

Paranoia y estados Paranoides

DR. ALVARO GALLEGOS

Evolución del Nombre y del Concepto descriptivo, etiopatogénico y de la Formación psicopatológica. Conclusiones.

Para llegar al concepto actual de la paranoia y estados paranoides hay que hacer una revisión rápida y separada del origen del nombre y del cuadro clínico.

Paranoia es uno de los sustantivos más antiguos usados en psiquiatría. Su origen se remonta la antigüedad, habiendo sido usado por Hipócrates como sinónimo de alienación o locura, con deterioramiento (18).

Su etimología, del griego (al otro lado, más allá) y (razón, entendimiento), señala la anormalidad del estado mental. (1)

El vocablo desapareció de la literatura médica desde el siglo II antes de Cristo hasta el siglo XVIII (4). En 1772, Vogel, fue el primero en usarlo de nuevo, y Heinroth en 1818 lo usa otra vez (éxtasis paranoica) (12).

En 1863 Kahibaum lo vuelve a (13) utilizar para describir (8) "un estado parcial de locura que afecta principalmente al intelecto". Kräpelin (10) recogió el nombre de 1889, que en sucesivas publicaciones (1892-1905) fue aplicándose más específicamente a un cuadro clínico, quedando definitivamente unidos nombre y concepto en 1915, tal y como lo definimos hoy día.

La definición Kräpeliana es: ideas delirantes sistematizadas, que pueden ser grandiosas o persecutorias (10). A la que más tarde se añade la existencia de un estado claro de conciencia y la ausencia de trastornos en otras esferas psíquicas, en la paranoia pura (4).

El cuadro clínico, fue descrito previamente con diversos nombres. A principios del siglo XIX, Pinel la describe con el nombre de "la manie raisonnant ou la maladie de la raison per exces de raison" (12) y Esquirol en 1845 la llama "monomanie" (18). Los cuadros clínicos se corresponden con las descripciones alemanas de Vercodia Paranoia (Kahlbaum), (8) y Primäre Verrücktheit (Griesinger 1867) (7). El término paranoia priva en la literatura mundial, sólo en la francesa, al nombrar la paranoia se añade "on la folie raisonnant, folie lucide" (2).

El concepto etiopatogénico y de la formación psicopatológica también ha evolucionado a través de los años. Ambos conceptos están íntimamente ligados en los aspectos histórico y cultural. Sería necesario repetir conceptos si se discutiesen separadamente. Aunque usaré el concepto de paranoia como modelo, se aplica en forma laxa a todos los estados paranoides.

Siguiendo la tradición Aristotélico-Tomista aplicada de lleno en el siglo pasado por Westphal al estudio y clasificación de las enfermedades mentales, la paranoia se aceptó como un trastorno o "perversión" primaria y única del intelecto (4). Esa posición fue mantenida por Kräpelin (10) y más recientemente por (4) Brunke. La herencia biológica, sífilis, alcoholismo y excesos venéreos fueron considerados como causas predisponentes y desencadenantes. Por justicia histórica, he de señalar que Griesinger (7), a pesar de su época y su formación neurológica, fue el primero en invocar factores psicológicos en la aparición del cuadro clínico (1). Se adelantó más de cuarenta años a su época.

El cambio radical en el estudio del síndrome empezó en 1896, cuando Sigmund Freud publicó los hallazgos del análisis de un caso de paranoia, (el caso del Senatspräsident Daniel Paul Schreber) (6). Freud la explicó como una psicosis de defensa, en que los reproches a sí mismo se proyectan como provenientes de la gente. La reacción a la posibilidad de la comprensibilidad psicológica fue exagerada, y siguió por muchos años, especialmente en Viena, no aceptándose causas afectivas o emocionales.

Sin embargo, en 1903, Eugene Bleuler dice "una idea sin carga afectiva, no tiene efecto en la psiquis" (12). En el mismo año, Adolf Meyer dijo; escribiendo sobre la paranoia "trastorno emocional? Intelectual? Toda actividad mental tiene algo de ambas" (12).

