

ENTRE LA DUDA Y LA DESCONFIANZA

Resumen: Se analizan los vínculos que existen entre el mundo del obsesivo y el del paranoide y la influencia sobre ellos de los tratamientos psicofarmacológicos.

* * *

Nos vamos a centrar en este artículo en los vínculos que existen entre el mundo del obsesivo y el del paranoide, y cómo se observa una cierta alternancia de sintomatología entre unos y otros rasgos en función de la evolución vital y de los tratamientos psicofarmacológicos

Utilizaremos la conceptualización de los trastornos de personalidad desde el punto de vista dimensional que aporta una visión más realista de lo que sucede en la práctica clínica, ya que el deslizamiento y solapamiento de los rasgos de unos con los de los otros es una observación frecuente y es difícil encontrar tipos que se adapten a los modelos categoriales de una forma pura, dado que la personalidad es dinámica y va modificándose a lo largo de la existencia.

Si bien la característica definitoria de trastorno de personalidad es que se trata de un patrón desadaptativo que se mantiene rígidamente a partir del final de la adolescencia e inicio de la edad adulta, también es cierto que en la mayoría de las personas coexisten rasgos de varios de los trastornos identificados en el DSM-IV, lo cual lleva a los diagnósticos múltiples.

La relación entre lo obsesivo y lo paranoide es un constructo clásico en la psicopatología. En los primeros planteamientos de Freud en su trabajo "*Las neuropsicosis de defensa*" (1894), los dos cuadros tienen el mismo origen: la defensa actuaría reprimiendo la representación cargada de afecto (traumática), disociándola del pensamiento consciente y el afecto disociado libre puede

seguir el camino de la conversión (histeria), desplazamiento (fobia/obsesión) o rechazo (paranoia).

Es decir, en este momento para Freud las diferencias entre ambos modos de neurosis se basarían solamente en los mecanismos de defensa empleados.

Más tarde Freud distinguió la neurosis obsesiva del carácter obsesivo, incluido éste en lo que llamaría "carácter anal". En su trabajo "*Carácter y erotismo anal*" (1908). Freud en 1913 intentó diferenciar los síntomas neuróticos compulsivos a partir del tipo de carácter anal que los origina.

