



**UNIVERSIDAD
DE GRANADA**

**PROGRAMA DE DOCTORADO EN
MEDICINA CLÍNICA Y SALUD PÚBLICA**

TESIS DOCTORAL

**PSICOPATOLOGÍA Y FENOMENOLOGÍA
DEL TRASTORNO POR IDEAS DELIRANTES**

Tutor Jorge A. Cervilla Ballesteros

Director José Eduardo Muñoz-Negro

Autor Riccardo Pellegrini

Editor: Universidad de Granada. Tesis Doctorales
Autor: Ricardo Pellegrini
ISBN: 978-84-1117-855-6
URI: <https://hdl.handle.net/10481/82071>



UNIVERSIDAD
DE GRANADA

PROGRAMA DE DOCTORADO
EN MEDICINA CLÍNICA Y SALUD PÚBLICA

PSICOPATOLOGÍA Y FENOMENOLOGÍA DEL
TRASTORNO POR IDEAS DELIRANTES

Memoria presentada por

Riccardo Pellegrini

para optar al Grado de Doctor por la Universidad de
Granada

Dirigida por el director

José Eduardo Muñoz-Negro

y por el tutor

Jorge A. Cervilla Ballesteros

2023

¿A quién llamas tú malo?

Al que siempre quiere avergonzar

Nietzsche, 1882

Agradecimientos

A mis directores de tesis, el Dr. José Eduardo Muñoz y el Dr. Jorge Cervilla, que desde el primer momento me han acompañado en este proyecto y me han inspirado en la labor investigadora

Al resto de coautores por permitir el uso del artículo en la tesis

A toda la población que ha participado en el estudio

A mis tutores y compañeros de residencia por el cariño y el apoyo recibido en todos estos años

A mis amigos de toda la vida y a los que he tenido la suerte de conocer en este país, antes, durante y después de Cádiz, mi primer amor.

A mis padres y a toda la familia, en especial a mi abuelo Alcibiade y a mi abuela Franca, sin ellos este trabajo no habría sido posible

RESUMEN

Desde que la Paranoia (en la actualidad Trastorno por ideas delirantes) adquirió una propia autonomía nosológica, varios autores han intentado describir las características nucleares de este trastorno.

Pese a que la sintomatología afectiva no se incluya en los criterios diagnósticos actuales del Trastorno por ideas delirantes, existen estudios que han avalado la importancia de los síntomas holotímicos en el desarrollo del delirio. Según algunos autores tal patología se desarrollaría a partir de una personalidad premórbida que, en el contexto de eventos estresantes, puede favorecer la insidiosa construcción del delirio. A pesar de tales aportaciones, las conexiones psicopatológicas y fenomenológicas entre personalidad, afectividad y delirio siguen estando poco investigadas.

En relación con lo antedicho, según nuestra teoría, el Trastorno por ideas delirantes no se constituiría exclusivamente a través de la formación de un delirio monosintomático si no que la esfera afectiva jugaría un papel fundamental en la psicopatología y fenomenología del trastorno.

La importancia de los síntomas afectivos en individuos predispuestos (diagnosticados de Trastorno por ideas delirantes) y las investigaciones psicopatológicas antiguas y recientes justificarían la redacción de este trabajo.

El objetivo del estudio es investigar la relación vigente entre personalidad, esfera afectiva y gravedad del delirio en pacientes diagnosticados de Trastorno por ideas delirantes. Profundizando la dimensión afectiva bajo un punto de vista psicopatológico y fenomenológico esperamos enriquecer la visión actual, proponiendo una clave de lectura más completa.

Esta investigación incluye 32 pacientes diagnosticados de Trastorno por ideas delirantes. A toda la muestra hemos entregado un consentimiento informado y recogido las características sociodemográficas. En un segundo momento, hemos administrado los siguientes cuestionarios: la Structured Interview for DSM-IV-TR Personality Disorders

(SIDP-IV), la Pathological Narcissism Inventory (NPI), la Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) y la Psychotic Symptom Rating Scale (PSYRATS).

Los criterios de inclusión han sido: diagnóstico de Trastorno por ideas delirantes según el DSM IV, como establecido por la Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I disorders (SCID-I) y una edad superior a las 18 años, mientras que fueron excluidos los pacientes con retraso mental (MMSS inferior a 25) y con dependencia o abuso de sustancias tóxicas.

A nivel estadístico hemos usado la correlación de Pearson para explorar la asociación entre gravedad del delirio, rasgos de personalidad y esfera afectiva. Las correlaciones significativas han sido sucesivamente incluidas en un modelo de regresión lineal para valorar el efecto de los rasgos de personalidad, los niveles de narcisismo patológico, el tono afectivo y las características sociodemográficas en función de la gravedad del delirio.

De acuerdo con los resultados obtenidos podemos afirmar que la gravedad del delirio se asocia directamente a la “fantasía grandiosa” mientras que encontramos una asociación negativa entre vergüenza-culpa-miedo y la gravedad del delirio.

A pesar de esto, en el análisis de regresión lineal la única variable capaz de modificar la gravedad del delirio es la vergüenza. De esta forma podemos concluir que la vergüenza representa el núcleo afectivo que subyace al Trastorno por ideas delirantes.

ÍNDICE

1) INTRODUCCIÓN.....	p 19
1.1 Aspectos históricos.....	p 21
1.2 Confusión terminológica.....	p 27
1.3 Aspectos epidemiológicos.....	p 28
1.4 Paranoia como rasgo: el espectro paranoide.....	p 29
1.5 Paranoia y personalidad.....	p 31
1.6 Psicopatología y Fenomenología de la Paranoia.....	p 35
1.7 La hipótesis afectiva de la Paranoia.....	p 39
1.8 Estado del arte.....	p 40
1.9 Justificación, Hipótesis y Objetivos del estudio.....	p 41
2) MATERIALES Y MÉTODOS.....	p 43
2.1) Muestra.....	p 45
2.2) Criterios de inclusión y criterios de exclusión.....	p 45
2.4) Procedimientos.....	p 45
2.3.1 Structured Interview for DSM-IV Personality Disorders.....	p 46
2.3.2 Pathological Narcissism Inventory.....	p 47
2.3.3 Positive and Negative Affect Schedule.....	p 47
2.3.4 Psychotic Symptom Rating Scales.....	p 48
2.5) Análisis estadístico.....	p 49
3) RESULTADOS	p 51

4) DISCUSIÓN	p 57
4.1) Propuesta de una intervención multidisciplinar basada en la vergüenza.....	p 72
5) CONCLUSIONES.....	p 79
6) ANEXOS.....	p 83
<i>Anexo I</i>	
Artículo: The affective core of Delusional Disorder (R. Pellegrini et al., 2021)....	p 85
<i>Anexo II</i>	
Aprobación Comité Ético.....	p 101
<i>Anexo III</i>	
Instrumentos de evaluación empleados.....	p 106
7) BIBLIOGRAFÍA.....	p 117

ÍNDICE DE LAS TABLAS

Introducción:

Tabla 1:

Manifestaciones paranoides.....p 27

Resultados

Tabla 2:

Características clínicas y sociodemográficas.....p 53

Tabla 3:

Correlación de Pearson entre los rasgos de personalidad, elementos
afectivos y gravedad del delirio.....p 54

Tabla 4:

Análisis de regresión lineal entre la gravedad del delirio y los rasgos de
personalidad y elementos afectivos.....p 55

ÍNDICE DE FIGURAS

Introducción

Figura 1

Teoría del continuum de la Paranoia.....p 31

Discusión

Figura 2

Héctor, Andrómaca y Astianacte.....p 61

Figura 3

Odiseo y Nausícaa.....p 64

Figura 4

El entramado de Aurora.....p 68

Figura 5

La vergüenza de Ernst.....p 70

INTRODUCCIÓN

1.1 Aspectos históricos

El término Paranoia remite a una palabra de origen griego “παράνοια” compuesta por los respectivos “Para” que significa -de lado- y la raíz “Nous” -mente-, pudiéndose traducir como pensamiento descentrado.

Esta locución ha sido empleada durante mucho tiempo para expresar el concepto de “volverse loco” en el lenguaje común, adquiriendo, a través de los siglos, el significado general y extendido de enfermedad mental.

Don Quijote de la Mancha de Cervantes y Otelo de Shakespeare representan ejemplos literarios, entre muchos, cuyos personajes desarrollaron un trastorno de esta índole y permiten acercarnos bajo un punto de vista histórico a dicha enfermedad.

A partir de Hipócrates, que por primera vez utilizó este vocablo para describir varias expresiones de la locura, nuestros antecesores formularon una miríada de definiciones acerca de tal condición psíquica que, a lo largo de los años, han sufrido acepciones diferentes.

Esquirol (Esquirol, 1965), en su Tratado de las enajenaciones mentales rescató la Paranoia de su reductivo significado de locura. De hecho, acuñó el término de monomanía delirante y describió tal enfermedad como una psicosis parcial, caracterizada exclusivamente por síntomas intelectuales como los delirios, sin afectación del razonamiento lógico y de la conducta.

Por lo que concierne a la psiquiatría alemana, Kahlbaum (Kahlbaum 1863), en la segunda mitad del siglo XIX, afirmó que el término “Paranoia” tendría que utilizarse específicamente para describir un síndrome clínico constituido por un cuadro delirante encapsulado y coherente que permanece estable a lo largo del tiempo.

En este contexto empezaron a desarrollarse teorías sobre la etiopatogenia de tal trastorno diferenciando una “forma primitiva”, en la cual las ideas delirantes aparecen en ausencia de trasfondo emotivo (Snell, 1865) y una “paranoia secundaria” que se desarrolla a partir de un estado afectivo (melancólico o maníaco); esta última se caracteriza por una afectación de la capacidad de juicio y razonamiento y que adquiere

Introducción

un curso crónico. Kraft-Ebing (Kraft-Ebing, 1879) subrayaba la forma armónica de la edificación delirante “sistemática, de orden barroco”.

En los mismos años, Mendel (Mendel, 1902) propuso una clasificación clínica introduciendo los conceptos de paranoia alucinatoria y paranoia combinatoria. Mientras la primera se manifestaba con alucinaciones abundantes y delirios poco estructurados, la segunda tenía como síntomas principales ideas delirantes crónicas y sistematizadas que se desarrollaban en ausencia de fenómenos sensoperceptivos y deterioro de la personalidad.

Entre el siglo XIX y XX los psiquiatras europeos estaban divididos en dos grupos en relación con la patogenia de la Paranoia: los constitucionalistas de la escuela francesa y los psicogenetistas de la corriente alemana.

Con respecto a la escuela francesa, Magnan (Magnan, 1892) planteó la existencia de una posible constitución paranoica, noción que prosperó cuando Genil-Perrin (Genil-Perrin, 1926) propuso las cuatro constantes de tal conformación de la personalidad: inadaptación social, falsedad de juicio, orgullo y desconfianza. A tal propósito resulta imprescindible nombrar la aportación de Sérieux y Capgras (Sérieux y Capgras, 1902) sobre una característica esencial de la Paranoia: el “delirio de interpretación”, descrito como una condición de falsa resonancia fruto de erróneas interpretaciones sobre eventos percibidos correctamente, pero a los cuales venía atribuido un significado subjetivo distorsionado. Según estos autores las ideas delirantes se desarrollaban como consecuencia de una “hipertrofia del Yo” y de un déficit de autocrítica. Más recientemente Henry Ey (Ey, 1973) hace hincapié en la cronicidad y en la lógica del sistema delirante: es la llamada “locura razonante”.

Sin embargo, fue Emil Kraepelin (Kraepelin, 1910-1915) quien defendió por primera vez la autonomía nosográfica de la Paranoia, marcando un hito en su conceptualización. Según él, la confusión clínica y terminológica de la psiquiatría europea sobre ese paradigma tenía sus raíces en un error básico: el hecho de delimitar de una manera puramente sintomática las diferentes formas morbosas. Tal autor proponía como herramienta fundamental para el diagnóstico la catamnesis, afirmando que la

observación del curso de la enfermedad era la única vía recurrible “si se quería poner de relieve la verdad”.

En vista de estas consideraciones, la describió como una enfermedad específica que se caracteriza por el insidioso desarrollo de un sistema delirante permanente, inquebrantable e inmutable, con delirios no bizarros, bien sistematizados, “intelectualmente elaborados”, con curso crónico y no degenerativo, una afectividad congruente, en ausencia de fenómenos psico-sensoriales. Este cuadro clínico se instauraría con una “conservación completa de la claridad y del orden del pensamiento, el querer y la acción”.

Kraepelin (Kraepelin, 1910-1915) sostenía que los delirios estaban “confinados a morbosas interpretaciones de eventos de vida reales que se entrelazaban entre sí a través de una lógica coherente, extendiéndose gradualmente hasta incluir eventos de vida recientes donde las contradicciones se aprendían y se explicaban a través del mismo delirio”. La distinguió tanto de la Psicosis Maniaco-Depresiva (Trastorno Bipolar) como de la Dementia Praecox (Esquizofrenia), de la cual se diferenciaba por la ausencia de un trastorno de la voluntad y por la integridad de la personalidad. Estableció al mismo tiempo una primitiva clasificación de los contenidos delirantes en persecutorio y grandioso (a menudo coexistentes) erotomaniaco, celotípico e hipocondriaco. Finalmente la separó también de la Parafrenia, que se caracteriza por la presencia de delirios de contenido fantástico, acompañados de alucinaciones y con un deterioro progresivo de la personalidad.

El pensamiento Kraepeliniano fue puesto en discusión por parte de varios autores como Bleuer (Bleuer, 1911), que aceptó para el diagnóstico la presencia de alucinaciones, reconduciendo la Paranoia a una forma atenuada de Esquizofrenia y Schneider (Schneider, 1923), quien la definió como un “tipo periférico” de la psicosis esquizofrénica. En la línea de estas controversias los cuadros paranoicos constituirían la expresión de formas paucisintomáticas de Esquizofrenia relacionadas con la lenta evolución de un proceso que no evolucionaría al típico deterioro de la personalidad (Gruhle, 1922) o incluso el “resultado” de impulsos esquizofrénicos abortivos y no defectuosos (Berzer, 1903).

Introducción

Con la publicación de “Notas Psicoanalíticas sobre un relato autobiográfico de un caso de Paranoia” Sigmund Freud (Freud, 1911) aportó una contribución fundamental a los mecanismos etiopatogénicos subyacentes al Trastorno Delirante. A través del análisis de las memorias de Daniel Paul Schreber, juez de la corte de apelación de Dresden, intentó construir una teoría psicodinámica que pudiese explicar la formación del delirio.

De hecho, teorizó que en la Paranoia predominaría el mecanismo psíquico de la negación y proyección de conflictos inconscientes (negar y/o atribuir modificaciones internas a causas externas), donde los temas delirantes simbolizarían las defensas contra pulsiones homosexuales latentes y la fijación se anclaría, por un mecanismo de regresión, en la etapa narcisista, entre el autoerotismo y el amor de objeto. En los pacientes afectados por tal condición psíquica, un evento traumático inductor de un “aumento de la energía libidinal” podría precipitar el comienzo de una insidiosa trama delirante, que se desarrollaría como defensa de una moción homosexual inconsciente. A través de la contradicción de la proposición “yo (varón) lo amo (varón)” entenderíamos el delirio de persecución como “yo no le amo a él, yo le odio” y el delirio de grandeza como “yo no le amo a él, me amo a mí mismo”. En el primer caso, dado que el odio es un sentimiento inaceptable a nivel consciente, es convertido en “él me odia, (me persigue) a mí”. Por otro lado, la megalomanía se explicaría por una retirada de libido desde el mundo exterior hacia el yo, hipertrofiándolo.

Después de Freud, otros autores psicoanalíticos han insistido en la importancia de la patología narcisista en la etiopatogenia de la Paranoia, que se manifestaría por repetidos daños al self en desarrollo (Kohut, 1971).

A tal propósito, resulta interesante citar el trabajo realizado por Javier Fernández Soriano (Fernández Soriano, 2012) sobre el caso de Aurora Rodríguez Carballeira, parricida paranoica que, en el culmen de un delirio de persecución y grandeza enraizado en la teoría eugenésica, asesinó en 1933 a su hija Hildegart. A través de un detallado análisis psicobiográfico sobre la vida de Aurora, según tal autor, es posible vislumbrar el hilo rojo que conecta el delirio paranoico con una patología narcisista “de déficit”, consecuencia de una carencia de las imprescindibles buenas relaciones con las personas del entorno, a partir de las primeras etapas de vida.

La característica esencial de estos pacientes es un profundo sentimiento de vulnerabilidad narcisista que se manifiesta a través de la arrogancia y de la grandiosidad, como estrategias defensivas para tapar un núcleo de vergonzosa humillación.

“Qué hace este aquí? Estaré ciega, pero no tonta, mi cerebro es poderoso, aún soy capaz de discurrir... de atar cabos. Será uno de ellos, ellos no me han olvidado, nunca han dejado de perseguirme” son las palabras que Almudena Grandes (Grandes, 2020), en su novela -La madre de Frankenstein-, confiere a Aurora, durante la primera entrevista psiquiátrica con el doctor Velázquez. Y sigue: *“No estoy loca, maldita paranoia, quiero ser vituperada pero no compadecida”* aludiendo al hecho de que prefería ser tratada como una asesina (fuerte y poderosa) antes de soportar la vergüenza de ser una enferma mental. En la línea de este pensamiento ha sido definida por Noemi Alameda (Alameda Losada, 2022) *“La Narciso española”*.

Para concluir, podemos afirmar que los paranoicos son personas que no han podido estructurar correctamente su narcisismo y viven angustiados por sentimientos inconscientes de fragilidad y vergüenza que intentan compensar con actitudes grandiosas.

Durante gran parte del siglo XX el concepto de Paranoia cayó en un lento e inexorable olvido nosográfico por ser englobado en el espectro esquizofrénico. Sólo al principio de los años '80, Kendler (Kendler, 1980) y Munro (Munro, 1982) empezaron una revisión clínica y terminológica, proporcionando las bases para una sucesiva clasificación de la Paranoia definiéndola como *“Trastorno Delirante”*. Esta entidad clínica apareció por primera vez en el DSM III-R (1987).

Kendler (Kendler, 1980) propuso los siguientes criterios diagnósticos:

- 1) Comienzo antes de los 60 años
- 2) Delirios no bizarros y persistentes con ideas de referencia que tienen que estar presentes como mínimo 2 semanas
- 3) Ausencia de alucinaciones
- 4) Ausencia de síndrome depresivo comórbido
- 5) Ausencias de síntomas esquizofrénicos

6) Ausencia de síndrome psico-orgánico

Riding y Munro (Riding & Munro 1975), por otro lado, subrayaron la posibilidad de síntomas depresivos y describieron una particular forma de paranoia: la psicosis monosintomática hipocondriaca. A partir de entonces la autonomía nosográfica de la Paranoia ha permanecido inalterada hasta la actualidad. El DSM V (2013) la incluye en la sección de psicosis y para emitir el diagnóstico de Trastorno Delirante se deben cumplir los siguientes criterios:

- A. Presencia de uno (o más) delirios de un mes o más de duración.
- B. Nunca se ha cumplido el criterio A de esquizofrenia (DSM V). Las alucinaciones, si existen, no son importantes y están relacionadas con el tema delirante (p.ej., la sensación de estar infestado por insectos asociada a delirios de infestación)
- C. Aparte del impacto del delirio o sus ramificaciones el funcionamiento no está muy alterado y el comportamiento no es manifiestamente extravagante o extraño.
- D. Si se han producido episodios maníacos o depresivos mayores han sido breves en comparación con la duración de los periodos delirantes.
- E. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra afectación médica y no se explica mejor por otro trastorno mental, como el dismórfico corporal o el trastorno obsesivo-compulsivo.

A diferencia del DSM V (2013), para la CIE-11 (2019) es necesaria la presencia de un cuadro clínico de tres meses de duración para realizar un diagnóstico fiable.

Bajo un punto de vista psicopatológico el delirio paranoico es un delirio crónico en su evolución, sistematizado y encapsulado, con fuertes nexos asociativos, que se desarrolla característicamente en ausencia de deterioro de la personalidad (a diferencia del delirio esquizofrénico). Su modalidad de estructuración es gradual, progresiva y se desarrolla a partir de una personalidad premórbida y tiende a expandirse de manera centrífuga, englobando la vida entera de la persona. Es una existencia devorada por el delirio (Borgna, 2000).

Por lo que concierne al contenido del delirio este puede ser de varios tipos:

- 1) persecutorio
- 2) erotomaníaco

- 3) grandeza
- 4) celos
- 5) somático
- 6) mixto

Algunos autores (Yamanda et al., 1998) sostienen que el contenido del delirio está relacionado con la edad de debut de la enfermedad, prevaleciendo los temas persecutorios en mediana edad, los de celos en edad más avanzada (donde las relaciones humanas se circunscriben a la relación tú-yo conyugal) hasta centrarse en temas de envenenamiento en la edad extrema.

