

PUBLICADO EN LA REVISTA  
DE  
PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA MÉDICA  
DE EUROPA Y AMÉRICA LATINAS  
REVISTA TRIMESTRAL  
BARCELONA

AÑO II

TOMO

NUM. 8

Págs. 568 a 573 — OCTUBRE 1954

PUBLICADO EN LA BIBLIOTECA

PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA MEDICA

DE EUROPA Y AMERICA LATINA

REVISTA TRIMESTRAL

PARIS 1922

## SOBRE LA DESPERSONALIZACION

J. LÓPEZ-IBOR (Madrid)

*Clínica Neuropsiquiátrica. Departamento de Medicina Psicosomática del Consejo Superior de Investigaciones Científicas*

LA rica casuística de fenómenos de heautoscopia y de despersonalización está necesitando un orden en la interpretación. Un primer paso ya consiste en considerar la heautoscopia como una modalidad de despersonalización. Ésta es, en efecto, un fenómeno más amplio y complejo, cuyas diversas proyecciones sólo pueden verse con claridad partiendo del fenómeno inverso que, provisional y transitoriamente, para ser entendido, podríamos llamar «personalización». En efecto, lo que caracteriza la personalidad en estado normal y desde el punto de vista del análisis psicológico es:

1.º El sentirse única frente al mundo exterior. El mundo se halla como extendido alrededor del «centro» personal.

2.º El sentirse idéntica «a través» del tiempo.

Esta distinción del *centro del yo* con respecto a la persona y esta *continuidad* se perciben por el «yo» de un modo dinámico. El «yo» no es una formación estática, sino una experiencia psicológica peculiar, que no se percibe más que en movimiento. La misma percepción del «yo», lo más pura posible, es una operación reflexiva, dialogal, del «yo» consigo mismo.

Pero, en la vida corriente, no estamos proponiéndonos siempre efectuar un análisis introspectivo del «yo», sino que este centro dinámico y personal se «vive» en su propia actividad, en contacto con el mundo exterior. Este contacto se realiza, además, a través de un medio que es nuestro propio cuerpo, que por una parte pertenece al mundo exterior, al mundo de las cosas u objetos, y por otra nos pertenece a nosotros mismos. Es curiosa la relación que nos liga a nuestro propio cuerpo. Cuando no pensamos en ella, la vivimos como si el conjunto «cuerpo y experiencia psicológica» fuese un centro del que irradiase nuestra actividad. Esta es una experiencia indiscriminada, pero, vueltos hacia ella, pronto nos damos cuenta de su carácter dual, que se halla reflejado muy bien en las expresiones que GABRIEL MARCEL ha elegido para señalar la nota esencial de nuestra relación con el cuerpo. *Somos* nuestro cuerpo y *tenemos* nuestro cuerpo. Por una parte nos sentimos unidos al cuerpo, en una situación *concéntrica* de yo y corporalidad, pero por otra parte sentimos la corporalidad *excéntrica* con respecto al yo, y por eso la tenemos a mano, la objetivamos como las cosas del mundo exterior.

Pues bien, este doble carácter concéntrico y excéntrico de las relaciones entre nuestro «yo» y nuestro «cuerpo» se halla en la base de los fenómenos de despersonalización y de heautoscopia. Si yo miro escribir mi mano o sin mirarla la siento escribir, ya sé que la mano es mía, me pertenece y al mismo tiempo la uso. Su carácter instrumental se prolonga en la pluma misma que sirve para escribir. Un epiléptico me refería hace poco: «Lo primero que noto cuando me va a dar el ataque es que la mano que está haciendo algo, p. ej., cogiendo el teléfono para hablar, no me parece mía, sino algo extraño». Existen, pues, experiencias de extrañeza de partes de nuestro cuerpo, de las cuales la observación neurológica (enfermos orgánicos cerebrales, auras epilépticas) ofrece una rica casuística (anosognosia, hemisomatognosia, etc.). De esta experiencia se conocen numerosas modalidades: sentimiento de extrañeza, no reconocimiento de su incapacidad motora, etc.

