencias suicidas y una respuesta limitada al tratamiento. Otro estudio similar (Medford, N., Baker, D., Hunter, E. (2003) comparaba pacientes con trastorno de despersonalización inducido por consumo de drogas y pacientes con trastorno de despersonalización simple, no encontrando diferencias clínicas significativas respecto al trastorno.

El síndrome de DPD-DR no solo se presenta durante la etapa de consumo activo de sustancias, también reaparece cuando se abandona la droga. El fenómeno es extensible tanto a drogas como a psicofármacos y otros comportamientos adictivos como la ludopatía (Keshavan, M. S., & Lishman, W. A., 1986; Sirvent, C. (2015; Wenzel et als., 1996) Algunos estudios aseguran que los ex alcohólicos presentan niveles más altos de despersonalización] que otros ex adictos (cocaína). Sin embargo, ambos grupos presentan altos niveles de DPD-DR en función de los años de abuso de las sustancias. Las experiencias disociativas pueden ser un efecto residual crónico del abuso de sustancias. Prácticamente un 25% de los adictos deshabitados (ex adictos) padecen o han padecido síndrome de despersonalización severo. En grado leve la cifra asciende al 43,55 % (Sirvent y Fernández L (2015)

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 38 años de edad que porta diagnóstico de dependencia de cocaína y alcohol, trastorno de inestabilidad de la personalidad y bulimia nerviosa (episodio único).

Accede a tratamiento tras permanecer 16 días ingresado en una UDH (Unidad de Desintoxicación Hospitalaria). Viene orientado, lúcido, sin alteraciones sensoperceptivas, ni del contenido ni

EXPERIENCIAS DISOCIATIVAS EN ADICTOS. UN CASO CLÍNICO

curso del pensamiento. Eutímico y con un discurso fluido y coherente, aunque refiere ciertos accesos de ansiedad por las tardes. Hasta hace pocos días ha tenido pensamientos autolíticos y sufre pesadillas relacionadas con el consumo de drogas. Portaba hábitos alimentarios alterados, y una vez normalizado, todavía tiene episodios de ingesta compulsiva cuando siente craving de cocaína que cedieron pasadas 2-3 semanas, Viene con tratamiento pautado desde la UDH a base de gabapentina 800 mg./ 8h.; quetiapina 100mg./ 8h.; fluoxetina 20 mg./ 24h.; clonazepam 2 mg./ 24h.

ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

Fue un niño prematuro nacido a las 28 semanas de embarazo con un peso de 900 gr. Intervenido de hidrocele. A los 9 años es internado en un colegio donde sufrió tocamientos por parte de un religioso. En general su crianza se caracterizó por una excesiva sobreprotección.

Se inicia en el consumo de alcohol y tabaco a los 15 años. Dice que era bastante tímido e introvertido y que, cuando consume por primera vez éxtasis y speed a los 18 años, se transforma en una persona expansiva y divertida. Desde entonces se adentra en una dinámica de consumo creciente de drogas hasta que a los 22 años se instala en el consumo de cocaína y alcohol. A los 25 años le diagnostican trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad y bulimia nerviosa. Su peor etapa han sido los 2 últimos años previos a este tratamiento, en los que ha estado aspirando uno o dos gramos de cocaína y bebiendo una botella de whisky a diario. Refiere que bajo el efecto de las drogas se transforma en una persona neurótica e histriónica, con dificultades para manejar la impulsividad y frecuentes estados de ansiedad.

No constan antecedentes adictivos ni psicopatológicos en su familia.

PERFIL PSICOPATOLÓGICO

Posee unas excelentes habilidades sociales y capacidad relacional además de un buen nivel cognitivo que le condujo en su día al éxito sociolaboral, pese a lo cual experimenta sentimientos de desvalorización, y un locus de control externo que fue cambiando a lo largo del programa hasta hacerse interno. Don de gentes, embaucador y afable, gustándole ser el centro de atención y buscando el refuerzo y aprobación de los demás. Al principio se dejaba llevar por impulsos, con baja tolerancia a la frustración y escasa capacidad de esfuerzo. Todo ello lo ha ido superando a lo largo del tratamiento sin mayor problema.

En la UDH hospitalaria le aplicaron varias pruebas (IPDE, SCL-90-R, 16 PF, BECK y STAI), destacando la impulsividad con rasgos histriónicos, ausencia de depresión y comportamiento imprevisible y desapegado pese a lo cual es bien aceptado entre los demás por su jovialidad. La

EXPERIENCIAS DISOCIATIVAS EN ADICTOS. UN CASO CLÍNICO

exploración psicométrica intracentro no aporta resultados relevantes (se le aplicó una batería de 25 pruebas, algunas de ellas reiteradas veces).