1.2 Confusión de Términos

Hoy en día permanece un problema de nomenclatura acerca de las manifestaciones paranoides y su significado, motivo por el cual resulta necesario aclararlo en la siguiente tabla.

Tabla 1. Manifestaciones Paranoides

Término	Descripción
Trastorno delirante	Término actual utilizado por el DSM V para definir lo que antiguamente se nombraba como "Paranoia"
Trastorno por ideas delirantes	Término actual utilizado por la CIE 11 para definir lo que antiguamente se nombraba como "Paranoia"
Paranoia	Vocablo antiguo utilizado para referirse a un cuadro insidioso en el cual el paciente presenta un delirio inamovible, pero sin compromiso del pensamiento. A pesar de que ha sido sustituido en las recientes clasificaciones por los términos "Trastorno Delirante y Trastorno por ideas delirantes" en la actualidad se sigue utilizando, para hacer referencia a ese trastorno.
Paranoico	Adjetivo para calificar a las personas con Paranoia

Paranoide	Término amplio que significa receloso. Es un recurso clínico que se emplea para describir manifestaciones objetivas y subjetivas que se catalogan como psicopatológicas. No implica ningún cuadro concreto.
Delirio paranoide	Se refiere a los delirios de persecución y grandeza, por su ocurrencia en la Esquizofrenia paranoide. El DSM aconseja abandonarlo
Personalidad paranoide	Rasgos perturbables de personalidad donde predomina la desconfianza y la suspicacia no atribuibles a un cuadro clínico concreto. Cuando estos rasgos son intensos y se asocian a un deterioro en el funcionamiento socio-laboral del paciente representa el núcleo del Trastorno de Personalidad Paranoide
Síndrome paranoide	Término que se aplica a la constelación de manifestaciones paranoides que aparecen juntas y derivan de fuentes múltiples incluyendo la depresión, enfermedades médicas, trastorno inducidos por sustancias y psicosis
Parafrenia	Vocablo antiguo para referirse a cuadros intermedios entre la Esquizofrenia y la Paranoia, con características de ambos.

Adaptado de la tabla 2. del Manual sobre Trastorno Delirante (De Portugal & Cervilla, 2004)

Para evitar redundancias u otras expresiones tautológicas en la redacción de este trabajo, utilizaré los términos Paranoia, Trastorno Delirante y Trastorno por ideas delirantes como sinónimos.

1.3 Aspectos Epidemiológicos

El recelo y la desconfianza de este tipo de pacientes han hecho que el grado de conocimiento acerca de las estadísticas poblacionales sobre el Trastorno por ideas delirantes no sea conocido de manera fiable. Por lo general, podemos afirmar que se trata de una enfermedad poco frecuente, con una prevalencia mucho más baja que la objetivada en otros trastornos psicóticos, como la Esquizofrenia (Kendler, 1982; Manschreck, 2006).

La prevalencia se estima entre el 0,03% y el 0,2 % (González Rodríguez et al., 2021; Johnstone et al., 2010; Persel et al., 2007), aunque algunos estudios afirman que en realidad es mucho mayor, sobre todo en pacientes hospitalizados y en los centros penitenciarios (ascendería al 0,24%).

Según algunos autores (Crowe et al., 2008) la incidencia sería de 0.7-3 casos por 100000 habitantes, aunque podría alcanzar cifras hasta 15 /100000 en la tercera edad. Una investigación más reciente estimó una prevalencia de 10 casos por cada 100000 habitantes en el ámbito de las Urgencias y una incidencia estimada de 4 casos por cada 100000 habitantes con una ratio mujer : hombre de 1,2:1 (Gonzalez Rodriguez et al., 2021).

La enfermedad suele aparecer en la edad media, con un pico máximo entre los 35 y 55 años. Aunque la distribución del sexo es de un ligero predominio en la población femenina, esta va ligada al subtipo, siendo el persecutorio más frecuente en varones y el erotomaniaco e hipocondriaco más frecuente en mujeres (Retterstol, 1998; Munro, 1999).

A nivel social afecta a los estratos menos favorecidos económicamente o a personas por lo general aisladas o que por iniciativa propia se han aislado por circunstancias vitales (como separados, viudos y marginados). A pesar de esto se han descrito casos también en personalidades narcisistas, exitosas socialmente y de alto nivel sociocultural, como los protagonistas de las novelas citadas con anterioridad (Aurora Carballeira, Ernst Wagner y el Dr. Schreber).

1.4 Paranoia como rasgo: el espectro paranoide

Muy pocos términos psiquiátricos han sufrido tantas variaciones de significado como la Paranoia. El interés que desde siempre ha acompañado a esta locución se debe al hecho de que los delirios paranoicos parecen delinear una especie de forma límite entre el pensamiento común y el pensamiento delirante.

Introducción

El elemento central está representado por una creencia persecutoria que incluye vivencias autorreferenciales asociadas a una hipersensibilidad interpersonal y a desconfianza. Esta convicción tiene dos características fundamentales: la creencia de que se va a sufrir algún daño y que este daño es provocado por alguien de forma intencional (Freeman & Garety, 2000).

Como “rasgo del carácter” la paranoia se manifiesta con una intensidad más o menos marcada en la población general, dado que los rasgos paranoides se pueden rastrear a lo largo de un continuum de gravedad que va desde estilos de vida relativamente inocuos hasta graves estados psicóticos.

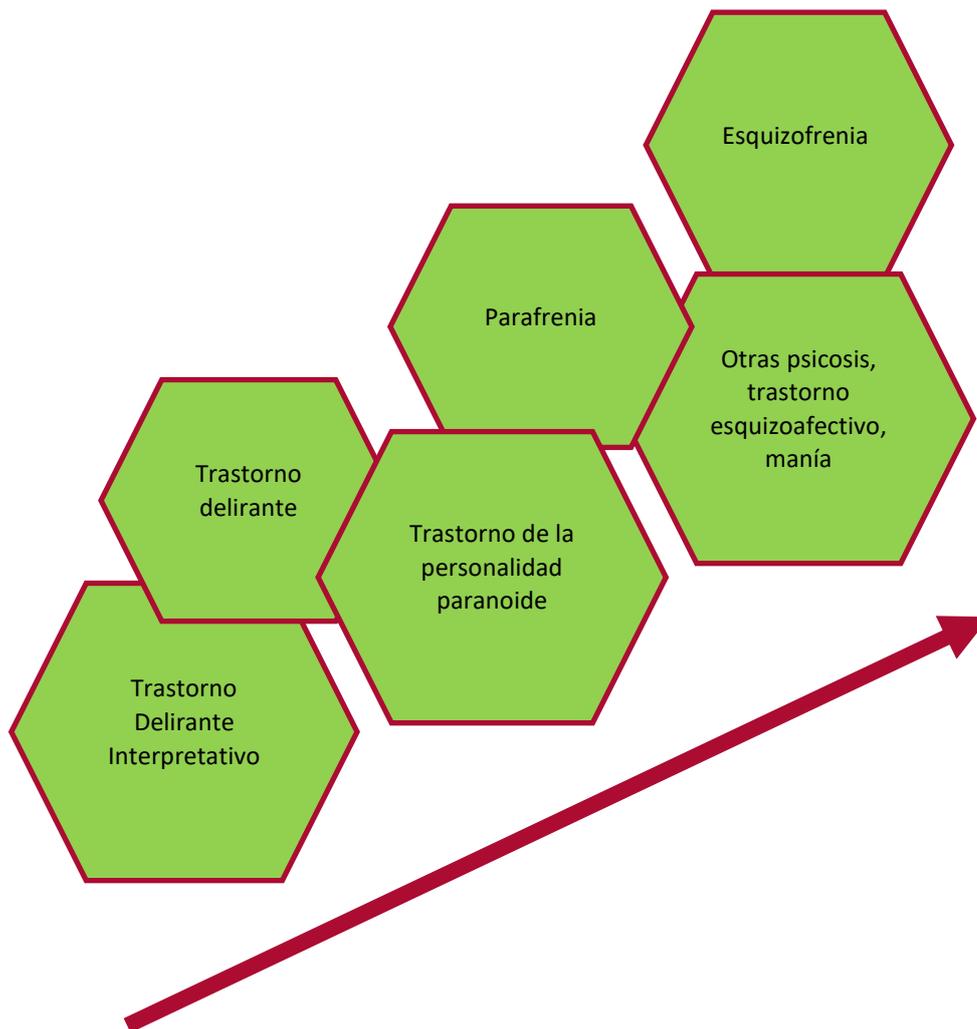
En la línea de estas consideraciones algunos autores (Bebbington et al., 2013; Freeman, 2016) afirman que la paranoia puede entenderse como una dimensión psicológica que en casos extremos alcanza niveles psicopatológicos disfuncionales. Según otros (Muñoz-Negro et al., 2015) esta “dimensión paranoide” se encuentra también en la mayoría de los trastornos psicóticos en diferente grado. Estas suposiciones las corroboran estudios anteriores (Munro, 1997) que habían teorizado que la Paranoia y la Esquizofrenia Paranoide corresponderían a polos opuestos de un continuum de síndromes psicóticos donde los delirios son la característica cardinal.

Según Otto Kernberg (Kernerbg, 1970) este continuum incluiría también el Trastorno de la personalidad paranoide.

Desde una perspectiva epistemológico-psiquiátrica, Fried y Agassi (Fried & Agassi, 1976) sostienen que la paranoia se configuraría como una posibilidad extrema, un caso límite y por ello problemático de cara a constituir un interesante objeto de investigación para estudiar un ámbito clínico donde convergen normalidad y enfermedad, trastornos del pensamiento y trastornos afectivos (Ballerini & Rossi Monti, 2011).

Esta frontera entre normalidad y locura, expresión de una particular manera de pensar y de ser, hace de la Paranoia una entidad privilegiada de indagación pese a su extremada rareza.

Figura 1: Teoría del Continuum de la Paranoia



Adaptado de J. Cervilla

1.5 Paranoia y personalidad

A partir del concepto de “comprensibilidad Jasperiana” Vallejo-Nagera (Vallejo-Nagera, 1957) propuso distintas formas de Paranoia:

- desarrollos paranoicos, caracterizados por delirios crónicos psicológicamente comprensibles y relacionados con eventos vitales que se estructuran a partir de una predisposición temperamental (paranoia)

Introducción

- procesos paranoicos, donde las convicciones delirantes se formarían en ausencia de predisposiciones constitucionales y conexiones con eventos vitales concretos (Esquizofrenia)
- paranoias fásicas, concomitantes con fases distímicas
- paranoias psicogenéticas, reactivas a eventos de vida reales y/o a contextos frustrantes (personalidades sensitivas)

En la línea de estos autores, Kraepelin (1909-1915) y Kretschmer (1918) insistieron en la relación entre Paranoia y personalidad premórbida predisponente. Según ellos, el rasgo característico emergente es el fanatismo, es decir, un grandioso sentimiento de certeza que no deja vislumbrar ningún resquicio de duda y que lleva a la incontestable formulación de juicios erróneos. Describen el paranoico como un individuo que se caracteriza por una extrema rigidez cognitiva, asociada a desconfianza y suspicacia.

A pesar de que Kraepelin intuyó las profundas conexiones entre paranoia y personalidad, Tanzi y Lugaro (Tanzi & Lugaro, 1926) identificaron un continuum entre carácter y desarrollo del delirio paranoico. De hecho, evidenciaron específicos rasgos temperamentales (elevada autoestima y recelo) que constituirían una serie de factores fundamentales implicados en el determinismo de la Paranoia.

En la línea de estos autores, Gaupp (Gaupp, 1920) y Kretschmer (Kretschmer, 1934) concordaban en el hecho de que la paranoia fuese “el resultado” de un desarrollo psicológico (hasta metas delirantes) de particulares estructuras de personalidad, bajo la influencia de algunos “erlebnisse”, es decir vivencias.

Kretschmer (Kretschmer, 1918) contribuyó de manera esencial e innovadora a la correlación vigente entre paranoia y personalidad.

Describió una particular forma de delirio definido “delirio de relación del sensitivo” (*sensitive beziehungswahn*), llamado así porque es vivido por el sujeto como una experiencia crucial dentro de una relación con una persona o un grupo.

Es decir, se trata de un delirio concéntrico en el cual el individuo se percibe como el centro de una experiencia amenazante que le envuelve y donde las ideas y la experiencia se quedan colgadas en un determinado evento de su vida que representa la experiencia

patógena primaria. Esta formación delirante se activa en personas que manifiestan una peculiar tendencia a la elaboración íntima de estímulos externos como consecuencia de un evento rico en contenido afectivo, realmente vivido o simplemente temido o deseado. En estos individuos, intrínsecamente “sensitivos”, con rasgos pesimistas y narcisistas, conviven intensos contrastes entre disposiciones estéticas (ambición, sentimientos de superioridad, agresividad latente) y actitudes asténicas del carácter (timidez, sentimientos de inseguridad y de vergüenza). Esta antitética condición de conflictos internos, por un exceso de tensión afectiva, se refleja en el mundo externo, constituyendo el substrato psicopatológico del delirio, donde el elemento desencadenante es representado por un evento de vida real.

Y es este “evento clave” el que, como diría Kretschmer, *“abre el acceso al carácter... tanto que entre evento clave y carácter hay la misma correspondencia que entre llave y cerradura”*. El ambiente y la experiencia vivida serán los otros dos elementos fundamentales para que se desarrolle el delirio, que estará acompañado por un intenso cuadro emotivo dominado por profundos sentimientos de vergüenza.

Según Kretschmer (Kretschmer, 1918) una atenta y minuciosa valoración de la relación entre vergüenza y delirio permite acceder a la comprensión de este. Solo recorriendo junto al paciente las etapas evolutivas de la trama delirante, será posible captar su significado, que estará intrínsecamente unido a la historia personal del sujeto.

De esta forma, el trenzado entre carácter, experiencia vivida y ambiente representa la clave de lectura para comprender el desarrollo del delirio.

En este sentido Kretschmer profundiza en el concepto de comprensibilidad Jasperiana, dado que considera el contacto empático psicoterapéutico como la única herramienta clínica para acceder al delirio. De esta manera se podrá delinear el hilo rojo de significatividad que conecta toda la constelación de “erlebnisse” con la historia vital de la persona, su visión del mundo y sus modelos de funcionamiento, incluidas sus defensas y fallos.

A tal propósito resulta interesante citar el trabajo de Robert Gaupp (Gaupp, 1920) sobre Ernst Wagner, profesor y dramaturgo que, en el culmen de su delirio, asesinó entre el 4

Introducción

y 5 septiembre de 1913 a su mujer, a sus cuatro hijos y a varias personas en Degerloch, un pueblo del sur de Alemania.

El informe pericial redactado por Gaupp (Gaupp, 1920) representa uno de los trabajos más interesantes de toda la historia de la psiquiatría y nos permite acercarnos al delirio sensitivo de referencia y a la paranoia en general. De hecho, a través de un detallado análisis psicobiográfico y aprovechando las memorias autobiográficas y la tragedia “The Wahn” escrita por el mismo Wagner (Wagner, 1921), delineó los puntos salientes de esta enfermedad; un evento clave, vivido durante su adolescencia y relacionado con prácticas de onanismo, selló la vivencia de “vergonzosa humillación”, provocando una herida narcisista dentro de su personalidad sensitiva: al parecer un compañero del colegio había dejado escrito “despiértate” en el espejo de su habitación, a lo cual nuestro protagonista atribuyó, sin ninguna duda, un significado de burla sobre su práctica autoerótica: es la significación personal premórbida (*krankhafte eigenbeziehung*).

A partir de este momento Ernst empezó a pensar que todo el mundo estaba en conocimiento de su moral sexual pecaminosa, e invadido por sentimientos de culpa y vergüenza, desarrolló un cuadro delirante que le llevó a realizar, años más tarde, el asesinato en masa arriba descrito. Asesinato que plasmó en las palabras de Ludwig II, componiendo la tragedia de “The Wahn” (Wagner, 1921).

Esta obra constituye un documento único en su género: un delirante de persecución y grandeza (Wagner) habla de otro delirante de persecución y grandeza (Ludwig).

Afirmaba, *“persecución y grandeza suelen presentarse juntas, son como el sonido y su eco, como el ir y volver del péndulo, pero lo que es esencial es el sentirse perseguido... el delirio de persecución es el rostro, la esencia y el delirio de grandeza es la máscara, la apariencia”*.

Esta manera de delirar reconduce inevitablemente al concepto más moderno de psicosis reactiva introducido por la psiquiatría escandinava, según el cual el delirio se instalaría en personalidades vulnerables como consecuencia de traumas ambientales, que explicarían tanto el comienzo como sus fluctuaciones (remisiones y recaídas) y su fin. De hecho, no es casualidad que tanto Kretschmer como varios autores escandinavos

(Stromgren, 1945; Hirsch, 1982) insistan en el buen pronóstico de estos síndromes paranoides, cuya etiopatogenia, según otros (Segarra, 2020) tendría una connotación más bien afectiva que psicótica.

Esta revolución nosográfica cambiaría también el enfoque terapéutico, promoviendo la psicoterapia como abordaje principal, combinada con tratamientos farmacológicos ansiolíticos y/o antidepresivos (Segarra, 2020).

1.6 Psicopatología y Fenomenología de la Paranoia

El delirio representa el síntoma más llamativo de la psicopatología de la Paranoia y constituye, tanto en sus formas más explícitas como en las más evanescentes, el elemento cardinal de la locura.

Jasper (Jasper, 1913) lo definió como una falsa creencia que se caracteriza por cuatro aspectos fundamentales: la incorregibilidad, la convicción, la persistencia y la imposibilidad del contenido. A partir de entonces, esta visión ha sido ampliamente sostenida, definiendo los delirios como ideas cualitativamente diferentes de las creencias normales que presentaban la profunda dicotomía del “todo o nada”.

En los últimos años se han desarrollado varias hipótesis que intentan flexibilizar este axioma actualizándolo a la psicopatología contemporánea. El DSM V (2013) habla de inferencia incorrecta acerca de la realidad externa que se sostiene con firmeza a pesar de pruebas incontrovertibles que indican lo contrario, pero subraya que esta creencia no tiene que ser normalmente aceptada por otros miembros de la cultura o subcultura de la persona, destacando la importancia de los factores sociales en la definición de este síntoma. Además, bajo un punto de vista clínico, resulta complicado diferenciar una idea sobrevalorada de un delirio verdadero, y algunos autores (Garety & Hemsley, 1994) afirman que las cualidades que tradicionalmente habían sido aceptadas como pilares de los delirios hoy en día se consideran vetustas. Todas estas consideraciones han permitido “reducir” la naturaleza absoluta del “error del delirio” inicialmente propuesta, cuestionando el carácter dicotómico del “todo o nada”.

De hecho, en las últimas décadas, otros (Crocker et al., 1988) han afirmado que en realidad los delirios no están rígidamente fijados y que no son totalmente incorregibles,

Introducción

habiéndose demostrado en algunos casos, a través de las nuevas herramientas farmacológicas y psicoterapéuticas, una posible modificación (Kingdon & Turkington, 1994).

Por lo que concierne a los aspectos patogenéticos, Roberts (Roberts, 1992) propuso un modelo general de la formación de los delirios en tres fases:

- 1) “pre-psicótica”, donde destacarían los factores predisponentes (tendencia al pensamiento mágico y a un mecanismo de defensa de proyección y negación) y precipitantes (eventos vitales traumáticos, tóxicos, síndromes orgánicos etc).
- 2) “aguda”, que se subdivide en prodrómica (estado de alerta con angustia psicótica y humor delirante) y en una fase de elaboración de delirios simples a los cuales el individuo empieza a atribuir un significado.
- 3) “crónica”, que consiste en la elaboración de un sistema delirante propiamente dicho.

Ciñéndonos a la Paranoia, el sistema delirante tiene algunas características específicas:

- 1) Es estable y se expresa con intensa emoción y una lógica consistente
- 2) Es encapsulado y esto permite al paciente mantener un funcionamiento normal, sobre todo en las primeras fases de la enfermedad.
- 3) Los síntomas nunca remiten, pero el paciente puede mantener un cierto nivel de insight que le consiente ocultar los delirios.

Otro aspecto interesante es el tema de la comprensibilidad.

Según Schneider (Schneider, 1923) el delirio primario, ergo psicótico, es por definición inmotivado e inexplicable. La escuela de Heidelberg distinguía las experiencias delirantes de las símil-delirantes en base al principio de comprensibilidad genética de Jasper, según el cual tal “especial manera de creer” constituye un delirio solo cuando carece de motivación y deducibilidad. Si estas existieran no estaríamos frente a un delirio sino a una reacción deliroide.

