



ETIOPATOLOGÍA PARA LA DESPERSONALIZACIÓN TARDÍA Y CRÓNICA SIN INDUCCIÓN HIPNÓTICA

Eduardo Infante Rejano*; Inés Irizo García**

* Universidad de Sevilla

** I.E.S. Al Iscar, Villanueva del Ariscal (Sevilla)

einfante@us.es

Despersonalización, Desrealización, Técnicas proyectivas, Análisis cognitivo-conductual, Abuso sexual

Depersonalization, Derealization, Projective techniques, Cognitive-behavioural analysis, Sexual abuse.

RESUMEN:

En el 43% de los casos, el trastorno de la despersonalización (TDD) enmascara abusos afectivo-sexuales o traumas severos durante la infancia que precisan de abordajes psicodinámicos (Simeon, 2004; Intebi, 2008). Sin embargo, la sintomatología basal del trastorno –caracterizado por una incapacidad de confiar en estados o situaciones que no alimenten conscientemente el pensamiento autómatas- impide en numerosas ocasiones el uso de la hipnosis como facilitador de la abreacción del paciente, máxime cuando la reactivación del trauma es tardía (Freyd, 1997). Por tal motivo, se presenta un análisis cognitivo-conductual a través de la técnica del diario y de la producción poética que facilitaron la comprensión del trauma. Se comenta el caso de una mujer casada de 32 años que fue diagnosticada de TDD crónico a raíz de una serie de pensamientos irracionales egodistónicos en torno a su recién estrenada maternidad. La paciente presenta anhedonia, angustia recurrente, llanto inmotivado, insomnio e hipocondría. En sintonía con la literatura (Masó, Ortega y Díaz, 2004; Sierra-Siegert, 2008), el análisis de datos confirmó la existencia de un trauma psíquico antaño que conscientemente se rechazaba en el presente y que fue proyectado sobre un “yo” paralelo, descontextualizado y exagerado que sirvió de recurso defensivo para des-somatizar al acosador pero, al mismo tiempo, tenerlo siempre presente, dentro de ella, abusando del cuerpo y la confianza. Para olvidar, la paciente se auto-excluye del propio cuerpo -al que no reconoce como suyo- y de la voluntad de pensar libremente en un entorno que se desrealiza por momento. Los datos confirman que la aparente locura y/o ensoñación se experimentan al tener pendiente la denuncia del acosador que no llega, y cuya batalla se libra en pensamientos con ese “yo” introyectado. Se exponen las líneas terapéuticas que permitieron resolver el trastorno en función de la etiología precedente.

ABSTRACT:

Depersonalization disorders (DPD) veil affective and sexual abuses or severe traumas during childhood in 43% of the cases that call for psychodynamic treatments. (Simeon, 2004; Intebi, 2008). However, basic symptoms of DPD – based on highly distrust on mental processes or situations that impede automated thoughts- discourage the use of hypnosis as a feasible way for abreaction especially in late, chronic cases (Freyd, 1997). Therefore, a cognitive-behavioural analysis using diary technique and poetic production was used to understand the disorder. The case of a married woman, 32, who was diagnosed with PDP is presented. The patient suffered from irrational thoughts, anhedonia, distress, unmotivated weeping, insomnia, and hypochondriasis. As expected (see Masó, Ortega & Díaz, 2004; Sierra-Siegert, 2008), data confirmed a past trauma which was being neglected and projected inside a parallel *ego*, decontextualised, exceeded, who served as shelter resource to disembody the abuser but also to internalise *it* on her, overdoing and

ETIOPATOLOGÍA PARA LA DESPERSONALIZACIÓN TARDÍA Y CRÓNICA SIN INDUCCIÓN HIPNÓTICA

taking advantage of her. In order to forget, the patient excluded herself from her unrecognised body and from her freedom to think at will inside a world which is turning unreal. Data confirmed that the false madness and the drowsiness presented in PDP inform against the abuser to whom the patient fights unconsciously through the introjected *ego*. Some treatment guidelines that helped to solve the case in relation to this etiology are stated.

