PsicoResúmenes

www.psicoresumenes.com

Resumen sobre Manía y Melancolía de Ey, H., Bernard, P. y Brisset, Ch. (1979). Tratado de Psiquiatría.

En la web encontrarás:

- Bibliografía
- Evaluaciones
- Resumen
- Tutorías

¡Clases particulares de esta materia!

Prepará parciales y exámenes

@PsicoResúmenes

@Psico.Resúmenes

Ey, H., Bernard, P. y Brisset, Ch. (1979). Tratado de Psiquiatría. Barcelona: Ed. Masson

Tercera parte: estudio clínico de las enfermedades mentales..... 3
Capítulo 1. Las “reacciones neuróticas agudas” (psiconeurosis emocionales)..... 3
Capítulo 2. Las crisis de manía..... 5
El acceso maníaco..... 5
Periodo de estado..... 6
Duración..... 7
Formas clínicas..... 8
Capítulo 3. Estados depresivos y crisis de melancolía..... 10
Nosografía de las crisis depresivas..... 10
Las crisis de melancolía..... 11
Periodo de estado..... 11
Evolución..... 12
Formas clínicas..... 13
Las crisis de depresión neurótica..... 14
Las depresiones crónicas..... 16

Tercera parte: estudio clínico de las enfermedades mentales

Generalidades

Lo que caracteriza a las **enfermedades mentales o psicosis agudas** es el estar constituidas por síntomas cuya yuxtaposición u organización permiten prever su carácter transitorio. Se trata de crisis, accesos o episodios más o menos largos que, ciertamente, pueden reproducirse, pero que presentan una tendencia natural a la remisión e, incluso, a la restitución integral. Dentro de este grupo distinguiremos: las psiconeurosis emocionales, las manías, las melancolías, las psicosis delirantes y alucinatorias agudas, las psicosis confusionales y los trastornos mentales de la epilepsia.

Lo que caracteriza las **enfermedades mentales crónicas** es el presentar espontáneamente una evolución continua o progresiva que altera de manera persistente la actividad psíquica. Según su grado de potencialidad destructora, pueden distinguirse dentro de este grupo: las neurosis, las psicosis esquizofrenia y finalmente las demencias.

Capítulo 1. Las “reacciones neuróticas agudas” (psiconeurosis emocionales)

Estos episodios de angustia han sido descritos con diversas denominaciones. Nosotros las definiremos como **reacciones ansiosas desencadenadas por un shock emocional.**

Lo destacable de estas son:

1. que los síntomas patológicos estan relacionados con acontecimientos actuales de la vida (es el aspecto “reaccional” de estos estados)
2. que el umbral de la hiperemotividad o de la angustia es anormalmente bajo
3. que los síntomas consisten esencialmente en reacciones afectivas violentas
4. que estas reacciones ponen en juego tendencias más o menos inconscientes

Para comprender mejor está exposición debe tenerse presente que estos estados siguen, por lo general, a traumatismos brutales y particularmente graves, cuyo prototipo viene representado por las neurosis de guerra. Sin embargo pueden también sobrevenir a continuación de acontecimientos penosos menos dramáticos. En este último caso no hacen sino manifestar la brusca descompensación de un precario equilibrio afectivo.

La angustia aguda, el estado de pánico, será estudiado como una intensa reacción al sufrimiento en el más amplio sentido del término.

Descripción clínica

La crisis aguda de angustia es una tempestad de todo el organismo. La unidad psicosomática está profundamente trastornada, a veces momentáneamente comprometida, en una especie de lucha anárquica por la conservación. Los estados más graves conducen a una disolución más o menos profunda de la conciencia y la mayoría dan lugar a múltiples manifestaciones somáticas.

- **Crisis confusoansiosas**

Estas crisis dan lugar a los cuadros clínicos de estupor, agitación o confusión mental. Estos diversos trastornos, por otra parte, pueden presentarse en forma sucesiva o continua en el mismo enfermo.

Ciertos sujetos quedan paralizados por el miedo, inertes, bloqueados e inconscientes respecto al acontecimiento en que estan inmersos. Las percepciones estan casi abolidas, el contacto social interrumpido, la actitud es de sideración[1]. La expresión mímica es vacía, atontada, pudiendo decirse que estos estados recuerdan a la hipnosis y la fascinación. En algunos de estos sujetos, el desmayo constituye la forma de sustraerse a los estímulos inaceptables.