Los estudios de Freud sobre este tema aparecidos sucesivamente en 1903, 1908 y 1911 sentaron definitivamente el cambio de concepto etiopatogénico, especialmente siguiendo una idea de Ferenczi en 1908 (5).

La comprensibilidad psicológica de una psicosis, pareció, momentáneamente, que la hacía desaparecer, por definición, de este grupo de enfermedades. Se alejaba de la definición de psicosis (la irrupción o brote de fenómenos nuevos y anormales en la vida psíquica) (17) y se aproximaba a las neurosis (el desarrollo de cambios persistentes en la personalidad, con elementos pre-existentes, que cambian en dirección e intensidad pero sin cambio de estructura) (17).

Si la paranoia podía ser explicada en su génesis y desarrollo, pasaba al grupo de las neurosis. Jaspers solucionó el problema, llamando al fenómeno paranoico "proceso", con la cualidad diferenciadora de los desarrollos verdaderos (neurosis), de que, rompe la continuidad de la personalidad y aparecen fenómenos nuevos y anormales en la vida psíquica (16).

Aceptando de lleno el factor emocional, Bleuler hizo la diferenciación entre ideas delirantes biolotímicas y catatímicas (3). Las primeras serían típicas en la enfermedad maníaco-depresiva, en que el cambio cuantitativo del afecto produciría ideas delirantes expansivas o nihilistas, según la fase de la enfermedad. Las ideas delirantes catatímicas serían debidas a un afecto predominante y anormal, que se manifestaría primariamente por ideas delirantes persecutorias o grandiosas, es decir en la paranoia.

Debido al problema de la casi ausencia de paranoias puras (Kräpelin encontró el 1% de las admisiones a los hospitales mentales), (10) empezó a usarse el término "paranoides" para llamar cuadros similares, pero contaminados con otros síntomas. Una forma de la demencia precoz fue llamada paranoide, cuando las ideas delirantes dominaban el cuadro clínico. La aceptación de la aparición del complejo sindrómico en diferentes enfermedades mentales,

hizo que Bleuler en 1905 iniciara el uso del concepto de síndrome, (12) "complejo de síntomas unidos entre sí patogenéticamente" y los síndromes paranoides serían ideas delirantes y alucinaciones cuando estos aparecen en un estado de claridad mental y sin fluctuaciones primarias del afecto (12).

La importancia de la afectividad en esos cuadros llegó a su máxima importancia con Kretschmer, en 1918 cuando describe el "delirio sensitivo" (11). Al mismo tiempo, además del interés en la formación psicopatológica, otros autores se preocuparon del etiopatogénico. Adolf Meyer, en 1906, dice "Si una persona presenta un estado paranoide en el curso de una psicosis maníaco depresiva, esquizofrenia, neurastenia, histeria o alcoholismo, tenemos el derecho de pensar que el punto de rotura es debido a una debilidad fundamental, siendo nuestro deber el estudiar los mecanismos por los cuales esa rotura tuvo lugar y el material por el cual el desorden se manifiesta" (12).

A este conjunto de debilidad fundamental, los mecanismos de rotura y el material manifiesto, Meyer le dio el nombre de reacción, (12) haciendo hincapié en la importancia del estudio longitudinal del paciente, opuesto a la idea de síndrome de Bleuler, que contempla al individuo en un corte transversal, sin incluir el concepto de tiempo.

Esa "debilidad fundamental", o predisposición, Freud la estudió como variante, de sentido patológico del desarrollo psicosexual de la persona. Fue descrita como una anomalía de los mecanismos inconscientes de defensa de la integridad del yo, especialmente, una exageración de negación y proyección. La fórmula freudiana se refiere al abuso de estas defensas contra impulsos homosexuales. En el caso "Dr. Schreber" (6) lo describe así:

Cuando la represión de las tendencias homosexuales falla, y esas tendencias no son aceptadas por el yo, lo resuelve en una paranoia persecutoria de la siguiente manera: Yo lo amo (fallo de la represión). Yo no debo amarlo (intervención del super-ego). Yo lo odio (reverso). El me odia (proyección). El me persigue (elaboración explicativa.)

