

Trastornos psicopatológicos más usuales provocados por los grupos coercitivos

M^a Angeles Jiménez Tallón

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos.
Facultad de Psicología. Universidad de Murcia (España)

Resumen: *El objetivo de este trabajo es la descripción de los trastornos más frecuentes que pueden producirse en los sujetos integrados en sectas coercitivas, también denominadas destructivas. Las consecuencias de la pertenencia a las mismas sobre la salud mental y física de los adeptos se fundamenta en diversos factores, como la personalidad previa del adepto, el grado de integración de cada sujeto en la secta, y el tiempo de permanencia en la misma así como el tipo de secta coercitiva en que está inserto el sujeto, influyendo de forma significativa la dimensión e intensidad de aplicación de las diferentes técnicas de persuasión coercitiva.*

Las alteraciones más destacables que pueden sufrir los sujetos integrados en sectas han sido analizadas por diferentes autores. Sin embargo, el trastorno psicopatológico más significativo que puede desencadenarse es de tipo psicótico, denominado en el DSM-IV como "trastorno disociativo no especificado", que puede presentarse en individuos que han estado sometidos a periodos de intensa y prolongada persuasión coercitiva.

También se mencionan los tipos de reacciones psicológicas que aparecen entre los ex adeptos tras su abandono del grupo. Se puede afirmar que un gran porcentaje de ex miembros de sectas sufren trastornos mentales cognitivos y emocionales relacionados directamente con su experiencia en el grupo coercitivo.

Palabras clave: *Sectas destructivas. Persuasión coercitiva. Trastornos psicopatológicos. Grupo coercitivo.*

CORRESPONDENCIA A:

Dra. M^a Angeles Jiménez Tallón
Depto. Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos
Facultad de Psicología
Campus Universitario de Espinardo. Apartado 4021
30080 Murcia (España)
Tel.: 968-363 446. Fax: 968-364 115
E-mail: ajtallon@fcu.um.es

Summary: *The aim of this work is to describe the most usual disorders which may occur in individuals belonging to coercive sects, also called destructive sects. The consequences of belonging to these sects on follower's mental and physical health are based on several factors, such as: follower's previous personality, the degree of integration of every individual in the coercive sect and the length of time of stay in it as well as the kind of coercive sect the individual is inserted in. The dimension and intensity using the different techniques of coercive persuasion have a significant influence on these consequences.*

The most remarkable changes the individuals belonging to coercive sects may suffer have been analysed by different authors. However, the most significant psychopathological disorder which may start is one of a psychotic kind, which is called "non-specified dissociative disorder" by the DSM-IV, this disorder may occur in individuals who have been subjected to some periods of intense and long coercive persuasion.

The psychological reactions which occur among former followers after leaving the group are mentioned too. It can be stated that a great percentage of former members of coercive sects suffer cognitive and emotional mental disorders which are directly related to their experience in the coercive group.

Key words: *Destructive sects. Coercive persuasion. Psychopathological disorders. Coercive group.*

Résumé: *L'objectif de ce travail est la description des troubles les plus fréquents qui peuvent se produire chez les individus intégrés dans des sectes coercitives, appelées aussi destructives. Les conséquences de l'appartenance aux sectes sur la santé mentale et physique des adeptes trouvent leur base dans divers facteurs tels que la personnalité préalable de l'adepte, le degré d'intégration de chaque sujet dans la secte coercitive et le temps de permanence dans celle-ci, ainsi que le genre de secte dont l'individu fait partie, ayant une influence significative la dimension et l'intensité de l'application des différentes techniques de persuasion coercitive.*

Les désordres les plus remarquables que peuvent subir les sujets intégrés dans des sectes coercitives ont été analysés par des auteurs différents. Cependant le trouble psychopathologique plus significatif qui peut se déclencher est de nature psychotique, nommé dans le DSM-IV "trouble dissocié non spécifié" qui peut se présenter chez les individus soumis à des périodes de persuasion coercitive intenses et prolongées.

On doit aussi parler des types de réaction psychologique qui apparaissent parmi les ex-adeptes qui ont quitté le groupe. On pourrait affirmer qu'un grand pourcentage d'ex-membres des sectes coercitives souffrent des troubles de la connaissance et de l'émotion liés directement avec leur expérience dans le groupe coercitif.