La despersonalización (DP) ha sido pobremente estudiada más allá de su categoría de síntoma debido en parte a la dificultad de delimitar los pensamientos simplemente displacenteros de los verdaderamente patológicos. Como se dice popularmente, "todo el mundo está un poco loco". Además, la DP constituye un ingrediente habitual en otras patologías psiquiátricas tanto dentro como fuera de la categoría de trastorno asociativo (Mayer-Gross, 1935). Sin embargo, cuando esa supuesta locura impide la vida normal de una persona y la lleva a sufrir pensamientos continuos de extrañabilidad y sensaciones catastrofistas, el síntoma merece una atención propia de categoría nosológica. Se caracteriza la DP en un sentimiento de vacío o extrañeza de uno mismo en el que el individuo puede sentirse como un autómatas o como si estuviera viviendo un sueño o una película (DSM-IV). Otro síntoma importante incluye una carencia de sentimiento emocional y reactividad. El estudio de la DP se complica al ser un fenómeno puntual y natural en etapas de la juventud, propias de la adolescencia, cuando los jóvenes tratan de revelarse a la sociedad y piensa en reacciones, impulsos o actos fuera de ellos, no-habituales, que no llegan a manifestar o lo hacen de forma impulsiva, desadaptativa en incluso, agresiva. O cuando tratan de cuestionarse a ellos mismo y a su entorno en base a múltiples teorías que concluyen en un vacío de respuestas que desorientan y desmotivan. Estos procesos y conductas son necesarios para el funcionamiento mental y se encaminan a reafirmar las directrices de censura y control por parte de la sociedad y que configuran sanamente la estructura del *superyo* adquirida en épocas anteriores. La personalidad resultante es fruto de un complejo proceso en el que se alcanza el equilibrio entre los deseos personales de transgredir la norma social consensuada con la superación del daño de tener que aceptarla en su plenitud. Desde un punto de vista dinámico (Simeon, 2004; Intebi, 2008), la DP sería pues un síntoma que pondría en enfrentamiento dialéctico al yo personal-interno con un yo-externo que asume los pensamientos y conductas de otro-social que desestabiliza al *ego*. Dicho de otra manera, los frenos y vivencias traumáticas que no son superadas *de facto*, son internalizadas para su superación inconsciente a través de la confrontación conflictual entre dos objetos muy diferenciados (Masó, Ortega y Díaz, 2004; Sierra-Siegert, 2008); el yo *pasivo* frente al *otro social* internalizado, que se presenta como un yo *activo, agresivo y des-somatizado* (véase, García López y Fernández-Argúelles, 1998). Cuando acontece el trastorno de DP, el sujeto es incapaz de liberarse de los impulsos de actuación por lo que el equilibrio mental no llega y se acrecenta la diferencia psicológica entre yo-pasivo y yo-externo lo que genera mayor estrés. Como la lucha es vivenciada en pensamientos, estos se sufren constantemente sumiendo al individuo en un estado de agotamiento que le deprime y, por la naturaleza de los pensamientos que cada vez más se perciben como ajenos

ETIOPATOLOGÍA PARA LA DESPERSONALIZACIÓN TARDÍA Y CRÓNICA SIN INDUCCIÓN HIPNÓTICA

–en claro mecanismo de defensa (véase Freud, 1975)-, en estados psicasténicos y ansiógenos. En este punto, el individuo sólo posee dos grandes líneas de pensamientos, una referida a los síntomas de la extrañeza o alienación que supone pensar en decir o hacer cosas fuera de uno (contenido derivado o sintomático) y, el segundo, a los deseos de hacer algo o causar daño (contenido nuclear o propositivo). La primera línea define al paciente como un *loco*, mientras que la segunda lo presenta *agresivo*. El éxito de la terapia reside pues en ayudar al paciente a minimizar los síntomas de locura mientras que se aclaran las vías socialmente aceptadas para actuar –dejar de *pensar en ser* sino *ser*- sobre el sujeto, objeto o hecho traumático que fuera introyectado en un “yo” paralelo. Mientras no se llegue a la acción de protesta contra el objeto, el paciente pensará agresivamente sobre otros objetos / sujetos que se muestren más débiles o refuercen la idea de locura cuya tesis se hace más fuerte a medida que el trastorno cronifica. Las páginas siguientes presentan un caso de trastorno de DP en una joven madre a través del cual se intentará reflejar la aproximación etiopatológica que acabamos de proponer.