Son, pues, *formas parciales* de perturbación de la relación que liga al «yo con la vivencia corporal. Pero existen *formas totales*, en las que se percibe un alejamiento de ese «yo» central de la experiencia psicológica y su envoltura corporal. La existencia de formas parciales y totales del síndrome nos plantea inmediatamente un problema. ¿Cómo podemos considerar constituida la experiencia del «yo corporal»? ¿Es una suma de imágenes parciales del cuerpo, es decir, una agregación de las imágenes de la mano, hemicuerpo, etc.? ¿Debemos, además, pensar en una síntesis de percepciones cenestésicas y visuales, según hace concebir la noción del «esquema corporal» sólita en neurología?

Para explicar los síndromes de negación corporal y de extrañeza del mundo exterior, FOERSTER, siguiendo a WERNICKE, pensaba en una destrucción de la función de la *somato-psique*, es decir, en una asomatopsicosis general elemental. La somato-psique está constituida de la siguiente manera: en cada sensación existen dos elementos, uno sensorial específico y otro muscular, resultante del movimiento necesario para la adaptación del órgano sensorial al estímulo recibido. El sentido de la realidad deriva de esa asociación entre componentes sensoriales y miógenos. Por el contrario, la disociación de los mismos y la no percepción o ausencia en la conciencia de los componentes miógenos, daría lugar al síndrome de negación de la corporalidad en cualquiera de sus formas. DENY y CAMUS emitieron una teoría parecida; también para ellos el sentimiento de extrañeza provendría de un «ébranlement des centres corticaux où son fixées et enrègistrées les images des sensations internes ou organiques, auxquelles nous devons la notion de notre existence corporelle». Estas sensaciones internas u orgánicas constituyen la *cenestesia*.

BONNIER, en un excelente trabajo que LHERMITTE ha sacado del olvido, cree, por el contrario, que las sensaciones orgánicas persisten lo mismo que las demás, o sea que las procedentes de los sentidos, y que lo ausente es la figuración especial, la situación topográfica de las cosas cuya sensación persiste. En esta localización de las sensaciones desempeña un papel fundamental el vestíbulo. El esquema de nuestro cuerpo es una función vestibular, ya que el vestíbulo es el nervio del espacio.

Todas estas ideas acerca del modo de constituirse el esquema corporal están

montadas sobre una psicología de tipo asociacionista, en la que los contenidos psíquicos superiores resultan de la agregación de elementos. Todos reconocen que el estímulo sensorial, concebido como una emisión de un órgano periférico y una recepción por un centro es insuficiente para explicar estos síndromes que consisten, precisamente, en la conservación de tal estímulo sensorial coexistente con la sensación de que no pertenece a aquel supuesto centro. Esta nota de pertenencia es la que intenta explicarse mediante la intervención de las sensaciones musculares, de la cenestesia o de la referencia topográfica, debida a la cooperación vestibular.

La clínica demuestra que el síndrome está constituido *por un tercer elemento, que es el afectivo*. En efecto, tal pérdida del sentimiento de la propia corporalidad no deja indiferente al sujeto, *sino que él se angustia* en un grado habitualmente muy intenso. LHERMITTE considera que este sentimiento, que acompaña a la evanescencia corporal, es un factor contingente y accesorio. Por el contrario, yo pienso que en la situación van íntimamente fusionados —y más adelante veremos por qué— estado afectivo y sensación de evanescencia corporal.