Mots clé: *Sectes destructives. Persuasion coercitive. Troubles psychopathologiques. Groupe coercitif.*

1. Introducción

Los conceptos reforma del pensamiento (*thought reform*) y persuasión coercitiva (*coercitive persuasion*) fueron introducidos en la literatura psiquiátrica por Lifton (1961) y Scheim (1961), siendo incluidos en lo que otros autores como Ofshe y Singer (1986) han denominado "primera generación de programas de control de influencia extrema".

Estos programas de primera generación fueron utilizados desde los años treinta hasta mediados de los sesenta y su objetivo fue exclusivamente político; así, fueron utilizados en la Revolución Cultural china, en Corea del Norte y en campos de adoctrinamiento de la antigua Unión Soviética, amén de otras situaciones de tipo policial y político.

A partir de los años setenta, Ofshe y Singer (1986) hablan de "programas de segunda generación" que van dirigidos a aspectos más centrales de la personalidad y auto-estima de los individuos. Estos ya no precisan de una cautividad expresa como los primeros; y los medios de cambio psicológico son mucho más sutiles y menos aparentes y han permitido identificar la problemática provocada por las denominadas sectas destructivas.

Revisando la bibliografía procedente del ámbito de la salud mental, van surgiendo nuevos términos que se van sustituyendo unos a otros: persuasión coercitiva, control mental, manipulación psicológica, nuevos movimientos religiosos, grupos totalitarios, y la nueva propuesta aportada por Díaz y cols. en 1994 de "grupos potencialmente generadores de trastornos de personalidad", que recoge la idea básica del riesgo que supone para la personalidad del individuo

la incorporación a la dinámica de un grupo de técnicas de persuasión coercitiva y de manipulación psicológica o de control mental que propician la desestructuración de la personalidad previa del adepto, o la dañan severamente, así como también los lazos afectivos y de comunicación con su entorno social habitual y consigo mismo.

2. Factores que pueden contribuir a la aparición de trastornos de la personalidad

La potencial generación de trastornos de personalidad puede surgir en función de las repercusiones sobre el individuo, de la propia dinámica grupal, así como del tipo e intensidad de las técnicas de control psicológico que utilizan y de la situación específica del adepto en el grupo.

Según Rodríguez-Carballeira (1992), las consecuencias de la pertenencia a una secta coercitiva sobre la salud física y mental del adepto van a depender de tres factores: la personalidad previa del adepto; el grado de integración de cada sujeto en la secta coercitiva y su tiempo de permanencia en la misma; y el tipo de secta coercitiva y la específica dinámica interna del grupo en que esté inserto el sujeto, influyendo la intensidad de aplicación de las diferentes técnicas de persuasión coercitiva.

También hay que tener en cuenta los factores de riesgo que hacen al individuo especialmente vulnerable. Así, las situaciones de crisis personal (definidas por situaciones estresantes en la esfera familiar, profesional y afectiva) y, por otra parte, la estructura patológica o prepatológica de la personalidad, caracterizada fundamentalmente por trastornos histriónicos, personalidades *borderlines*, trastornos paranoides y personalidades dependientes, en las que es

importante destacar la clasificación de factores de vulnerabilidad propuesta por Asch en 1985:

- a) Falta de dirección de propuestas internas, con ausencia notoria de referentes que permitan al individuo discriminar entre diversas opciones. Estos estados suelen estar relacionados con carencias en los sistemas familiares de origen.
- b) Una carencia de autocontrol adecuado (super yo) con lo que, según Schwartz (1981), las poderosas fuentes de control de la secta compensarían la ausencia de control interno del individuo.
- c) Una baja tolerancia a la ambigüedad.
- d) Susceptibilidad para alcanzar estados de trance a causa de las dificultades para establecer diferenciaciones entre el propio yo y un marco de referencia. Se trataría de sujetos fácilmente influenciables que puede alcanzar estados hipnóticos o de trance y que asumirían como propios las directrices y mensajes recibidos bajo los efectos de estos estados alterados de conciencia.

3. Técnicas de persuasión coercitiva o de control mental y técnicas de inducción de estados disociativos

La persuasión coercitiva es el procedimiento utilizado para forzar la transformación del sujeto. Esta denominación se ha venido generalizando a todas aquellas técnicas que, de alguna manera, se imponen sobre la voluntad del sujeto o tratan de inhibirla o desorientarla (Jiménez-Tallón, 1996).

3.1. Técnicas de tipo ambiental

Son todas aquellas formas de aplicación de la coerción que intervienen sobre el entorno o medio ambiente del sujeto controlándolo o manipulándolo, limitan la libertad

individual, restringiendo o imposibilitando el acceso a las diferentes alternativas, imponiendo directa o indirectamente una percepción recortada o una evaluación distorsionada de las mismas.

