

# Un caso atípico de *folie à deux* entre madre e hija

## Atypical case of *folie à deux* between mother and daughter

J. HERRERA ARROYO\*, I. CARRANZA ALMANSA\*\*

### RESUMEN

Presentamos un nuevo caso de *folie à deux* entre madre e hija. Su interés radica en los rasgos atípicos que le caracterizan, y que podríamos resumir en: 1. La actividad de reelaboración de la paciente inducida sobre la temática delirante común, y la producción de una temática propia. 2. La ausencia del factor de aislamiento de la pareja, y 3. El carácter de inverosimilitud que, en razón de sus cualidades fenomenológicas, presenta el delirio.

Se discute en base a estos rasgos atípicos, el valor de algunos presupuestos patogénicos y clínicos que componen la conceptualización de la *folie à deux*.

**PALABRAS CLAVE:** *Folie à deux*. Trastorno psicótico inducido. Identificación proyectiva.

### SUMMARY

We report a new case of *folie à deux* between mother and daughter. Its interest lies on the atypical features that it presents. They are: 1. The re-elaboration activity that the induced patients makes on the common delusional theme. 2. The lack of the isolation couple factor, and 3. The phenomenological implausibility of the delusional system.

According to these atypical features found in our case, we discuss some pathogenetical and clinical assumptions about *folie à deux*.

**KEY WORDS:** *Folie à deux*. Induced psychotic disorder. Projective identification.

### INTRODUCCION

La literatura sobre el trastorno denominado *folie à deux* es escasa. Este hecho puede estar justificado por la infrecuencia de su presentación y ésta, a nuestro juicio, es la causa fundamental de que el conocimiento de los mecanismos básicos de la inducción de los delirios aún sea precario.

\*Médico residente de Psiquiatría. ECSM. Distrito de Córdoba.

\*\*Psicóloga. ECSM. Distrito de Peñaroya (Córdoba).

Correspondencia. José Herrera Arroyo. ECSM. Córdoba-Centro. Avda. América, 1. 14001 Córdoba.

Fecha de recepción: 13-9-91.

Fecha de aceptación: 4-5-92.

Con la presentación de este caso de *folie à deux* pretendemos aportar un nuevo material clínico a la casuística del trastorno, así como contribuir a la dilucidación de sus mecanismos generadores.

### REVISION HISTORICA

Se conoce como *folie à deux* aquella situación psicopatológica en la que dos individuos comparten un sistema delirante. En una consideración genética estaría condicionado por factores relacionados con:

1. El rol ejercido por cada uno de los miembros de la pareja delirante.
2. Las relaciones de esta pareja con su *medio psicológico*.
3. Las características estructurales y temáticas del delirio.

A finales del siglo pasado Lasègue y Falret (Cit. Clérambault 1987) publican las primeras descripciones del síndrome, aunque habían sido Baillanger y De Saulle (Cit. Clérambault 1987) los primeros autores en aportar referencias de él a la literatura científica.

El trabajo de Lasègue y Falret constituye, sin duda, la descripción más compleja del trastorno realizada hasta el momento. Sus conclusiones podrían resumirse en:

1. En la *folie à deux*, el paciente originalmente psicótico ostenta el rol activo en el proceso de la inducción del delirio. Es el creador del sistema delirante y desde una posición de superioridad psicológica lo impone al otro, al que se le asigna el rol pasivo. El sujeto pasivo actúa a su vez sobre el primero remodelando el delirio, de forma que éste queda constituido como un sistema creencial común, ésto es, asumido en todos sus detalles por ambos miembros de la pareja.
2. Es necesario que los dos individuos se mantengan durante un tiempo prolongado aislados de toda influencia exterior. Este aislamiento les permitirá llegar a compartir determinados temores, necesidades o sentimientos de forma estrecha.
3. El delirio debe mostrar un aspecto de verosimilitud suficiente para tornarse comunicable. Su temática debe mantenerse dentro de los límites de lo posible y su estructura gozar de suficiente coherencia como para mostrarse lógicamente aceptable.
4. Mayor frecuencia de presentación en mujeres.
5. Constancia de las condiciones de presentación, presentando la mayoría de las observaciones características análogas.
6. Posibilidad de intervención de un factor hereditario no

especificado en la génesis de los casos que ocurren entre miembros de una misma familia.