Presentación del caso

Solicita ayuda desesperada una mujer (en adelante, GPT) de 32 años, felizmente casada y con un hijo recién nacido. La paciente presenta ahnedonia, angustia recurrente, llanto inmotivado, insomnio e hipocondría. Sus pensamientos primarios se dirigen principalmente a poder “hacer daño a mi hijo” lo que le provoca profundo temor y cuyo contenido define como claramente irracional. En torno a esta idea, la permanente sensación de ser mala madre y esposa, de no querer asumir las responsabilidades diarias –que efectivamente se abandonan progresivamente por desgaste emocional- y de ser mala persona. Pese a su largo historial de tratamiento psiquiátrico, agradece la paciente no haber intentado el suicidio aunque a veces pensó en él como vía para acabar con sus pensamientos automáticos. La mujer posee un nivel cultural bajo, un conjunto de presunciones e ideas muy antiguas pero un buen potencial intelectual. Las pruebas de personalidad (PNP, EPQ) y emocionales (STAI-C, ISRA) nos indican que es una mujer afable, digna de confianza, sin síntomas paranoicos o psicopáticos, de elevada sugestionabilidad, neurótica, introvertida y con ansiedad-rasgo alta. GPT tiende a remitir constantemente sus pensamientos a rasgos y contenidos de carácter agresivo o impulsivo presentando personalidad multifóbica con énfasis en enfermedades y pérdida de control.

Su pareja es una persona sociable que se mostró siempre complaciente y colaborador en los meses de tratamiento a su cónyuge. Como en la mayoría de los casos (WHO, 1992), GPT reconoce en su infancia situaciones en las que parecía pensar cosas ajena a sí misma y cuyos contenidos, en principio, no suponían más que un juego de deconstrucción social. Por ejemplo, relata como internamente desafiaba la autoridad religiosa representada en un Cristo crucificado insultándolo o provocando desobediencia cuando acudía a la Iglesia o cuando era consciente de, charlando con alguien, observar desnaturalizado al interlocutor y observar a ambos externamente como en una