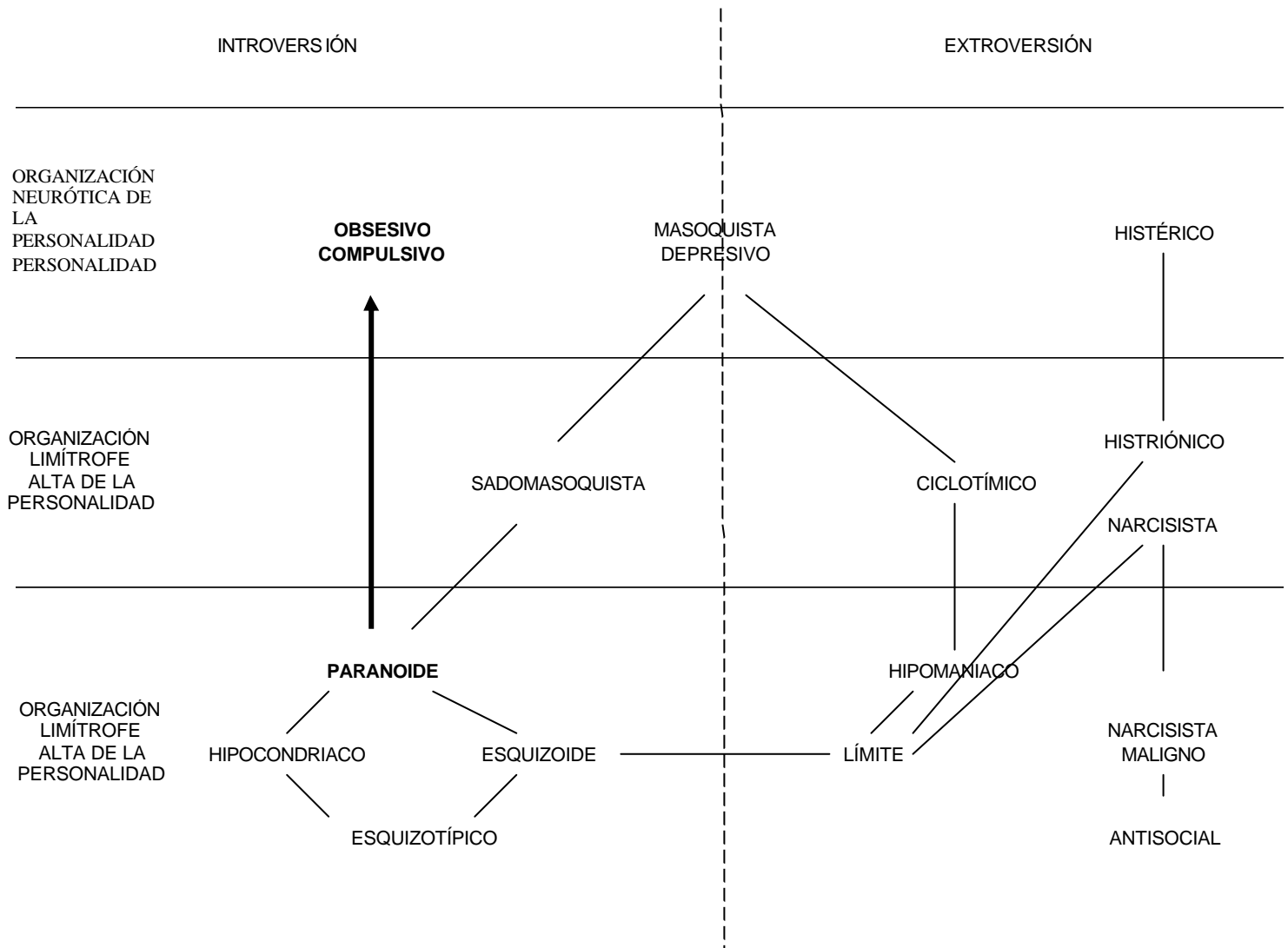
Por otro lado, aunque Freud hace una amplia descripción de la paranoia en el Caso Schreber, y de los mecanismos de defensa implicados, no llega a elaborar un perfil de personalidad paranoide. Fueron S. Ferenczi y K. Abraham quienes sugieren que la base de esta personalidad se establece en la etapa anal. Y posteriormente Meninger en 1940 escribe: "los rasgos caracteriales del período anal expulsivo son principalmente la megalomanía y la suspicacia", rasgos típicamente paranoides.

Más tarde, Kernberg en 1970, al describir las patologías del carácter incluye las características de la personalidad obsesiva y paranoide dentro de la misma estructura a lo largo del polo de la introversión. Para Kernberg los trastornos de la personalidad pueden clasificarse a partir de su mayor o menor severidad en trastornos de la personalidad en estructura neurótica, trastornos de la personalidad en estructura limítrofe superior y trastornos de la personalidad en estructura limítrofe inferior. Dentro de esta clasificación coloca es **trastorno obsesivo-compulsivo** entre los de **estructura neurótica** y en la misma línea el **trastorno paranoide** en los **trastornos de personalidad de estructura limítrofe inferior**.

De esta forma, considera este autor que en el trastorno obsesivo-compulsivo se mantendría la identidad del Yo, el control de los impulsos, la tolerancia a la ansiedad y la capacidad de sublimación. Por el contrario, en el

trastorno paranoide existe difusión de la identidad, no se ha logrado la constancia objetal, y hay un desarrollo desproporcionado de los impulsos agresivos ligado al uso masivo de la escisión como mecanismo de defensa.