A pesar del valor descriptivo y heurístico de estas consideraciones, en las últimas décadas la introducción del concepto de psicosis reactiva (que tiene sus raíces en la

escuela de Tubinga de Gaupp y Kretschmer) ha empezado a poner en discusión dogmas antes considerados “intocables”. De hecho, Kretschmer (Kretschmer, 1934) insiste en la importancia de las vivencias (*erlebnisse*) y en su resonancia y comprensibilidad histórico-genética a partir de la personalidad y del mundo de la experiencia.

Sin embargo, el esfuerzo por una comprensión del delirio a partir de una personalidad predisponente tiene bastantes limitaciones: si por un lado la historia psicobiográfica de un individuo nos ayuda a entender el contenido del delirio, por otro lado, resulta complicado hacer comprensible “el hecho de que el delirio existe”.

Frente a esta incomprensibilidad, el enfoque fenomenológico ha contribuido de manera fundamental, proponiendo una clave de lectura alternativa de la experiencia delirante que prescinde del criterio de ininteligibilidad (Ballerini & Rossi, 2011).

Considerando que la conciencia implica siempre una capacidad de significar y comunicar, se puede afirmar que también el mundo psicótico incluye una específica significatividad. El problema, como afirma Callieri (Callieri, 1982), es “si podemos superar el punto ciego del “primario e inexplicable”, articulando una ulterior posibilidad de comprensión fenomenológica reflexiva, pasando por el hecho psicopatológico como “signo” de un proceso al “símbolo” donde las formas, y no solo los temas, mantienen su valor significante.

Apoyándose en la doctrina Heideggeriana, Binswanger (Binswanger, 1963) afirmó que existe una vía de comprensión fenómeno-antropológica del delirio. Es decir, a través del método *daseinsanalítico* (análisis de la existencia) es posible delinear las maneras de ser de la experiencia delirante con el objetivo de captar “*auffassen*” la estructura del mundo psicótico. Además, describió las diferencias entre la comprensión “*juzgante*” de la psicopatología clínica por un lado y la *aprensión* por la manera de ser de un individuo, aunque enfermo mental, por el otro. En este segundo sentido se puede entender el delirio como una “particular forma de ser de la humana presencia” ya que las estructuras existenciales que en este se vislumbran, son las mismas de cualquier otra persona.

De hecho, el “ser en el delirio” puede entenderse como una forma límite del nuestro “*a priori* ser en el mundo”, es decir de nuestra constitutiva vocación de coexistencia (Ballerini & Rossi Monti, 2011).

Introducción

Aún hoy en día la psiquiatría utiliza la palabra delirio (*wahn*) para hacer referencia a un síntoma, desde luego importante y necesario en términos diagnósticos, pronósticos y terapéuticos. Pero, ciñéndonos a esta forma de pensar, nos arriesgamos a reducir el “ser-individuo” de quien delira a una cosificación simplista de un concepto mucho más profundo.

Por ende, la corriente daseinsanalítica propone aprender el fenómeno en su esencia, considerándolo una forma que siempre expresa una manera de devenir, o como diría Bergson (Bergson, 1913): *“un hacerse que se desarrolla en términos de existencia, o más bien de existencia fracasada”*.

Estas consideraciones nos permiten analizar el “caso Wagner” bajo un punto de vista diferente. De esta forma entenderemos la figura de Ludwig II como un frágil disfraz detrás del cual se esconde su dolorosa existencia. Y esta máscara es la herramienta a través de la cual Wagner se protege, una síntesis ingenua entre disimulación y simulación (Bacherlard, 1944) que remonta a la voluntad de “ser otro diferente con respecto a lo que es”, o utilizando sus palabras: *“pequeño en la vida de todos los días y grande sólo en los sueños”*. Estas ideas grandilocuentes que representan la máscara cubrirían, según Kretschmer (Kretschmer, 1934), la esencia, es decir la vivencia de ser perseguido, que a su vez remontaría a sentimientos de vergonzosa insuficiencia.

Sandler (Sandler, 1986) habla de una función giroscópica, estabilizadora y adaptativa de la fantasía de una vida psíquica normal, que entra en crisis cuando aumenta el nivel de ansiedad u otros estados afectivos que no se pueden contener y emerge el pánico. Sería en este momento cuando el individuo pone en marcha modificaciones radicales con el objetivo de “preservar un sentimiento de seguridad y de cohesión del sí mismo”, modificaciones que comportan un alejamiento de la realidad. Ronald Laing (Laing, 1960) profundiza estos conceptos en su obra “El Yo dividido”.

En este sentido podemos entender el delirio no solo como un hecho morboso sino también como expresión de la lucha que la humana presencia (*dasein*), abrumada del mundo, conduce para poderse de alguna forma, preservar (Cargnello, 1984).

“La verdadera locura quizá no sea otra cosa que la sabiduría misma que, cansada de descubrir las vergüenzas del mundo, ha tomado la inteligente resolución de volverse loca” escribía Heinrich Heine.

No creo que sea casualidad que Torcuato de Tena (Torquato de Tena, 1979) cite al poeta en el prefacio de *Los Renglones torcidos de Dios*, cuya protagonista Alice Gould, padece de Paranoia.

1.7 La hipótesis afectiva de la Paranoia

Aunque los síntomas afectivos pueden estar presentes en los pacientes con Trastorno Delirante y al revés, este puede manifestarse en comorbilidad con los trastornos del ánimo, por la influencia dicotómica Kraepeliniana la Paranoia fue clásicamente descrita como una psicosis no afectiva.

Sin embargo, varios autores recondujeron la enfermedad a un substrato psicopatológico holotímico. Spetch (Spetch, 1905) fue el primero que propuso la hipótesis según la cual todas las psicosis podían ser sostenidas por alteraciones del estado de ánimo. De hecho, puso en evidencia la asociación entre cuadros depresivos y síntomas hipomaníacos en pacientes con Trastorno Delirante y describió la Paranoia como una manifestación particular de la Psicosis maniaco-depresiva, comparable a un estado de “manía crónica”. Además, afirmó que algunos cuadros maníacos podían evolucionar de forma “favorable” conduciendo a la permanente instalación de un delirio paranoico.

Kleist (Kleist, 1913) apoyo esta teoría planteando que la paranoia se desarrollaría a partir de un primitivo trastorno del humor y años más tarde Winokour (Winokour, 1977) y Kendler (Kendler, 1980) evidenciaron la importancia de los síntomas afectivos en estos pacientes.

Finalmente, la introducción del concepto de Trastorno Esquizo-Afectivo (Kasanin, 1933) rompió el rigor nosológico Kraepeliniano, subrayando la trascendencia de los síntomas holotímicos en la psicosis.

Más recientemente, este concepto ha sido ampliado y profundizado por otros autores. Berner (Berner, 1987) y Shanda (Shanda, 2000) enfatizaron la relevancia psicopatológica de la disforia, entendida como un “tercer polo afectivo” caracterizado por un

sentimiento de tonalidad desagradable asociado a una componente de irritabilidad, por la cual el individuo tiende a reaccionar de forma exagerada a los estímulos externos.

1.8 El estado del arte

Según el sistema nosográfico actual (DSM V, 2013) la presencia de síntomas afectivos no es un criterio fundamental para el diagnóstico del Trastorno delirante.

A pesar de esto, varios estudios han subrayado la frecuente comorbilidad entre trastornos del ánimo y Paranoia (Marino et al., 1993; Peralta et al., 2016).

De hecho, ha sido descrita una población de pacientes diagnosticados de Trastorno Delirante que presentaban formas recurrentes de cuadros afectivos, donde el comienzo de estos puede preceder muchos años al debut del cuadro psicótico.

Otros trabajos (Maina et al., 2001) evidenciaron que la edad de comienzo del cuadro delirante en pacientes que tenían alguna comorbilidad con un trastorno afectivo era más precoz con respecto a los trastornos delirantes “puros”.

Aún más recientemente, se ha elucidado la importancia de los estados anímicos en el desarrollo y mantenimiento de los delirios (Bentall et al., 2009; Tewuissen et al., 2011) y se ha identificado, a través de estudios de análisis factorial, una “dimensión depresiva” en el Trastorno Delirante, sugiriendo una sustancial heterogeneidad en la psicopatología de la Paranoia (Serretti et al., 1999; Muñoz-Negro et al., 2015).

De esta manera, el concepto actual de Trastorno Delirante incluiría diferentes dimensiones psicopatológicas como la paranoide, la cognitiva, la esquizoide y la afectiva (De Portugal et al., 2013).

Evidencias empíricas recientes han demostrado las conexiones entre la afectividad y la paranoia que constituirán una especie de “continuum” (Freeman et al., 2011; Flower et al. 2012; Wigman et al., 2012). Este hallazgo concuerda con otro estudio según el cual los pensamientos paranoides subyacen a una dimensión afectiva inherente dentro de un mismo continuo sintomatológico (Bebbington et al., 2012).

Ejemplos de tales dimensiones sintomáticas se encuentran en los modelos propuestos por Keyes (Keyes et al., 2013), quien sugiere que los trastornos del pensamiento son un

componente más de una “dimensión internalizadora” más amplia que se presenta dentro de un variado espectro de patologías.

En la línea de estas consideraciones podemos afirmar que a la base del Trastorno Delirante subyace una dimensión afectiva que contribuye al desarrollo del delirio.

Por otro lado, algunas investigaciones se centraron en determinar la comorbilidad del Trastorno Delirante con patologías del eje II (De Portugal et al., 2013). De hecho, se ha demostrado que en estos pacientes el Trastorno de la personalidad más frecuente es el Trastorno Paranoide, seguido por el Esquizoide, Obsesivo-compulsivo y por Evitación.

Además, la presencia por lo menos de un trastorno de la Personalidad comórbido parecía asociarse a puntuaciones psicopatológicas más altas en la dimensión sintomatológica afectiva, caracterizada por una constante ansiedad, sentimientos de culpa, depresión y preocupaciones somáticas (De Portugal et al., 2013). Contrariamente a los resultados esperados, la presencia de un trastorno de la personalidad comórbido no se relacionó con un peor funcionamiento psico-social (Rodríguez-Solano & De Chávez, 2005).

Otro estudio más reciente (Muñoz-Negro et al., 2019) sugiere que el Trastorno Delirante se asocia a los trastornos de la personalidad en la población general.

Sin embargo, las trayectorias psicopatológicas que conectan personalidad premórbida, afectividad y delirio siguen estando poco exploradas. Por ende, el objetivo de este trabajo es investigar una posible asociación entre estados afectivos, personalidad premórbida y la gravedad de los delirios en pacientes diagnosticados de Trastorno por ideas delirantes.

1.9 Justificación, Hipótesis y Objetivos del estudio

Justificación:

En relación con los estudios antes mencionados (Marino et al., 1993; Serretti et al., 1999; Peralta et. al, 2016) según nuestra teoría, el Trastorno por ideas delirantes no se constituiría exclusivamente a través de la formación de un delirio monosintomático, sino que la esfera afectiva jugaría un papel fundamental en la psicopatología y fenomenología del

Introducción

trastorno. A pesar de esto, las trayectorias psicopatológicas que conectan los delirios, la afectividad y la personalidad premórbida siguen estando poco exploradas.

La importancia de los síntomas afectivos en individuos predispuestos (diagnosticados de Trastorno por ideas delirantes) y las investigaciones psicopatológicas antiguas y recientes justificarían la redacción de nuestro trabajo (Bebbington et al., 2012; De Portugal et al., 2013; Freeman et al., 2015, Muñoz-Negro et al., 2015).

Hipótesis:

- 1) Específicas constelaciones de personalidad podrían tener un papel predisponente en el desarrollo del Trastorno por ideas delirantes
- 2) Una determinada y subyacente dimensión afectiva podría constituir el sustrato psicopatológico del delirio paranoico.

Objetivos:

Nuestro objetivo es investigar la relación vigente entre personalidad, esfera afectiva y gravedad del delirio en pacientes diagnosticados de Trastorno por ideas delirantes.

Profundizando en los rasgos temperamentales y la dimensión afectiva bajo un punto de vista psicopatológico y fenomenológico esperamos enriquecer la visión psicopatológica actual.

MATERIALES Y MÉTODOS

2.1 Muestra

El estudio incluye 32 pacientes que fueron atendidos, entre el año 2014 y el año 2015, en la Clínica Universitaria de Parma, cuyo diagnóstico fue Trastorno por ideas delirantes.

2.2 Criterios de inclusión

- Diagnóstico de Trastorno Delirante, según los criterios del DSM V (2013), como establecido por la entrevista clínica estructurada por los trastornos de eje I (SCID 1, DSM V)
- Edad superior a los 18 años

2.3 Criterios de exclusión

- Pacientes con una discapacidad cognitiva (con puntuaciones en el Mini Mental State Examination inferiores a 25), que podría interferir con la capacidad del individuo para rellenar los formularios
- Abuso y/o dependencias de sustancias tóxicas
- Otros diagnósticos de eje I que cursen con cuadros delirantes

Todos los pacientes han recibido una exhaustiva descripción sobre el estudio y se les ha entregado por escrito un consentimiento informado para participar en la investigación.

2.4 Procedimientos

A través de un específico módulo se han solicitado las características sociodemográficas de género, edad, nivel de instrucción, estatus laboral y civil.

Además, a todos los pacientes se les han administrado los siguientes cuatro cuestionarios: la Structured Interview for DSM-IV Personality Disorder (SIDP), la Pathological Narcissism Inventory (PNI) y la Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) que fueron empleadas en italiano y la Psychotic Symptom Rating Scale (PSYRATS) en inglés.

1) *Structured Interview for DSM-IV Personality Disorder (SIDP)*

Ha sido la primera entrevista semi-estructurada desarrollada por el diagnóstico de los trastornos de personalidad (Conti, 1999) desde el punto de vista de los pacientes. Fue sucesivamente actualizada hasta la última versión del DSM IV.

Resulta útil también para valorar rasgos de personalidad investigados en el siguiente estudio con el objetivo de relacionar personalidades premórbidas con la dimensión afectiva en el desarrollo del Trastorno por ideas delirantes (Pfohl et al., 1997).

La última versión (SIDP IV) está constituida por 101 ítems que se articulan en 10 sesiones.

El elemento más importante de esta herramienta está representado por las “secciones” que se relacionan con rasgos psicológicos específicos o aspectos temperamentales (intereses y actividades, emociones y relaciones sociales, etc).

A cada sección le corresponden los criterios de los trastornos de personalidad del DSM IV y cada criterio tiene que ser valorado en función de 4 niveles de gravedad:

- **0** = ausente o limitado a ejemplos aislados
- **1** = por debajo del umbral: aunque parcialmente presente, no suficientemente intenso o grave para satisfacer el criterio.
- **2** = presente: claramente presente la mayor parte del tiempo (es decir, más del 50 % del tiempo) en los últimos 5 años.
- **3** = extremadamente presente: asociado a malestar subjetivo o a un cierto grado de compromiso en el funcionamiento sociolaboral y en las relaciones íntimas.

Es importante tener en cuenta que las preguntas realizadas por el clínico tienen que hacer referencia al comportamiento usual del sujeto y, que antes de empezar la entrevista, hay que valorar siempre la eventual presencia de trastornos de “eje I” comórbidos que podrían interferir con la capacidad del paciente para llevar a cabo el cuestionario.

La SIDP prevé también la posibilidad de preguntar, previo consentimiento del

paciente, a un informador (familiar o persona cercana). En caso de discrepancia entre las respuestas del sujeto y las del informador, el clínico elige aquella que, según su criterio, es la respuesta más fiable. Se ha demostrado (Conti, 1999) que de esta manera se mejora la fiabilidad del diagnóstico de los trastornos de personalidad.

Necesita 30 minutos para ser rellenado.

(ver anexo 3)

2) *Pathological Narcissism Inventory (PNI)*

A pesar de que históricamente el narcisismo patológico ha suscitado un gran interés bajo un punto de vista psiquiátrico (Pincus & Lukowitsky, 2010), durante mucho tiempo este concepto ha sido insidioso de definir. El principal obstáculo en la elaboración de esta entidad reside en la divergencia entre los modelos taxonómicos y los modelos fenotípicos; de hecho, el Trastorno narcisista de la personalidad describe exclusivamente las manifestaciones clínicas relacionadas con las ideas de grandiosidad narcisista. Sin embargo, las evidencias empíricas sugieren la existencia de dos formas diferentes de narcisismo: la grandiosa y la vulnerable (Cain et al., 2008). En base a estas consideraciones ha sido propuesta recientemente una nueva escala psicométrica que valora el narcisismo patológico en un sentido multidimensional: la PNI (Pincus et al., 2009).

De hecho, se trata de un cuestionario que permite analizar, a través de un auto test que contiene 52 ítems, 7 dimensiones del narcisismo patológico.

Pueden ser examinadas de esta forma tanto las temáticas relacionadas con la grandiosidad narcisista (explosividad, fantasía grandiosa, exhibicionismo etc) como aquellas relacionadas a la vulnerabilidad narcisista (autoestima, debilidad del yo, desvalorización etc).

(ver anexo 3).

3) *Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)*

Se trata de la herramienta psicométrica más utilizada para analizar los estados afectivos de la escala del humor que pueden referirse a dos dimensiones distintas e independientes: el afecto positivo y el afecto negativo.

El cuestionario está constituido por 20 adjetivos: 10 por la sub-escala del afecto positivo (PA) y 10 por la sub-escala del afecto negativo (NA).

El sujeto tiene que valorar cuánto se identifica con el modo descrito por el adjetivo contestando sobre una escala Likert de 5 puntos: (1= para nada, 2= poco, 3= moderadamente, 4 = bastante, 5= mucho).

La PA mide el grado de los estados emocionales positivos (divertimiento, euforia, fuerza, orgullo, vivacidad, determinación, atención y activación), donde un alto nivel de PA corresponde a un individuo lleno de energía, concentración y vitalidad (extroversión), mientras que un bajo nivel de PA se caracteriza por tristeza.

La NA, al revés, valora el grado de estados emocionales negativos (preocupación, hostilidad, irritabilidad, agitación, vergüenza, temor, nerviosismo etc) incorporando una variedad de estados de ánimo desagradables, tanto que un alto nivel de NA corresponde a una persona "afligida", mientras que un bajo nivel se relaciona con un estado de calma y serenidad.

Estas dos dimensiones de afectividad se han puesto en relación con rasgos específicos de la personalidad relacionados con una esfera afectiva positiva o negativa.

La versión original ha sido desarrollada y validada por Watson y sus colaboradores (Watson, Clark & Tellegen,1988) y posee propiedades psicométricas excelentes: un coeficiente de consistencia interna elevado, una buena validez y una buena fiabilidad test-retest.

(ver anexo 3)

4) *Psychotic symptom rating scales -PSYRATS-*

Representa una entrevista semi-estructurada creada para cuantificar la gravedad de los delirios y los cuadros alucinatorios.

Es típicamente utilizada en la investigación o en la clínica con pacientes diagnosticados de Esquizofrenia u otras psicosis.

Incluye una sub-escala para la evaluación de las alucinaciones (AHS) y otra para el estudio de los delirios (DRS); esta última está constituida por seis ítems:

1. Duración

2. Frecuencia de las preocupaciones
3. Intensidad del sufrimiento
4. Cantidad de contenidos angustiantes
5. Convicción de las temáticas delirantes
6. Disgregación, rotura (alejamiento de la realidad por el delirio)

A cada ítem se le asigna una puntuación que va de 0 (ausencia de delirios) a 4 (máxima gravedad).

Varios estudios (Haddock et al., 1999) han demostrado que dichas escalas presentan una buena validez y fiabilidad test-retest, sobre todo en los pacientes diagnosticados de Esquizofrenia o delirios crónicos.

(ver anexo 3).

2.5 Análisis estadístico

Para indagar en la relación entre rasgos de narcisismo patológicos (PNI), dimensión afectiva (PANAS) y gravedad del delirio (PSYRATS) se ha utilizado el coeficiente de correlación de Pearson. Las diferencias de género han sido evaluadas a través de una prueba T de Student. Las correlaciones significativas han sido incluidas sucesivamente en un modelo de regresión logística (método enter) para evaluar el efecto de los rasgos de personalidad (SIDP IV score), del narcisismo patológico (PNI score), de la afectividad (PANAS sub-escala) y de las variables sociodemográficas (Variables independientes) sobre la gravedad del delirio -PSYRATS- (variable dependiente). Se ha realizado un análisis de colinealidad y se ha calculado el *R* cuadrado ajustado.

En todo el análisis estadístico se ha empleado el SSPP para Windows (versión 23.0; SPSS Inc, Chicago, IL, USA).

