

PSICOPATOLOGIA DEL SI MISMO

(Trastornos de la experiencia del ser)

J. L. G. de Rivera

La capacidad de ser consciente de sí mismo es característica del hombre, y equivale a lo que podríamos denominar «percepción del mundo interno».

El *sí mismo* o ser (*self* de los anglosajones), puede definirse como la totalidad personal de un individuo, incluyendo tanto su cuerpo como su organización psíquica.

La imagen de sí mismo, o autorepresentación, procede de dos fuentes:

- a) Conocimiento directo de experiencias internas, sensaciones, procesos emocionales y cognitivos, y actividad funcional del organismo.
- b) Percepción indirecta de sí mismo por introspección.

La imagen del ser en el niño pequeño no es una unidad estable, sino que procede de sensaciones difíciles de distinguir de la percepción de los objetos gratificadores externos. Sólo con el posterior desarrollo de las funciones físicas y mentales, las diversas imágenes parciales se integran en una conceptualización más o menos constante del sí mismo, tanto más madura cuanto mayor sea la capacidad de percibir y organizar la realidad interna y externa. La imagen de sí mismo contiene las características, potencialidades y limitaciones del ser corporal y del ser mental, que a su vez contienen los siguientes aspectos:

Ser corporal o imagen corporal:

- Apariencia externa.
- Topografía anatómica elaborada por propiocepción.
- Autopercepción de mecanismos fisiológicos.

Ser mental:

- Sentimientos y pensamientos conscientes e inconscientes.
- Deseos e impulsos.

- Ideales y escalas de valor.
- Funciones autocríticas.

ALTERACIONES PARCIALES

Las alteraciones de la experiencia de sí mismo pueden ser globales o parciales, incluyendo estas últimas los trastornos de cada uno de los aspectos de la imagen corporal y de la imagen mental. Así, entre los trastornos parciales de la *imagen corporal* tenemos:

- a) Dismorfofobia: percepción injustificada del propio aspecto físico externo como repulsivo, ridículo o antiestético.
- b) Miembro fantasma: consistente en la percepción de un miembro amputado como si aún estuviera en su lugar. Un caso especial lo constituye la anosognosia asociada con hemiplejía izquierda, en la que el paciente se comporta como si su lado izquierdo funcionara normalmente, negando la existencia de la parálisis.
- c) Percepción de la imagen corporal como irrealmente grande o pequeña. Este trastorno puede ser persistente, como en la anorexia nervosa, o transitorio, como en el caso de la intoxicación con ciertas drogas.
- d) No percepción o ausencia en la imagen corporal de ciertas partes del cuerpo, con frecuencia, aunque no siempre, cargadas de gran significado psicológico, como por ejemplo los órganos genitales.
- e) Percepción y atención exagerada a una parte del cuerpo, interpretando las sensaciones propioceptivas habituales como patológicas, excesivas o molestas. Este es uno de los síntomas cardinales de la hipocondriasis.

Los trastornos parciales del *sí mismo mental* podrían incluirse aquí, pero tradicionalmente se tratan entre los trastornos del pensamiento y la afectividad. Además de los aspectos parciales

del sí mismo, y englobando todos ellos, existe la consciencia del sí mismo como una unidad separada y distinta del entorno, dotada de la capacidad de permanecer constante en medio del cambio.

ALTERACIONES GLOBALES

Los trastornos globales de la experiencia del sí mismo pueden clasificarse en:

- Cuantitativos, desde la aparente falta de auto-representación en los retrasados mentales profundos, hasta la experiencia abrumadora del mundo interno en ciertas psicosis tóxicas.
- Cualitativos, con trastorno de la experiencia de:
 - la actividad del ser
 - la unidad del ser
 - la continuidad temporal
 - las fronteras con el mundo externo

Trastornos de la experiencia de la actividad de sí mismo

a) Despersonalización

Jaspers acuñó el término «personalización» para designar la normal sensación de posesión sobre los contenidos de la conciencia. En la despersonalización se pierde esta vivencia, y todas las percepciones de sí mismo parecen ajenas y extrañas, con una calidad diferente a lo habitual. Se habla de una experiencia sumamente desagradable y ansiógena, que con frecuencia se acompaña de desrealización, o sensación de que también el entorno ha sido cambiado, en forma sorprendente e imprecisa.