Los adeptos normalmente no se dan cuenta de que las alternativas al alcance de su percepción han sido restringidas. Uno de los instrumentos clave para ejercer la influencia coercitiva sobre un sujeto es la intervención sobre su entorno, situación o ambiente, pues el control mental en los grupos sectarios es practicado por los amigos o compañeros del sujeto y éste no está a la defensiva, colaborando inconscientemente con sus controladores y suministrándoles información privada que podrán utilizar en su contra. Los efectos hipnóticos se combinan con los de dinámica de grupo para conseguir un fuerte efecto de adoctrinamiento.

3.1.1. Control del comportamiento

El control del comportamiento incluye el control del entorno, lugar donde vive, tipo de alimentación, sueño, vestimenta, trabajo, rituales y actividades de adoctrinamiento; asimismo, supone la exigencia de actuar como grupo, desalentando el individualismo, por lo cual comen juntos, trabajan juntos, tienen reuniones frecuentes de grupo y a veces duermen en el mismo dormitorio. También se dan premios y castigos indiscriminados, según el sujeto apoye con más o menos entusiasmo los objetivos de la secta, y otras veces participan en su propio castigo considerando que lo tienen merecido.

Otro aspecto importante es la sumisión a la autoridad y la obediencia al líder. La cadena de mando en las sectas es autoritaria, fluyendo desde el líder a los miembros de la base. Y por último, forman parte de esta

área los comportamientos rituales: cada grupo tiene los suyos, que fortalecen la cohesión del grupo haciéndoles creer especiales.

3.1.2. Control de la información

Está claro que sin información no se pueden emitir juicios; por eso existe un mínimo acceso a la información de la secta. A los adeptos se les informa únicamente de aquello que necesitan saber para realizar sus tareas y suelen saber del grupo menos que los extraños, que sí pueden obtener información del exterior. El control de las relaciones es también significativo y no se permite a los miembros que discutan entre sí nada crítico respecto al líder o a la doctrina. Los adeptos se espían entre sí, y a los nuevos se les vigila y se evita todo contacto con ex miembros o con quien se muestre crítico. El control de la información externa también es tenido en cuenta, con un mínimo acceso a medios de comunicación ajenos a la secta, y el poco tiempo libre de que disponen lo utilizan en leer información del propio grupo.

La ideología de las sectas implica unos niveles de verdad, que suponen unas doctrinas exteriores en la propaganda destinada al público o a los nuevos adeptos y unas doctrinas internas que se van desvelando sólo a medida que aumenta el compromiso del individuo con el grupo.

3.2. Técnicas de tipo cognitivo

3.2.1. Control del pensamiento

Todo lo mencionado arriba supone un adoctrinamiento intenso para interiorizar la doctrina del grupo. La ideología es interiorizada como "la verdad", el único mapa de la realidad. Un nuevo sistema de

lenguaje con palabras y expresiones propias que les diferencia y levanta una barrera con los de afuera. Además, se utiliza un maniqueísmo, según el cual todo lo bueno está representado por el líder y el grupo, y todo lo malo está en el exterior. También se les entrena para que bloqueen cualquier información o pensamiento que sean críticos con el grupo. El adepto no debe pensar por su cuenta y de ahí el control de la atención como mecanismo de defensa para su nueva identidad frente a la antigua. Las técnicas de interrupción del pensamiento suponen aprender a manipular sus propios procesos de pensamiento para aislarse de cualquier estímulo que amenace su realidad. Todo lo dicho explica que las críticas reafirman al grupo y confirman que el punto de vista de la secta sobre el mundo es correcto, creando mayor cohesión en el grupo.

3.3. Técnicas de tipo emocional

La activación emocional del miedo y la culpa son el arma más sencilla para conseguir la conformidad y la sumisión. Los adeptos llegan a responder con gratitud cada vez que el líder les señala alguno de sus "defectos" y el miedo también se utiliza para aprisionar al adepto frente al enemigo exterior. El control emocional también se puede lograr a través de la redefinición de los sentimientos y así la felicidad puede adquirir un nuevo sentido.