ETIOPATOLOGÍA PARA LA DESPERSONALIZACIÓN TARDÍA Y CRÓNICA SIN INDUCCIÓN HIPNÓTICA

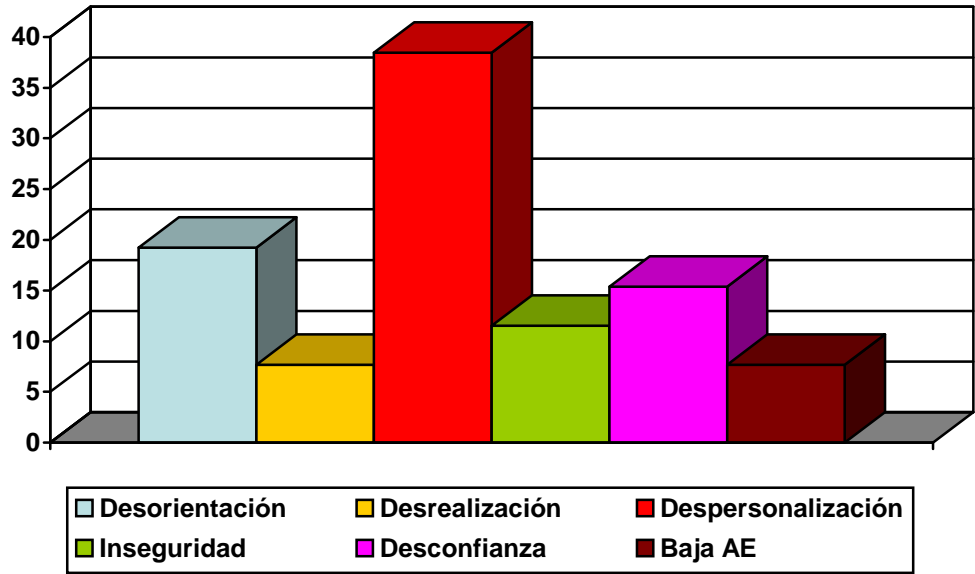
película. Estos pensamientos de provocación describen intentos fallidos de poner en tela de juicio figuras de autoridad o protocolos sociales pues nunca son manifestados externamente. La infancia y adolescencia de GPT transcurren dentro de unas directrices muy rígidas y controladoras unidas a excesiva protección por parte del padre que se muestra más atento hacia ella que la madre, aunque siempre distante, sin contenido afectivo. La paciente indica su devoción a sus padres a los que últimamente viene atendiendo más frecuentemente debido a los problemas de salud propios de la edad. En la anamnesis no se detectan problemas externos que pudieran explicar las alteraciones emocionales de GPT más allá del estrés de llevar una casa con un hijo recién nacido (menos de 250 unidades de estrés, escala RAHE). Sin embargo, sus pensamientos de DP son cada vez más insistentes y provocadores lo que la lleva a estados cíclicos de ansiedad decreciente sin motivo aparente.

Análisis descriptivo del los pensamientos de DP: Autorregistros

Pese a ser tremendamente sugestionable –o quizás por ello-, GPT se resiste a la utilización de la hipnosis lo que resulta ser una característica importante en la comprensión de este tipo de pacientes. Rechaza toda comunicación persuasiva, los estados de inconsciencia o somnolencia, la falsedad u ocultación de cosas y cree fervientemente en el "mal de ojo", las pitonisas y los destinos fatales. Con sus palabras, *"cuando te hipnotizan te meten algo en la cabeza y juegan con tu voluntad"*. Ante esa negativa, se recurre a la utilización de autorregistros de pensamientos y producción literaria – la paciente muestra interés en la escritura y su pena de haber dejado prontamente los estudios¹-. La producción de pensamientos es muy elevada y cuyo contenido constata la tríada de pensamientos de despersonalización (38,46%), desorientación (19,3%) y desrealización (7,69%) (*Gráfica 1*). Expresiones habituales al respecto son *"que me quiten lo que tengo"*, *"estoy perdida"*, *"ya no soy la misma de siempre"*, *"no voy a reconocer nada de lo que hay a mi alrededor"*, *"es como si alguien pensara por mí"*, *"no estoy en lo que hago"*, *"me empiezo a ver como una persona desconfiada y que voy a odiar a las personas que más quiero"*, *"me volveré loca"*. La evaluación consciente de este núcleo cognoscitivo permite el surgimiento de otro conjunto de ideas encaminadas a la devaluación de la persona y referidas a la desconfianza (15,3%), la inseguridad personal (11,5%) y la baja autoestima (7,69%). Se constató que a medida que avanzaba el trastorno DP más intensa era la presencia de este segundo grupo sintomático, consecuencia del primero, lo que no ayudaba a la paciente a resolver su problema.