RELACIONES ENTRE LAS ESTRUCTURAS Y T.P. (Kernberg)



Lo que en la personalidad paranoide es un aumento de la agresividad y de la proyección del tipo de la identificación proyectiva, en la personalidad obsesivo compulsiva, mejor integrada y con estructura neurótica, esta agresión es neutralizada por un SuperYo integrado y sádico que le lleva al perfeccionismo, necesidad de control y autodudas. Vemos pues que para

Kernberg, el trastorno paranoide se podría entender como una malignización del trastorno obsesivo-compulsivo.

Es el Super-Yo que ha de integrarse en la etapa anal quien nos da la clave de la relación existente entre estos cuadros, teniendo en cuenta que en el trastorno obsesivo está bien integrado, pero es severo y punitivo, y en el trastorno paranoide la integración es mínima y máxima la tendencia a la proyección del núcleo primitivo y sádico del Super-Yo que se torna persecutorio para el Yo.

Por el lado de la perspectiva fenomenológica de Otto-Dör, las estructuras paranoides y obsesivas serían contradictorias, entendiendo como tal que ocupan los extremos de un eje en el que la distancia entre el “ser-para-sí” y el “ser-para-otro” y se hallan en los extremos de confusión de identidades en la personalidad obsesivo compulsiva, y no identificación en la personalidad esquizoparanoide. Se podría hablar pues de que también para este autor habría una posibilidad de balance entre una y otra estructura.

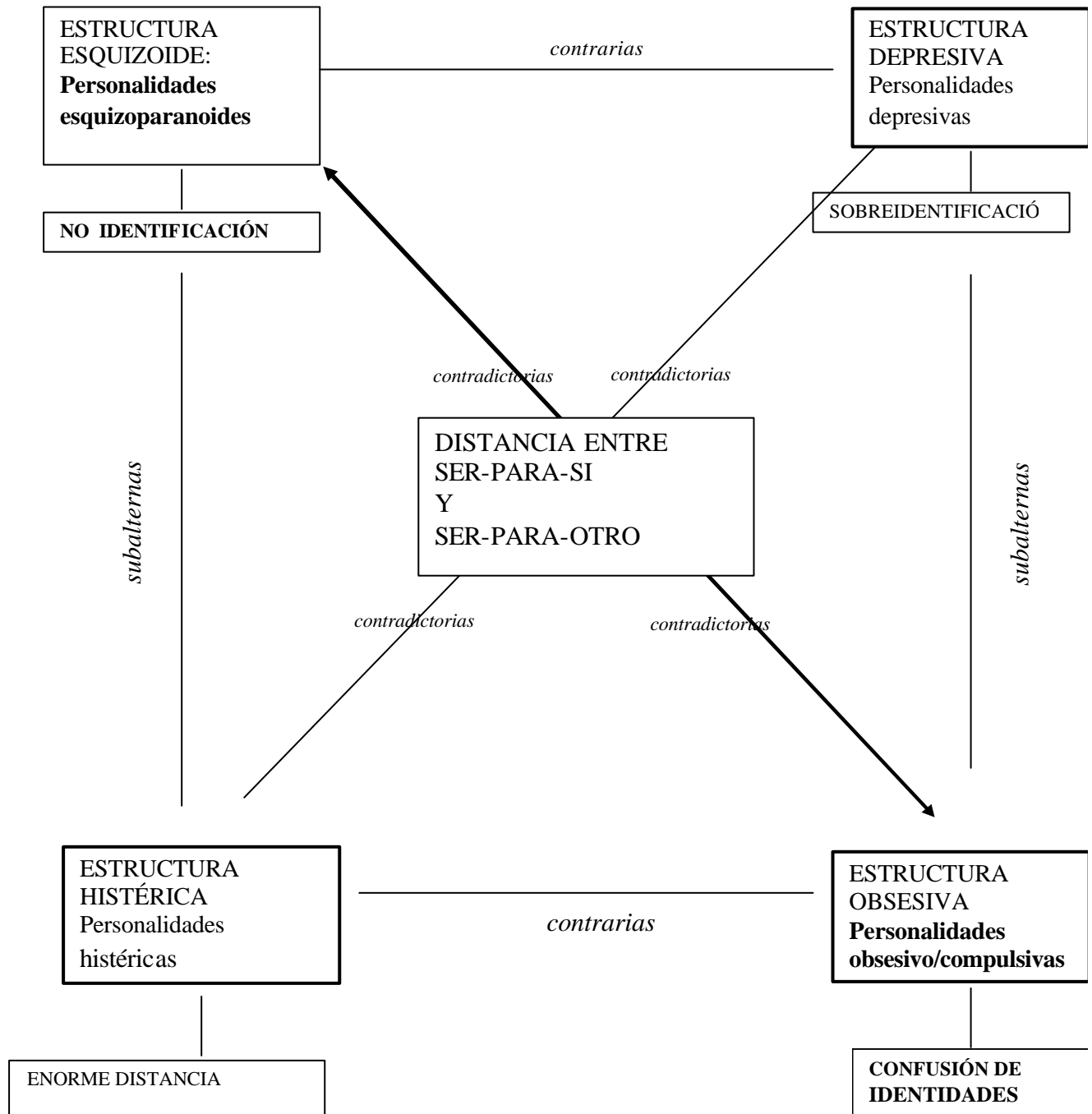
La perspectiva fenomenológica y dialéctica de Otto-Dör aporta al estudio de los Trastornos de la Personalidad, no sólo la visión dinámica del continuum que existe entre ellos sino la de las “positividades de lo negativo” (Hegel) de estos trastornos. Para este autor hay un constante balanceo entre unos rasgos y otros a la búsqueda de un equilibrio existencial y hay también una valoración de las características inherentes en ellos.