Entre las emociones más respetadas dentro de un grupo sectario se encuentra la lealtad y devoción al líder, por lo que aceptan el control total sobre las relaciones interpersonales, incluida la sexual. Otras técnicas utilizadas para lograr este tipo de control hacen referencia al constante desequilibrio en el sujeto mediante la alabanza y la humillación que llega a

conducirles a la indefensión. Todo esto, unido a la confesión de antiguas faltas e intimidaciones, podrá ser utilizado contra el sujeto para conseguir su obediencia y su control emocional total. Por último, la implantación de fobias consigue que los adeptos puedan experimentar una reacción de pánico al pensar en su marcha del grupo, incluido los síntomas de sudoración, taquicardia y palpitaciones; debido a ello, no son realmente libres de irse cuando les plazca pues se les ha adoctrinado a tener fobia al mundo exterior.

4. Técnicas de inducción de estados disociativos

La creación y mantenimiento de una continua alteración del estado de conciencia puede dar lugar a estados disociativos mediante las siguientes actividades que menciona Rodríguez-Carballeira (1992): hiperconcentración del sujeto, que puede llevarle a estados de trance; uso de cánticos, mantras y "hablar en lenguas"; empleo de diferentes sistemas de meditación, oración y prácticas de no pensar; procedimientos de hipnosis y rituales de renuncia al pasado; ejercicios de sensibilización; el aislamiento y la privación sensorial, al igual que la sugestión hipnótica, implica una disminución de las resistencias; la sobrecarga sensorial (bombardeo del amor, intensificación de adoctrinamiento); debilitamiento psicofísico por exceso de trabajo, poco sueño y mala alimentación; desarrollo de tareas monótonas y repetitivas, estimulaciones rítmicas y danzas; y uso de drogas diversas.

5. Trastornos psicopatológicos más frecuentes provocados por las sectas coercitivas

Las situaciones mencionadas hasta el momento pueden determinar la aparición

de una serie de trastornos mentales en los adeptos. Algunas de las primeras referencias las podemos encontrar en Deutsch (1975), Galper (1976), Clark (1977) y Singer (1979) que comenzaron a observar en algunos de sus pacientes los efectos producidos por las técnicas de control mental de "los grupos potencialmente generadores de trastornos de la personalidad".

El nuevo síndrome clínico observado por estos y otros autores en relación con la pertenencia a este tipo de grupos se describe por una serie de síntomas: cambios bruscos y progresivos de la personalidad de estos sujetos con fuertes sentimientos de culpa y miedo; presencia de estados alterados de conciencia; disminución en la calidad de las relaciones familiares e interpersonales ajenas al grupo; sensaciones de incertidumbre, duda y angustia; falta de confianza; y percepción paranoica del mundo exterior.

El reconocimiento definitivo del trastorno como tal viene expresado por su aparición en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría en la edición de 1980 del DSM III, y el estudio de estas alteraciones se irá ampliando en posteriores publicaciones (Markowitz, 1983; Goldberg y Goldberg, 1982; Hochman, 1984).

Globalmente, este trastorno implica la generación en el adepto de una nueva personalidad que entra en competencia con su personalidad anterior y explicaría la intensa transformación de su comportamiento y la posible disociación. Aunque es aceptada la existencia de determinadas situaciones y características que favorecen la aparición de estos estados, no se puede afirmar como regla general que se trata de

personas con patologías previas a su incorporación al grupo y estos síntomas se han definido como "síndrome de adoctrinamiento sectario" (West, 1988).

Entre las alteraciones analizadas por otros autores (Delgado, 1977; West y Singer, 1980; Clark y Langone, 1981; Asch, 1985; Singer, 1988), se pueden destacar las siguientes:

- a) Reducción y alteración de los mecanismos de defensa del yo, aumento de tendencias narcisistas, formación de características cognitivas pasivo-dependientes y deterioro en la función de diferenciación del yo.
- b) Alteración significativa de la jerarquía de valores previos con desvinculación del sujeto respecto a su pasado, raíces, entorno e identificación previas.
- c) Reducción de la flexibilidad y adaptabilidad cognitivas con disminución del pensamiento crítico e independiente, atención-percepción selectivamente estrechadas e intensificadas, distorsión de la percepción e interpretación de la realidad, saturación de la capacidad de análisis y procesamiento de la información así como procesos de pensamiento limitados y maniqueos.
- d) Regresión con infantilización y dependencia del grupo con obediencia ciega al líder, imposición de la emocionalidad sobre la racionalidad y enlentecimiento del desarrollo evolutivo (inmadurez).
- e) Labilidad emocional, emocionalidad no espontánea, distante, deprimida o maníaca y eufórica.
- f) Transformación de la propia identidad homogeneizándola con la identidad del grupo.
- g) Aparición de disociación, obsesiones, pensamiento paranoide, alucinaciones y otros síntomas psicopatológicos.