RESULTADOS

3.1 Características clínicas y sociodemográficas

En la investigación han sido incluidos 32 pacientes: 15 hombres (46.9%) y 17 mujeres (53.1%). La edad media fue 49.2 ± 11.5 . De esta muestra 26 pacientes fueron diagnosticados de trastorno de la personalidad (81.2%), los más frecuentes fueron el Trastorno de Personalidad Obsesivo-Compulsivo (37.5%) y el Trastorno de Personalidad Paranoide (31,2%).

La puntuación total de la escala de gravedad del delirio fue 19.7 ± 2.9 .

En el momento de la evaluación 28 pacientes (87.5%) estaban tomando un tratamiento con antipsicóticos por vía oral y 4 pacientes (12,5%) consumían un antipsicótico en formulación depot. El 35% tomaba un antipsicótico de primera generación y el restante 65% un antipsicótico de segunda generación.

Las características clínicas (ausencia/presencia de trastorno de personalidad comórbido) y sociodemográficas están resumidas en la tabla 2.

Tabla 2: Características clínicas y sociodemográficas

Muestra (n=32 pacientes)		
Edad (media \pm DS)		49.20 \pm 11.55
Género (hombres)		n= 15 (46.9%)
Estado civil (nunca casados)		n= 12 (37%)
Situación vital (vive solo)		n= 9 (28.1%)
Nivel de Educación (años)		13.3 \pm 2.8
Situación ocupacional (desempleado)		n= 8 (25.1%)
TP Clúster A	Paranoide	n=10 (31.25%)
	Esquizoide	n =0
	Esquizotípico	n =0
TP Clúster B	Borderline	n= 0
	Narcisista	n= 1 (3.1%)

Resultados

	Histriónico	n= 0
	Antisocial	n= 0
TP Clúster C	Por evitación	n= 3 (9.4%)
	Dependiente	n = 0
	Obsesivo-Compulsivo	n=12 (37.5%)

3.2 Asociación entre personalidad, afectividad y gravedad del delirio

No ha sido encontrada asociación alguna entre las características sociodemográficas y la gravedad del delirio (puntuación total DRS). Tampoco se ha detectado una asociación entre trastornos de personalidad específicos o ítems de la PNI y la puntuación total de la PSYRATS, exceptuando la fantasía grandiosa (PNI) que se relacionaba positivamente con la gravedad del delirio.

En cambio, se ha encontrado una correlación significativa entre la puntuación total de la PSYRATS y algunos ítems de la PANAS; en particular se ha detectado una asociación negativa entre vergüenza, culpa, miedo y gravedad del delirio (tabla 3).

Tabla 3. Correlación de Pearson entre rasgos de personalidad, elementos afectivos y gravedad del delirio

VARIABLES	1.	2.	3.	4.	5.
1. PSYRAT puntuación total	-				
2. PANAS Culpa	-.429*	-			
3. Miedo	-.363*	.318	-		
4. Vergüenza	-.358*	.462**	.400*	-	
5. PNI Fantasía grandiosa	.451*	.224	-.142	-.188	-

** $p \leq 0.01$.; * $p \leq 0.05$.

Finalmente, a través de un modelo de regresión lineal se ha demostrado que la gravedad de la ideación delirante (PSYRAT puntuaciones) se relaciona de manera negativa exclusivamente con el ítem vergüenza ($B = -2.185$; CI [-4.141; -0.230]; $p = 0.031$) (tabla 4).

Tabla 4. Regresión lineal que muestra la asociación entre la gravedad del delirio (variable dependiente) y los rasgos de personalidad y elementos afectivos (variables independientes)

	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>	<i>95% CI</i>
Culpa	-.185	.572	.751	(-1.397;1.027)
Miedo	-.193	.589	.747	(-1.441;1.055)
Vergüenza	-2.185	.922	.031	(-4.141; -.230)
Fantasía grandiosa	.130	.084	.141	(-.048;.308)

3.3 Diferencias de género

En el análisis estadístico se ha añadido una prueba-T para comparar las diferencias de género en la muestra y no se han encontrado diferencias de género estadísticamente significativas exceptuando el ítem culpa (hombre, media = 2.53, SD = 1.407; mujeres, media = 1.44, SD = 0.814; $t = 2.631$; $p = 0.015$).

DISCUSIÓN

Este trabajo tiene como objetivo investigar la relación vigente entre rasgos premórbidos de personalidad, esfera afectiva y gravedad del delirio en pacientes diagnosticados de Trastorno por ideas delirantes.

Por lo que concierne a la conexión entre Paranoia y personalidad, nuestros resultados indican que la prevalencia de trastornos de la personalidad es más alta en pacientes diagnosticados de Trastorno Delirante con respecto a la población general. Estos datos soportan la hipótesis de que la Paranoia esté asociada a trastornos de personalidad específicos (Muñoz-Negro et al., 2019). De hecho, en nuestra muestra el 81,25% de los pacientes presenta comorbilidad con un trastorno de la personalidad, siendo los más frecuentes el Trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo (37,5%) y el Trastorno de personalidad paranoide (31,2%). Estos resultados están en línea con investigaciones previas que evidenciaron una alta comorbilidad entre estos trastornos y la Paranoia (Tonna et al., 2018).

Por lo que concierne a la esfera afectiva, encontramos una asociación negativa entre algunos ítems de la PANAS, en concreto vergüenza, culpa, miedo y la gravedad del delirio. Al contrario, descubrimos una correlación positiva entre la fantasía grandiosa, ítem PNI y la gravedad del delirio.

A pesar de esto, en el análisis de regresión lineal detectamos que la única variable capaz de modificar la gravedad del delirio es la vergüenza.

En este sentido, podemos delinear diferentes trayectorias afectivas en la psicopatología del Trastorno por ideas delirantes. Estas, relacionadas por un lado con las vivencias intrapsíquicas de vergüenza y culpa y por el otro con la fantasía grandiosa, representan dos caminos aparentemente antitéticos, pero al mismo tiempo conectados e implicados en la gravedad del delirio.

Si por una parte la relación entre síntomas afectivos y el delirio sensitivo de Kretschmer (Kretschmer, 1918) parece inevitable, por la otra, la dimensión de la fantasía grandiosa puede ser reconducida tanto a la personalidad fanática descrita por Schneider (Schneider, 1923) y Kretschmer (Kretschmer, 1918) como a la patología narcisista, profundizada por Kohut (Kohut, 1971).

Siguiendo el hilo conductor de la ideación delirante podemos hipotetizar que estas

Discusión

vivencias representan la expresión clínica de los dos polos asténicos y esténicos del carácter del “sensitivo” descrito por Kretschmer (Kretschmer, 1918). De hecho, los resultados de esta investigación sugieren que, independientemente del diagnóstico de un trastorno de la personalidad específico, la relación entre los síntomas afectivos y el delirio constituye la clave de lectura de la psicopatología y fenomenología delirante.

Por lo que concierne a la esfera afectiva, resulta interesante profundizar en los conceptos de culpa y vergüenza, con el objetivo de analizar cómo estas vivencias, difícilmente distinguibles, están implicadas en el determinismo de la Paranoia.

Desde una perspectiva religiosa el cristianismo es la doctrina que más importancia ha dado a la culpa y a la vergüenza, describiendo su papel en la historia de Adán y Eva y enfatizando el pecado original como la “caída de la humanidad”, que puede ser redimida a través del culto a Cristo.

¿Pero qué entendemos por culpa y vergüenza?

Hoy en día, cuando hablamos de vergüenza hacemos referencia a un término de origen latino “verecundia” compuesto por los respectivos *vereri-* tener un temor respetuoso, honrar – y *cundus-* que tiende a – y que alude a sentir una mezcla de miedo y respeto.

Darwin (Darwin, 1872) la describía como un síntoma universal, observable en diferentes culturas, que se manifestaba con enrojecimiento facial, cabeza baja y confusión mental.

En el ámbito psicodinámico Morrison (Morrison, 2008) la define como una “emoción que sentimos al vernos inadecuados, pequeños e insuficientes, temiendo que nos abandonen o rechacen”. Erikson (Erikson, 1950) afirmó que esta vivencia aparece en torno a los 2 años, cuando el niño empieza a percatarse de su autonomía y vive sentimientos de vergüenza y duda sobre sí mismo al darse cuenta de que puede ser objeto de la mirada de otros.

Bajo un punto de visto antropológico, para Benedecit (Benedict, 1946) el sentimiento de vergüenza supone la violación de los valores culturales y sociales. A tal propósito, Eric Dodds (Dodds, 1951), en un brillante análisis sociológico de la cultura griega, habla de la civilización de la vergüenza haciendo referencia a los guerreros de la *Ilíada* de Homero.

Por ende, me parece interesante resumir la conversación de Andrómaca con Héctor:

“Entonces dijo el gran Héctor, el del resplandeciente casco:

En verdad, mujer, todo esto me afecta a mí también;
pero siento una terrible vergüenza antes los troyanos y las troyanas,
si como un cobarde trato de mantenerme lejos del combate.

Y tampoco me incita a ello mi corazón, puesto que he aprendido a ser valiente.

Figura 2. Héctor y Andrómaca y Astianacte



Museo arqueológico nacional Jatta, Ruvo di Puglia (Bari), Italia

Se aprecia, de esta forma, como “la civilización de la vergüenza” se funda en un modelo socialmente compartido, acreditado en el imaginario colectivo del héroe que tiene que estar a la altura de la idea que los demás tienen de él para no caer en la vergüenza y en el desprecio. Es decir, el concepto que él tiene de sí mismo se basa en el valor que los otros le atribuyen. La civilización de la vergüenza es una civilización del actuar.

Ciñéndonos al tema psiquiátrico, resulta interesante subrayar que el sentimiento de vergüenza ha sido poco explorado, o por lo menos descuidado, en ámbito psicopatológico, quizás por las dificultades descriptivas a la hora de separarlo de otras vivencias, que tienden a ocultarlo.

A pesar de esto, nuestros resultados apoyan la hipótesis por la cual la vergüenza representa el núcleo afectivo que subyace a la Paranoia; en este sentido el delirio sería un mecanismo de defensa puesto en marcha por el sujeto con el objetivo de tapar una

Discusión

experiencia de vergüenza a la cual Kretschmer (Kretschmer, 1918) hace referencia en términos de “vergonzosa humillación”, “jaque humillante”, insuficiencia humillante”.

De hecho, este autor, profundizando de manera meticulosa en los conflictos de sus pacientes, su resonancia con los eventos y la estructura de sus delirios llegó a afirmar que estos representan una especie de “cascara protectora” construida para aliviar intensos sentimientos de vergüenza.

En la línea de estas consideraciones podemos afirmar que cuanto más grave es el delirio, mejor será encubierta la subyacente experiencia vergonzosa y ello explicaría la correlación negativa.

Profundizando en estos aspectos psicopatológicos podemos afirmar que el “jaque humillante” a la imagen del sí mismo surgiría de una “situación-evento” capaz de provocar, en individuos predispuestos, una herida vergonzosa, cuyo emerger constituiría un indicador afectivo de una alteración del sentido de la propia identidad.

Es importante evidenciar que esta experiencia clave carece de características objetivas dado que tiene un valor personalógico único (ligado exclusivamente a la vida íntima de la persona) y la capacidad de rozar un “punto vulnerable”, abriendo una brecha en la imagen del sí mismo (Ballerini & Rossi Monti, 2011).

En la línea de estas consideraciones algunos autores han comparado la Paranoia a una “depresión camuflada” en la que los individuos intentarían proteger una autoestima vulnerable atribuyendo las causas de su sufrimiento a agentes externos (Zigler et al., 1988).

Por otra parte, nuestro estudio ha puesto en evidencia la presencia de otra vivencia afectiva: la culpa, que también se ha correlacionado negativamente con la gravedad del delirio.

La palabra culpa es un cultismo que deriva directamente del latín *culpa* con el significado de “falta”, “error”, “pecado”.

Si Nietzsche (Nietzsche, 1887) la relaciona con el concepto de mala conciencia, en el sentido de “tener una deuda con algo o alguien”, Buber (Buber, 1952) subraya la diferencia entre la culpa “freudiana”, relacionada con el sujeto y sus conflictos internos,

y la culpa existencial, basada en daños reales o imaginarios causados a otros.

Según Klein (Klein, 1932) estas vivencias se desarrollan en el momento en el cual el niño se hace consciente de que sus impulsos agresivos pueden dañar a las personas queridas, condición que define en término de posición depresiva.

Desde una perspectiva cognitiva Gilbert (Gilbert, 2011) la describe como un afecto que sentimos cuando queremos reparar un daño real o imaginario, hecho o fantaseado, hacia algo o alguien.

Este sentido de responsabilidad en casos extremos puede desarrollarse como culpa patológica y predisponer a la depresión (O' Connor, 2018).

Volviendo a la cultura griega, Erik Dodds (Dodds, 1951) profundiza el tema de la culpa en la Odisea de Homero, tomando como ejemplo la conversación entre Nausícaa y Odiseo a la llegada de este a la isla de Esqueria.

La princesa invita al náufrago a su palacio aclarando:

“Pues los feacios no se ocupan de arco y carcaj,
sino de mástiles y remos y de proporcionadas naves
con las que recurren orgullosos el canoso mar.
De esos quiero evitar el amargo comentario,
no sea que alguno murmure por detrás,
pues muchos son los soberbios en el pueblo y quizás uno,
el más vil, diga al salirnos al encuentro:
“¿Quién es este hermoso y apuesto forastero que sigue a Nausícaa?
¿dónde lo encontró?
Quizás llegue a ser su esposo...”

Figura 3. Odiseo y Nausícaa



Joachim von Sandrart, 1630. Rijksmuseum Ámsterdam

Entonces Odiseo tendrá que seguir a Nausícaa a “una cierta distancia” dado que ella se muestra preocupada por el hecho de llamar la atención del pueblo, pero, en este caso, la perspectiva se vuelca y se conecta al temor de actuar de tal manera que sea mal juzgada por parte de la sociedad, por comportamientos considerados negativos por la colectividad. La civilización de la culpa es una civilización de la evitación.

Estas consideraciones nos permiten evidenciar cómo tradicionalmente, culpa y vergüenza han sido analizadas como vivencias antitéticas, sin embargo, resulta interesante tener en cuenta las modalidades con las cuales estos dos “erlebnisse” transdiagnósticos pueden articularse para indagar en un segundo momento el papel de la vergüenza en el desarrollo del delirio de persecución.

A pesar de estar estrechamente relacionados, estos afectos se diferencian en algunos aspectos clave.

La principal distinción es la fuente que crea la emoción: la vergüenza surge como consecuencia de la mirada de otros “sobre lo que somos” y pertenece al registro de la humillación, mientras que la culpa se desarrolla como una percepción negativa sobre los comportamientos o pensamientos propios “sobre lo que hacemos o pensamos” en el orden de la transgresión.

Dicho en términos psicoanalíticos, es como si la vergüenza afectara al “yo ideal” (la imagen global del sí mismo), representando la expresión afectiva de una herida narcisista, y la culpa fuera expresión del conflicto entre “yo y superyó” y se focalizaría sobre específicas acciones y consecuencias.

Otra distinción tiene que ver con la elaboración de estas experiencias: mientras que la culpa se puede racionalizar o proyectar, la vergüenza no tiene acceso al código de la lógica y la única manera de aliviarla es anularla o volcarla en rabia (Goldberg, 1985).

Erikson (Erikson, 1950) subraya la importancia de la mirada (ser vistos en la vergüenza) y más en general su conexión a la experiencia corporal, que limita su expresión a través de las palabras.

“¿A quién llamas tú malo? Al que siempre quiere avergonzar” escribió Nietzsche (Nietzsche, 1882) en la *Gaya Ciencia*, enfatizando con este aforismo la relación entre la vergüenza y la rabia persecutoria.

A pesar de que en nuestro estudio no se encontró una relación directa entre vergüenza y fantasía grandiosa, el análisis estadístico mostró una asociación positiva entre esta y la gravedad del delirio. La fantasía grandiosa representa un aspecto del narcisismo que evoca tanto la componente esténica de la personalidad sensitiva de Kretschmer (Kretschmer, 1918) como la personalidad fanática descrita por Schneider (Schneider, 1923). Kretschmer (Kretschmer, 1918) habló de la personalidad “sensitiva” que se estructura a través de la combinación entre aspectos caracteriales y ambiente. A raíz de un evento de vida significativo, capaz de provocar una vivencia de vergüenza, se instalaría por “hiper-compensación” un exuberante sistema delirante dominado por la rabia, el odio y una concepción esténico-agresiva de la vida (Muscatello et al., 1985).

Este último aspecto nos reconduce al fanatismo Schneideriano, entendido como un enorme sentimiento de certeza que no deja vislumbrar ningún resquicio de duda, conduciendo a la formulación de juicios erróneos. Según el autor (Schneider, 1923) la característica esencial del fanático es la sobrevaloración de sus ideas, que no solo representan un motivo de orgullo, sino que tienden a ser plasmadas en actividades concretas con el objetivo de demostrar “la verdad”. Esta actitud ha llevado a algunos autores a definir al paranoico como un “delirante de acción” (Sérieux y Capgras, 1902).

Discusión

Schneider (Schneider, 1923) describe a los psicopáticos fanáticos como personas que manifiestan un conflicto constante con el ambiente que les rodea, sacando del comportamiento real o imaginado de este un incentivo para sus ideas de grandeza y persecución.

Para profundizar en estos aspectos psicopatológicos considero imprescindible resumir las aportaciones de algunos autores sobre el narcisismo. En la línea del pensamiento de Kretschmer (Kretschmer, 1934), Kohut (Kohut, 1971) focalizó su atención sobre los conceptos de rabia y grandiosidad, interpretándolas como una especie de estrategia defensiva puesta en marcha para eludir la experiencia vergonzosa, afecto aniquilador que no puede ser elaborado sino exclusivamente expulsado hacia el exterior. Lewis (Lewis, 1971) a tal propósito hablaba de vergüenza “circunvalada”, que representaría un ulterior indicador de las fragilidades yoicas de los pacientes narcisistas. En estas personalidades la adopción de una política de ataque preventivo representaría el remedio con el cual el individuo, inclinado a la vergüenza, responde a situaciones que potencialmente podrían provocarla.

Gabbard (Gabbard, 1989) afirmaba que el núcleo de la patología narcisista subyace a defectos de la estructura del self con las consecuentes desregulación emocional y respuestas desadaptativas frente a estresores psicológicos. Los delirios podrían representar entonces una de las defensas desadaptativas frente a intensos sentimientos de vergüenza.

Analizando estos conceptos consideramos que la oscilación vergüenza-rabia propuesta por Kohut (Kohut, 1971) nos reconduce a la “dialéctica del narcisismo” descrita por Morrison (Morrison, 2008), donde la tensión entre los polos expansivo (grandioso) y contraído (dependiente) daría espacio a la vergüenza al fracasar los intentos de triunfar de un polo sobre el otro. A tal punto, la analogía con las disposiciones Kretschmerianas esténicas y asténicas resulta evidente como motor esencial en el determinismo de la Paranoia.

En nuestra muestra las altas puntuaciones relacionadas con la fantasía grandiosa confirman la importancia psicopatológica de los rasgos narcisistas en los pacientes diagnosticados de Trastorno Delirante, donde los sentimientos de rabia representarían

una manera de volcar “hacia fuera” la vergüenza sufrida “por dentro”.

Desde una visión psicopatológica podemos afirmar que esta condición de conflicto interno se refleja en el mundo circundante, al cual se atribuyen las ansiedades y las preocupaciones hasta ahora interiorizadas, y es en este punto que la vergüenza se cubre mediante una agresiva individuación de los presuntos perseguidores, considerados culpables de los fracasos propios. La vergüenza entonces nutriría la intencionalidad malvada, conferida al mundo externo identificado como agente activo de la vergüenza sufrida (Ballerini, 2012).

En línea con esta corriente de pensamiento Mc Williams (Mc Williams, 1994) sostiene que el sentido del “sí mismo” del paranoico se caracteriza por una tendencia defensiva a proyectar sobre los demás cualidades personales negativas, percibidas de manera persecutoria como amenazas externas. Es como si estos pacientes vivieran atrapados entre un polo impotente y humillado (asténico, vergonzoso) y un polo vengativo (esténico, grandioso), donde predomina un constante sentimiento de autorreferencialidad por el cual cualquier cosa que ocurre en el entorno viene percibida como siniestra e indiscutiblemente referida a ellos mismos: es la significación personal mórbida (*krankhafte eigenbeziehung*).

Spetch (Spetch, 1905) entendía los delirios paranoicos como expresión de una experiencia emotiva representada por un viraje de una condición afectiva hacia la irritación y la rabia, considerando el estado disfórico como un tercer polo afectivo, al lado de la depresión y de la manía. En este sentido el delirio de persecución podría ser interpretado como “congruente” con el estado de ánimo disfórico (Ballerini & Rossi Monti, 2011).