Concretamente, en los trastornos de los que nos ocupamos, sería valorable la capacidad para llevar adelante los proyectos, la responsabilidad, el sentido de la justicia, la escrupulosidad ética, el perfeccionismo, la adhesión a las normas, etc. Nos encontraríamos pues con personas excesivamente morales.

Según el esquema que presentamos a continuación, la confusión de identidades del Obsesivo se traduce en una hiperintegración del self y la no identificación en una desintegración del mismo. Entre ambas se encuentra toda la gama de transiciones posible, considerando la desintegración como una

posibilidad final de derivación de la angustia mediante los mecanismos de proyección. La culpa interna se convierte así en amenaza externa.

PERSPECTIVA FENOMENOLÓGICA DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD (Otto Dörr)



En la descripción de las personalidades de Millon, más próximo al modelo categorial, encontramos los subtipos del **paranoide obstinado** y del **compulsivo puritano**, que comparten características. Millon recurre a los subtipos para encuadrar las personalidades que comparten rasgos.

En el **compulsivo puritano** la ira y el resentimiento intensos quedan justificados en nombre de la rectitud y la moralidad. Presentan muestras de suspicacia irritabilidad y actitudes de crítica severa. Cuando anticipan la exposición y humillación en público presentan períodos de autodesprecio y se autocastigan generando explosiones de ira contra los demás con la acusación de que les persiguen. Esta lucha conflictiva contra la expresión de emociones y de ira, pone en peligro sus esfuerzos por el mantenimiento del control. La variante puritana del compulsivo, presenta también características de la personalidad paranoide como son el fanatismo, el dogmatismo y los celos.

Mediante el acatamiento de la corrección y de la normatividad, siguiendo un camino recto y estricto, tratan de evitar las censuras y las reacciones punitivas, sobre todo de las figuras de autoridad. Indignados y críticos por la falta de perfección ajena, sus actitudes puritanas son cáusticas y hostiles, siendo correctos y educados a medida que transcurre el tiempo los compulsivos puritanos se van deteriorando y llegan a ser dogmáticos, adquiriendo un estilo cruel y obstinado en el que constantemente señalan las faltas de los otros a los que critican por incorrectos o inconvenientes, al pensar que los otros son pecadores y cometen actos inmorales, creen que serán justamente condenados. La justicia requiere una actitud punitiva y la moralidad la aprueba. Así, los compulsivos puritanos que han temido tanto la condena en el pasado, son ahora jueces despiadados. Una vez convencidos de que han sido tratados injustamente, se convierten a continuación en los ejecutores de injusticias.