- h) Deterioro de la salud y otros cambios físicos como alteraciones hormonales, mirada vidriosa; alteraciones del peso y del apetito, vitalidad y funciones sexuales.

No obstante, el trastorno psicopatológico más significativo que se puede desencadenar es el de tipo psicótico que aparece en el DSM IV con el nombre de "trastorno disociativo no especificado", que puede presentarse en individuos que han estado sometidos a periodos de intensa y prolongada persuasión coercitiva. En estos trastornos la característica predominante es un síntoma disociativo que no cumple los requisitos para un trastorno disociativo específico; por ejemplo, no aparecen dos o más estados de identidad distintos, no existe amnesia de alguna información personal importante y sin embargo hay alteración de las funciones normalmente integradas de la conciencia, memoria, identidad o de la percepción del entorno.

Langone y Singer (1993) utilizan el concepto de "culto" como grupo o movimiento que utiliza un programa de reforma del pensamiento para persuadir, controlar y socializar a sus adeptos, induce sistemáticamente estados de dependencia psicológica y los explota para conseguir los objetivos del líder y tiende a causar daños psicológicos a los adeptos, sus familias y a la comunidad. Explican estos autores el proceso de unión a un culto mediante el síndrome DDD (*Debility, Dependency and Dread*). El resultado de este proceso cuando llega a consumarse es la creación de una pseu-dopersonalidad (West, 1992), estado en que los adeptos presentan una conciencia dividida.

También Abgral (1993) afirma que la manipulación sectaria tiene como resultado

frecuente provocar patologías psiquiátricas múltiples, cuya observación permite definir varios tipos de entidades nosológicas que cubren la práctica totalidad de la nosografía psiquiátrica y en cada una de estas patologías se pueden encontrar sintomatologías de gravedad variable, algunas compatibles con una vida casi normal y otras que invalidan totalmente al paciente. Así, Abgral distingue tres grandes cuadros psiquiátricos: los fenómenos depresivos, los comportamientos neuróticos y las desestructuraciones de personalidad con trastornos psicóticos.

Los fenómenos depresivos asumen los aspectos clásicos de la patología ansio-depresiva y pueden abarcar desde el simple síndrome ansio-depresivo menor hasta el acceso melancólico o el intento de suicidio, y toman diversas formas externas que van desde el ataque de pánico hasta el trastorno ansioso atípico o ansiedad generalizada. Este tipo de patología se observa tanto en la fase de entrada y permanencia en la secta coercitiva como en la final al salir de ella.

La ambigüedad que provoca el manejar sistemas de pensamiento y de referencia contradictorios (sumisión a la secta y necesidad de conservar la inserción social) es la causa más frecuente de esta patología depresiva de entrada en las sectas, y a esta ambigüedad hay que añadir las dificultades que surgen de los conflictos familiares, sociales o profesionales, así como la fatiga física y psíquica que conlleva la práctica sectaria.

También hay que valorar que cada acontecimiento vivido en el grupo sectario supone un elemento agresivo que puede provocar una respuesta depresiva similar a la que da lugar un trauma físico o psíquico y entonces puede generar una situación de estrés postraumático agudo o crónico.

Las conductas neuróticas incluyen básicamente rituales obsesivos o conductas fóbicas resultantes de los preceptos transmitidos por la secta y según el grado de intensidad de los trastornos, estos pueden convertirse en obstáculos que dificultan o impiden la reinserción social, desde rituales alimentarios, de vestimenta, de plegarias y de meditación que pueden conducirlos a conductas de aislamiento.

También estas conductas neuróticas pueden estructurarse sobre modelos de tipo fóbico o hipocondriaco: agorafobias con ataque de pánico o sin él, fobia social, fobia simple, neurosis obsesivo compulsiva, o neurosis de despersonalización con alteración de la percepción de uno mismo o de las experiencias pasadas. Estas conductas no se dan casi nunca aisladas y se integran en los delirios paranoides, convirtiéndose entonces en síntomas.

Los trastornos psicóticos constituyen lo más esencial en la patología sectaria o pos-sectaria. Mayormente, se asientan sobre una personalidad anterior debilitada y predispuesta por una estructura esquizoide. Estas alteraciones siguen una escala de gravedad en la que, según Abgral, se distinguen seis fases.