7. La indicación terapéutica básica consistirá en separar a los dos miembros de la pareja, lo que conlleva, en la mayoría de los casos, la remisión del delirio en el sujeto pasivo.

8. En la mayoría de los casos el sujeto pasivo se encuentra menos afectado que el activo. Según Lasègue y Falret puede considerarse que el primero tan sólo sufre una "simple presión moral temporal", por lo que no puede considerársele un "alienado en el significado moral y social del término".

9. Existe la posibilidad de que el delirio se induzca a más de una persona, siendo compartido entonces por un grupo más o menos numeroso.

En los años que siguieron a esta primera descripción, la observación de nuevos casos de *folie à deux* cristalizó, a través de autores como Regís y Montyel (Cit. Clérambault 1987), en el establecimiento de cuatro subtipos del síndrome general. Esta clasificación, que también ha llegado a nuestros días sin apenas modificaciones, comprende las siguientes categorías (Swanson 1974):

a) *Psicosis impuesta*. Corresponde clínicamente al cuadro descrito por Lasègue y Falret. Es el hallazgo más frecuente.

b) *Psicosis simultánea*. Su descripción se debe a Regís. Se trataría aquí de dos individuos predispuestos que, sometidos a un contacto íntimo y prolongado, desarrollan una psicosis de forma simultánea. A consecuencia del contacto estrecho entre ambos, el delirio llegaría a ser temáticamente común. No existen, por tanto, roles activo y pasivo en esta forma de *folie à deux*; el grado de afectación de ambos miembros sería el mismo y su separación no tendría efecto terapéutico alguno.

c) *Psicosis comunicada*. Corresponde a las aportaciones de Montyel y Baillager. Sus características resultan idénticas a las de la psicosis impuesta salvo en lo referente al efecto terapéutico de la separación, que en este caso sería negativo.

d) *Psicosis inducida*. En un paciente previamente psicótico aparecen nuevas ideas delirantes bajo la influencia de otro paciente asimismo psicótico.

Como ya ha sido referido, las revisiones posteriores del concepto y su clasificación no han hecho sino volver a incidir en los puntos básicos postulados por los autores clásicos. Así, las clasificaciones más usuales (DSM-III-R e ICD-9 y el borrador de su décima edición) (Am. Psych. Assoc. 1987) (OMS 1978) establecen sus criterios y pautas diagnósticas a partir de la presencia de los roles activo y pasivo, la relación estrecha entre ambos miembros de la pareja y la similitud de las creencias delirantes. El DSM-III-R tan sólo añade la exigencia de que el sujeto pasivo (o secundario) carezca de antecedentes psicóticos o síntomas prodrómicos de esquizofrenia. Es necesario señalar, en lo que respecta a estas clasificaciones, el hecho de que en ambos se aplique el término *trastorno psicótico (o delirante) inducido* como etiqueta diagnóstica para cualquier caso de *folie à deux*, sin tener en cuenta la clasificación de subtipos anteriormente descrita.

Los criterios anteriormente propuestos por Dewhurst y Todd (1956) se postulan sobre las mismas bases.

Desde el punto de vista de la epidemiología, la etiología y la terapéutica del trastorno, destacaremos los trabajos de Granlick (1942) (Cit. Crespo y Onrubia 1983), Soni y Rock-

ley (1974), Anthony (1971) (Cit. Crespo y Onrubia 1983) y Ascher (1949) (Cit. Crespo y Onrubia 1983).

Granlick concluye que el mayor número de casos se produce entre parejas de hermanas, seguidas por orden de frecuencia por parejas de madre e hijos y de hermanos. Estos datos confirman de forma indirecta la mayor incidencia de *folie à deux* en el sexo femenino propuesta por los autores clásicos. Granlick explica este hecho haciendo referencia a los roles restringidos que las mujeres desempeñan dentro del sistema social y el efecto que ello produciría en cuanto a la génesis de una estructura de carácter favorable a la identificación con una figura dominante.