Siguiendo a Millon de nuevo, los **paranoides obstinados** serían las variantes más patológicas del trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad

estructuralmente menos defectiva, cuya adhesión a las reglas y su rigidez típica coinciden y se unen normalmente a las características del paranoide. Sin embargo, a diferencia de sus homólogos compulsivos, que albergan la esperanza de lograr gratificación y protección sirviendo a los demás, los paranoides obstinados entran en un conflicto del sí mismo-otros, renunciando a su sumisión dependiente y adoptando una postura de autoafirmación.

Pese a su creciente hostilidad y al rechazo de la conformidad como forma de vida, los paranoides obstinados mantienen su rigidez y perfeccionismo básicos; son sombríos y sin sentido del humor, tensos, controlados e inflexibles, de miras estrechas, inmovibles e implacables, irritables y maniáticos, legalistas y rectos. Estas características de su constitución psíquica básica están profundamente arraigadas, integradas en un sistema fijo de hábitos, sentimientos y pensamientos.

Los paranoides obstinados continúan buscando claridad en las reglas y regulaciones, no pueden tolerar el suspense y deben elaborar un orden y un sistema en la vida. Aprenden a apoyarse cada vez más en sí mismos y a ser esclavos de su propia búsqueda de orden, poder e independencia. Esto conduce a una preocupación obsesiva por detalles triviales y a una intelectualización excesiva de acontecimientos menores, todo con el fin de obtener la perfección y la impecabilidad internas.

El hecho de no poder regular a los otros permite que los paranoides den salida a la hostilidad y condenen el fracaso llegando a despreciar y a odiar a los demás por sus debilidades engaños e hipocresía, precisamente sentimientos que han experimentado antes los paranoides, que han intentado reprimir y que todavía intentan ocultar al condenarlos en los otros. Pese a que repudian abiertamente la conformidad y la sumisión, no pueden liberarse totalmente del conflicto y la culpa, reviven profundamente los recuerdos de culpa y temor al justo castigo y estos dos elementos hacen surgir las ideas de persecución.

Si quisiéramos identificar mediante una sola palabra cada uno de los mundos en los que se desarrolla la vida del **obsesivo** y del **paranoide**, estas

palabras serían **duda** y **desconfianza** respectivamente. Entendemos que la duda es un sentimiento anclado en el miedo y en la inseguridad, en la angustia de cometer errores y ser castigado por ellos, en la incapacidad de saber elegir “lo mejor” para complacer las instancias de ese Super-Yo tan exigente. Al hallarse el Super-Yo integrado, la inseguridad se centra en uno mismo y las dudas llevan a un pensamiento compulsivo, circular y no resolutivo encaminado a evitar el castigo subsiguiente a la trasgresión. Por otro lado, la desconfianza como sentimiento central del mundo paranoide se centra en el otro, en los otros. La proyección del Super-Yo punitivo en el exterior, en los objetos disociados, hace que la inseguridad y el miedo se conviertan en desconfianza respecto al daño que puede prevenir desde fuera.

Para confiar hay que tolerar la incertidumbre de no estar nunca seguro del todo de los objetos y tolerar también la ambivalencia de éstos. En consecuencia, la duda del obsesivo persiguiendo lo mejor, lo adecuado, lo correcto para no transgredir la norma y enojar al Super-Yo se convierte en desconfianza y persecución en el paranoide, que ha proyectado dicho Super-Yo en el exterior.

Desde las perspectivas actuales de la neurobiología, en el modelo de ejes biológicos de Siever y Davis (1991)), el **Trastorno Paranoide** estaría caracterizado por una **alteración del eje biológico encargado de la organización cognitivo-perceptiva**. Esta dimensión hace referencia a la forma en que las personas percibimos y procesamos la información interna y externa. La distorsión en la percepción de señales ambientales interpersonales y cognitivas ocasionaría la presencia de aislamiento y pensamiento autorreferencial.