En la primera fase la persona se repliega en sí misma y pierde contacto con la sociedad normativa habitual.

En la segunda fase aparece un pensamiento parcialmente desrealizado con desarrollo de una vivencia predelirante.

En la tercera fase hay acentuación de los temas delirantes sectarios, adhesión completa a la irrealidad ideológica transmitida por el grupo y aparición de vivencias místicas con contacto mínimo con el ambiente social.

La cuarta fase supone la desrealización completa del pensamiento, ausencia de crítica, sustitución de la lógica por la interpretación delirante y modificación de los esquemas sociales, afectivos y éticos en beneficio de un delirio sistematizado.

En la fase quinta surge la desestructuración total del individuo con experimentación de la vivencia delirante paranoide sistematizada. Puede haber pseudoexperiencias místicas, alucinaciones sensoriales y cenestésicas y parafrenia.

En la sexta fase aparece hebefrenia, fragmentación total de la personalidad y desestructuración total hasta llegar a la rigidez catatónica.

El grupo sectario acepta al individuo hasta alcanzar la fase cuarta, nivel en que es perfectamente utilizable por el grupo, pero la aparición de la quinta fase es una señal de alerta y la fase seis representa ya un grado de patología demasiado avanzado para ser tolerado por el grupo y se traduce en la expulsión de la secta, ya que el individuo entonces supone una carga demasiado importante debido a su no productividad.

6. Reacciones en los ex adeptos a secta coercitiva

En referencia a los trastornos pos-secta más comunmente observados en los ex adeptos, Singer y Ofshe (1986; 1990) establecen dos grupos de alteraciones. En primer lugar, la reacción mayoritaria determinada por un estado anímico y mental con diversos grados de anomia en que el individuo se siente extraño y desidentificado con el mundo exterior.

En segundo lugar están las psicopatologías más frecuentemente encontradas en los ex

adeptos, es decir: a) la psicosis reactiva esquizoafectiva, determinada por la aparición de episodios psicóticos de duración variable; b) los trastornos postraumáticos por estrés; c) los trastornos disociativos atípicos; d) la ansiedad inducida por relajación; y e) déficits cognitivos con dificultades de concentración, incapacidad de mantener la atención, y déficits de memoria, sobre todo de los acontecimientos más recientes. En los casos más graves, automutilaciones, fobias, suicidios, homicidios; asimismo, factores psicológicos con consecuencias orgánicas (infarto de miocardio, ulcus pépticos y asma, entre otros).

Desde el punto de vista de Sirkin y Wynne (1990), el cuadro psicológico provocado por estos grupos debería definirse como un trastorno relacional (*relational disorder*), haciendo referencia a los trastornos provocados entre los miembros de una familia y, en la mayoría de los casos, por una dificultad del sujeto para desenvolverse independientemente de las directrices marcadas por el grupo.

Otros trastornos y alteraciones que suelen darse en los sujetos una vez que abandonan las sectas coercitivas y tratan de reintegrarse en la sociedad son: depresión reactiva a la pérdida de amigos y de valores, unido al resurgimiento de los problemas no resueltos con anterioridad; tendencia a caer en estados alterados de conciencia; indecisión y dificultad para enjuiciar y tomar decisiones; apariencia física depresiva, con rigidez facial y corporal, lentitud en los ademanes y en las respuestas a los estímulos externos e indiferencia al aspecto físico; sentimiento de culpabilidad por lo hecho en la sectas y lo dejado de hacer fuera de ella, y también por el abandono del grupo; miedo al castigo y a ser etiquetado y observado como alguien extraño y esotérico; bajo nivel de autonomía y capacidad de adaptación a la vida

cotidiana; resentimiento contra las humillaciones sufridas en la secta y contra la familia por no haberlo evitado; desconfianza en sí mismos por haberse dejado manipular; sentimiento de soledad frente al soporte anterior del grupo; apatía, tendencia a la pasividad y dependencia de las figuras de autoridad; y dificultad de restablecer relaciones sociales entre iguales.

Este sería el marco general de la problemática psíquica y psicosocial que pueden causar las sectas; no obstante, cada afectado requerirá una evaluación específica para establecer un diagnóstico preciso que dependerá de la personalidad previa del sujeto, de la existencia o no de enfermedades psíquicas anteriores, de la permanencia y experiencias en la Secta y de la ayuda que se le preste desde su entorno familiar y social, así como también influye de manera significativa la forma en que haya abandonado el grupo sectario (Jiménez-Tallón, 1994).