Las sensaciones de despersonalización y desrealización aparecen en la esquizofrenia, estados de ansiedad y en ciertas epilepsias, aunque pueden ser experimentadas ocasionalmente por sujetos relativamente normales, generalmente adolescentes.

Deben diferenciarse del delirio nihilístico, en el que el paciente asegura que está muerto o que no existe, o que otras personas o el mundo en su totalidad han desaparecido.

b) Disociación afectiva

Con frecuencia acompaña a la despersonalización o desrealización la sensación de carecer de sentimientos, como si la capacidad de respuesta

emocional estuviera embotada. Esta es una experiencia subjetiva, sin manifestación objetiva de pérdida o perversión de la respuesta emocional. Puede considerarse como un mecanismo adaptativo, mediante el cual se bloquea la percepción de emociones cuya intensidad interferiría con pautas de comportamiento eficaz frente al peligro.

c) Pérdida de la resonancia afectiva. Normalmente, toda percepción evoca una serie de sentimientos positivos y/o negativos. Esta resonancia afectiva puede perderse en ciertos estados depresivos, y el paciente experimenta la sensación de no poder sentir emociones. A diferencia de la disociación afectiva, hay evidencia objetiva de falta de compromiso emocional con el ambiente, que algunos pacientes describen como sensación de «anestesia afectiva».

d) Pérdida de la consciencia de la realización de las propias acciones. Consiste este trastorno en la experiencia de la propia actividad como alienada de sí mismo, formando parte del entorno en el lugar del propio ser. La presencia de este síntoma implica una disolución de las fronteras de sí mismo, y es preciso no confundir la experiencia de la pérdida de la calidad personal de las propias acciones con la sensación de despersonalización.

Trastornos de la experiencia de la unidad del ser

Pueden considerarse bajo dos aspectos:

1) El sí mismo se considera como único, pero de alguna manera repetido de forma idéntica.

a) Autoscopia: la experiencia de tener un doble, que puede ser perceptible alucinatoriamente. La autoscopia se denomina especular cuando se reproduce exactamente la propia imagen, repitiendo exactamente los propios movimientos.

En la autoscopia cinestésica se experimenta el ser mental como separado del ser corporal («cuerpo astral»).

2) El sí mismo se considera como desdoblado en varias unidades diferentes.

a) Primariamente: Percepción autónoma, directa e inmediata de la coexistencia de dos o más

personas en el mismo cuerpo. Esto constituye un delirio esquizofrénico relativamente raro. Este fenómeno debe distinguirse de la «personalidad múltiple» histérica, en la que el observador percibe los cambios de personalidad, pero el sujeto se percibe siempre como una personalidad única.

b) Secundariamente

- Desdoblamiento «normal». Según Theodor Reik la premisa esencial para el desarrollo de la mentalidad psicológica es un trastorno subclínico de la unidad del ser. «Dos son necesarios para practicar psicología, incluso la autoobservación psicológica.» Por otra parte, Freud afirma que la capacidad del paciente para observarse como si fuese otra persona es imprescindible para el éxito del tratamiento psicoanalítico. Esta experiencia es evocada voluntariamente, la consciencia de la unidad final del ser está presente, y la idea de división es una construcción conceptual secundaria.

- Desdoblamiento patológico. Caracterizado por escapar al control voluntario, y por no servir a los deseos conscientes del sujeto, generalmente secundario a la sensación de actuar y hablar de manera automática, propia de la despersonalización.