Numerosos hallazgos permiten sustentar la hipótesis de que la actividad dopaminérgica en los lóbulos frontales está relacionada con el funcionamiento cognitivo básico. En este funcionamiento se basa la capacidad de discriminación entre estímulos y conceptos y la capacidad de investir emocionalmente los conceptos.

En estos individuos el mecanismo básico de discriminación entre estímulos relevantes e irrelevantes pudiera estar afectado, dando lugar a una deficiente organización de la imagen global del entorno. El correlato neuroquímico de este rasgo de déficit frontal parece ser una disminución de la actividad de la dopamina en las áreas frontales. Otros déficits cognitivos que podrían estar asociados a una hipofunción frontal incluyen la capacidad para discriminar los contenidos emocionales de los estímulos y conceptos, pudiendo dar lugar a las interpretaciones suspicaces o híperemotivas que originan algunas las reacciones aberrantes o desproporcionadas ante estímulos del ambiente.

En resumen, esta dimensión biológica de la personalidad parece estar regida por la capacidad de organizar adecuadamente los estímulos, lo que permite una correcta interpretación de la información exterior.

Otro elemento fundamental de la personalidad es la **capacidad para detectar el peligro y consecuentemente evitarlo**. Una dimensión de la personalidad en relación con este fenómeno parece estar determinada por los sistemas que regulan las conductas de inhibición y evitación en respuesta al peligro. La evitación del peligro o amenaza puede manifestarse en forma de conductas abiertamente evitativas como conductas sumiso-dependientes, o como actitudes de contención y control excesivo, como ocurre en la **Personalidad Obsesiva**.

En estos casos la conducta habrá sido inducida por la necesidad de manejar un sentimiento de ansiedad persistente ante una vivencia continuada de amenaza. Desde hace años se conocen datos que evidencian la implicación de factores biológicos diversos en la fisiopatología de los trastornos de personalidad caracterizados por altos niveles de activación a nivel cortical y autonómico, lo que confirma la existencia de un estado de hiperexcitabilidad o hiperrespuesta en el individuo. La fisiopatología de este rasgo de personalidad parece encontrarse en una disregulación de los mecanismos de la respuesta al estrés.

Estas alteraciones podrían incluir una disminución de la actividad global del sistema Gaba y/o una hiperactividad del sistema regulador CRH. En cuanto a los neurotransmisores, algunos hallazgos sugieren que en estos individuos se presenta una hiperactivación de los receptores serotoninérgicos postsinápticos.

Desde la perspectiva del modelo de Cloninger, el **Trastorno obsesivo-compulsivo** presentaría una elevación de la dimensión de “**Evitación del daño**” y de la “**Persistencia**”, con las características de ser personas cautelosas, preocupadas, miedosas, tensas, aprensivas, dubitativas, inseguras, pasivas, pesimistas (evitación del daño), pero al mismo tiempo motivadas, ambiciosas, muy centradas en los resultados y constantes (persistencia). El **Paranoide** presentaría algunas características de la dimensión “**Evitación del daño**”, como la cautela, la preocupación, y la tensión y muy elevadas las de la “**Persistencia**”, es decir, la motivación, la ambición, y la incapacidad para abandonar sus objetivos. Estas dos dimensiones tienen su correlato bioquímico en la serotonina y la noradrenalina.

Como consecuencia de la implicación de la actividad dopaminérgica en el trastorno paranoide, consideramos que en este trastorno se dan algunas características de la elevación del eje “**Búsqueda de novedad**”, tales como la excitabilidad, la impulsividad, el entusiasmo fanático y la falta de tolerancia a la frustración.

Desde las dimensiones de Carácter, Cloninger señala en estas personalidades cierta elevación de la “Autodirección”, lo que correlacionaría con la hipótesis de corte fenomenológico de Otto Dör, citada más arriba, de la positividad de algunos rasgos.