El afecto “vergüenza” puede ser explorado también desde una perspectiva fenomenológica, que se centraría en la “modificación existencial” del sujeto hacia el desarrollo del delirio persecutorio. La esencia del delirar, en este caso, representa la distorsión de la imagen del ser como “ser con” en el momento en el cual este “con” asume la cualificación de “contra” (Cargnello, 1984).

Dentro de la experiencia de vergüenza, Strauss (Strauss, 1933) distinguió un polo que se refiere al sí mismo (protector) y otro conectado al mundo (ocultador). Si el primero alude

Discusión

al sentimiento de pudor hacia la propia intimidad, el segundo describe la vergüenza a partir de la mirada del otro. En esta oscilación dicotómica el prevalecer de la “vergüenza mundificada” hace que el entorno se convierta en hostil, es decir, potencialmente persecutorio. Sería a partir de entonces que el sujeto transformaría su modalidad de existencia hacia la formación de un mundo diferente, es decir, delirante.

Volviendo a Kretschmer, podemos afirmar que la situación clave representa el perno de rotación entre vergüenza-pudor- y vergüenza-mundo, como el encaje entre personalidad e historia de vida permite volcar la vergüenza en rabia consintiendo la aparición del delirio. Es como si al captar la situación “sensitiva”, la mundificación fenomenológica del delirar se curvara en una dimensión existencial y por eso aumentara el nivel de comprensibilidad de una singular manera de delirar de una específica persona (Ballerini & Rossi, 2011).

Siguiendo el hilo de estas consideraciones resulta más fácil entender a los protagonistas de las novelas antes citadas.

Figura 4: El entramado de Aurora



M.GREN

Era el 9 de junio de 1933 cuando Aurora Carballeira asesina a su hija Hildegart en el culmen de su delirio de persecución y grandeza.

Crecida en el contexto de múltiples traumas familiares que incluían repetidos malos tratos por parte de la madre, cuando tenía 4 años su padre le regaló una muñeca con un mecanismo que le daba una apariencia de vida. Al descubrir sus limitaciones artificiales, pidió a su padre una muñeca “de carne” y él le respondió que la tendría cuando se casara. Años después, una vez ingresada en el manicomio de Ciempozuelos de Madrid, Aurora pudo hablar de la vergüenza que sufrió a raíz de la respuesta del padre, evento clave que selló la herida narcisista que le llevó a desarrollar su delirio eugenésico: Aurora no quería casarse, no quería compartir con nadie su muñeca. Y así fue.

En 1914 , tras unas relaciones ocasionales con un capellán de la marina, dio a luz a su hija Hildegart, “objeto self” que le sirvió para construir el objetivo de su vida: una hija perfecta que sería redentora de la humanidad. De hecho, como consecuencia de una grave patología narcisista que tenía sus raíces en déficits tempranos en la constitución del psiquismo, Aurora no pudo tolerar las heridas sufridas; de manera compensatoria “para tapar las vivencias de “insuficiencia vergonzosa” construyó un delirio de persecución y grandeza que llevaría a cabo su hija prodigio, Hildegart. Esta componente estética le justificó a buscar enemigos, es decir, perseguidores que habrían intentado interferir en su proyecto y que finalmente habrían convencido a su hija para que se alejara de ella. Y allí aparece la espina asténica, representada por la vulnerabilidad narcisista: al vislumbrar una posibilidad de fracaso y de humillación cometió uno de los homicidios más cruentos de la historia de España.

¿Paranoia clásica? ¿Delirio sensitivo de referencia? ¿Paranoia de autocastigo? Quizás una mezcla de todo esto.

De manera similar acabó la trágica historia que vio como protagonista a Ernst Wagner, exterminador y dramaturgo que en 1913, en el contexto de un delirio persecutorio y grandioso, llevó a cabo un asesinato en masa sobre la población de una aldea alrededor de Estocarda. ¿El motivo? Sentirse perseguido por los varones del pueblo, que, al

conocer su tendencia al onanismo y a la zoofilia se reían de él.

Curiosamente la psicobiografía de ambos paranoicos se asemeja. El pequeño Wagner fue criado en un ambiente familiar disfuncional: huérfano de padre e hijo de una mujer triste y desconfiada, le llamaban “el hijo de la viuda”. Proclive a la escritura, dejó unos relatos autobiográficos a través de los cuales hemos podido tener acceso a su psiquismo y, más en general, a la historia de su vida. Acompañado por vivencias de vergüenza desde su niñez, es con los 18 años cuando encontró un escrito (evento clave) en un espejo del colegio con el mensaje: “despierta”, al cual atribuyó un significado de broma hacia sus prácticas autoeróticas. Para compensar la vergüenza que suscribió este recuerdo, desarrolló un delirio de persecución y grandeza que le llevó a componer varias obras “soy el dramaturgo contemporáneo más grande”, afirmaba. Pero ninguno de sus trabajos fue jamás publicado, por lo menos antes de los asesinatos que cometió al no poder tolerar su fracaso. Como observamos, también aquí la vergüenza representa la vivencia afectiva que subyace al delirio construido como un intento de “tapar” un narcisismo vulnerable.

Figura 5. La vergüenza de Ernst



M.GREN

Concluyendo, parece que en el Trastorno Delirante coexisten dos síntomas antitéticos (vergüenza y grandiosidad) que representan la expresión clínica de los contrastes entre disposiciones esténicas y asténicas del carácter del paranoico.

En la línea del pensamiento de Kretschmer (Kretschmer, 1934), consideramos que en el desarrollo de la Paranoia siempre es posible encontrar una espina asténica, la cual, si rozada por un evento significativo, en personalidades predispuestas puede conducir a una vivencia de vergonzosa humillación, núcleo afectivo que subyace al delirio.

Para resumir, siguiendo el recorrido existencial del paciente podremos llegar a una situación clave capaz de provocar la vivencia de vergonzosa insuficiencia. Asimismo, entenderemos la espina esténica (en forma de rabia y grandiosidad narcisista) como una estrategia defensiva adoptada frente a un mundo “hostil”. De tal forma, la vergüenza que atormenta al paranoico abre el camino al delirio solo cuando emerge la posibilidad de una inversión que vuelque la agresividad hacia el exterior, al servicio de un potente pero oculto núcleo asténico de personalidad (Ballerini, 2012).

Esperamos que estas consideraciones puedan sensibilizar los enfoques terapéuticos actuales, tanto psicofarmacológicos como psicoterapéuticos, hacia nuevos horizontes, que incluyan un abordaje holístico de la esfera afectiva que subyace al delirio.

Limitaciones

Esta investigación ha sido realizada teniendo en cuenta las siguientes limitaciones:

- 1) Se trata de un estudio transversal con una muestra relativamente pequeña. Incluir a pacientes con Trastorno Delirante no ha sido una tarea fácil y sería interesante replicarlo con un tamaño muestral más amplio.
- 2) Por el hecho de ser un estudio transversal no es posible determinar cuál trastorno (afectivo o psicótico) precede el otro. A luz de esta limitación realizar un estudio longitudinal podría ser una buena opción.
- 3) No conocemos los subtipos del trastorno delirante de la muestra. A pesar de esto, la clasificación basada en el contenido del delirio, hasta ahora, no ha demostrado ser predictiva del curso clínico y no tiene alguna relevancia terapéutica conocida (De Portugal et al. 2013; Muñoz-Negro et al., 2016).
- 4) Por lo que concierne a los instrumentos diagnóstico es importante subrayar que

la PSYRATS es una escala exclusivamente descriptiva y no explora las características cualitativas.

- 5) No ha sido posible controlar la aparición de posibles sesgos como la ausencia de datos relacionados con el insight y el autoestigma. Sería interesante repetir el estudio teniendo en cuenta estos factores.

4.2 Propuesta de una intervención multidisciplinar basada en la vergüenza

Considero necesario, para terminar este trabajo, proponer algunas reflexiones acerca del abordaje terapéutico del Trastorno Delirante.

Los resultados obtenidos han fomentado aún más mi curiosidad sobre la Paranoia y la ilusión con la cual he redactado esta investigación me ha llevado a pensar sobre nuevos horizontes posibles, tanto psicofarmacológicos como psicoterapéuticos.

Según recientes investigaciones (Peralta & Cuesta, 2019; Muñoz-Negro et al., 2020) el abordaje psicofarmacológico representa el gold standard del tratamiento del Trastorno Delirante. Siguiendo estas indicaciones, los antipsicóticos representan la opción terapéutica más efectiva.

Sin embargo, nuestros resultados nos permiten vislumbrar caminos diferentes: ¿si efectivamente el núcleo de la Paranoia está representado por síntomas afectivos (donde la vergüenza juega un papel fundamental), por qué no tratar a estos pacientes con antidepresivos? ¿O sería más eficaz una combinación de antipsicóticos con antidepresivos?

En la línea de estas consideraciones algunos estudios apoyan nuestra hipótesis, reconociendo por un lado una posible disfunción serotoninérgica en la patogenia del Trastorno Delirante (De León J et al., 1990; Alexander J, 2010) y por el otro la eficacia de la terapia antidepresiva (Mews et al., 2013; Muñoz Negro et al., 2016).

En ese sentido el tratamiento con ISRS podría tener algunos beneficios añadidos, dado que suele tener menos efectos secundarios que los antipsicóticos y actuaría en la dimensión depresiva de la Paranoia.

En nuestra opinión este enfoque terapéutico alternativo permitiría abordar de forma más holística el Trastorno Delirante. Sin embargo, hasta la fecha actual no se han

desarrollado ensayos clínicos relevantes que avalen esta hipótesis.

Por esto consideramos necesario reflexionar sobre la posibilidad de realizar una psicofarmacología psicopatológica y fenomenológica, que tenga como objetivo tanto el síntoma como las vivencias.

Por lo que concierne a las intervenciones psicoterapéuticas, Kretschmer (Kretschmer, 1934) fue el primer autor que mencionó la utilidad de este abordaje en la Paranoia, abriendo el camino a la comprensibilidad de los delirios.

De hecho, según él, solo a partir de un intenso contacto empático psicoterapéutico se podrán delinear las etapas de la constitución delirante y captar su significado, que estará intrínsecamente unido a la historia personal del sujeto, a sus defensas y a sus fracasos. Nuestra hipótesis de trabajo se mueve en este sentido, ampliando estos conceptos al Trastorno Delirante en general y no exclusivamente al delirio sensitivo de referencia.

Si lo que hay detrás del delirio es un núcleo afectivo, consideramos que la psicoterapia tendría que centrarse en este aspecto para consentir una elaboración de las vivencias que sellaron el comienzo de la trama delirante. Se trataría en este caso de desarrollar una psicoterapia psicopatológica y fenomenológica. A pesar de que en los últimos años se han propuesto modelos psicoterapéuticos focalizados en la aceptación de las ideas delirantes (Freeman et al. 2015; Van der Gaag et al., 2014; Gilbert et al., 2019), ninguno de estos se ha centrado en abordar las vivencias afectivas y los aspectos narcisistas de los pacientes paranoicos.

A continuación, desarrollaré algunas consideraciones al respecto, con el objetivo de fomentar una reflexión sobre algunas alternativas psicoterapéuticas, individuales y grupales. A tal propósito es fundamental retomar el concepto de vergüenza y analizarlo desde distintas perspectivas.

Anteriormente he descrito la vergüenza como una emoción universal e interpersonal. Desde una óptica evolucionista Malik (Malik, 2019) la define como una emoción que vivimos frente a una amenaza social donde predomina el temor a “no ser aceptado y a no pertenecer” en el ámbito de los vínculos relacionales. En este sentido podemos afirmar que la vergüenza tiene una función adaptativa que posibilita las relaciones evocando respuestas afiliativas y cohibiendo actitudes agresivas (Tangney & Dearing,

2019).

Es decir, el experimentar vergüenza frente a pequeños fracasos del “self ideal” representa un síntoma de salud que se puede convertir en patológico en función de su magnitud e intensidad.

Entiendo por “vergüenza patológica”, subsidiaria de tratamiento especializado, aquella que deriva de eventos traumáticos repetidos por los cuales la persona experimenta vivencias de rechazo que afectan a su narcisismo y autoestima.

Según varios autores (Freud, 1914; Lewis, 1971; Morrison, 2008) la vergüenza se desarrolla en los procesos de narcisización, y por ende en la familia. Desde la primera infancia el individuo desea “ser especial para otros significativos” (en la mayoría de los casos estos, están representados por los padres) buscando admiración, respeto y sobre todo “ser entendido”. Si estas necesidades se cumplen, sin excesivas afirmaciones o faltas, la estructura de la personalidad se desarrolla de forma estable, dándose el proceso que Morrison (Morrison, 2008) define como “dotación narcisista positiva”. El niño crecerá con una autoestima saludable y a una actitud general de confianza hacia él mismo y otros.

Al contrario, cuando este proceso no se da, por ausencia total o parcial de los progenitores o por excesiva implicación de estos, el niño estructura su personalidad requiriendo una constante atención por parte del entorno (falta de autoestima) y desarrollará un self frágil y fragmentado, con una actitud general de desconfianza. Si por un lado la necesidad de validación queda insatisfecha, por el otro el individuo vive la satisfacción sin límites. Es la “desregulación narcisista” (Morrison, 2008) que llevará al fracaso del “ideal del yo”.

Según la magnitud de estos primeros eventos traumáticos el individuo organizará un sistema de apego que, en función de las experiencias sucesivas, se moldeará en un sentido más sano o patológico.

Por lo que concierne a la psicoterapia, es importante tener en cuenta las defensas que los individuos ponen en marcha para “sobrevivir” al narcisismo herido o, dicho en otras palabras, a la “vergüenza sufrida”.

Estos aspectos resultan interesantes bajo un punto de vista clínico, porque a menudo la vergüenza, se oculta detrás de otros síntomas haciendo insidiosa su detección. De hecho, cuando el sujeto se percibe menospreciado o no considerado ante otro significativo, experimentará vergüenza al sentirse rechazado por parte de sus progenitores. Es el “narcisismo disociativo” de Broucek (Broucek, 1991) donde predominarán sentimientos de tristeza y dependencia.

Por otro lado, cuando la necesidad de afirmación ha sido alimentada en exceso, la vergüenza se desarrolla frente a la imposibilidad de una autosuficiencia total. En este caso se volcará en sentimientos de grandiosidad y omnipotencia, donde el sujeto menospreciará y desconfirmará al otro por no poder reconocer su inadecuación. Es lo que Broucek (Broucek, 1991) llama “narcisismo egotista”, de expansión.

Lo que quiero transmitir con estos conceptos es que el sujeto, según la gravedad y la repetición de las experiencias traumáticas vividas, se defenderá a través de un continuum sintomatológico que se manifestará tanto en personalidades neuróticas como en los trastornos de personalidad y en cuadros psicóticos. Según mi hipótesis lo que hace la diferencia es la cantidad del daño sufrido, que será elaborado como un verdadero duelo. En función de la intensidad de la vergüenza (y culpa) experimentadas, el individuo desarrollará un psiquismo más o menos frágil, pudiendo mantener contactos con la realidad (trastornos de personalidad) o en los casos más graves circunvalando la afectividad y edificando un sistema delirante (trastornos psicóticos).

Para adentrarnos en los aspectos psicoterapéuticos resulta imprescindible profundizar en cómo emerge la vergüenza en la relación terapéutica.

En la terapia individual el paciente experimentará vergüenza al ser expuesto a la mirada del terapeuta, sintiendo miedo a ser rechazado o abandonado, y esto le conectará con experiencias vitales previas. De esta forma, en los casos más saludables intentará esconderla “conscientemente”, apareciendo impenetrable al tratamiento o hablando de nimiedades. Al contrario, en personalidades más patológicas el individuo no puede experimentar vergüenza “conscientemente” y aparecerán defensas como la formación reactiva, donde sustituirá emociones inaceptables por otras diametralmente opuestas. En este sentido entenderemos la rabia, la omnipotencia y la grandiosidad como

Discusión

expresiones de la tristeza, indefensión y fragilidad.

Por tratarse de una emoción universal, la vergüenza afectará también al terapeuta, al temer la desaprobación de su paciente, al compararse con sus colegas o por no conseguir un manejo adecuado de la dinámica transferencial-contratransferencial.

Por estas razones algunos autores (Landani et al., 2011) recomiendan que el profesional sea supervisado. De hecho, la psicoterapia resultará más efectiva cuando el terapeuta logre comprender sus emociones, creencias y conductas en relación con la vergüenza: por qué le ocurrió y el impacto que tuvo en el paciente.

En el marco de la interacción terapéutica y desde una perspectiva psicoanalítica será fundamental establecer un vínculo emocional, que representará el primer paso para que el paciente desarrolle la capacidad de confiar que en los casos más graves (paranoia) fue dañada en etapas tempranas. En esta “relación objetal” el terapeuta tendrá que disponerse en la manera que el paciente necesite, aportándole los recursos emocionales que le faltaron con “otro significativo”. Estos representan la base para nuevos procesos de identificación que permitirán a la persona avanzar en su condición humana.

A pesar de esto, y sin eludir la importancia del tratamiento individual, opino que este tiene que ser complementado con un abordaje grupal, sobre todo cuando se trabaja con pacientes graves y con niveles de culpa y vergüenza patológicos.

A tal propósito, considerando las características intrínsecas del afecto vergüenza (emoción social e interpersonal), creo que el trabajo grupal representa el escenario más idóneo para abordar los conflictos vinculares, dada su capacidad de evocar sentimientos de vergüenza. De hecho, una de las partes más importantes del proceso se basa en recibir feedback por parte de los otros miembros “vernó a nosotros mismos a través de los ojos de los demás” (Foulkes, 1964).

En este caso el sostén de los participantes se construye a través del desarrollo de la matriz grupal, donde el terapeuta tendrá un papel fundamental para crear un clima emocional de empatía y confianza. Esta matriz sustituye la función de los padres en el cuidado y en el acompañamiento emocional, creando una atmósfera de “espacio seguro”.

Otra ventaja de la psicoterapia de grupo es que consiente la posibilidad de vivir experiencias indirectas. Cuando el grupo se percibe como un lugar “de confianza” donde se puede hablar sobre “lo que cada uno siente” algún miembro podrá empezar a revelar su vergüenza. Aunque al principio esto podrá provocar vergüenza en otros, será fundamental el papel del profesional a la hora de aclarar estos conceptos para que los demás miembros los puedan interiorizar como sentimientos tolerables. Este representa el objetivo terapéutico: aprender a aceptar y a compartir esta vivencia, integrándola al historial personal de cada uno. De esta forma el paciente podrá revisar su biografía, encontrar explicaciones y dar un sentido a los traumas vividos, condición que le permitirá fortalecer su self y reparar las heridas sufridas.

En este contexto, el terapeuta tendrá que expresar una sincera genuinidad y curiosidad ante las experiencias de vergüenza que se comparten, aceptando sus equivocaciones o situaciones embarazosas. En tal sentido, las relevaciones del profesional representan una herramienta clínica muy valiosa, dado que demuestran autenticidad e igualan la relación en ambos sentidos. De esta forma el clínico se pone al servicio del grupo como instrumento terapéutico (Koener et al., 2011).

En la línea de estas consideraciones, en mi opinión, el Grupoanálisis Multifamiliar representa una herramienta terapéutica privilegiada para abordar el trastorno mental grave.

Trabajando con la idea de proceso terapéutico y desarrollando un clima de confianza y seguridad, estos escenarios constituyen el espacio más idóneo para apreciar en el “aquí y ahora” los complejos patrones familiares donde se han dado las primeras experiencias traumáticas que han sellado las vivencias de vergüenza y culpa. Solo a través de un largo trabajo, recorriendo las etapas del desarrollo psíquico de los participantes, se podrá dar un sentido a las defensas puestas en marcha para aliviar el sufrimiento. Las identificaciones cruzadas, la gran resonancia y el clima de solemnidad y respeto que se respira en estos contextos representan solo algunas de las características de este enfoque terapéutico, que consiente la reconstrucción del sí mismo a partir de su propio núcleo familiar.

En este sentido, si entendemos el síntoma como expresión de un conflicto y los

Discusión

conflictos como parte de la naturaleza humana, podemos acercarnos al sufrimiento aportando una nueva mirada hacia la virtualidad sana de cada paciente.

Concluyo con una frase de José Luis López Atienza (López Atienza, 2017) que me parece aclarar estos conceptos:

“Sabemos que los seres humanos nos constituimos a partir de la mirada de los otros, y que esta mirada puede ser tanto constructiva como destructiva. Por eso es muy importante que nosotros, aportando nuestra mirada facilitemos la comprensión emocional y ayudemos a diluir las heridas que la incomprensión, por la ausencia de una mirada emocional empática, ha provocado”.

De esta forma, podremos entender mejor a Aurora Carballeira y a Ernst Wagner, a todos los pacientes y a nosotros mismos.