¹ Mi experiencia profesional me anima a asociar con frecuencia estados de ansiedad derivados de pensamientos neuróticos egodistónicos y recurrentes con personas que no aprovechan, explotan o usan sus capacidades ni potencialidades cognitivas. En este sentido, a la paciente se le animó progresivamente a retomar estudios acorde con su zona de desarrollo potencial y a sacarse el permiso de conducir en el futuro, mérito que logró tras su recuperación y que creyó impensable. -4-

Frecuencia y naturaleza de los pensamientos



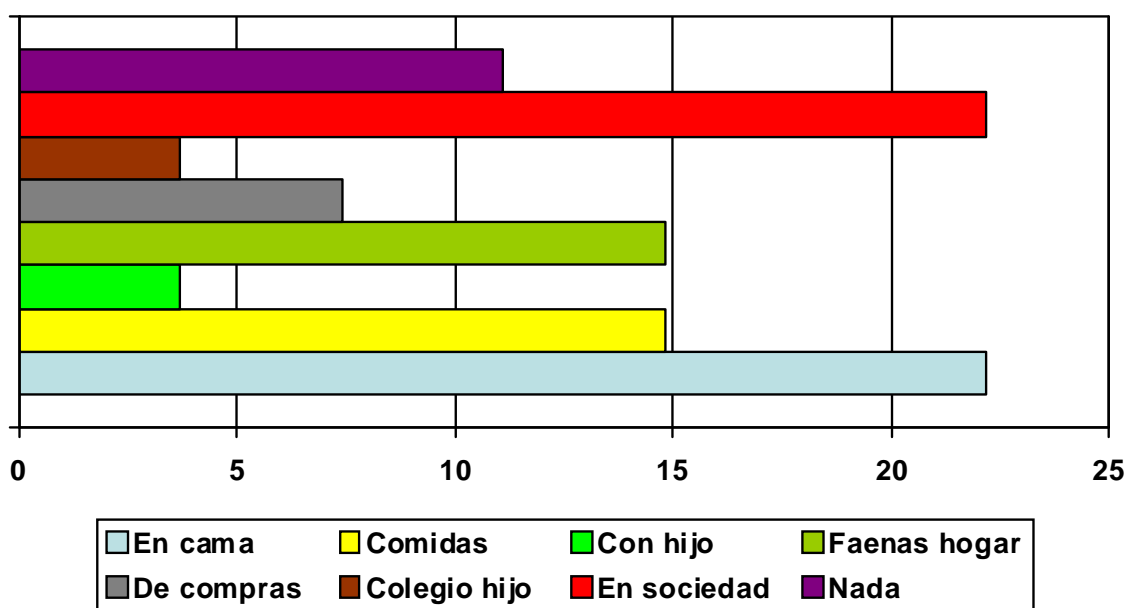
Gráfica 1

La *Gráfica 2* recoge el contexto en el que cada pensamiento tiene lugar con fin de tratar de asociar las asociaciones entre estímulos cognitivos y ambientales. Las situaciones de "estar en la cama" e "interactuar con otros en sociedad" parecen acaparar el mayor número de registros.

ETIOPATOLOGÍA PARA LA DESPERSONALIZACIÓN TARDÍA Y CRÓNICA SIN INDUCCIÓN HIPNÓTICA

La paciente siente cierta agorafobia y cuesta cada vez más salir y hablar con otros; afirma que siente inseguridad, aburrimiento y ansiedad a la hora de hablar con otros. La cama, lugar donde exteriorizamos sentimientos de intimidad, parece provocar los mismos problemas de antes y que ahora afectan a la pareja por la negativa de ella a mantener relaciones sexuales. Resulta curioso destacar que la paciente se siente muy constreñida en el sexo como en aquellas situaciones en las que podemos dejarnos llevar por nuestros impulsos y deseos más primitivos. Sus pensamientos de DP la llevan progresivamente a un estado de mínima implicación emocional y conductual pues la

Contextualización de los pensamientos de despersonalización



idea de volverse loca está muy presente y es asociada a momentos normales de pérdida del autocontrol (al mismo tiempo que rechaza el sexo, elude bailar, cantar, gritar, hacer deporte, etc).

Gráfica 2.