EVOLUCION

A lo largo de todo el programa mantuvo un elevado nivel de motivación e implicación en el tratamiento, sin límites temporales, concienciado para madurar psicológicamente y firme en la renuncia al consumo de todo tipo de sustancias psicoactivas. A lo largo del programa se va encontrando estable a nivel afectivo-emocional, liberado de las manifestaciones psicopatológicas que portaba al ingreso, adquiriendo una rutina del sueño reparadora, habiendo remitido las pesadillas sobre consumo de drogas, lo que incidió favorablemente en sus niveles de vitalidad y estabilidad humoral, mostrándose ágil y certero a la hora de detectar y compartir sus tribulaciones y fluctuaciones anímico-afectivas, mostrándose capaz de buscar soluciones alternativas al consumo.

En su ciclo terapéutico final experimentó una adecuada adaptación a la vida abstinentes tal y como se aprecia en la búsqueda de nuevas vías de desarrollo profesional generalizando los recursos adquiridos durante el tratamiento a situaciones prácticas de la vida diaria, habiendo superado asimismo sus antiguas dificultades de autocontrol, explosiones de ira, ánimo inestable y voluble, mejorando su autoconcepto. Sin embargo no ha podido suprimir el tratamiento farmacológico. Cuando lo ha intentado la respuesta ha sido negativa: ansiedad, angustia, bloqueo mental, melancolía y tono vital bajo así como dificultades para iniciar y mantener el sueño.

DEBUT DEL EPISODIO DE DESPERSONALIZACIÓN DESREALIZACIÓN (TRAS EL ALTA)

Habían transcurrido ya 3 años sin consumir drogas llevando una vida absolutamente normalizada y acudiendo regularmente a revisiones de seguimiento postterapéutico hasta que en la última sesión verbalizó sufrir sintomatología difusa depresivógena con somatizaciones y una acusada crisis de identidad. Preocupado, se hace un chequeo médico voluntario con una serie de pruebas médicas y neurológicas, entre ellas un TAC craneal, que según refiere el paciente resultaron negativas, pese a lo cual no se tranquilizó ni cesaron sus preocupaciones. El profesional que supervisaba su seguimiento interpretó el cuadro como un síndrome reactivo de adaptación a su nuevo entorno. Pero el proceso no venía de ahora, ni siquiera de hace algunos meses. En realidad lo llevaba arrastrando desde casi el comienzo del tratamiento de forma más o menos larvada aunque al paciente le costara trabajo identificarlo y filiarlo adecuadamente, tal y como suele ocurrirle a la mayoría de sujetos con procesos análogos. El ajetreo del propio tratamiento con necesidad de mantener la tensión terapéutica y el hecho de ir a remolque de una dinámica de convivencia nueva había dejado en un falso segundo plano un proceso que ahora emergía con

EXPERIENCIAS DISOCIATIVAS EN ADICTOS. UN CASO CLÍNICO

fuerza, coincidiendo con la necesidad de emprender una nueva vida plenamente autónoma en la que él mismo debía llevar las riendas sin el protectorado del grupo terapéutico.

Llegados a este punto nos parece oportuno utilizar sus propias palabras para exponer el proceso. Le pedimos permiso al paciente para hacerle una videograbación. Su nivel cultural y plasticidad narrativa quedan patentes en la transcripción de esta selección de fragmentos de la entrevista:

“No tenía una percepción concreta de mi mismo ni de lo que me rodeaba. Recuerdo todo como un sueño, una nebulosa, en la que yo me creía mis propias fantasías dejando volar la imaginación” [no había signos de psicosis]. En mi anterior etapa de consumidor los problemas los solucionaba inmediatamente con un sentimiento de total autosuficiencia en parte debido al efecto euforizante de las drogas.

Al final ya descontrolaba demasiado y me iba deteriorando, Perdiendo capacidad de razonamiento, memoria..., tengo una laguna mental de los últimos años de consumo. Incluso ahora todavía sufro lapsos mentales. Me afloran muy malos recuerdos llenos de culpabilidad y fracaso. Me persigue el recuerdo de haber hecho el tonto, sentirme idiota, de no haber desarrollado mis capacidades con el potencial que tenía.

Poco a poco sentí el despertar de la consciencia no me daba cuenta de nada hasta que empecé a revivir el yo interno adormilado. Fue a partir de los tres meses de tratamiento, como el despertar lento de un sueño. Tenía la conciencia totalmente dormida. Poco a poco he ido saliendo de un largo sueño, sintiendo que volvía a nacer.