Otros adoptan una actitud inversa, la de una agitación incoercible. Se trata entonces de movimientos, de un tumulto emocional sin límites ni unidad (gritos, pataleos, violencias, etc). En sujetos predispuestos puede observarse a veces una crisis epileptiforme, o manifestación arcaica de la defensa por el movimiento. La consciencia es incapaz también de “tomar distancia” del acontecimiento.

Finalmente, el sujeto puede entrar en un estado confusional típico: desorientado, perdido en el tiempo y en el espacio.

Los raptus ansiosos consisten en emergencias impulsivas que manifiestan una brusca e intensa dramatización de la posición ansiosa. El sujeto se precipitva en una tentativa de suicidio o, más raramente, en una impulsividad agresiva.

- **Crisis histeroansiosas**

Por lo general, las reacciones agudas de angustia se desarrollan en forma menos intensa, no alcanzando un nivel tan profundo de desestructuración de la conciencia. En estos casos son vivenciadas como un desasosiego interior, un conflicto de culpabilidad o de inseguridad. Entonces, la crisis ansiosa constituye una respuesta intensa y abrupta emocional ligada a una “idea fija” o a la situación patógena.

Comporta una vertiente somática (palidez, sudores, etc). Unas veces agitado, otras postrado, el enfermo se queja de una sensación asfixiante de opresion torácica. Disnea, taquicardia, náuseas, vómitos, etc, todos estos trastornos son vivenciados en un contexto de enloquecimiento, con frecuencia comparado al vértigo. A veces se producen, como “descarga de urgencia”, movimientos involuntarios (tics, expresiones más o menos teatrales, llantos, gritos, etc. La repetición de estas descargas ejerce una función de apaciguamiento progresivo de la misma tensión que expresan. Los trastornos del sueño manifiestan a la vez el exceso de tensión que impide conciliar el sueño, y la necesidad de expresión que da lugar a pesadillas. Estos sueños terroríficos contribuyen también, por su repetición, al apaciguamiento del conflicto interior.

En cuanto a la vertiente psicológica del cuadro, el enfermo se siente frente a un peligro al mismo tiempo terrorífico (muerte) e imaginario. Es decir, el trastorno de conciencia, si bien es menos profundo que en los estados precedentes, existe de manera constante en forma

[1]Anulación total y repentina de todas las actividades emocionales y motoras de una persona tras sufrir un accidente o un suceso traumático.

de un estado crepuscular de angustia. El sujeto se encuentra como cautivado por la percepción dolorosa de su propio sufrimiento, se halla invadido por está experiencia fascinante de un peligro que él se presenta a sí mismo y le “hipnotiza”.

- **Crisis de angustia psicosomática**

La expresión somática puede ser prevalente en un sector funcional. El caso es frecuente y suele tratarse de dolores torácicos, de espasmos digestivos o urinarios. Está manifestación somática puede presentarse incluso muy aislada.

La expresión psicológica puede presentarse también en forma prevalente o aislada, y el aspecto del sufrimiento moral, de los pensamientos pesimistas del espanto o de la huida, constituir la única manifestación del acceso angustioso. Por lo general la ansiedad es vivenciada menos profundamente que en la melancolía, y en forma de experiencias imaginarias y de conductas teatrales que buscan y reclaman un interlocutor tranquilizador.

Evolución

La característica que asemeja entre sí estas crisis es su evolución esencialmente rápida y reversible. Evolucionan en algunas horas, o en algunos días.

Resolución

Raramente tiene lugar en forma brusca y masiva. Con frecuencia durante la resolución alternan ondas de apaciguamiento y de reagudización, desempeñando la repetición imaginaria del acontecimiento un papel de “catarsis”. Más frecuentemente aún persisten durante meses signos menores de ansiedad.

Capítulo 2. Las crisis de manía

Se denomina manía a un estado de hiperexcitación de las funciones psíquicas caracterizado por la exaltación del humor y el desencadenamiento de las pulsiones instintoafectivas. La liberación desordenada y excesiva de la energía se manifiesta por igual en los dominios psíquicos, psicomotor y neurovegetativo.