En la formación del delirio de grandeza: Yo soy indigno debido a mis deseos (deseos prohibidos debido a un fallo de la represión). Es imposible aceptarlo (intervención del Super Yo). Yo no soy así (negación). Soy grande, soy Dios (reverso y sobre compensación). La gente dice que yo soy Dios (proyección) (6).

En la erotomanía sería: Yo no la amo. Yo debería amarla. Realmente yo no la amo, pero "ella me ama" (6).

En los delirios celotípicos, se dividen en: 1) De los alcohólicos, en que la sublimación o inhibición están destruidos: ¿Amo a ese hombre? Yo no lo amo... pero... mi mujer lo ama.

2) En las mujeres: Yo amo las mujeres: Mi marido también las ama. El es infiel.

El resultado final es cuando el paranoico renuncia al amor, se ama a sí mismo, reduciéndolo a narcisismo y regresión a estadios infantiles (5) y (6).

El que la homosexualidad inconsciente sea el núcleo de los síndromes paranoides ha sido extensamente debatido, (13) sin embargo muchos autores lo aceptan. Shockley en 1914, (9) encontró que si las tendencias homosexuales están integradas, o sea, sintónicas con el yo, corrientemente no se presentan

delirios de persecución. Si el mecanismo de represión falla, y esas tendencias afloran a la conciencia y son distónicas con el yo, el sujeto las proyecta al mundo externo y se desarrolla una paranoia verdadera. En 1931, Gardner (9) encontró que en el 45% de los síndromes paranoides existen tendencias homosexuales.

En un esfuerzo para obtener datos objetivos, Page y Waketin delinearon una prueba, en que de acuerdo a las respuestas, en cada extremo de la línea es ocupado por el máximo de masculinidad a un lado y el máximo de feminidad en el opuesto. La prueba se aplicó a 1) Paranoideos 2) Homosexuales a) Pasivos b) Activos y 3) A la población masculina en general. En orden decreciente, las respuestas más cercanas al polo masculino fueron dadas, primero por la población masculina en general, seguido por los homosexuales activos, luego los paranoideos y más cerca del polo femenino, los homosexuales pasivos (9). En fechas más recientes, seguidores de diferentes escuelas psiquiátricas dinámicas, no estuvieron satisfechas con el estado del estudio del síndrome que nos ocupa.

Nuevas preguntas surgieron: ¿Por qué ciertas personas necesitan usar los mecanismos de negación y proyección hasta límites patológicos? La respuesta es: Por una falla del mecanismo defensivo de la represión, material intolerable llega a la conciencia, siendo inaceptable para el Juez, el Super-Yo. La existencia de un Super Yo estricto es necesaria para la aparición del síndrome. ¿Por qué ciertas personas tienen un Super-Ego punitivo? Melanie Klein, en Inglaterra, describe la formación de este tipo de Conciencia Moral o Super-Ego como la introyección de un padre sadista y cruel. (4) La edad, según la Dra. Klein, en que el niño es más susceptible a dicha influencia es entre los 18 meses y 3 años de edad.

Por diferentes rutas, otros han llegado a la misma conclusión.

Niederland (14) hizo un estudio exhaustivo acerca del padre "caso del Dr. Schreber" estudiado por Freud y que usó como modelo en el primer estudio de los factores dinámicos en paranoia. El Dr. Daniel Gottlieb Schreber, padre del paciente, fue en extremo tiránico, despótico y sadista. Sufría de manifestaciones compulsivas con impulsos homicidas. Se dedicó a la gimnasia y fundó varios centros atléticos, publicó unos 28 libros sobre educación física y moral. Una observación común es que los síndromes paranoides rara vez aparecen antes de los 20 años de edad, la incidencia mayor es hacia los 35 años de edad, decreciendo en edades mayores, pero muy tenuamente.

Un factor de gran importancia en el desarrollo del cuadro es el medio social. Lo que para un individuo de clase media es inaceptable, en otra clase social, otra cultura, otra familia puede ser aceptable y por lo tanto no es necesario la utilización de los mecanismos defensivos, que hipertrofiados producirían la enfermedad.