Si examinamos los casos puros de heautoscopia —luego diré a qué casos reservo la designación de complicados— llama la atención la simplicidad de la experiencia. El «yo» se siente como un cuerpo astral emigrado del cuerpo. P. SOL-LIER decía: «Il ne s'agit pas là d'un phénomène visuel, il ne s'agit pas d'une véritable hallucination, encore moins d'une hallucination visuelle». La heautoscopia es, para dicho autor, una proyección fuera del cuerpo de las sensaciones cenestésicas, que se hallarían, de este modo, localizadas en el espacio exterior y objetivadas por el sujeto. Éste agregaría atributos exteriores a la sensación cenestésica. «Il revêt ensuite cette objetivation soit des attributs actuels extérieurs soit de ses attributs moraux seulement». Este proceso secundario, de revestimiento por parte del sujeto de la experiencia primaria, es el que tiene lugar en los casos complicados. Primariamente se trata de una experiencia compacta, simple. Y es que a la unidad de la experiencia del yo psicológico corresponde una *unidad de experiencia del yo corporal*. La experiencia cenestésica es, pues, única en este plano. La existencia de lo que llamó SCHELER sentimientos vitales, con un carácter global, lo demuestra. Nos sentimos cansados o eufóricos a la vez, como una sensación global de la corporalidad. Entonces, ¿cómo compaginar esta experiencia única con las experiencias localizadas anteriormente citadas, como el caso de la epilepsia, de las anosognosias parciales, etc.?

La experiencia del yo corporal no se ofrece como una noticia pasiva; es un error creer, como en el antiguo concepto de cenestesia, que se trata de una especie de telegramas que va enviando cada órgano —y ¿por qué no cada célula?— a un centro donde anida esa percepción del yo corporal que llamamos cenestesia. El mismo inciso que acabo de hacer demuestra lo absurdo de la hipótesis; porque en realidad la experiencia cenestésica no es posible, a la vez, como procedente de todas las terminaciones sensitivas que existen en el cuerpo, sino que se *establece con carácter selectivo*. De ahí que no sea una suma, sino una experiencia global en bloque y primaria, que secundariamente podrá ser analizada. Lo que ocurre es que siente proyectada en territorios diversos, *según sea la acti-*

*vidad del sujeto.* En el caso antes citado, el enfermo notaba la extrañeza de la mano precisamente porque allí estaba la actividad del sujeto en aquel momento.

Estamos acostumbrados a pensar en esquemas y estos nos inducen a error. Al definir la relación del yo con su cuerpo como concéntrica y excéntrica al mismo tiempo, nos induce a operar con el esquema de un «yo» puntual, una especie de sol del sistema corporal humano que irradia desde allí sus energías y que recibe de la periferia sus noticias y mensajes.

Esta idea es absolutamente falsa. Tratemos de lograr una imagen de nuestro cuerpo en una experiencia de introspección. Lo que aparece, lo que está presente, es la parte del mismo que se apoya en la cama donde está echado. Si nos ponemos de pie, se desplaza la experiencia de la corporalidad. No hablemos de las experiencias patológicas. Allí donde pasa u ocurre algo estamos en aquel momento, allí se halla situada nuestra «vivencia del yo». Y como el «yo», psicológicamente, no es más que una experiencia, podemos decir que allí está situado el «yo». No es, pues, una vivencia que se distancia, sino que se funde con la actividad momentánea. Fuera de esta zona donde se proyecta el foco luminoso de la actividad, reina la sombra.

Precisamente por esa actividad es por lo que en todas las experiencias de despersonalización existe esa nota de inapropiación. La actividad es lo que tiene de mía la experiencia y si ésta se perturba entonces ya no aparece tan mía (sensación de extrañeza).

La actividad asume la impresión que se produce y la incorpora al resto de la vida psíquica. El presente se enlaza con el recuerdo, con el pasado. De ahí la experiencia del «déja vu» cuando se perturba esta modalidad de asimilarse el presente.

HÉCAEN y AJURIAGUERRA resumen en tres los factores que pueden intervenir en lo que llaman impropriamente alucinación heautoscóptica, a saber: ansiedad, perturbaciones vestibulares y flaqueo de la conciencia de tipo hipnagógico. Examinemos separadamente cada uno de estos factores.