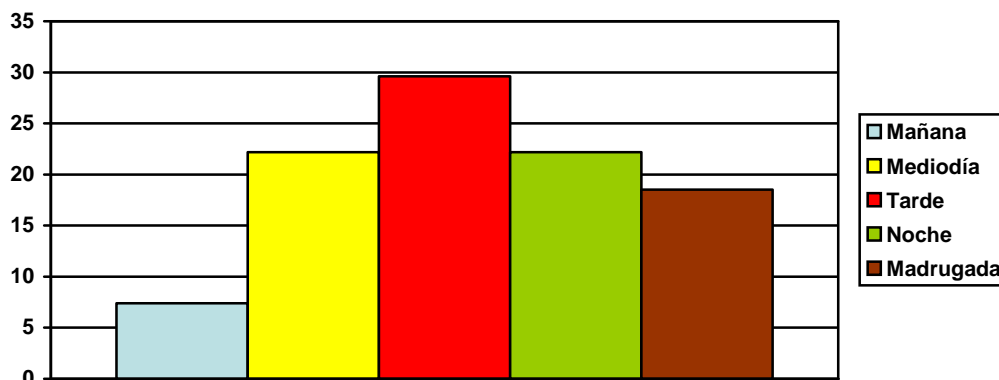
Pese a esta distribución de contextos, los pensamientos DP se refieren principalmente a su hijo (30%) y al proceso de alienación de ella misma (25%).

La paciente describe un patrón temporal típico de los TD en el que los pensamientos comienzan lentamente en el día y alcanzan su mayor frecuencia al acabar el día, por la tarde, desapareciendo muy lentamente durante la madrugada, según afectación emocional. Este patrón en "U" invertida ocasiona estados de depresión matutina al anticipar la evolución de los pensamientos durante la

ETIOPATOLOGÍA PARA LA DESPERSONALIZACIÓN TARDÍA Y CRÓNICA SIN INDUCCIÓN HIPNÓTICA

jornada lo que se une al desgaste psicológico en dicha franja. Estos estados anímicos refuerzan la idea de perder la cabeza, o incluso, de desecharlo, para dejar el sufrimiento que supone dar coherencia racional a los pensamientos de DP.

Franja horaria y frecuencia de los pensamientos



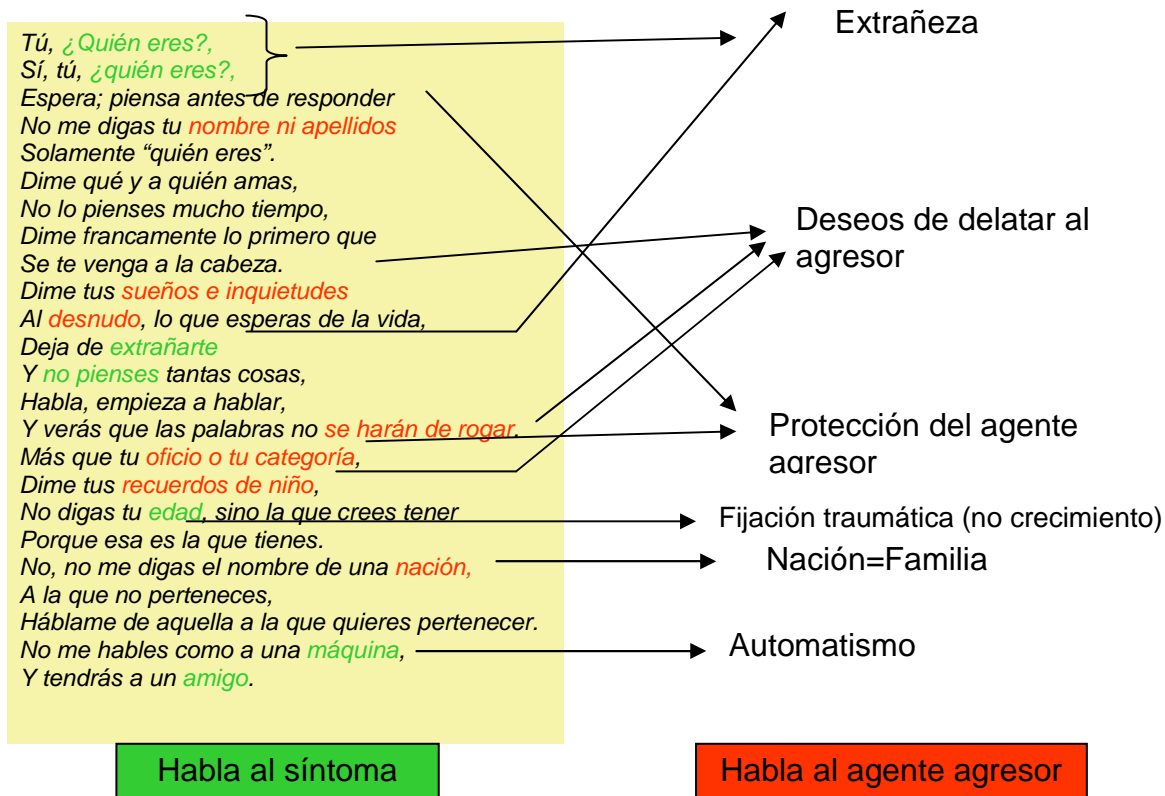
Gráfica 3.