CONCLUSIONES

A pesar de que el vocablo paranoia tiene más de 2000 años de existencia, el concepto que abarca hubo evolucionado considerablemente hasta fines del siglo pasado. Desde entonces, su descripción no ha variado. Cuando este aspecto quedó establecido, el problema nosológico y etiopatogénico ocupó los primeros tres decenios de este siglo.

Poco a poco se estableció la comprensibilidad psicológica del mismo, lo que ha servido primariamente en el planeamiento de la estrategia psicoterápica.

Debido a un objetivo determinado, he cuidado de llamar la paranoia y estados paranoideos con el nombre general de síndrome.

Partiendo de la base de que psicopatológicamente el ser humano tiene un número reducido de formas de reaccionar, que podemos llamar síndromes, el paranoide no es más que uno de ellos. Por lo tanto, puede aparecer como parte integral, secundaria o única en una reacción.

Desde otro ángulo, los síndromes paranoides pueden ser vistos como una reacción protectora de la integridad de la persona. Los mecanismos empleados son normales: negación y proyección. Por lo tanto, se puede hacer una escala de síndromes, desde la personalidad normal y sus variantes hasta la paranoia pura.

No hay duda de que entre los individuos "normales", es decir, aquellos que no sufren ni hacen sufrir a la sociedad, existe la *personalidad paranoide*. Se caracterizan por ser desconfiados, bastante aparte de la mayoría, sensibles, en que se sienten insultados por pequeñas cosas y sienten que nunca se les reconoce sus méritos. Son irritables y eternos resentidos.

Otro tipo, que ya entra en la anormalidad, son los estados paranoideos. En individuos predispuestos caractereológicamente, un factor desencadenante de mediana a gran intensidad puede precipitar un episodio de ideas delirantes y hasta desorganización de la personalidad, que desaparece hasta *restitutio ad integrum* cuando el factor desencadenante ha desaparecido o el individuo lo entiende y usa otros mecanismos defensivos más adecuados, es decir ejerce una acción defensiva de la angustia provocada por la situación provocadora. Estos cuadros son equiparables a los síndromes esquizofrenoides de los autores españoles (Pigem) (16).

La forma más corriente en que el síndrome paranoide se presenta es en la esquizofrenia. Usado de esta manera, no es más que un calificativo que diferencia un tipo de esquizofrenia de los otros cuadros de la misma enfermedad... En este caso, en vez de ser un mecanismo desorganizador, es un elemento organizador en un nivel patológico. La enfermedad básica, esquizofrenia, con su trastorno fundamental del pensamiento, con trastornos de las asociaciones de la cualidad afectiva y de la dirección de la acción (ideatriz y motriz), encuentra una forma de expresión más integrada en el cuadro paranoide.

En las psicosis involutivas, en que la forma más común y característica es la melancolía, ocurren también con marcada frecuencia los síndromes paranoideos, ya sea como parte integral o única en el cuadro.

Aquí, la personalidad pre-morbose tiene gran importancia. Nuevamente, su acción es defensiva, y en este caso de una depresión profunda.

En la enfermedad maníaco depresiva, en ambas fases a veces se encuentran sistemas delirantes; son, desde luego, secundarios a los cambios cuantitativos del afecto (delirios hilotímicos) pero es un mecanismo explicativo de la experiencia vivencial del sujeto.

La forma más rara, la Paranoia pura, que llega ni al 1% de las admisiones manícomiales, como Kräpelin decía (10), su comprensibilidad psicológica deja fuera de duda la necesidad de la reacción debido a una predisposición severa en el paciente, en que material mal reprimido y las exigencias del ambiente

hacen que el paciente responda a la disyuntiva vital con el desarrollo de una paranoia.

Los cuadros paranoideos de los alcohólicos, especialmente los delirios celotípicos, se explican solos debido a los defectos caracterológicos que llevan al alcoholismo, es decir, la necesidad de borrar de la conciencia verdades acerca de sí mismos. El alcohol, además de actuar como una poción para producir olvido (represión sin éxito) y negación, inhibe otras defensas psicológicas normales, utilizando proyección exageradamente.