Soni y Rockley, en un estudio de ocho casos suyos y cien más publicados, constatan la mayor frecuencia del diagnóstico de esquizofrenia entre los miembros de las parejas y proponen la insuficiencia de los factores ambientales en la génesis del cuadro, llamando la atención sobre los posibles factores genéticos o de estructura de personalidad en los pacientes.

Anthony establece la mayor incidencia del síndrome entre la población adulta.

En sus aspectos terapéuticos, la mayoría de los autores consideran la separación de los miembros de la pareja como el proceder más adecuado. Tan sólo Ascher disiente de este enfoque, alegando la disminución en la capacidad de funcionamiento que para los pacientes supondría la ruptura del único medio de comunicación mutua.

## HISTORIA CLINICA

Se trata de un caso de *folie à deux* entre una madre y su única hija. La madre es una mujer de 49 años, casada, ama de casa, con un nivel de estudios mínimo y clase social baja. La hija tiene 19 años y un nivel cultural básico. Trabaja como cuidadora de niños mientras continúa sus estudios. Completa el núcleo familiar el padre, jubilado desde hace varios años y con una pérdida notable de la agudeza visual y auditiva.

La madre consulta por primera vez en el servicio de urgencias del Hospital General. Allí expresa sus primeras quejas en relación al supuesto acoso que sufre por parte de los vecinos con los que mantiene una franca enemistad desde hace tiempo.

Se queja de oír sus voces, insultantes y amenazadoras, a pesar de haber cambiado recientemente de domicilio y vivir a gran distancia de ellos.

Tras la valoración del caso se hizo un diagnóstico preliminar de *Trastorno delirante* (DSM-III-R) y se prescribió tratamiento neuroléptico, siendo remitida a su Equipo de Salud Mental, donde actualmente sigue control ambulatorio.

Según relató desde las primeras entrevistas, los conflictos con los vecinos se habían iniciado dos años atrás.

La paciente había instalado un extractor de humos en la cocina de su casa y según ella éste había molestado a una de sus vecinas. Esta se quejó en varias ocasiones de que el ruido del aparato molestaba a su nieto, y que éste había enfermado por ello. Hasta ese momento las relaciones entre ambas familias habían sido, salvo ciertos incidentes menores, muy amistosas.

Tras este conflicto inicial, la paciente aseguraba que sus vecinos comenzaron a arrojar zotal, lejía, agua fuerte y orines al patio con intención de molestarla con los malos olores que estos productos desprenden. Poco después comenzó a oír cómo estas personas la insultaban y amenazaban a través de las paredes. Esta situación llevó a la paciente a realizar numerosas quejas y denuncias ante la policía.

Hasta entonces la actitud del marido y de la hija había sido de escasa implicación en las disputas, según la paciente, "por no querer hacer caso de provocaciones".

Seis meses antes de la primera consulta los malos olores se habían intensificado y la paciente había comenzado a percibir sabores nauseabundos en los alimentos lo cual había llegado a provocar el vómito en algunas ocasiones. También se habían hecho más frecuentes los supuestos insultos y amenazas, habiendo llegado a percibir hasta tres voces distintas de otros tantos miembros de la familia de sus vecinos. A veces, éstas comentan entre sí los actos de la paciente.

Paulatinamente la hija había empezado a compartir de forma clara las creencias de la madre. Dos meses después, ante la insistencia de ésta, optaron por cambiar de domicilio intentando eludir el acoso al que se sentían sometidas.

En su nueva casa persiste la audición y la paciente afirma que la siguen vaya a donde vaya, incluso en nuestro consultorio. Comenta que las voces penetran en su casa a través del extractor de humos y del respiradero del cuarto de baño, y que llegan hasta allí emitidas desde un "aparato muy potente" que la vecina utiliza para este fin. Los olores llegan a su casa por el mismo mecanismo, siendo este aparato capaz, asimismo, de proporcionar información a su vecina sobre sus actividades. Las voces persisten en su contenido amenazador exigiéndole que se marche de la ciudad o que les proporcione cierta cantidad de dinero a cambio de cesar en su acoso. También le han expresado amenazas de muerte en el caso de que al nieto de la vecina "le ocurriera algo malo."