7. Paralelismo entre el adicto toxicómano y el adepto sectario

El fenómeno sectario y la drogadicción son hechos que han acompañado al ser humano desde épocas muy antiguas de la historia, pero ha sido en la segunda mitad del siglo XX cuando ambos resurgen con características acentuadamente destructivas para la salud individual y comunitaria. Tienen un rasgo común básico y es la dependencia como núcleo definidor de los dos problemas.

También se dan factores causales que favorecen esta dependencia de las drogas o de las sectas coercitivas (Rodríguez-Carballeira y González, 1989): características psicológicas determinadas, deseo de pertenecer y ser aceptado por un grupo, ansiedad e inseguridad, falta de autoestima,

carencia de un sistema de valores y creencias arraigado, la atracción hacia los estados de trance, búsqueda de conocimientos "superiores", deseo de una comunicación diferente, la búsqueda de nuevas experiencias y formas de vida alternativas, deseo de evasión de las frustraciones, problemas y fracasos, así como rechazo a la sociedad.

Asimismo, los factores que determinan el grado de deterioro de un adicto y un adepto son básicamente los mismos: su personalidad previa; el tipo de droga o secta de que depende; y la intensidad y duración de la adicción.

También existen trastornos psíquicos que se dan tanto en adictos como en adeptos, como es una reducción y alteración de los mecanismos de defensa del yo; una alteración en la jerarquía de valores previos y desvinculación respecto al entorno y raíces del sujeto; regresión e infantilización o inmadurez; labilidad emocional con imposición de la emocionalidad sobre la racionalidad; reducción de capacidades cognitivas; alteraciones del comportamiento relacional, afectivo, sexual y laboral; y el surgimiento de un pensamiento paranoide, con alucinaciones y trastornos de tipo psicótico.

Además, aparece en ambos colectivos un deterioro físico que, sin embargo, es más notorio en los drogodependientes, mientras que el deterioro psíquico es intenso en ambos casos. Por otra parte, Rodríguez-Carballeira y González afirman que el ser social de adictos y adeptos está absolutamente mediatizado por la droga y la secta coercitiva, lo cual les lleva a una ruptura de la comunicación y relación ajenas al marco de su dependencia. Todo esto les hace adoptar una nueva escala de referencias de su identidad.

8. Conclusiones

Después de todo lo expuesto, se puede concluir que lo verdaderamente significativo en la influencia psicopatológica de las sectas coercitivas sobre sus adeptos y lo que realmente hay que cuestionarse no son las creencias y doctrinas que asuman, por más esotéricas y absurdas que puedan parecer en algunos casos; lo auténticamente preocupante son las formas de actuar e intervenir sobre sus miembros, el tipo de diversas técnicas de control mental y persuasión coercitiva que utilizan en cada momento sobre la personalidad y conductas de sus seguidores, siendo estos más sensibles a los posibles trastornos psicopatológicos según su umbral de vulnerabilidad, que resulta de una interacción multifactorial entre elementos de orden personal, socioambiental y situacional del sujeto.

En el *II Congreso Internacional sobre Grupos Totalitarios y Sectarismo* celebrado en Barcelona en 1993, se aprobó considerar actividad sectaria destructiva desde un punto de vista jurídico a "toda conducta de un grupo, ya esté constituido jurídicamente o no, con objetivos religiosos, filosóficos o de cualquier otra clase, de procedencia conocida o no, que viole o atente contra:

a) Los principios reconocidos por la comunidad internacional y recogidos específicamente en la *Declaración Universal de los Derechos Humanos* y en la *Convención Internacional de los Derechos del Niño*.

b) Los textos legislativos y reglamentarios nacionales que protejan al individuo, los equilibrios sociales y los principios de la democracia."

Por último, no podemos olvidar el tema de la prevención tanto en el ámbito familiar

como en el escolar y juvenil, con la creación de vínculos solidarios que den a los menores seguridad en sí mismos y autoestima y autonomía suficientes como para no necesitar buscar falsas fuentes de seguridad. De igual manera, la promoción de ideas y valores así como grupos de corte democrático que estimulen el sentido crítico e impidan la sumisión ciega a un líder iluminado, con todas sus funestas consecuencias.