El papel de la angustia es evidente y esencial. Según he tratado de exponer en varias publicaciones anteriores, la angustia consiste en la experiencia de la amenaza de la disolución del yo. Esta disolución del yo puede realizarse en varios planos, y uno de ellos es el de su fusión con la corporalidad. En la experiencia angustiosa aguda todos los planos se recorren rápidamente, y lo que el sujeto siente es la pura angustia sin saber por qué, es decir, sin referirla a nada. Cuando la experiencia se despliega más lentamente ofrece su anatomía interna, y una de sus regiones topográficas está constituida por la fusión del yo con su imagen corporal. En la amenaza de la disolución ésta se enajena, se convierte en extraña, a veces como totalidad, a veces como parte, según el yo se sienta total o parcialmente amenazado. Por eso el enfermo dice: «Este cuerpo no es mío», y al objetarle modifica su expresión y dice: «Como si no fuera mío».

BLONDEL ha llamado la atención sobre las expresiones metafóricas que emplean los enfermos. Pero ¿de qué otro modo se puede exponer una experiencia nueva en la vida del enfermo, que no tiene antecedentes? El investigador científico comete muchas veces un error, analizando los procesos de integración y de

desintegración de una función orgánica. Ciertamente es que la imagen se va constituyendo poco a poco en el curso de la vida. En cualquier situación un movimiento o un dolor o cualquier fenómeno parejo nos descubren distritos ignorados de nuestra corporalidad. Pero esa fusión paulatina no se encuentra repetida al revés en la disolución. Se podría hacer una comparación, mediante una serie de abstracciones entre integración y disolución, pero la experiencia real es muy otra. Podríamos pensar que es la rapidez, el carácter de crisis de la experiencia de despersonalización el que interviene, pero sólo a título de hipótesis o de intento explicativo.

La intervención de los trastornos vestibulares fué señalada primero por BONNIER. Para BONNIER el nervio específico vestibular merecería ser llamado el nervio del espacio. La intervención de las perturbaciones vestibulares en la alteración del esquema corporal arranca en BONNIER de la propia observación clínica. Pero un estudio detenido de sus casos muestra cómo ha habido un error por exceso en el papel atribuido a la perturbación vestibular. Sus casos, más que ejemplos de vértigos típicos vestibulares, son ejemplos de vértigos timopáticos o agorafóbicos, según mi expresión, idéntica en el fondo a la llamada por BARRÉ «anxiété vestibulaire». Ahora bien; tales crisis vertiginosas son algo más y algo distinto que la expresión de un disturbio laberíntico: son, en definitiva, equivalentes de crisis ansiosas. Angustia y vértigo son dos modalidades de presentación del mismo fenómeno, como lo demuestra la lectura de las mismas observaciones de BONNIER y de las contenidas en mi libro «La angustia vital».

En cuanto al papel de la depresión del nivel de la conciencia es distinto. En la crisis de ansiedad muy aguda puede observarse un cierto enturbiamiento de la conciencia; en el pre-sueño, en el aura epiléptica, también hallamos otra forma de conciencia enturbiada o que se está enturbiando. Es natural que la conciencia del yo, que es un círculo o sector de la conciencia general, sufra el impacto de ese velo que la cubre. En fases ligeras de la misma, la ruptura con la realidad se manifiesta como una especie de estado con tendencia a las elaboraciones fantasmales u oneroides. La vivencia simple, en principio, de la percepción de la corporalidad, se elabora a este nivel oneroide, y entonces los perfiles del fenómeno aparecen proyectados con un tamaño monstruoso. El enfermo siente entonces su cuerpo cortado por la mitad, u otros fenómenos parecidos. También tienen lugar entonces las realizaciones plásticas del síndrome de despersonalización, en las que lo pintoresco llega a los límites de la credulidad.