Estudio etiopatológico del caso

Se estima que el 43% de los casos de trastorno de DP enmascaran problemas pasados afectivo-sexuales de considerable duración. Como suele ocurrir, descubrir el trauma afectivo en GPT resulta complicado pues en estos sujetos la represión superyoica es muy fuerte y la relación con los allegados se describe como neutral o, incluso, positiva. Progresivamente a la mejora de autoestima, la paciente empezó a definir con más realismo a sus padres sobre todo a su padre al que definió como persona manipuladora, exigente y controladora. Ocurre que la exigencia y sobreprotección sobre GPT consolidó una conciencia de obediencia y complacencia que negaba incluso los propios deseos. Probablemente, aunque no podamos dar prueba empírica irrefutable, la introyección de un superyó *hiper*-alimentado pudo generar una especial sensibilidad para negar cualquier trato de afecto padre-hija y, en especial, vivir angustiosamente la relación paterna. La paciente mantiene discursos de atracción-evitación con dicha figura a la que compadece más que censura y cuyos sentimientos finalizan en indiferencia y confusión. Relató incluso momentos de cierta ternura con su padre que se experimentan como incómodos y casi olvidados. La frialdad de sus padres se equiparó al respeto asociado a ellos. En sus palabras: *"...durante mucho tiempo estuve obligándome a hacer cosas que no deseaba y a la vez reprimiéndome otras cosas que deseaba hacer, tanto en una ocasión como en otra me sentía mal"*. Independientemente del nivel de trauma afectivo-sexual vivido que por defecto se olvida (Freyd, 1997), GPT experimentó situaciones de impotencia entre lo que deseaba y no podía hacer o se sintió obligada a aceptar una afectividad incómoda, confusa, no necesariamente violenta. Pensamos que el deseo de protesta se introyectó en la paciente y al no tener salida socialmente aceptable, se configuró como conjunto de pensamientos cada vez más

ETIOPATOLOGÍA PARA LA DESPERSONALIZACIÓN TARDÍA Y CRÓNICA SIN INDUCCIÓN HIPNÓTICA

extremos al *modus operandi* habitual en ella. Precisamente, la divergencia entre pensamientos positivos –*ego* sometido-, y negativos –deseos de protesta del *ello*- resulta ser un mecanismo de defensa indirecto de la verdadera acción reparadora, esto es, enfrentarse a los padres con autonomía, y constituye el núcleo de sufrimiento del trastorno de DP. La *Gráfica 4* expone el análisis de una producción poética que resultó ser significativa para adentrarse en las metáforas del pensamiento y que ilustra la dicotomía de pensamientos de contenido nuclear, propositivo –hacia el agente agresor- y derivado –sintomatológico, propios del “*ego* sometido”-.