Bibliografía

- Abgral, J.M.** (1993). Patologías inducidas por la manipulación sectaria. *II Congreso Internacional "Grupos totalitarios y sectarismo"*. Barcelona.
- Asch, S.M.** (1985). Cult-induced psychopathology. *Cultic Studies Journal*, vol 2 (1): 31-90.
- Clark, J.** (1977). The effects of religious cults on the mental health and welfare of their converts. *Proceedings of the 95th. Congress, Vermont House of Representatives*, 181, E 6894-E 6895.
- Clark, J.; Langone, M.D.** (1981). *Destructive cult conversion: Theory, research and treatment*. Weston (MA). American Family Foundation.
- Delgado, R.** (1977). Religious totalism. Gentle and ungentle persuasion under the first amendment. *Southern California Law Review*, 51: 1-98.
- Deutsch, A.** (1975). Observations on a sidewalk ashram. *Archives of General Psychiatry*, 32: 166-175.
- Díaz, A. y cols.** (1994). *Totalismo y voracidad. Una aproximación interdisciplinaria al fenómeno sectario en Catalunya*. Barcelona: Ais/Croas.
- Galper, M.** (1976). Cult indoctrination, a new clinical syndrome. Meeting of Tampa-St. Petersburg-Clearwater psychiatric society. Informe no publicado.
- Goldberg, L.; Goldberg, W.** (1982) Group

- work with formes cultist. *Social work*, vol. 27 (2): 165-170.
- Hochman, J.** (1984) Iatrogenic symptoms associated with a therapy cult: examination of an extinct. New psychoterapy with respect to psychiatric deterioration and brain-washing. *Psychiatry*, vol. 47: 367-377.
- Jiménez-Tallón, M.A.** (1994) Las sectas, un desafío a la familia. *Carthaginensia*, X: 405-426.
- Jiménez-Tallón, M.A.** (1996). Técnicas de persuasión coercitiva. Mesa redonda sobre Sectas Destructivas. Iltre. Colegio Oficial de Médicos de la Región de Murcia. 2-febrero-1996. Murcia.
- Langone, M.D.; Singer, M.T.** (1993). Trastornos psicológicos y psiquiátricos más comunes causados por los cultos. *II Congreso Internacional "Grupos totalitarios y sectarismo"*. Barcelona.
- Lifton, R.J.** (1961). *Thought reform and the psychology of totalism*. New York: Norton.
- Markowitz, A.** (1983). The role of family in the treatment of symptoms associated with cult affiliation. En: Halperind (Ed.) *Psychodynamic perspectives on religion, sect and cult*. Littleton (Mass.) Jhon Wriqth, 323-333.
- Ofshe, R.; Singer, M.T.** (1986). Attacs on peripheral versus central elements of self and the impact of thought reforming techniques. *Cultic Studies Journal*, 3: 3-24.
- Rodríguez-Carballeira, A.** (1992). *El lavado de cerebro. Psicología de la persuasión coercitiva*. Barcelona: Boixareu Universitaria.
- Rodríguez-Carballeira, A.; González, S.** (1989). *Fenómeno sectario y drogodependencia*. Barcelona: Grup Igia.
- Schwartz, LL.; Karslow, F.W.** (1981). The cult phenomenon, historical, sociological and familial factors contributing to their development and appeal. *Marital and Family Review*, 4: 3-32.
- Scheim, E.H.** (1961). *Coercitive persuasion*. New York: Norton.
- Singer, M.T.** (1979). Coming out of cults. *Psychological Today*.
- Singer, M.T.** (1988). Los programas de modificación del pensamiento y la producción de casos psiquiátricos. *I Congreso Internacional "Sectas y sociedad"*. Sant Cugat del Vallés: Asociación Pro-juventud, 53-58.
- Singer, M.T.; Ofshe, R.** (1990). Thoug reform programs and the production of psychiatric casualties. *Psychiatric Annals*, 20: 188-193.
- Sirkin, M.I.; Wynne, L.C.** (1990). Cult involvement as a relational disorder. *Psychiatric Annals*, 4: 199-203.
- West, J.; Singer, M.** (1980). Cults, quacks and nonprofesional psychotherapies. En: H. Kaplan, A. Freedman y B. Sadock (Eds.) *Comprehensive Texbook of Psichiatric*. Vol. III. Baltimore, 3245-3258.
- West, J.** (1988) ¿Qué porvenir les espera a las personas sometidas a control mental?. *I Congreso Internacional "Sectas y sociedad"*. Sant Cugat del Vallés: Asociación Pro-juventud, 59-61.
- West, J.** (1992). Presentation to the American Family Foundation. Annual meeting. Arlington. Virginia, USA.