La paciente interpreta la hostilidad de sus vecinos como un intento de enloquecerla o de expulsarla de la ciudad como venganza por la enfermedad que supuestamente contrajo el nieto de la vecina. En otras ocasiones opina que simplemente tratan de probar con ella el funcionamiento del aparato.

El cuadro se completa con quejas de ánimo depresivo, ansioso e irritable en estrecha relación con la ideación de perjuicio referida.

Durante todas las entrevistas la paciente se mostró colaboradora, comunicativa y confiada; correcta en su aspecto y en la interacción. La conciencia de enfermedad se estimó nula. La capacidad de autocontrol era aceptable. Su discurso era coherente, fluido y de tasa normal. No se apreciaron pobreza en el contenido del leguaje, bloqueos o aumento de la latencia de las respuestas. La ideación de perjuicio presentaba cualidades delirantes y conformaba un sistema. El tema del delirio, dada su escasa verosimilitud en el círculo cultural de la paciente, se calificó como *bizarro*. Los trastornos pseudoperceptivos, como alucinaciones referidas en varias áreas sensoriales (auditivas, gustativas y olfativas). No se constataron ideas de difusión, control, robo o inserción del pensamiento. Tampoco abulia, apatía, anhedonia o aso-

ciabilidad. La conducta motriz se mantuvo en todo momento organizada y las funciones cognitivas conservadas.

Entre los antecedentes personales destacan un cuadro epiléptico diagnosticado como de tipo gran mal y que la paciente presentaba desde su infancia. Actualmente en tratamiento con fenitoina y fenobarbital a dosis medias de 300 y 100 mgr/día respectivamente. No obstante, desde hace casi 20 años, las supuestas crisis presentan un patrón muy atípico, consistente en sensaciones parestésicas ("calambres y hormigueos") en toda la superficie corporal, con sensación de caída inminente, temblor generalizado y cefalea, acompañados de sensación de nerviosismo o miedo. Predominio nocturno y una frecuencia de 1 ó 2 al mes en el último año.

No se constataron antecedentes psiquiátricos previos.

Con respecto a la hija, desde las primeras entrevistas se pudo apreciar que confirmaba en todos sus puntos el relato de la madre. Aunque al principio mostró una actitud escéptica ante los comentarios que sobre la hostilidad de sus vecinos le hacía su madre, poco a poco fue creyendo en su veracidad. Afirmaba haber podido oír insultos alusivos y que la calificaban de "puta" o "perdida" cuando aún residía en la antigua casa. Asimismo, añadía nuevos elementos al relato de su madre: comentaba haberse sentido espiada a través de la ventana del cuarto de baño cuando se duchaba y haber oído comentarios de los vecinos en el sentido de alabar su aspecto físico en tono malicioso. También refirió haberlos oído en una ocasión hablar sobre las supuestas intenciones obscenas que le movían a salir a la calle en el sentido de que lo hacía para prostituirse.

Las voces persistieron en su nuevo domicilio "claramente aunque lejanas" y en una sola ocasión. También percibió los malos olores y sabores llegando, asimismo, a vomitar en alguna ocasión. Durante las comidas se colocaba delante de la madre para evitar que los malos olores llegaran hasta ella.

Comparte la creencia en la máquina emisora pero interpreta las motivaciones del supuesto acoso de los vecinos como la intención de usurparles la casa para entregársela a sus hijos o, simplemente, por la envidia que sienten hacia su madre y ella por motivos económicos. Como tema original añade la creencia de que su madre puede conocer sus actividades a través de la máquina. Le preocupa que pueda saber si ha bebido alcohol o ha estado con hombres y añade que en más de una ocasión, al volver a casa, su madre conocía perfectamente lo que ella había hecho y le había comentado que lo sabía por la máquina. Basa en gran medida la certidumbre sobre la existencia de la máquina en este hecho, e interpreta esta faceta de la hostilidad de sus vecinos como consecuencia de la actitud de desprecio de uno de sus hijos, el cual, supuestamente, le proponía relaciones eróticas no aceptadas por ella. Opina que, por ésto, intentaba enfrentarla con su madre a la que, según ella, siempre se había sentido muy unida.