Gráfica 4. Análisis de una producción poética

Aunque la paciente parece hablarse a sí misma, en realidad trata de “comunicarse con su agente agresor” al que desea descubrir e identificar. Al mismo tiempo, se entremezclan los sentimientos y pensamientos del trastorno y fuerzan a la paciente a “hablar con el síntoma”. La tarea del terapeuta debe centrarse pues en minimizar los discursos dirigidos al síntoma y crear vías de expresión – abreacción- de aquellos que se dirigen al agente agresor. Los sujetos, como GPT, se aferran al conjunto de pensamientos y sentimientos que dicha divergencia procura (locura, depresión, enfermedad, desorientación,...) olvidándose de atender adecuadamente la acción de protesta cuyo contenido debe constituir el núcleo de toda acción terapéutica. De esta forma la terapia cognitivo-conductual, combinada con detención del pensamiento, incluyó sesiones para facilitar la independencia, asertividad, pérdida del control sin riesgo, control de horarios y acciones,

ETIOPATOLOGÍA PARA LA DESPERSONALIZACIÓN TARDÍA Y CRÓNICA SIN INDUCCIÓN HIPNÓTICA

revitalización de deseos, petición de deseos y mejora de la comunicación a todos los niveles (social, personal y sexual) y autonomía (trabajo y permiso de conducir). Curiosamente, la presencia de un marido no-agresivo y colaborador fue contraproducente en este caso ya que hacía más irracional al grupo de pensamientos de DP de la paciente. De todas formas, sí ayudó a la recuperación de GPT cuya mejora de autonomía y autocontrol no chocó con ninguna ideología de género². La reactivación del trastorno de DP fue tardía (Freyd, 1997) lo que impidió la identificación plena del trauma que pudo re-activarse al comenzar una nueva etapa vital llena de responsabilidades (mayor atención a padres mayores, cuidados de un hijo recién nacido, replanteamiento de la vida laboral).

Destacar finalmente que la recuperación en estos pacientes suele ser lenta y con retrocesos importantes. La terapia de GPT supuso 5 largos años –con varios periodos sin tratamientos- y la paciente asegura –y nosotros confirmamos- que el trastorno de DP está superado puesto que no perturba su actividad diaria aunque siempre perdurarán pensamientos de reminiscencia y un sistema cognitivo vulnerable a los eventos vitales estresantes.

Referencias bibliográficas

- Freud, S. (1975). Un trastorno de la memoria en la Acrópolis. En *Obras Completas*, tomo IX. Madrid: Bblioteca Nueva.
- Freyd, J.J. (1997). *Abusos sexuales en la infancia: la lógica del olvido*. Madrid: Ediciones Morata.
- García López, O. y Fernández-Argüelles, P. (1998). La crisis de despersonalización: Aspectos fenomenológicos. *Revista de la Cátedra de Psicología Médica y Psiquiatría*, Vol.9, 1-2, 13-26.
- Intebi, I. (2008). *Abuso sexual infantil en las mejores familias*. Argentina: Granica S.A.
- Masó, E.B., Ortega, J. y Díaz, A.C. (2004). Despersonalización: del trastorno al síntoma. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 32, 2, 107-117.
- Mayer-Gross, W. (1935). On depersonalisation. *British Journal of Medical Psychology*, 15, 103–122.
- Sierra-Siegert, M. (2008). La despersonalización: Aspectos clínicos y neurobiológicos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, Vol. 37, 1, 40-55.
- Simeon, D. (2004). Depersonalisation disorder: a contemporary overview. *CNS Drugs*, 18, 343–354.
- WHO (World Health Organization) (1992). F48.1. Depersonalisation–derealisation syndrome. In *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization. pp. 171–173.

² Siempre asalta la duda de hasta cuando podemos mejorar psicológicamente a una persona puesto que nos olvidamos de si, una vez apta para “volar”, su entorno resulta o no ser una “jaula” que hace mayor la tristeza de antes al tomar conciencia de esta y cuyas características se escapan al rol terapeuta. Un enfoque sistémico es siempre recomendable y permitirá calibrar hasta dónde podemos hacer libre al paciente.