Recuerdo perfectamente un sentimiento de sorpresa, de sentirme extraño al encontrarme en un mundo nuevo que no reconocía. Por una parte me alegraba de haberme alejado de aquella pesadilla, por otra, me sentía ajeno a este nuevo mundo de normalidad hasta el punto que me desubiqué totalmente. Recuerdo una anécdota: me mire a un espejo en el centro terapéutico y no me reconocía, no en cuanto al físico sino a la persona. Me vino un gran sentimiento de vacío, la sensación como de que algo moría dentro de mi que dejaba un hueco que no llenaba y que he ido cubriendo poco a poco. Por las noches al acostarme y por la mañanas al despertar siempre me decía ¿que hago yo aquí, donde estoy, quien soy realmente?

Menos mal que no me lo callaba lo hablaba con el terapeuta, que me aliviaba mucho. Al principio estás totalmente perdido, sumergido en recuerdos de oscuridad total. Luego poco a poco vas cobrando conciencia de quién eres, aunque tu propia extrañeza te impide escribir. Peleas en una lucha interior en la que te identificas más con el yo adicto que el abstinente actual. Tu esquema de pensamiento es ése por mucho que quieras cambiarlo. Todavía hoy oigo una conversación sobre drogas y escucho con atención selectiva, como si ese fuera mi mundo aunque en realidad no lo recuerdo pero lo tengo interiorizado.”

EXPERIENCIAS DISOCIATIVAS EN ADICTOS. UN CASO CLÍNICO

HALLAZGOS CLÍNICOS

Se le aplicaron dos pruebas evaluativas específicas para la despersonalización- desrealización: la CDS-11 (Cambridge Depersonalisation Scale) que mide la frecuencia y duración de los síntomas de despersonalización en los últimos 6 meses. y la DES (Dissociative Experiences Scale), escala de 28 items que parece tener validez predictiva respecto a los trastornos disociativos pero no conlleva un diagnóstico incuestionable. Consta de 3 subescalas: experiencias de amnesia o lagunas en la continuidad de la conciencia; despersonalización, desrealización y absorción ("absorción imaginativa" o "síntomas disociativos comunes") y alteración de la identidad. Los resultados de dichas pruebas denotaban un alto grado de despersonalización- desrealización: CDS-11, 34 puntos; DES total 43 y en las subescalas DES: Absorción, 28; Amnesia, 39; Despersonalización, 38. Todas las puntuaciones, muy elevadas

Confirmamos el diagnóstico de un trastorno disociativo de tipo despersonalización-desrealización (DP-DR) propio de sujetos adictos y exadictos a drogas (y comportamientos adictivos en general) caracterizado por extrañamiento, sensación de irrealidad, alteraciones del recuerdo y vacío existencial como síntomas cardinales. El abanico de síntomas comprendía lo siguiente: 1) Alteraciones cualitativas de la memoria y cognición: fantasías, memoria selectiva y falseamiento del recuerdo. 2) Alteraciones afectivo-emocionales con sensación de que este mundo es irreal (desrealismo) que provoca sensación persistente de inseguridad [temor psicógeno y timopático]. 3) Vivencias de extrañeza: sensación de estar ajeno, de sentirse como espectador de la propia vida. 4) Vacío existencial que puede convertirse en estado de desmotivación e insatisfacción permanente.

SITUACIÓN ACTUAL

El paciente necesitó una prolongada intervención, en la que alcanzó un insight existencialista no relativo al problema adictivo ni psicopatológico anterior, sino referido al trastorno disociativo (DP-DR). No fueron necesarias técnicas especiales (aunque el problema fuera existencialista, dichas técnicas no se necesitaron). Bastó el acompañamiento terapéutico junto una explicación pausada y elucidativa de lo que le pasaba, del trasfondo disociativo del fenómeno de despersonalización-desrealización.

El tratamiento farmacológico siguió siendo cualitativamente el mismo, reforzándole apenas el hipnótico durante la fase aguda de la intervención que en menos de 1 mes retornó a la pauta habitual. Actualmente es una persona autónoma y capaz de gestionar con eficacia sus emociones sin dejar de lado sus responsabilidades, mostrándose ilusionado y motivado. Por fin se encuentra identificado con su nueva vida. Tiene pareja, trabajo y un proyecto de vida. Han desaparecido prácticamente todas las experiencias de extrañamiento y vivencias de

EXPERIENCIAS DISOCIATIVAS EN ADICTOS. UN CASO CLÍNICO

desrealización. Toma citalopram 20mg./24h. por la mañana y de lormetazepam 1 mg. al acostarse.