Como punto interesante discutiré la relación entre los síndromes paranoideos y homosexualidad.

En mi experiencia no todos los paranoideos sufren de una homosexualidad mal reprimida. Aún aceptando la universalidad de la homosexualidad inconsciente que Freud propuso, no todos los síndromes paranoideos tienen esa base única.

Si es aceptable que la mayoría de personas en que la homosexualidad no ha sido reprimida al inconsciente con éxito, y que dicha homosexualidad es distónica con el yo, son extremadamente susceptibles de reaccionar defensivamente con un síndrome paranoideo. Asimismo, cuando cualquier material aflora a la conciencia y no es aceptado por el Super-Yo, el mismo grupo de defensas se usarán dando el mismo cuadro.

La conclusión final es que el síndrome paranoide es una reacción de adaptación que puede aparecer entre individuos dentro del grupo de los normales, o como nivel de integración en psicosis desorganizadoras, o como única manifestación y de gran intensidad cuando la predisposición es severa, y las exigencias vivenciales son exageradas.

Es un juego de fuerzas en que predisposición (formación o mundo interno caracteriológico), causas desencadenantes (demandas del ambiente socio-cultural) o perimundo y un factor esencial en el mundo de relación se unen dando como resultado final el síndrome paranoide como defensa ante la amenaza del aniquilamiento del Yo.

B I B L I O G R A F I A

- 1.—ACKERNECHT, ERWIN H.
A short history of psychiatry. Hafner Publishing Co. N. Y. 1959.
- 2.—BARUK, HENRI.
Traité de Psychiatrie. Masson & Cie, éditeurs. Paris 1959.
- 3.—BLEULER, PAUL EUGENE.
Text book of psychiatry. English edition by A. A. Bull, N. Y. The Mac Millan Co. 19.
- 4.—CAMERON, NORMAN.
Paranoid Conditions and Paranoia. American Handbook of Psychiatry, Basic Books, Inc. 1959.
- 5.—FERENZI, SANDOR.
Über die Bolle der Homosexualität inder Pathogenese der Paranoia, Jahrbuch fuer Psychoanalytische und Psychopathologie 1941.

- 6.—FREUD, SIGMUND.
The complete psychological works of Sigmund Freud. The Hogarth Press & the
Institute of Psychoanalysis. London 1953.
- 7.—GRIESINGER.
Die Pathologie und Therapie der Psychischen Krankheiten. Braunschweig 1867.
- 8.—KAHLBAUM, KARL.
Klinische abhandlung über Psychische Krankheiten. Hirschwald, Berlin 1874.
- 9.—KOUPERNIK, C.
Délires a themes homosexuels et Schizophrénie. L'evolution Psychiatryque.
Sept. 1960.
- 10.—KRAPELIN, EMIL.
Clinical psychiatry. The Mac Millan Company. New York - London 1915.
- 11.—KRETSCHMER, ERNEST.
Der Sensitive beziehungs wahn. J. Springer, Berlin 1927.
- 12.—MEYER, ADOLPH.
The collected papers of Baltimore, Johns Hopkins Press 1950.
- 13.—MUNCIE, WENDELL.
Psychobiology and Psychiatry. The C. V. Mosby Company 1939, St. Louis Mo.
- 14.—NIEDERLAND R.
Dr. Schreber's father. Journal of the American Psychoanalytic Association. 1959.
- 15.—NOYES, ARTHUR P.
Modern Clinical Psychiatry. 4 th. E. J. Sanders, Philadelphia 1953.
- 16.—PIGEN, JOSÉ MA.
Notas del curso de psiquiatría, 1955-56.
Universidad de Barcelona.
- 17.—SARRÓ, RAMÓN.
Notas del curso de psiquiatría 1955-56. Univerisdad de Barcelona.
- 18.—ZILBORG, GREGORY.
A history of medical psychology. W. W. Norton & Comp. Inc. 1941.