Los fenómenos de despersonalización se consideran por algunos autores ligados a las funciones del lóbulo parietal. Yo mismo publiqué hace años una observación que parecía confirmar esta idea. Sin embargo, conviene tener presente que las condiciones fundamentales en que aparecen: angustia, vértigo, trastornos de la conciencia, son experiencias centrales. En una observación de LHERMITTE, DUCOSTÉ y BIENEAU, se señalaban alteraciones del esquema corporal en un foco hemorrágico espino-bulbo-protuberancial. El enfermo notaba durante días que sus miembros inferiores estaban en el aire, por encima del plano de la cama donde realmente reposaban. Después se han publicado algunas observaciones análogas. Es posible que en muchos casos se unan factores centrales (talámicos,

hipotalámicos) y corticales. Se podría establecer la hipótesis de un circuito tálamo-cortical en el que la zona de la corteza que interviniese fuera la parietal.

#### RESUMEN

En los análisis de los fenómenos de despersonalización se parte del esquema corporal; pero esta noción es, en la forma en que se la formula habitualmente, errónea. No existe un esquema corporal como síntesis o agregación de todas las sensaciones que integran la cenestesia. La vivencia del «yo» corporal es *primariamente* única. No se halla localizada en ninguna parte, sino su localización, por así decirlo, es móvil y se concentra en la parte del cuerpo que en aquel momento se halla psicológicamente activa.

Así pueden explicarse las formas parciales de despersonalización, que son las que estudia la neurología como alteraciones del esquema corporal.

Se señalan, además, por el autor las relaciones que existen entre estos fenómenos y las crisis angustiosas. Ya los clásicos habían llamado la atención sobre las relaciones que se establecen entre el esquema corporal, la afectividad y el nervio vestibular. Se trata de proyecciones distintas de una misma experiencia nuclear, que es la ansiosa, con síntomas temporales diversos en el modo de cursar la crisis.

#### SUMMARY

In the analysis of the phenomons of dispersonalization it is taken from the basis of the body image; but this notion is, in the form it is usually formulated, mistaken. There exists no body image as synthesis or aggregation of all the sensations which are integrated in the coenesthesia. The life of the corporal «I» is primarily unique and alone. It is not found localised in any part, but its localisation, so to speak, is movable, and is found in that part of the body which, in that moment, finds itself psychologically active.

Thus can be explained the partial forms of dispersonalisation, which are those the neurology studies as modifications of the body image.

The author shows, besides, the relations existing between these phenomons and the crisis of anxiety. The classics have already called attention to the relations established between the body image, the effectivity and the vestibular nerve. It is a question of different projections from one nuclear experience, which is the anxiety, with different temporal symptoms in the way the crisis takes its course.

#### BIBLIOGRAFÍA

BARRE.—L'anxiété vestibulaire.

BLONDEL.—La conscience morbide. París 1928.

BONNIER.—L'Aschématie. Rev. Neurol. pág. 54, 1905.

DENY et CAMUS.—Sur une forme d'hypocondrie aberrante due à la perte de la conscience du corps. Rev. Neurol. 9, 461-467, 1905.

FOERSTER.—Ein Fall von elementärer allgemeiner Somatopsychose. Monats. f. Psych. u. Neur. vol. XIV, 1903.

GABRIEL MARCEL.—Etre et avoir. Aubier. Montaigne. París 1935.

HECAEN et AJURIAGUERRA.—Méconnaissances et hallucinations corporelles. París, Mason 1952.

LHERMITTE.—L'image de notre corps. Nouvelle Revue Critique. París 1939.

LHERMITTE, DUCOSTE, BINEAU.—Syndrome bulbaire d'origine hémorragique. Distorsion de l'image du soi; hallucinose visuelle. Rev. Neurol. 1, 69, 62-68, 1937.

LÓPEZ IBOR.—La angustia vital. Paz Montalvo. Madrid 1950.

SOLLIER.—Les phénomènes d'autoscopie. 1 vol. Alcán 1903.