## DIAGNOSTICO

A pesar de los rasgos atípicos que ostenta, el cuadro expuesto cumple, a nuestro juicio, las condiciones que para el diagnóstico de *folie à deux* establecen el DSM-III-R, el ICD-9

y los criterios de Dewhurst y Todd. No es posible sin embargo, el establecimiento de un diagnóstico de subtipo. El único rasgo diferenciador entre los subtipos *psicosis inducida* y *psicosis comunicada*, éste es, el efecto terapéutico de la separación de la pareja, no puede ser valorado al no haberse llevado ésta a cabo.

En cuanto al diagnóstico de la paciente inductora, si se admite la relación etiopatogénica entre su enfermedad epiléptica y el síndrome psicopatológico que presenta, la opción diagnóstica a considerar sería la de una psicosis epiléptica (alucinosis orgánica, síndrome delirante orgánico, para la clasificación DSM-III-R; estado esquizofrénico orgánico para ICD-10). Apoyarían esta consideración la aparición tardía de la psicosis y las propias características clínicas del cuadro (síndrome delirante alucinatorio similar al subtipo paranoide de la esquizofrenia con escasa o nula sintomatología negativa y ausencia de curso deteriorante) (Lishman 1987).

Desgraciadamente no nos fue posible llevar a cabo un estudio detallado de la epilepsia de la paciente. Quizá, ante esta situación sería más prudente no dar por sentada la relación etiopatogénica entre ambos procesos y optar por un diagnóstico de *psicosis funcional*. En este caso, la categoría diagnóstica DSM-III-R más adecuada sería la de psicosis atípica.

## COMENTARIOS

Entre los rasgos atípicos del cuadro, llama la atención en primer lugar la productiva actividad de reelaboración que la paciente pasiva ejerce sobre el delirio que su madre le propone. Si bien en un principio el delirio de la hija se ajusta al conjunto de creencias e interpretaciones patológicas de la madre, pronto llega a rebasar sus límites añadiéndole una temática de carácter erótico de significación puramente personal, éste es, no compartida.

Si aceptamos la existencia de un mecanismo básico de identificación proyectiva en el núcleo de la dinámica generadora de toda *folie à deux* (Crespo y Onrubia 1983), quizá debamos buscar el origen de este rasgo atípico en la fase 3 del modelo que propone Odgen (Cit. Goldstein 1991) para la comprensión de este mecanismo.

Tras las fases 1 y 2 (fases de proyección y de interacción interpersonal en la que el sujeto que proyecta presiona activamente al receptor a pensar, sentir y actuar de acuerdo con la proyección) el proceso se completa con la denominada fase de reinternalización de la proyección. Según establece Goldstein, esta reinternalización se produce después de que lo proyectado haya sido procesado psicológicamente por el receptor en base a su propia estructura psíquica y a sus mecanismos de defensa. Y añade: "Si el receptor es suficientemente distinto del sujeto que proyecta, la versión procesada de la proyección original podría incluir cambios sustanciales...".

A nuestro juicio, ésta es la situación planteada por nuestras pacientes.

Hay que pensar que la significación erótica que la hija atribuye a la idea de la hostilidad de sus vecinos procede de la reelaboración que ella misma hace en base a elementos propios, probablemente conflictivos en la esfera sexual de su identidad.

El delirio pasa así en esta fase, convenientemente elaborado y adaptado a satisfacer *necesidades psicológicas*, en el sentido en que Coleman y Last (Cit. Crepo y Onrubia 1983) hablan de ellas, estrictamente personales de la hija.

Pero el proceso va más allá. En este punto, la circularidad que impone el mecanismo de identificación proyectiva se rompe. La paciente pasiva incluye a la activa dentro del delirio como elemento hostil que, aliado de alguna forma con sus antiguos perseguidores, la recrimina y la controla por razones idénticas a las que atribuye a éstos. Empieza a delirar sobre la madre, y estos contenidos, por razones obvias, no le son devueltos a ésta, con lo que se independizan de la temática común de la *folie à deux*.