Lejos de proponer un modelo terapéutico concreto espero que estas reflexiones sirvan para abrir nuevos horizontes, construyendo alternativas a los tratamientos hasta ahora utilizados para poder seguir avanzando de una forma lo más multidisciplinar y holística posible.

CONCLUSIONES

Este estudio ha permitido profundizar la psicopatología del Trastorno por ideas delirantes y concretamente explorar la asociación entre personalidades premórbidas, esfera afectiva y gravedad del delirio.

Según nuestros datos parece que la esfera afectiva y la patología narcisista tengan un papel fundamental en la gravedad del delirio que se ha correlacionado positivamente con la fantasía grandiosa (PNI) y negativamente con la vergüenza y la culpa (PANAS).

A través del análisis estadístico hemos demostrado que la vergüenza es la única variable independiente capaz de modificar la gravedad del delirio, constituyendo el núcleo afectivo que subyace a la Paranoia.

Este descubrimiento consiente abrir nuevas fronteras terapéuticas tanto psicofarmacológicas como psicológicas con el objetivo de enriquecer la visión actual sobre el Trastorno Delirante.

ANEXOS

Anexo I: The affective core of Delusional Disorder

The affective core of Delusional Disorder

¹ Riccardo Pellegrini , ² José Eduardo Muñoz Negro , ³ Rebecca Ottoni , ³ Jorge Antonio
² Cervilla Ballesteros , ³ Matteo Tonna

1. Doctoral Programme in Clinical Medicine and Public Health, University of Granada, Granada, Spain
2. Department of Psychiatry, University of Granada, Granada, Spain.
3. Department of Psychiatry, University of Parma and Mental Health Unit, Parma University Hospital, Parma, Italy.

Short Title: Affective Core of Delusional Disorder

Corresponding Author

Full name: José Eduardo Muñoz Negro

Department of Psychiatry, University of Granada. Granada, Spain. Av. De la Investigación, s/n 18016, Granada.

Tel: +34 958 24 15 04

Fax: +34 958 07 30

E-mail: jemunoznegro@ugr.es

Number of Tables: 3

Key Words: Delusional Disorder-Guilt-Narcissism-Personality-Shame

Abstract

The aim of the present study is to investigate the relationship between personality, trait affectivity and severity of delusions in patients with Delusional Disorder (DD). 32

outpatients affected by DD were administered the Structured Interview for DSM-IV-TR Personality Disorders (SIDP-IV), the Pathological Narcissism Inventory (PNI), the Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) and the Psychotic Symptom Rating Scale (PSYRATS). We analysed the prevalence of personality disorder in our sample of patients with DD and studied the correlations between the severity of delusions and the different affective variables. Finally, we obtained a multivariate explanatory model of the severity of the delusions. The severity of delusions was directly associated with "Grandiose Fantasy" item of narcissistic personality and inversely related with the feelings of shame, fear and guilt. In the multivariate model, the feeling of shame was the only independent variable capable of accounting for the severity of delusions, that, in DD patients, would lie on an affective core of shame.

Introduction

The description of DD as an autonomous mental illness dates back to 1838, when Esquirol made the first comprehensive psychopathological delineation of paranoia [1]. He identified paranoia as a "partial" psychosis characterized as a psychosis consisting only of intellectual symptoms such as delusions [2]. In the same period, Kahlbaum referred to paranoia as a coherent and encapsulated DD [3]. At the beginning of the 20th century, this concept was renewed in Kraepelinian nosographic systematization, which distinguished paranoia from both Dementia Praecox and Maniac Depressive Illness. Kraepelin described this as a separate and specific illness with a well-systematized and unshakeable delusion, a chronic but not degenerative course, a marginal involvement of affect and no auditory hallucinations [4]. Kraepelin's view of paranoia was disputed by Bleuler, who introduced the term schizophrenia and widened its boundaries to include

DD [5]. Therefore, paranoia sank into obscurity, to be included in the schizophrenic spectrum. We only see the rebirth of paranoia in the early 1980s, with Kendler and Munro [6-7] who coin it as a separate nosological entity in DSM III-R [8]. Kretschmer [9] clarified the relationship between Paranoia and Personality: this author described a type of paranoia referred to as "delusions of relation of the sensitives" (*Beziehungswahn*). According to Kretschmer, paranoid symptoms develop from an affective core of shame due to lifelong conflicts between a strong feeling of inadequacy and an unrequited sense of self-importance. In subjects with both "sensitive" and "insecure" traits of personality, the opposing polarities between "sthenic" (ambition, high self-esteem, latent aggressiveness) and "asthenic" dispositions (shyness, diffidence, and frustration) represent the psychopathological background for intense feelings of shame underlying the delusional beliefs. A specific critical experience often "triggers" the "understandable" development of a delusional system from the affective core of shame.

According to current diagnostic systems, affective symptoms do not represent a fundamental criterion for the diagnosis of DD [10]. However, numerous studies have highlighted frequent comorbidity between DD and Mood Disorders [11-12] and have elucidated the importance of the affective state in the development and persistence of delusions [13-14]. Thus, various factor analysis studies have identified the existence of a depressive dimension in DD, suggesting a substantial psychopathological heterogeneity in DD [15-16]. Therefore, the current concept of DD includes different psychopathological dimensions such as paranoid, cognitive, schizoid, and affective[17]. In keeping with this, we can affirm that DD includes an underlying affective dimension that contributes to the development of delusion. Increasing empirical evidence demonstrates the links between affect and paranoia that would constitute a sort of

continuum [18-20]. This finding is in line with another study that hypothesizes that paranoid thoughts underpin an inherent affective dimension within that continuum [21]. Examples of such underlying symptomatic dimensions are the models proposed by Keyes who suggests that thought disorder is one component of a wider, “internalizing dimension” that presents across a wide variety of disorders [22].

Very few empirical studies address the link between personality disorder (PDs) and DD. About this association, the most comorbid Personality Disorder (PDs) is Paranoid PD, followed by Schizoid, Obsessive-Compulsive, and Avoidant PDs. [23]. Moreover, having at least one PD is associated with higher psychopathological scores on affective dimensions, including floating anxiety, guilt, depression, and somatic obsessions [23]. Another study hypothesized that DD is associated with PD in the general population [24].

Nonetheless, the psychopathological pathways connecting delusions, affectivity, and premorbid personality remain blurred. Therefore, the objective of the present study is to investigate a possible association between trait affectivity, premorbid personality, and the severity of delusional ideation in DD patients.

Methods

Sample

The present study recruited outpatients referring to the Personality Disorders Unit of the University Hospital of Parma from January 2015 and December 2016. Inclusion criteria were: 1) a primary diagnosis of DD according to DSM-5 [8], as established by Structured Clinical Interview for DSM-5 Axis I disorders (SCID-I); 2) Age over 18

years old. Exclusion criteria were: 1) A cognitive impairment (Mini Mental State Examination score lower than 25), which may interfere with the ability to complete diagnostic interviews or questionnaires; 2) Substance or alcohol abuse or dependence; 3) Other Axis I diagnoses presenting delusional ideation.

Procedures

Socio-demographic data (age, sex, level of education, employment, and civil status) were obtained by asking patients to complete a specific form. Clinical variables such as pharmacological treatment were also collected from clinical records. All subjects completed the following questionnaires:

1) Structured Interview for DSM-IV Personality Disorders (SIDP-IV), a semi-structured interview aimed at evaluating personality traits and disorders from the patient's perspective [25]. The SIDP-IV is organized by topic sections that are correlated to specific psychological traits or behavioral characteristics. Every criterion must be evaluated on the basis of 4 severity levels.

2) Pathological Narcissism Inventory (PNI), which is a 52-item self-report score assessing seven dimensions of pathological narcissism, spanning problems within narcissistic grandiosity (Grandiose Fantasy, Self-sacrifice, Entitlement Rage) and narcissistic vulnerability (Contingent self-esteem, Devaluation) [26].

3) Positive and Negative Affect Schedule (PANAS), a 20 item self-report score for positive and negative affects [27]. Positive Affect (PA) reflects the extent to which a person feels enthusiastic, alert, and active; high PA is a state of high energy and total concentration, whereas low PA is characterized by sadness and lethargy. Quite the opposite, Negative Affect (NA) is a dimension that comprises aversive mood states, including guilt and fear, with low NA being a state of calmness and serenity. These two

factors represent affective state dimensions related to underlying affective trait dimensions of positive and negative emotionality.

4) The Psychotic Symptom Rating Scale (PSYRATS) consists of a semi-structured interview that can quantify the severity of delusions (score 0-4). It is composed of two parts: a Hallucinations Scale (HS) and a Delusions Scale (DS). The latter includes six items: duration and frequency of preoccupations, the intensity of distress, amount of distressing content, conviction, and disruption. PSYRATS has good validity and test-retest reliability above all in schizophrenic patients and patients with chronic delusions [28].

Statistical Analysis

We used Pearson's correlations to explore associations between severity of delusions, personality traits, and affective dimensions. Gender differences were evaluated through a Student's T-Test. Subsequently, significant correlations were entered in a linear regression model (Enter method) to evaluate the effect of personality traits (SIDP-IV scores), pathological narcissism (PNI subscales), general affective tone (PANAS subscales), and socio-demographic features (independent variables) on PSYRATS scores (dependent variables). A collinearity analysis was performed, and adjusted R^2 was calculated. All statistical analyses were performed with SPSS for Windows (version 23.0; SPSS Inc, Chicago, IL).

Results

Clinical and socio-demographic characteristics

We included 32 patients: 15 male (46.9%) and 17 female (53.1%). The mean age was 49.2 ± 11.5 . A total of 26 out of 32 patients received a diagnosis of at least one PD

(81.2%). The two most frequent PDs that we detected were Obsessive-Compulsive Personality Disorder (37.5%) and Paranoid Personality Disorder (31.2%). The total score of the Delusion rate scale was 19.7 ± 2.9 (Table 1). During the study, all patients were taking antipsychotics: 35% were receiving a first-generation antipsychotic, and the remaining 65% a second-generation antipsychotic.

Table 1. Clinical and socio-demographic characteristics

Sample (n=32 patients)		
Age (mean \pm DS)		49.20 \pm 11.55
Gender (men)		n= 15 (46.9%)
Civil status (no spouse)		n= 12 (37%)
Living Status (lives alone)		n= 9 (28.1%)
Education level (in years)		13.3 \pm 2.8
Occupational Status (unemployed)		n= 8 (25.1%)
PD Cluster A	Paranoid	n=10 (31.25%)
	Schizoid	n =0
	Schizotypal	n =0
PD Cluster B	Borderline	n= 0
	Narcissistic	n= 1 (3.1%)
	Histrionic	n= 0
	Antisocial	n= 0
PD Cluster C	Avoidant	n= 3 (9.4%)
	Dependent	n = 0
	Obsessive-Compulsive	n=12 (37.5%)

Associations between personality and affectivity traits and severity of delusional ideation

No association was found between socio-demographic characteristics and level of delusional ideation. Neither specific PD nor PNI subscale was associated with PSYRATS score, except the Grandiose Fantasy (PNI subscale). Instead, a significant correlation was found between PSYRAT Total Score and some items of PANAS, in particular, a negative association was found between guilt, fear and shame, and delusional ideation (Table 2).

Table 2. Pearson's correlation between personality traits, affectivity traits and severity of delusional ideation

Variables	1.	2.	3.	4.	5.
1. PSYRAT total scores	-				
2. PANAS Guilt	-.429*	-			
3. Fear	-.363*	.318	-		
4. Shame	-.358*	.462**	.400*	-	
5. PNI Grandiose Fantasy	.451*	.224	-.142	-.188	-

**p≤0.01.; *p≤0.05.

Finally, linear regression model demonstrated that the severity of delusional ideation (PSYRAT Score) was negatively related only to Shame [B=-2.185; CI (-4.141; -.230); p=.031] (Table 3).

Table 3. Linear Regression showing the association between severity of delusional ideation (Dependent Variable), personality and affectivity traits

	B	SE	p	95% CI
Guilt	-.185	.572	.751	(-1.397;1.027)

<i>Fear</i>	-.193	.589	.747	(-1.441;1.055)
<i>Shame</i>	-2.185	.922	.031	(-4.141; -.230)
<i>Grandiose Fantasy</i>	.130	.084	141	(-.048;.308)

Gender Differences

We have added T-Test in the statistics analysis to compare gender differences in our sample and we did not find a significant gender differences except for the item guilt (Man, mean = 2.53, SD = 1.407; Woman, mean = 1.44, SD = .814; $t = 2.631$; $p = .015$)

Discussion

The present study aims to elucidate the relationship between premorbid personality traits, trait affectivity, and severity of delusional ideation in DD patients. Regarding the relationship between DD and personality, our findings would indicate that the prevalence of PDs is probably higher in DD patients than in the general population. This is in line with the hypothesis that specific PDs are associated with DD [24]. Notably, 81.25% of DD patients in our sample presented a co-diagnosis of PD. The two most frequent PDs were Obsessive-Compulsive (37.5%) and Paranoid PD (31.2%). These data align with a previous study that showed high comorbidity between Obsessive-Compulsive and Paranoid PDs and DD [29].

We found a negative association between PANAS items of Shame, Guilt and Fear and severity of delusions regarding affectivity traits. By contrast, we discovered a positive association between Grandiose Fantasy (GF) and the severity of delusions. Nevertheless, in the regression analysis, the only variable that could modify the severity of delusions was shame.

In light of these findings, we postulate that shame could be the affective core underlying paranoia, being delusions a defense mechanism for shame. Kretschmer explained the link between shame and delusion, even suggesting that delusional beliefs are a protective "shell" against intense experiences of shame. [9]. In this vein, we speculate that the more severe the delusional ideation, the more the underlying experience of shame is covered, thus explaining a negative relationship. In the present study, we also found a negative correlation between guilt and the severity of delusions. Some authors have considered guilt as moral shame, therefore intimately linked to the experience of shame [30]. Indeed, the experience of guilt specifically evokes "being in the melancholic world" and consequently depressive pathogenesis. This result therefore confirms previous studies highlighting the importance of a depressive dimension as a pathogenetic pathway to paranoia [11,17,31].

Furthermore, we found a positive correlation between delusion severity and grandiose fantasy, but not between shame and grandiose fantasy. According to Kohut and Gabbard the core of narcissistic dysfunction lies in defects in self-structure, emotional dysregulation, and maladaptive defensive strategies used in response to psychological and interpersonal stressors such as pervasive feelings of shame [32-33]. Therefore, delusions could be one of these maladaptive defenses against feelings of shame. Moreover, Gabbard proposes two subtypes of the narcissistic disorder, the oblivious and the hypervigilant [33]. We theorized that the latter could be closer to paranoia. Finally, concerning the absence of relation between shame and grandiose fantasy, remarkably, some authors have described the absence of inverse correlation between shame and PNI score [34].

The present study should be considered in light of some limitations. It is cross-sectional, and the sample size is relatively small. Enrolling patients with delusional disorder

willing to collaborate in this study was not a simple task. Replication of the study with a larger sample size would be desirable. Due to its cross-sectional study, we cannot determine which disorder (affective or delusional) precedes which, so ideally a longitudinal study could be developed. It would have been beneficial to know the different clinical subtypes of DD but unfortunately, this information is lacking. However, this classification based on the delusional theme is unfounded in empirical studies [17]; therefore it does not seem predictive of clinical outcomes [35].

Regarding diagnostic instruments, we should underline that PSYRATS is an exclusively descriptive score, and does not evaluate qualitative aspects. Finally, we were not able to control possible biases, such as the absence of data about the insight and self-stigma. It would therefore be advisable to replicate the study, including these factors.

To conclude, the severity of delusional beliefs in DD patients is underpinned by an affective core of shame upon predisposing personality traits. These findings could help to develop a psychotherapeutic approach for delusional patients. In this vein, cognitive behavioral therapy targeted at delusional-related affective states effectively alleviates enduring delusional syndrome [36].

Acknowledgments

This study was supported by the University of Parma. We would like to thank the doctors, nurses, and administrative staff of the Psychiatry Department. Without their invaluable collaboration, we could not have carried out this study.

Statement of Ethics

This study protocol was reviewed and approved by the Parma Ethics Committee in June, approval number 22619. All patients received a complete and exhaustive

description of the survey after the achievement of clinical stabilization. The authors stated that subjects had given their written informed consent.

Conflict of Interest Statement

The authors have no conflicts of interest to declare.

Funding Sources

This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Authors Contributions

Each author gave an essential contribution in writing this manuscript. RP wrote the paper, JEMN contributed in writing and review, JC in review, RO analyzed data and MT designed and mainly revised the research.

Data Availability Statement

All data generated or analysed during this study are included in this article. Further enquiries can be directed to the corresponding author.

References

1. Opjordsmoen S. Delusional Disorder as a partial psychosis. *Schizophr Bull.* 2014 Mar;*40(2)*:244-247.
2. Esquirol JED. *Mental maladies. A treatise on Insanity* New York: Hafner; 1965.
3. Kahlbaum K. *Die Gruppierung der psychischen Krankheiten und die Einteilung der Seelenstörungen* Danzig: Verlag von A.W.Kafemann; 1863.

4. Kraepelin E. *Psychiatrie* 8th ed. Leipzig: Verlag Von Johann Ambrosius Barth; 1909-1915.
5. Bleuer E. *Dementia Praecox oder die Gruppe der Schizophrenen*. Leipzig : Deuticke; 1911
6. Kendler KS. The nosological validity of paranoia (simple delusional disorder)
Arch Gen Psychiatry 1980;37:699-706
7. Munro A. Paranoia revisited. *Br J Psychiatry* 1982;141:344-349
8. American Psychiatric Association. *The diagnostic and statistical manual of mental disorders* 3th ed., rev. Washington: Am Psychiatr Publ; 1987.
9. Kretschmer E. MD. *A textbook of medical Psychology* London: Milford; 1934.
10. American Psychiatric Association. *The diagnostic and statistical manual of mental disorder* 5th ed, Washington: Am Psychiatr Publ; 2013.
11. Marino C, Nobile M, Bellodi L, Smeraldi E. Delusional Disorder and Mood Disorder: can they coexist? *Psychopathology* 1993;26(2):53-61.
12. Peralta V and Cuesta MJ. Delusional disorder and Schizophrenia: a comparative study across multiple domains. *Psychol Med*. 2016;46(13):2829-2839.
13. Bentall RP, Rowse G, Shryane N, Kiderman P, Howard R, Blackwood N, et al. The cognitive and affective structure of paranoid delusions. *Arch Gen Psychiatry* 2009;3:236-247
14. Tewissen V, Bentall RP, Oorshot M, Campo A, van Lierop T, van Os J, et al. Emotions, self-esteem and paranoid episodes: an experience sampling study. *Br J Clin Psychol* 2011;50:178-195.
15. Serretti A, Lattuada E, Cusin C, Smeraldi E. Factor analysis of Delusional

- Disorder symptomatology. *Compr Psychiat*. 1999 Mar-Abr;40(2):143-147.
16. Muñoz-Negro JE, Ibáñez-Casas I, De Portugal E, Ochoa S, Dolz M, Haro JM, et al. A dimensional comparison between delusional disorder, schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophr Res*. 2015 Dec;169(1-3):248-254.
 17. De Portugal E, Gonzalez N, Del Amo V, Haro JM, Diaz-Caneja CM, Del Castillo JDDL, et.al. Empirical redefinition of delusional disorder and its phenomenology: the DELIREMP study. *Compr. Psychiatr*. 2013 Abr;54(3):243-255.
 18. Freeman D, McManus S, Brugha T, Meltzer H, Jenkins R, Bebbington, P. Concomitants of paranoia in the general population. *Psychol Med* 2011;41: 923-36
 19. Fowler D, Hodgekins J, Garety P, Freeman D, Kuipers E, Dunn G et al. Negative cognition, depressed mood and paranoia: A longitudinal pathway analysis using structural equation modelling. *Schizophr Bull* 2012;38(5):1063-1073
 20. Wigman JT, van Nierop M, Vollebergh WA, Lieb R, Beesdo-Baum K, Wittchen HU et al. Evidence that psychotic symptoms are prevalent in disorders of anxiety and depression, impacting on illness onset, risk, and severity-implications for diagnosis and ultra-high risk research. *Schizophr Bull* 2012; 38: 247-257
 21. Bebbington PE, McBride O, Steel C, Kuipers E, Radovanovic M, Brugha, T et al. The structure of paranoia in the general population. *Br J Psychiatry* 2012;202(6):419-427
 22. Keyes KM, Eaton NR, Krueger RF, Skodol AE, Wall MM, Grant B et al. Thought disorder in the metastructure of psychopathology. *Psychol Med* 2013; 43(8):1673-83.
 23. De Portugal E, Diaz-Caneja CM, Gonzalez-Molinier M, De Castro MJ, Del

- amo V, Arango C, et al. Prevalence of premorbid personality disorder and its clinical correlates inpatients with delusional disorder. *Psychiatry Res.* 2013 Dec;210(3):986-993.
24. Muñoz-Negro JE, Prudent C, Gutierrez B, Cervilla JA. Paranoia and risk of personality disorder in the general population. *Personal Mental Health* 2019 May;13:107-116.
 25. Pfohl B, Blum N, Zimmerman M. Structured interview for DSM-IV personality: SIDP-IV. Washington DC: American Psychiatric Press; 1997.
 26. Pincus A, Lukowitsky MR. Pathological narcissism and narcissistic personality disorder. *Annu Rev Clin Psychol.* 2010 Abr; 6(1):421-446.
 27. Watson D, Clark LA, Tellegen A. Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *J Pers Soc Psychol.* 1988 Jun; 54(6): 1063-1070.
 28. Haddock G, McCarron J, Tarrier N, Faragher EB. Scale to measure dimensions of hallucinations and delusions: the psychotic symptom rating scales (PSYRATS). *Psychol Med.* 1999 Jul;29(4): 879-889.
 29. Tonna M, Paglia F, Ottoni R, Ossola P, De Panfilis C, Marchesi C. Delusional Disorder: The role of Personality on delusional ideation. *Compr Psychiatr.* 2018 Aug;85:78-83.
 30. Kaufman G. *The psychology of shame.* New York: Springer; 1989.
 31. Maina G, Albert U, Bada A, Bogetto F. Occurrence and clinical correlates of psychiatric comorbidity in delusional disorder. *Eur Psychiatry* 2001 Jun;16(4):222-228.
 32. Kohut H. Thoughts on narcissism and narcissistic rage. *Psychoanal Study Child* 1972; 27(1):360-400.
 33. Gabbard GO. Two subtype of narcissistic personality disorder. *Bull Menninger Clin.* 1989 Nov;53(6):527-532.