Trastorno de la experiencia de la continuidad temporal del ser

Normalmente, los cambios que tienen lugar en el desarrollo somático y de la personalidad son suficientemente lentos para permitir que el sí mismo se considere como permanente a través del tiempo. Un cambio brusco puede llevar a la experiencia de solución de continuidad, que a veces se expresa coloquialmente con frases tales como: «No soy el mismo desde que...» dos posibilidades son típicas en este trastorno.

a) En la esquizofrenia: Algunos esquizofrénicos, tras una fase aguda, afirman ser otra persona o haber pasado por varias personalidades durante su crisis. Otros, aseguran haber muerto físicamente bajo su antigua personalidad, volviendo a la vida en un cuerpo diferente o, al contrario, tener su cuerpo ocupado por una nueva personalidad, con destrucción de la antigua.

b) En la conversión religiosa: Es frecuente que, tras una experiencia mística, haya una sensación de completa renovación en la personalidad, expresada en el evangelio como «renacer del espíritu».

Trastorno de la experiencia de las fronteras del ser

Normalmente, hay una vivencia directa de la diferencia entre el propio cuerpo y el entorno, así como de la existencia de un mundo interno imaginario, contrapuesto al mundo externo, origen de percepciones.

La pérdida de la experiencia de las fronteras del sí mismo lleva a la incapacidad de distinguir entre el ser y el medio externo. Tres son las alteraciones de las fronteras del ser:

a) Normal. En ocasiones, esta disolución de fronteras puede lograrse bajo control voluntario y al servicio de los intereses individuales e interpersonales, como en los fenómenos de percepción empática inmediata del mundo interno de otra persona.

b) Psicosis. Cuando la disolución de fronteras se efectúa involuntariamente, es síntoma casi exclusivo de psicosis esquizofreniforme, tóxica o no. Típicamente, el paciente experimenta la sensación de que sus acciones y pensamientos tienen un efecto directo y excesivo alrededor de él, o, inversamente, se siente directamente influido por la actividad de objetos distantes o no relacionados con él.

c) Experiencia Mística. La vivencia de la disolución de las fronteras de sí mismo son descritas con frecuencia tras la ruptura mística. Contrariamente a lo que ocurre en la esquizofrenia, la experiencia es considerada como agradable, y el sí mismo parece enriquecido tras ella. Edith Jacobson explica la diferencia diciendo que «En el estado místico, las barreras del ser son abiertas por el amor; en la esquizofrenia, demolidas por el odio».

BIBLIOGRAFIA

- ALONSO FERNÁNDEZ, F.: *Compendio de Psiquiatría*, Oteo, 1978.
ARDILLA, A.: *Psicofisiología de los procesos complejos*. Trillas, 1979.

- COSTELLO, CH.: *Symptoms of Psychopathology*, J. Wiley & Sons, 1970.
- DYCHTOWALD, K.: *Body-mind*, H.B. Jovanovich, 1977.
- GREGORY, R.: *Eye and brain: the psychology of seeing*. Word university Press, 1961.
- HERSEM Y BELLAK: *Behavior therapy in the psychiatric setting*, Williams y Wilkins, 1978.
- JACOBSON, E.: *The self and the object world*. International Universities Press, New York, 1964.
- JASPERS, K.: *General Psychopathology*. Manchester University Press, Manchester, 1963.
- JASPERS, K.: *Escritos psicopatológicos*, Gre-dos, 1977.
- LOWEY, A.: *Bioenergética*. Diana, 1979.
- LURIA, A.R.: *Pequeño libro de una gran memoria*. Taller JB, 1973.
- MAHER, B.: *Principios de Psicopatología, un enfoque experimental*, McGraw Hill, 1978.
- MASER Y SELIGMAN: *Psychopathology: experimental models*, Freeman, 1977.
- MINKOWSKY: *El tiempo vivido*, Fondo de Cultura Económica, 1973.
- ORNSTEIN, R.: *On the experience of time*, Pelican, 1969.
- ORTEGA Y GASSET, J.: *Estudios sobre el amor en Obras Completas*, «Revista de Occidente», 1955.
- PINILLOS, J.L.: *Psicopatología urbana*. Espasa Calpe, 1977.
- POVEDA, J.: *Creatividad y salud mental*. Alhambra, 1979.
- ROJO, M.: *Fundamentos doctrinales para una psicología médica*. Toray, 1978.
- REIK, TH.: *Listening with the third ear*. Pyramid, New York, 1971.
- USDIN, E. (Editor): *Neuroregulators and Psychiatric Disorders*. Oxford, 1977.