El segundo rasgo atípico que destacaremos es la falta de un aislamiento real de la pareja en el sentido absoluto que planteaban Lasègue y Falret. Según pudimos constatar, si bien la paciente activa vive desde hace años dentro de un círculo relacional estrecho, este no es el caso de la pasiva. La hija, tanto en razón de su trabajo fuera del hogar como de las actividades de ocio que realiza, mantiene un nivel de relaciones que puede considerarse adecuado a una persona de su edad.

Parece evidente que la trascendencia de este factor de aislamiento radica en el papel que puede ejercer como facilitador y reforzador de la interacción que, a través del mecanismo de identificación proyectiva, se establece entre la pareja.

Pero, a nuestro entender, aunque el resultado final de esta interacción pueda suponer la identificación mutua de los dos pacientes, ésta no ha de ser necesariamente absoluta, de la totalidad de sus mundos psicológicos. La identificación se establece en base a unos determinados contenidos y por unas determinadas motivaciones que ambos pacientes llegan a compartir, pero que, en cualquier caso, constituyen un contexto parcial.

Bastaría entonces con que la pareja permaneciera aislada con respecto a este contexto restringido para que el fenómeno inductivo se mantuviera. De la misma manera que el delirante único es capaz de aislarse junto al objeto de su delirio en contextos parciales (el delirante celoso puede mantener relaciones no psicóticas, sanas, fuera del contexto de sus celos), cada miembro de la pareja de una *folie à deux* podría compensar delirantemente determinados conflictos junto al otro y seguir manteniendo relaciones sanas fuera de ese ámbito.

Por último hacemos referencia a la verosimilitud del delirio en cuanto a su potencial inductor.

Como hemos visto anteriormente, ninguna de las conceptualizaciones actuales sobre el trastorno hace referencia a este aspecto. Es más, existen en la literatura casos de *folie à deux* con temáticas notablemente inverosímiles y el caso de nuestras pacientes podría considerarse uno de ellos. ¿Habría que pensar por tanto que la tajante afirmación de Lasègue y Falret resulta errónea?. Quizá estos autores utilizaran el término *verosímil* en un sentido más amplio que el de la simple calificación de la temática delirante, haciendo referencia al carácter noético, de razonamiento o elaboración intelectual que puede caracterizar a algunos delirios aún de temática bizarra. Estos elementos proporcionarían al sistema delirante un aspecto aparentemente lógico y razonable que facilitaría su inducción.

Quedaría en el polo de la inverosimilitud aquellas formaciones delirante-alucinatorias de carácter marcadamente experiencial, en las que el paciente es objeto pasivo de sus propios fenómenos perceptivos y vivenciales. Dada esta dimensión de experiencia íntima y personal y la escasa sistematización que suelen presentar se mostrarían como inverosímiles para el sujeto pasivo.

En cualquier caso, opinamos que la verosimilitud o inverosimilitud del delirio debe ser siempre analizada desde el punto de vista del miembro pasivo de la pareja, que es, en último extremo, el que realiza tal atribución. Si esto es así, quizá debamos atender a lo que el delirio representa para él, a su significación y a la posibilidad que éste le ofrece de compensar sus propios conflictos, más que a sus cualidades puramente formales.

#### BIBLIOGRAFIA

1. American Psychiatric Association. DSM-III-R. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington APA 1987.
2. Clerambault G. Contribution a l'étude de la folie communiquée et simultanée. Ouvres psychiatriques. París 1987.
3. Crespo LF, Onrubia G. Folie a deux: revisión histórica y conceptos actuales. Madrid 1983.
4. Dewhurst K, Todd J. The psychosis of association: folie a deux. J Nerv Ment Dis 1956; 124 : 451.
5. Godstein WN. Clarification of projective identification. Am Jou Psy 1991; 148,2: 153-161.
6. Lishman WA. Organic psychiatry: The psychological consequences of cerebral disorders. 2nd ed London 1987.
7. OMS: Clasificación internacional de las enfermedades. 9 ed 1978.
8. Soni SF, Rockley. Socio-clinical substrates of folie à deux. Brit J Psychiat 1974; 125: 230-233.
9. Swanson DW. El mundo paranoide. Barcelona 1973.