34. Watson PJ, Hickman SE, Morris RJ. Self-reported narcissism and shame: Testing the defensive self-esteem and continuum hypotheses. *Pers Individ Dif.* 1996 Aug;21(2):253-259.
35. Muñoz-Negro JE & Cervilla, JA. Systematic Review on the Pharmacological Treatment of Delusional Disorder. *J Clin Psychopharmacol.* 2016;36(6):684–690
36. Freeman D, Dunn G, Startup H, Pugh K Cordwell J, Mander H et al. Effects of cognitive behaviour therapy for worry on persecutory delusions in patients with psychosis:a parallel,single-blind, randomised controlled trial with a mediation analysis. *Lancet Psychiatry* 2015;2:305-313

Anexo II: Aprobación comité ético

Esta investigación ha sido valorada y aprobada por el comité ético de Parma (número de aprobación 22619).

Todos los pacientes han recibido una completa y exhaustiva descripción de las encuestas, tras haber alcanzado su estabilización clínica.

Los autores averiguaron que cada sujeto recibiese y firmase el consentimiento informado.



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PARMA



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma

Comitato Etico per Parma

AZOSPR

USCITA - 25/06/2015 - 0024139 - 6.2.2



Dott. Matteo Tonna
U.O.C. Servizi Psichiatrici Ospedalieri a Direzione Universitaria,
Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze
Patologiche (DAI-SMDP)
Pad. Braga 21
SEDE

Direttore Sanitario
Azienda USL di Parma
Strada del Quartiere 2
43125 Parma

OGGETTO: Disturbo Delirante: il ruolo della personalità e della affettività. **Investigatore Principale:** Dott. Matteo Tonna U.O.C. Servizi Psichiatrici Ospedalieri a Direzione Universitaria, Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DAI-SMDP). **RICHIESTO PARERE UNICO PROT. N. 22619 del 15/06/2015.**

- **Trasmissione verbale**

Si trasmette, in allegato alla presente, l'estratto del verbale relativo alla valutazione del protocollo di ricerca di cui all'oggetto.

Si precisa, altresì, che eventuali emendamenti che si rendessero necessari nel corso dello studio dovranno essere proposti al Comitato Etico in lingua italiana.

Si rammenta che la sperimentazione clinica nell'uomo deve essere eseguita nel rispetto delle vigenti normative di G.C.P. e, in generale, dei principi fissati nella Dichiarazione di Helsinki e dalla deontologia.

L'inizio della sperimentazione è subordinato all'autorizzazione del Responsabile Legale.

Infine, si richiama l'attenzione alla scrupolosa osservazione e puntuale segnalazione, secondo le vigenti normative nazionali e gli obblighi generali di G.C.P., di eventuali eventi avversi, reazioni avverse a questo Comitato Etico e all'Autorità Competente.

Stralcio verbale n. 12/15 del 17 Giugno 2015

Comitato Etico per Parma
Via Gramsci, 14 - 43100 Parma
T. +39.0521.703013-703957- F. +39.0521.704702
comitatoetico@ao.pr.it - www.ao.pr.it/comitatoetico



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PARMA



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma

Comitato Etico per Parma

Il Comitato Etico per Parma in data 17 Giugno 2015 verbale n. 12/15

ha valutato il seguente studio osservazionale

PROTOCOLLO: Disturbo Delirante: il ruolo della personalità e della affettività

SPONSOR/PROMOTORE: STUDIO NO PROFIT

INVESTIGATORE PRINCIPALE: Dott. Matteo Tonna U.O.C. Servizi Psichiatrici Ospedalieri a Direzione
Universitaria, Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DAI-SMDP)

DOCUMENTI ESAMINATI:

- Lettera di trasmissione
- Protocollo, Versione 19/03/2015
- Sinossi, Versione 1 del 12/04/2015
- Elenco Centri partecipanti
- Delega ai collaboratori, versione del 04/12/2014
- Allegato B2 – Dichiarazione del Promotore Studio NO-PROFIT
- Dichiarazione sulla natura osservazionale allo studio
- Foglio Informativo e dichiarazione di consenso alla sperimentazione nel caso di pazienti adulti e capaci,,
Versione 1 del 16/03/2015
- Informativa e manifestazione del consenso al trattamento dei dati personali post-sperimentale, Versione 1
del 19/03/2015
- Lettera al Medico curante, Versione 19/03/2015
- Scheda Raccolta Dati
- Modulo Assunzione di Responsabilità e assenza di conflitto di interessi STUDIO NO PROFIT, Versione
numero 1 del 14/04/2015
- Curriculum Vitae Dott. Tonna

Comitato Etico per Parma
Via Gramsci, 14 - 43100 Parma
T. +39.0521.703013-703957- F. +39.0521.704702
comitatoetico@ao.pr.it - www.ao.pr.it/comitatoetico


UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PARMA


**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma

Comitato Etico per Parma

Componenti del Comitato Etico per Parma

Nome, cognome	Qualifica	Presente/Assente
Prof. Umberto Bertazzoni	PRESIDENTE (esperto in genetica)	P
Prof. Sergio Bernasconi	VICE-PRESIDENTE (pediatra)	A
Dott. Diego Ardissino	Clinico, Direttore U.O. Cardiologia Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma	A
Dott.ssa Luciana Ballini	Esperto clinico del settore nuove procedure tecnico-diagnostiche e terapie invasive e semi invasive, Agenzia Sanitaria Regione Emilia-Romagna	A
Prof.ssa Elisabetta Barocelli	Farmacologo, Facoltà di Farmacia Università degli Studi di Parma	P
Don Ercole Bertolotti	Esperto di bioetica	P
Prof. Alberto Guido Caiazza	Clinico internista nefrologo	P
Dott.ssa Caterina Caminiti	Sostituto permanente del Direttore Sanitario dell' Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, Direttore U.O. Struttura Ricerca e Innovazione Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma	P
Dott. Angelo Campanini	Medico di medicina generale territoriale, Azienda USL di Parma	P
Dott.ssa Anna Maria Gazzola	Farmacista Direttore Servizio Farmaceutico Aziendale Distretto di Fidenza Azienda USL di Parma	P
Dott.ssa Marina Iemmi	Rappresentante dell' area delle professioni sanitarie, Collegio IPASVI Parma	A
Dott. Leonardo Marchesi	Sostituto permanente del Direttore Sanitario dell' Azienda USL di Parma, Direttore del Presidio Ospedaliero Aziendale dell' Azienda USL di Parma	P
Dott. Andrea Angelo Martoni	Clinico oncologo	P
Prof. Antonio Mutti	Clinico, Direttore Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale Università degli Studi di Parma	A
Dott.ssa Oriana Nanni	Biostatistico, Istituto Scientifico Romagnolo per lo Studio e la Cura dei Tumori (IRST)	A
Prof. Liborio Parrino	Clinico, Dipartimento di Neuroscienze Università degli Studi di Parma	P
Prof. Angelo Pietrobelli	Esperto in nutrizione, Dipartimento di Scienze della Vita e della Riproduzione Università degli Studi di Verona	A
Sig.ra Giuseppina Poletti	Rappresentante del volontariato, Presidente CCM Distretto Valli Taro e Ceno Azienda USL di Parma	A
Dott. Primo Santi	Figura professionale qualificata per indagini con dispositivi medici, Dipartimento Farmaceutico Distretto di Fidenza Azienda USL di Parma	P
Dott.ssa Anna Laura Santunione	Medico legale, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia	P
Prof. Enrico Silingardi	Medico legale, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia	P
Dott.ssa Alessandra Zanardi	Esperto in dispositivi medici, Direttore Servizio di Farmacia e Governo clinico del farmaco Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma	A

Comitato Etico per Parma
Via Gramsci, 14 - 43100 Parma
T. +39.0521.703013-703957- F. +39.0521.704702
comitatoetico@ao.pr.it - www.ao.pr.it/comitatoetico

Anexo III: Instrumentos de valoración empleados

STRUCTURED INTERVIEW FOR DSM-IV PERSONALITY DISORDERS		
SIDP-IV - # 875		
Cognome e Nome.....		Data di nascita.....
Codice Paziente.....	Valutatore.....	Data valutazione.....

Luogo dell'Intervista: [Reparto] [Day Hosp.] [Ambul.]

Diagnosi Asse I.....

Diagnosi Asse II.....

Soddisfa i 6 Criteri Generali del Disturbo di Personalità? [Si] [No]

Se la risposta è no, quali Criteri Generali non soddisfa? [A] [B] [C] [D] [E] [F]

A) INTERESSI E ATTIVITÀ	C7) BORDL-1	E3) DEPEND-6
A1) SZOID-4	C8) DEPEND-7	E4) BORDL-6
A2) SZOID-2	C9) PARND-7	E5) BORDL-7
A3) AVOID-7	C10) SZOID-3	E6) DEPRS-1
A4) DEPEND-1	C11) SLFDF-1	E7) DEPRS-7
A5) DEPEND-2	C12) SLFDF-7	E8) DEPRS-3
A6) DEPEND-4		E9) SLFDF-3
A7) OBCMP-7	D) RAPPORTI SOCIALI	E10) NEGTV-7
A8) SLFDF-5	D1) AVOID-6	
	D2) HISTR-1	F) CRITERI OSSERVATIVI
B) STILE LAVORATIVO	D3) HISTR-2	F1) STYPL-7
B1) OBCMP-3	D4) HISTR-4	F2) STYPL-4
B2) AVOID-1	D5) NARCI-3	F3) SZOID-7
B3) NARCI-6	D6) AVOID-5	F4) STYPL-6
B4) OBCMP-2	D7) STYPL-9	F5) HISTR-5
B5) OBCMP-6	D8) AVOID-2	
B6) OBCMP-1	D9) PARND-3	G) PERCEZIONE DI SÉ
B7) NEGTV-1	D10) NARCI-7	G1) BORDL-3
B8) SLFDF-6	D11) NARCI-4	G2) NARCI-5
B9) SLFDF-2	D12) AVOID-4	G3) NARCI-1
	D13) SZOID-6	G4) NARCI-2
C) RAPPORTI INTERPERSONALI	D14) HISTR-8	G5) OBCMP-4
C1) SZOID-1	D15) DEPEND-5	G6) OBCMP-8
C2) SZOID-5, STYPL-8	D16) NEGTV-2	G7) OBCMP-5
C3) AVOID-3	D17) NEGTV-4	G8) NARCI-8
C4) DEPEND-3	E) EMOZIONI	G9) NEGTV-5
C5) BORDL-2	E1) HISTR-6	G10) SLFDF-8
C6) DEPEND-8	E2) HISTR-3	G11) SLFDF-4
		G12) DEPRS-5

G13) DEPRS-2	—	H5) STYPL-1	—	J) CONFORMISMO	
G14) DEPRS-6	—	H6) HISTR-7	—	SOCIALE	
G15) NEGTV-3	—	H7) STYPL-2	—	J1) BORDL-4	—
G16) DEPRS-4	—	H8) STYPL-3	—	J2) ANTSO-4	—
G17) NEGTV-6	—	H9) STYPL-5	—	J3) ANTSO-1	—
				J4) ANTSO-6	—
H) PERCEZIONE DEGLI		I) STRESS E RABBIA		J5) ANTSO-2	—
ALTRI				J6) ANTSO-3	—
I1) PARND-1	—	I1) BORDL-8	—	J7) ANTSO-5	—
H2) PARND-2	—	I2) NARCI-9	—	J8) ANTSO-7	—
H3) PARND-6	—	I3) PARND-5	—	J9) ANTSO-C	—
H4) PARND-4	—	I4) BORDL-9	—		
		I5) BORDL-5	—		

Pathological Narcissism Inventory

0	1	2	3	4	5
Completamente diverso da me	Moderatamente diverso da me	In parte diverso da me	In parte simile a me	Moderatamente simile a me	Completamente simile a me

		0	1	2	3	4	5
1	Spesso sogno di essere ammirato e rispettato	<input type="checkbox"/>					
2	La mia autostima oscilla molto	<input type="checkbox"/>					
3	A volte mi vergogno per le aspettative che nutro nei confronti delle persone quando queste mi deludono	<input type="checkbox"/>					
4	Generalmente riesco a farla franca in qualunque situazione	<input type="checkbox"/>					
5	Mi riesce difficile stare bene con me stesso quando sono da solo	<input type="checkbox"/>					
6	Prendermi cura delle altre persone mi fa stare bene	<input type="checkbox"/>					
7	Detesto chiedere aiuto	<input type="checkbox"/>					
8	Quando le persone non mi danno attenzioni, inizio a non sentirmi bene con me stesso	<input type="checkbox"/>					
9	Spesso nascondo i miei bisogni per paura che gli altri mi vedano come una persona bisognosa e dipendente	<input type="checkbox"/>					
10	Riesco a far credere a tutti quello che voglio che credano	<input type="checkbox"/>					
11	Divento matto quando le persone non riconoscono tutto quello che io faccio per loro	<input type="checkbox"/>					
12	Mi infastidiscono le persone che non mostrano interesse per quello che dico o faccio	<input type="checkbox"/>					
13	Non confiderei mai i miei pensieri e sentimenti più intimi a persone che non ammiro	<input type="checkbox"/>					
14	Spesso sogno di lasciare un segno importante nel mondo	<input type="checkbox"/>					

15	Riesco a manipolare le persone facilmente	<input type="checkbox"/>					
16	Quando le altre persone non mi danno attenzioni, mi sento inutile	<input type="checkbox"/>					
17	A volte evito le persone perché sono preoccupato che mi possano deludere	<input type="checkbox"/>					
18	Generalmente mi arrabbio molto quando non riesco ad ottenere quello che voglio dagli altri	<input type="checkbox"/>					
19	A volte ho bisogno che le persone per me importanti mi rassicurino su quanto valgo	<input type="checkbox"/>					
20	Quando faccio favori ad altre persone, mi aspetto che loro facciano lo stesso per me	<input type="checkbox"/>					
21	Quando le persone non soddisfano le mie aspettative, spesso provo vergogna per ciò che avrei desiderato	<input type="checkbox"/>					
22	Mi sento importante quando le altre persone fanno affidamento su di me	<input type="checkbox"/>					
23	Sono in grado di leggere le persone come se fossero un libro aperto	<input type="checkbox"/>					
24	Quando le persone mi deludono, spesso mi arrabbio con me stesso	<input type="checkbox"/>					
25	Sacrificarmi per gli altri mi rende una persona migliore	<input type="checkbox"/>					
26	Spesso sogno di realizzare cose che probabilmente sono oltre le mie possibilità	<input type="checkbox"/>					
27	A volte evito le persone perché ho paura che non facciano ciò che vorrei facessero	<input type="checkbox"/>					
28	E' difficile mostrare alle altre persone le mie debolezze	<input type="checkbox"/>					
29	Mi arrabbio quando vengo criticato	<input type="checkbox"/>					
30	È difficile sentirmi bene con me stesso se non so che le altre persone mi ammirano	<input type="checkbox"/>					
31	Spesso sogno di essere ricompensato per i miei sforzi	<input type="checkbox"/>					
32	Sono assorbito da pensieri e preoccupazioni relative al fatto che le altre persone non siano interessate a me	<input type="checkbox"/>					

33	Mi piace avere amici che fanno affidamento su di me perché ciò mi fa sentire importante	<input type="checkbox"/>					
34	A volte evito le persone perché sono preoccupato che non riconoscano ciò che faccio per loro	<input type="checkbox"/>					
35	A tutti piace ascoltare i miei racconti	<input type="checkbox"/>					
36	E' difficile sentirmi bene con me stesso a meno che non sappia di piacere alle altre persone	<input type="checkbox"/>					
37	Mi irrita quando le persone non si accorgono di che ottima persona io sia	<input type="checkbox"/>					
38	Non sono mai soddisfatto fino a quando non ottengo tutto ciò che merito	<input type="checkbox"/>					
39	Provo a dimostrare che brava persona io sia attraverso i miei sacrifici	<input type="checkbox"/>					
40	Provo delusione quando le persone non mi danno attenzione	<input type="checkbox"/>					
41	Spesso mi trovo a invidiare i successi altrui	<input type="checkbox"/>					
42	Spesso sogno di compiere atti eroici	<input type="checkbox"/>					
43	Offro aiuto alle altre persone per dimostrare di essere una brava persona	<input type="checkbox"/>					
44	E' importante dimostrare alle persone di essere in grado di fare da solo, anche quando nutro qualche dubbio al riguardo	<input type="checkbox"/>					
45	Spesso sogno di essere riconosciuto per i miei successi	<input type="checkbox"/>					
46	Non posso fare affidamento sugli altri perché ciò mi fa sentire debole	<input type="checkbox"/>					
47	E' difficile sentirmi bene con me stesso quando le altre persone non mi rispondono nel modo in cui vorrei	<input type="checkbox"/>					
48	Ho bisogno delle altre persone per riconoscere quanto valgo	<input type="checkbox"/>					
49	Voglio arrivare a valere qualcosa agli occhi del mondo	<input type="checkbox"/>					
50	Quando qualcuno intuisce i miei bisogni, provo ansia e vergogna	<input type="checkbox"/>					

51	A volte è più facile stare da solo che affrontare il fatto di non ottenere tutto ciò che voglio dagli altri	<input type="checkbox"/>					
52	Posso arrabbiarmi molto quando gli altri mi contraddicono	<input type="checkbox"/>					

Positive and negative affective schedule

1	2	3	4	5
Leggermente	Moderatamente	Molto	Estremamente	Per nulla

_____ interessato

_____ irritabile

_____ angosciato

_____ concentrato

_____ eccitato

_____ vergogna

_____ turbato

_____ ispirato

_____ forte

_____ nervoso

_____ colpevole

_____ determinato

_____ spaventato

_____ attento

_____ ostile

_____ agitato

_____ entusiasta

_____ attivo

_____ orgoglioso

_____ impaurito

Psychotic symptom rating scale

Delusions

1 Amount of preoccupation with delusions

- 1 No delusions, or delusions which the subject thinks about less than once a week.
- 2 Subject thinks about beliefs at least once a week
- 3 Subject thinks about beliefs at least once a day
- 4 Subject thinks about beliefs at least once an hour
- 5 Subject thinks about delusions continuously or almost continuously

2 Duration of preoccupation with delusions

- 1 No delusions
- 2 Thoughts about beliefs last for a few seconds, fleeting thoughts.
- 3 Thoughts about delusions last for several minutes.
- 4 Thoughts about delusions last for at least 1 hour.
- 5 Thoughts about delusions usually last for hours at a time

3 Conviction

- 1 No conviction at all
- 2 Very little conviction in reality of beliefs, < 10%
- 3 Some doubts relating to conviction in beliefs, between 10-49%
- 4 Conviction in belief is very strong, between 50-99 %
- 5 Conviction is 100 %

4 Amount of distress

- 1 Beliefs never cause distress

- 2 Beliefs cause distress on the minority of occasions.
- 3 Beliefs cause distress on < 50% of occasions.
- 4 Beliefs cause distress on the majority of occasions when they occur between 50-99 of time
- 5 Beliefs always cause distress when they occur.