DISCUSIÓN

El fenómeno de despersonalización-desrealización puede permanecer subclínico no porque no se sufra, sino porque el paciente no lo sepa explicar y el terapeuta puede no saber identificarlo. En consecuencia, el fenómeno sorprende tanto a quienes lo padecen como a sus terapeutas y allegados porque a la referida dificultad de identificación cabe añadir otras para interpretarlo y más aún para abordarlo. En un trabajo precedente Sirvent (2015) describía el síndrome de despersonalización – desrealización del ex adicto o adicto en deshabitación por los siguientes síntomas diana. (Tabla 1)

Tabla1: Síntomas principales del síndrome de despersonalización – desrealización del ex adicto o adicto en deshabitación (©Sirvent (2014

1. **Vacío existencial:** consistente en insatisfacción, decepción, desilusión y vacío emocional.
2. **Crisis de identidad:** interrogantes existenciales acerca de la propia identidad que le puede conducir a identificarse con su pasado, con el personaje que fue, en choque frontal con el nuevo yo que lucha por abrirse a un mundo nuevo y desconcertante.
3. **Alteraciones de la memoria y cognición:** sensación subjetiva de haberse deteriorado, de haber perdido facultades intelectivas.
4. **Cambios de humor y labilidad afectiva:** la culpabilidad es habitual, así como un sentimiento reiterativo de claudicación.
5. **Desrealismo:** o sensación de que este mundo es irreal.
6. **Rememoración** de sensaciones y sentimientos ya superados: recuerdos que reviven con inusitada fuerza emocional, tanto que en ocasiones puede dispararse una recidiva

EXPERIENCIAS DISOCIATIVAS EN ADICTOS. UN CASO CLÍNICO

Una vez constatada la presencia del síndrome, conviene que se sepa evaluar, interesando especialmente algunos síntomas acompañantes claves, como el vacío afectivo-emocional que puede llegar a precipitar una recidiva, la nostalgia de una vida de consumo dolorosa y cruel pero al fin y al cabo suya.

En definitiva, la despersonalización transcurre como un fenómeno silente y tormentoso que además no se suele comprender. Sin embargo cuando llega a descubrirse y tanto el afectado como el terapeuta lo enfrentan decididamente, el abordaje termina siendo fructífero, de ahí la importancia decisiva de la necesaria motivación y de la importante neutralización del vacío existencial, aspecto crucial en el tratamiento del fenómeno. Ciertamente, parece que los profesionales de la salud mental lo van conociendo cada vez mejor. Que hagan lo mismo los profesionales de las adicciones sería nuestra vehemente recomendación.

REFERENCIAS

Baker, D., Earle, M., Medford, N., Sierra, M., Towell, A., & David, A. (2007) Illness perceptions in depersonalization disorder: Testing an illness attribution model. *Clin Psychol Psychother* 14(2):105-116. doi:<http://dx.doi.org/10.1002/cpp.518>.

Moyano, O., Thiébaud, E., & Claudon, P. (2004) Comparaison des expériences dissociatives à l'adolescence entre un groupe de collégiens et un groupe clinique. *Ann Med Psychol (Paris)* 162(7):533-540. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2003.10.018>.

American Psychiatric Association (2014) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th Edn)* American Psychiatric Association, Arlington, VA, United States. p. 291-308.

Sirvent y Fernández L (2015) Depersonalization Disorder in Former Addicts (Prevalence of Depersonalization-Derealization Disorder in Former Addicts). *J Addict Res Ther* 6: 225. doi: 10.4172/2155-6105.1000225

Sirvent, C. (2015) Adicción y perpetuación del sentido de irrealidad en adicciones. In: *Adicciones: Conocimiento, atención integrada y acción preventiva: XXVI Congreso de Salud Mental de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2015. p. 179-208.

Simeon, D., Kozin, D. S., Segal, K., & Lerch, B. (2009) Is depersonalization disorder initiated by illicit drug use any different? A survey of 394 adults. *J Clin Psychiatry* 70(10):1358-1364.

Medford, N., Baker, D., Hunter, E. (2003) Chronic depersonalization following illicit drug use: A controlled analysis of 40 cases. *Addiction* 98(12):1731-1736.

Keshavan, M. S., & Lishman, W. A. (1986) Prolonged depersonalization following cannabis abuse. *Br J Addict* 81(1):140-142.

EXPERIENCIAS DISOCIATIVAS EN ADICTOS. UN CASO CLÍNICO

Sirvent, C. (2015) Adicción y perpetuación del sentido de irrealidad en adicciones. In: Adicciones: Conocimiento, atención integrada y acción preventiva: XXVI Congreso de Salud Mental de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2015. p. 179-208.

Wenzel, K., Bernstein, D. P., Handelsman, L., Rinaldi, P., Ruggiero, J., & Higgins, B. (1996) Levels of dissociation in detoxified substance abusers and their relationship to chronicity of alcohol and drug use. *J Nerv Ment Dis* 184(4):220-227