Cuando pasamos al abordaje terapéutico psicofarmacológico de estos trastornos, podemos optar por disminuir la elevación de la dimensión “Evitación del daño” mediante fármacos serotoninérgicos y la “Persistencia” mediante los noradrenérgicos. Es conocida la efectividad de la Clomipramina en el trastorno obsesivo-compulsivo, y más actualmente de la Velafaxina y la Sertralina, pero teniendo en cuenta que el descenso de la dimensión evitación del daño con

estos fármacos se correlaciona con un incremento de la dimensión búsqueda de novedad (dopaminérgica), encontramos la posibilidad constatada en la clínica de una evolución del trastorno obsesivo-compulsivo hacia el trastorno paranoide.

Por otro lado si mejoramos la sintomatología paranoide con los nuevos antipsicóticos atípicos tipo Risperidona u Olanzapina de actuación fundamentalmente dopaminérgica, desviamos la sintomatología hacia lo obsesivo, debido al incremento de la dimensión “Evitación del daño”.

Así pues, la oscilación entre el polo obsesivo y el polo paranoide observada por los clásicos e interpretado a partir de mecanismos de defensa compensadores por los cuales cuando mejoraba la ansiedad y el estado de ánimo de tinte depresivo subyacente en el obsesivo se pasaba a una actitud más impulsiva y desafiante presente en el paranoide tiene una justificación a la luz de los nuevos planteamientos de la neurobiología cerebral.

En consecuencia, cabe a la psicoterapia, en su posibilidad de realizar un equilibrio de polaridades más integrativo llevar al paciente a lo largo del camino que va de la duda a la sospecha, de la culpa a la agresión hasta el logro de un self más integrado y estable.

Denia, octubre de 2003

Autora: Dra. Carmen López León. Psiquiatra.

Coordinadora de la U.S.M. del área 12 de la Generalitat Valenciana.

Denia. Comunidad Valenciana. España

BIBLIOGRAFÍA

- CAPELLÁ, A.: *La histeria y lo obsesivo. Análisis de la clínica psicoanalítica*. Ed. Herder. 1996.
- CASTILLA DEL PINO, C.: *El delirio, un error necesario*. Ed. Nobel. 1998.
- CARRASCO, J.L.: Un enfoque psicobiológico de los trastornos de la personalidad. *Actas luso-españolas de neurología y psiquiatría*, 25, 4 (207-216).1997.
- FDEZ-ARGÜELLES VINTEÑO, P. GARCÍA LÓPEZ, O. El trastorno de personalidad anancástica y su psicopatología. *Anales de Psiquiatría*, (Madrid). Vol. 16. Nº 4. 2000.
- GONZÁLEZ RAMELLA, G. MORILLA, M: Personalidad y cambios en la personalidad con tratamiento antidepresivo. Trabajo presentado en la Mesa Redonda *Personalidad y depresión*, Congreso mundial de estados depresivos. Mendoza, 2003.
- KAPLAN, H.I. SADOCK, B.J.: *Tratado de Psiquiatría*. Ed. Salvat (1989).
- LANSIER, C. OLIVIER-MARTIN, R.: Personalités pathologiques. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, 37-320-A-10. Éditions scientifiques et médicales Elsevier. París.
- GELDER, M. LÓPEZ-IBOR, J.J. ANDREASEN, N.: *Tratado de psiquiatría. Tomo I*. Ed. Ars. Medica. 2003
- MILLON, T.: *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Ed. Masson S.A.1998.
- MILLON, T. DAVIS, R.: *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. Ed. Masson S.A. 2001
- OBIOLS LLANDRICH, J.E. SUBIRÀ ÁLVAREZ, S. y BARRANTES VIDAL, N.: Trastornos de la personalidad. *Fundamentos biológicos en psiquiatría*, capítulo 16. Ed. Masson S.A., 2000.
- SOLER INSA, P.A. GASCÓN BARRACHINA, J.: Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto (F60-F62). *RTM-II. Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales*. 2ª edición, capítulo 10. Ed. Masson S.A. 1999.