5 Intensity of distress

- 1 No distress
- 2 Beliefs cause slight distress
- 3 Beliefs cause moderate distress
- 4 Beliefs cause marked distress
- 5 Beliefs cause extreme distress, could not be worse

6 Disruption to life caused by beliefs

- 1 No disruption to life, able to maintain independent living with no problems in daily living skills. Able to maintain social and family relationships (if present)
- 2 Beliefs cause minimal amount of disruption to life, e.g., interferes with concentration although able to maintain daytime activity and social and family relationships and be able to maintain independent living without support.
- 3 Beliefs cause moderate amount of disruption to life causing some disturbance today time activity and/or family or social activities. The patient is not in hospital although may live in supported accommodation or receive additional help with daily living skills.
- 4 Beliefs cause severe disruption to life so that hospitalisation is usually

necessary. The patient is able to maintain some daily activities, self-care and relationships while in hospital. The patient may be also be in supported accommodation but experiencing severe disruption of life in terms of activities, daily living skills or relationships

- 5 Beliefs cause complete disruption of daily life requiring hospitalization. The patient is unable to maintain any daily activities and social relationships. Self-care is also severely.

BIBLIOGRAFÍA

- Alameda Losada N. En busca de la voz perdida de Eco. Revista de Psicoanálisis, Asociación Psicoanalítica de Madrid, Madrid 2022;37(95):311-335
- Alexander J. SSRIs as a treatment alternative for monosymptomatic delusional disorders. Aust N Z J Psychiatry 2010;44:295-296.
- American Psychiatric Association. The diagnostic and statistical manual of mental disorders 3th ed., rev. Washington: Am Psychiatr Publ; 1987.
- American Psychiatric Association. The Diagnostic and statistical manual of mental disorders 4 th ed, Washington: Am Psychiatr Publ; 2000.
- American Psychiatric Association. The Diagnostic and statistical manual of mental disorder 5th ed, Washington: Am Psychiatr Publ; 2013.
- Bachelard G. Preface de Uber Maskendeutung im Rorschach'schen Veruch de R. Khun, Phenomenologie du Maske, Bruges, 1944.
- Ballerini A y Rossi Monti, La vergogna y el delirio: un modelo delle sindromi paranoidee, Roma, 2011.
- Ballerini A. Prefazione all'edizione italiana, in Kretschmer E. : Il delirio di rapporto sensitivo. Un contributo alla questione della paranoia e alla teoria psichiatrica del carattere, 2012.
- Benedict R Chrysanthemum and the Sword. Houghton Mifflin, Boston 1946
- Bebbington PE McBride O, Steel C, Kuipers E, Radovanovic M, Brugha, T et al. The structure of paranoia in the general population. Br J Psychiatry 2013;202(6):419-427
- Bentall RP, Rowse G, Shryane N, Kiderman P, Howard R, Blackwood N, et al. The cognitive and affective structure of paranoid delusions. Arch Gen Psychiatry 2009;3:236-247
- Bergson H. Fantômes de vivants et recherche psychique, 1913
- Berner P. Delusional atmosphere. The Br J Psychiatr, 1991;159:88-93
- Berze J. Uber Primar Symptom der Paranoia, 1903
- Binswanger L. Being in the world. Basic books, New York, 1963
- Bleuer E. Dementia Praecox oder die Gruppe der Schizophrenen. Leipzig : Deuticke; 1911

Bibliografía

- Borgna E. Noi siamo un colloquio. Gli orizzonti della conoscenza e della cura in psichiatria. 2000
- Broucek F. Shame and the self, 1991
- Buber M. Imágenes del bien y del mal, 1952.
- Callieri B. Quando vince l'ombra. Città nuova, Roma 1982.
- Clasificación Internacional de enfermedades, edición 11 (CIE-11), Asociación Mundial de la Salud, 2019.
- Cain NM, Pincus AL, Ansell EB. Narcissism at the crossroads: phenotypic description of pathological narcissism across clinical theory, social/personality psychology and psychiatric diagnosis. *Clinical Psychology Review*, 2008;28: 638-656
- Cargnello D. Il caso Ernest Wagner, Fioriti, Roma, 1984.
- Conti L. Repertorio delle scale di valutazione in psichiatria SEE EDITORE, Firenze 1999
- Crowe RR, y Roy MA. Delusional Disorders. In :Fatemi SH, Clayton PG, editors. *The medical basis of psychiatry*, 3 ed Totowa: Humana Press, 2008;125-131
- Crocker J, Alloy L, Kayne T. Attributional style, depression, and perceptions of consensus for events. *J Pers Soc Psychol*, 1988;54(5).
- Darwin, C. *The expression of the emotions in man and animals*, London,1872
- De Leon J, Antelo RE, Simpson G. Delusion of parasitosis or chronic tactile hallucinosis: hypothesis about their brain physiopathology. *Compr Psychiatr* 1992;33:25–33.
- De Portugal E y Cervilla J. *Trastorno Delirante*. Grupo Ala Médica SA, Madrid 2004
- De Portugal E, Gonzalez N, Del Amo V, Haro JM, Diaz-Caneja CM, Del Castillo JDDL, et.al. Empirical redefinition of delusional disorder and its phenomenology: the DELIREMP study. *Compr Psychiatr*. 2013 Abr;54(3):243-255.
- De Portugal E, Diaz-Caneja CM, Gonzalez-Molinier M, De Castro MJ, Del amo V, Arango C, et al. Prevalence of premorbid personality disorder and its clinical

- correlates inpatients with delusional disorder. *Psychiatry Res.* 2013 Dec;210(3):986-993.
- Dodds E, *The Greeks and the Irrational*, 1951.
 - Erikson EH. *Childhood and Society*. Norton, New York, 1950
 - Esquirol JED. *Mental maladies. A treatise on Insanity* New York: Hafner; 1965.
 - Fernández Soriano J. *Estudio psicoanalítico de la paranoia. El caso de la madre asesina de Hildegart*. APM, Madrid, 2012
 - Freeman, D y Garety, PA. Comments on the content of persecutory delusions: Does the definition need clarification? *Br J Clin Psychol* 2000;39(4):407-414.
 - Freeman D, McManus S, Brugha T, Meltzer H, Jenkins R, Bebbington, P. Concomitants of paranoia in the general population. *Psychol Med.* 2011;41: 923-36
 - Freeman D, Dunn G, Startup H, Pugh K Cordwell J, Mander H et al. Effects of cognitive behaviour therapy for worry on persecutory delusions in patients with psychosis:a parallel,single-blind, randomised controlled trial with a mediation analysis. *Lancet Psychiatry* 2015;2:305-313
 - Freeman, D. Persecutory delusions: A cognitive perspective on understanding and treatment. *The Lancet. Psychiatry* 2016;3(7):685-692
 - Freud S. Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de Paranoia (Dementia Paranoide) descrito autobiográficamente, O.C. 11,Buenos Aires, Amorrortu, 1911.
 - Freud S *Introducción al narcisismo*, 1914.
 - Fried Y y Agassi J *Paranoia: a study in diagnosis*. Reidel, Doerdrech, 1976.
 - Fowler D, Hodgekins J, Garety P, Freeman D, Kuipers E, Dunn G et al. Negative cognition, depressed mood and paranoia: A longitudinal pathway analysis using structural equation modelling. *Schizophr Bull.* 2012;38(5):1063-1073
 - Foulkes SH. *Therapeutic group analysis*. Karnac Books. London, 1964
 - Gabbard GO. Two subtype of narcissistic personality disorder. *Bull Menninger Clin.* 1989 Nov;53(6):527-532.
 - Garety PA, Hemsley DR. *Delusions: Investigation into the psychology delusional reasoning* Maudsley Monograph. Oxford University Press, 1994.

Bibliografía

- Gaupp R. El caso Ernest Wagner. Una catamnesis a la vez que aportación a la enseñanza de la Paranoia, 1920.
- Genil-Perrin Les Paranoiaques. Malone. París, 1926.
- Gilbert, P. Shame in psychotherapy and the role of compassion focused therapy. En R. L. Dearing y J. P. Tangney (Eds.), Shame in the therapy hour Washington, 2011;325-354.
- Gilbert, P. (2019). Distinguishing shame, humiliation and guilt: an evolutionary functional analysis and compassion focused interventions. En C.-H. Mayer y E. Vanderheiden (Eds.), The Bright Side of Shame. Transforming and Growing Through Practical Applications in Cultural Contexts 2019;413-431
- Goldberg J La culpabilité axiome de la psychanalyse, Press Universitaires de France, Paris, 1985
- Gonzalez-Rodriguez A, Guardia A, Alvarez A, Fucho GF, Farré JM, Betriu M et al., Trastorno Delirante, Psicopatología y Psiquiatría, 2021
- Grandes A. La madre de Frankenstein, Tusquets Editores, España, 2020.
- Gruhle Die "Psychologie der Schizophrenie". Ges. Neurol.Psychiat. 1922, 78 : 454-471
- Haddock G, McCarron J, Tarrier N, Faragher EB. Scale to measure dimensions of hallucinations and delusions: the psychotic symptom rating scales (PSYRATS). Psychol Med. 1999 Jul;29(4): 879-889.
- Heine H. Vermischte Schriften, 1854.
- Henry E. Estudios sobre los delirios, Madrid, 1973.
- Hirsch SR y Sheperd M. Themes and variations in European Psychiatry. Wright, Bristol, 1974
- Jaspers K. Allgemeine Psychopathologie. Springer, Berlin 1913.
- Johnstone EC, Cunnigam Owens D, Lawrie SM, McIntosh AM, Sharpe MD. Companion to psychiatry studies. 8 ed. Curchill Livingstone, 2010.
- Kahlbaum K. Die Gruppierung der psychischen Krankheiten und die Einteilung der Seelenstörungen Danzig: Verlag von A.W.Kafemann; 1863.
- Kasanin J. The acute schizoffective psychoses, 1933.
- Kaufman G. The psychology of shame. New York: Springer; 1989.

- Kernberg, O. F. (1970). A psychoanalytic classification of character pathology. *J of the Psychoanal Ass* 1970;18(4)800-822.
- Kendler KS. The nosological validity of paranoia (simple delusional disorder) *Arch Gen Psychiatry* 1980;37:699-706
- Keyes KM, Eaton NR, Krueger RF, Skodol AE, Wall MM, Grant B et al. Thought disorder in the metastructure of psychopathology. *Psychol Med.* 2013; 43(8):1673–83.
- Klein M *Psicoanálisis de niños*, 1932
- Kleist K. Die Involution paranoia. *Allgemeine Zeitschrift fur Psychiatrie und Psychisch-gerichtliche. Medizin.* 1913;70;1:34
- Kingdon D y Turkington D. *Cognitive-Behavioural Therapy of Schizophrenia* Turkington. Hove: Lawrence Erlbaum, 1994.
- Koerner K, Tsai M y Simpson E. Treating shame: a functional analytic approach. En R. L. Dearing y J. P. Tangney (Eds.), *Shame in the therapy hour* Washington, 2011;23-43
- Kohut H. análisis del self. Buenos aires,1971
- Kohut H. Thoughts on narcissism and narcissistic rage. *Psychoanal Study Child* 1972; 27(1):360-400.
- Kraepelin E. *Psychiatrie* 8th ed. Leipzig: Verlag Von Johann Ambrosius Barth; 1909-1915.
- Kraff-Ebing R. von *Lehrbuch der Psychiatrie auf klinischer Grundlage fur praktische Arzte und Studierende.* Enke, Stuttgart, 1879. Tr. it. *Trattato clinico pratico delle Malattie mentali*, vol.2 Torino, 1885.
- Kretschmer E. *Der Sensitive Beziehungswahn.* Berlin, 1918
- Kretschmer E. MD. *A textbook of medical Psychology* London: Milford; 1934
- Laig R, *El yo dividido*, 1960.
- Landani, N, Klinger R, Kulp L. Treating shame: implications for therapy and supervision. En R. L. Dearing y J. P. Tangney (Eds.), *Shame in the therapy hour* Washington, 2011;307-322.
- Lewis HB *Shame and Guilt in Neurosis.* International Universities Press, New York, 1971

Bibliografía

- López Atienza JL y Blajakis MI. X Jornadas nacionales de Hospitales de día, Alcalá de Henares, 2017.
- Magnan V. El delirio crónico de evolución sistemática. Madrid, 1892.
- Manschreck TC y Khan, NL. Recent advances in treatment of delusional disorders. *Can J Psychiatry* 2006;51:114-119
- Marino C, Nobile M, Bellodi L, Smeraldi E. Delusional Disorder and Mood Disorder: can they coexist? *Psychopathology* 1993;26(2):53-61.
- Maina G, Albert U, Bada A, Bogetto F. Occurrence and clinical correlates of psychiatric comorbidity in delusional disorder. *Eur. Psychiatry* 2001 Jun;16(4):222-228.
- Malik A. Working with shame in psychotherapy: an eclectic approach. En C.-H. Mayer y E. Vanderheiden (Eds.), *The Bright Side of Shame. Transforming and Growing Through Practical Applications in Cultural Contexts*. 2019;381-394
- Mc Williams N., *La diagnosi psicoanalitica*, 1994
- Mendel E, *Libro de texto de psiquiatría: un estudio psicológico de la locura para profesionales y estudiantes*, Berlin, 1902
- Mews MR, Quante A. Comparative efficacy and acceptability of existing pharmacotherapies for delusional disorder: a retrospective case series and review of the literature. *J Clin Psychopharmacol* 2013;33:512-519
- Morrison, AP. Fenómenos narcisistas y vergüenza. *Clínica e Investigación Relacional* 2008;2(1)9-25.
- Muñoz-Negro JE, Ibáñez-Casas I, De Portugal E, Ochoa S, Dolz M, Haro JM, et al. A dimensional comparison between delusional disorder, schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophr Res*. 2015 Dec;169(1-3):248-254.
- Muñoz-Negro JE, Prudent C, Gutierrez B, Cervilla JA. Paranoia and risk of personality disorder in the general population. *Personal Mental Health* 2019 May;13:107-116.
- Muñoz-Negro JE & Cervilla, JA. Systematic Review on the Pharmacological Treatment of Delusional Disorder. *J Clin Psychopharmacol* 2016;36(6):684–690
- Munro A. Paranoia revisited. *Br J Psychiatry* 1982;141:344-349

- Munro A. Paraphrenia. In *Troublesome disguises: underdiagnosed psychiatry syndromes*, Blackwell science, Oxford, 1997;97-111
- Munro A. Delusional Disorders and delusions: introductory aspects. In Cambridge University Press. *Delusional Disorders, Paranoia and related illness*, 1999; 1-41.
- Muscatello C, Scudellari P, Inglese S, Ravani C y Pardi G. Note per una fenomenologia delle personalità paranoicali, iv. *Sper. Freniat*, 1985;109:841-850
- Nietzsche FW *La Gaya Ciencia*, 1882.
- Nietzsche FW *La genealogía de la moral*, 1887.
- O'Connor RC y Kirtley, OJ. The integrated motivational– volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical Transactions. Biological Sciences*, 2018;373:17-54,
- Opjordsmoen S. Delusional Disorder as a partial psychosis. *Schizophr Bull.* 2014 Mar;40(2):244-247.
- Peralta V and Cuesta MJ. Delusional disorder and Schizophrenia: a comparative study across multiple domains. *Psychol Med.* 2016;46(13):2829-2839.
- Persel J, Suvisaari J, Saarni SI. Prevalencia de trastornos psicóticos y bipolares I en población general. *Psiquiatría Arch gen*, 2007;64:19-28
- Pfohl B, Blum N, Zimmerman M. Structured interview for DSM-IV personality: SIDP-IV. Washington DC: American Psychiatric Press; 1997.
- Pincus AI, Ansell, E.B., Pimentel, C.A., Cain, N.M., Wright, A.G. & Levy, K.N. Initial construction and validation of the Pathological Narcissism Inventory. *Psychological Assessment*, 2009; 21:365-379
- Pincus A, Lukowitsky MR. Pathological narcissism and narcissistic personality disorder. *Annu Rev Clin Psychol.* 2010 Abr; 6(1):421-446.
- Riding, J. And Munro, A. Pimozide in the treatment of monosymptomatic Hypochondriacal psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1975, 52 : 23-30
- Retterstol N y Opjordsmoen S. Differences in diagnostic and longterm course and outcome between monosymptomatic and other other delusional disorders. *Psychopathol* 1994; 27(3-5):240-246

Bibliografía

- Roberts G. The origins of delusions. *Brit J Psychiatry* 1992;161:298-308
- Rodriguez-Solano, J.J, De Chavez, M.G.; Premorbid adjustment and previous personality in schizophrenic patients. *Eur Psychiatry*,2005;19:243-254
- Sandler J y Sandler AM. The gyroscopic function of unconscious fantasy, in Feinsilver, 1986.
- Schanda H. Paranoia and dysphoria : historical developments, current concepts. *Psychopathology* Jul-Aug 2000; 33 : 204-208
- Schneider K. Zur Frage des sensitive beziehungwhans *Z. ges. Neurol. Psychiatr.* 1920;59:51-63
- Schneider Die Psychopatischen Personaliteiten, 1923.
- Segarra Extebarria R. Abordaje Integral de las Fases Iniciales de las Psicosis: Una visión más crítica aún. Ed Médica Panamericana SA, II ed., 2020.
- Serieux P., Capgras K. Les Psychoses a base d'interpretacions delirantes. *Ann Med. Psychol.*, 1902.
- Serretti A, Lattuada E, Cusin C, Smeraldi E. Factor analysis of Delusional Disorder symptomatology. *Compr Psychiat.* 1999 Mar-Abr;40(2):143-147.
- Snell L. Uber Monomanie als primare form der seelenstorung, *Allg. Z. Psychiat.* 22, 368-381, 1865
- Spech G. Ueber den pathologischen in der chronischen paranoia. Leipzig, 1901.
- Spetch G. Chronische manie and paranoia. *Centralbl Nervenheilk Psychiatr* 1905;28:590-597
- Strauss EW. Die Schama ls historiologisches Problem. *Schwweiz. Arch Neurol. Psychiat* 1933;22:368-381
- Stromgren E. Episodiske PsykoserMunksgaard, Kopenhagen, 1945.
- Tanzi E y Lugaro E. Malattie mentali, 3a ed. Milano, 1926
- Tonna M, Paglia F, Ottoni R, Ossola P, De Panfilis C, Marchesi C. Delusional disorder:the role of personality on delusional ideation. *Compr Psychiatr.* 2018 Aug;85:78–83.
- Torquato L. Lo renglones torcidos de Dios, 1979.
- Tangney JP y Dearing, RL. Working with shame in the therapy hour: summary

- and integration. En R. L. Dearing y J. P. Tangney (Eds.), *Shame in the therapy hour*, Washington, 2011;375-404
- Tewissen V, Bentall RP, Oorshot M, Campo A, van Lierop T, van Os J, et al. Emotions, self-esteem and paranoid episodes: an experience sampling study. *Br J Clin Psychol*. 2011;50:178-195.
 - Tonna M, Paglia F, Ottoni R, Ossola P, De Panfilis C, Marchesi C. Delusional Disorder: The role of Personality on delusional ideation. *Compr Psychiatr*. 2018 Aug;85:78-83.
 - Van der Gaag M, Nieman DH, Rietdijk J, Dragt S, Ising H et al., Cognitive behavioral therapy for subjects at ultrahigh risk for developing psychosis: a randomized controlled clinical trial, *Schizophr Bull*, 2014;38(6):1180-1186
 - Vallejo Nagera. Primary processional paranoia. Madrid, 1957;74:339-54
 - Yamanda N, Noguchi T. Age at onset of delusional disorder is dependent on the delusional theme. *Acta Psychiatr. Scand*. 1998, 97 ; 122-124 23. Kraepelin VIII edizione di *Compendio di psichiatria 1910-1915*
 - Wagner E. *The Whan*, 1921.
 - Watson D, Clark LA, Tellegen A. Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *J Pers. Soc. Psychol*. 1988 Jun; 54(6): 1063-1070.
 - Watson PJ, Hickman SE, Morris RJ. Self-reported narcissism and shame: Testing the defensive self-esteem and continuum hypotheses. *Pers Individ Dif* 1996 Aug;21(2):253-259.
 - Wigman JT, van Nierop M, Vollebergh WA, Lieb R, Beesdo-Baum K, Wittchen HU et al. Evidence that psychotic symptoms are prevalent in disorders of anxiety and depression, impacting on illness onset, risk, and severity-implications for diagnosis and ultra-high risk research. *Schizophr Bull*. 2012; 38: 247-257
 - Winokur G. Delusional disorders (paranoia). *Comp Psychiatr* 1977;18(6):511-521
 - Zigler, E., y Glick, M. (1988). Is paranoid schizophrenia really camouflaged depression? *Am. Psychol* 1988;43(4)284-290