El acceso maníaco

Circunstancias de aparición

El acceso aparece, por lo general, entre los 20 y los 50 años en sujetos que, con frecuencia, presentan características genéticas específicas. Finalmente, suele encontrarse, en los días que preceden a su aparición, una causa desencadenante.

Formas de comienzo

Su inicio puede estar caracterizado por una fase depresiva o por un estado premonitorio de exaltación emocional de algunas horas o varios días.

Otras veces, el inicio es brutal y sin pródromos: la crisis irrumpe de golpe, súbitamente. El enfermo se siente invadido por un sentimiento eufórico de bienestar y felicidad, por una necesidad irresistible de actividad y movimiento. El insomnio es total. Las palabras se hacen cada vez más abundantes y rápidas. El paciente forja múltiples proyectos, se muestra alborotador, se irrita con facilidad, emplea términos groseros, raros en él y que sorprenden a los que le rodean. Fuma y bebe más de lo habitual o manifiesta una excesiva excitación sexual.

Periodo de estado

La **presentación** es característica. El porte del paciente es extravagante y desaliñado, incluso a veces se desnuda. Su cara está animada, alegre o furiosa, los ojos brillantes. Habla sin cesar. El contacto con este enfermo, generalmente agitado pero jovial, familiar y a veces bromista, es bastante fácil. No cesa de estar en movimiento; la agitación puede alcanzar una intensidad extrema y llegar al estado de “furor maníaco”, en el curso del cual el enfermo revuelve todos los objetos de su habitación, intenta romperlo todo y se vuelve grosero y desaseado.

Excitación psíquica y fuga de ideas: el maníaco da la impresión de una aceleración de todos los procesos psíquicos (asociaciones de ideas, sucesión de representaciones, memoria, etc). Está aceleracion del ritmo del pensamiento o taquipsiquia se manifiesta a través de algunos trastornos característicos:

- Aceleración de las representaciones (palabras, imágenes, ideas, recuerdos) mentales
- Asociación de ideas rápida y superficial
- Distracción; incapacidad de escoger estímulos, reacción a todos los estímulos exteriores, la atención voluntaria es prácticamente imposible
- Las percepciones no estan trastornadas fundamentalmente, y, por lo general, el maniaco percibe el mundo exterior de manera normal. Sin embargo, puede llegar a tener ilusiones y hasta alucinaciones.
- La imaginación está también exaltada y por ello puede tener producciones imaginativas pseudodelirantes
- Presenta logorrea o graforrea

La fuga de ideas es el síntoma principal de está excitación psíquica. Puede decirse que por sí solo resume todos los otros. Es un aspecto fundamental de la “volatilidad” maniaca. La fuga de ideas y la taquipsiquia no se reducen, como su nombre podría hacer creer, a un simple exceso de velocidad. Se trata, en realidad, de una exaltación del ser psíquico en su totalidad, y es precisamente está exaltación la que hace brincar y saltar al maníaco en una danza frenética, a la que le arrastra la exuberancia de sus desenfrenadas tendencias instintoafectivas.

La exaltación del humor: el estado afectivo del maníaco viene caracterizado por la expansividad y la hipertimia. Estas se manifiestan en especial a través de la euforia y del optimismo. El maníaco se siente admirablemente bien, pletórico, infatigable, dichoso de vivir. Pero su tonalidad afectiva es inestable y así pasa rápidamente de la alegría a las

lágrimas y de las lamentaciones a la cólera. Se muestra irónico, gusta de ridiculizar a su interlocutor. Puede volverse irritable, violento e incluso furiosamente agresivo.

Casi siempre existe una excitación erótica. Está puede limitarse a frases, proposiciones o gestos de coquetería o seducción, pero puede también manifestarse a través de actitudes groseras y obscenas, de exhibicionismo, masturbacion y, si el enfermo goza de libertad, por excesos genésicos o una escandalosa desvergüenza.

La excitación psicomotriz y el juego: el maniaco siente una necesidad imperiosa de actividad. El rasgo dominante de está actividad es el juego: el maniaco representa escenas, improvisa escenarios, imita a personajes conocidos. La característica de este juego es el tomar sus elementos del mundo exterior. El maníaco queda adherido a la realidad de su medio ambiente y parece entregarse a él con alegría. Presiona a las personas que le rodean para que entren en escena. Todos los objetos se convierten en accesorios, e incluso en compañeros, de la comedia que representa para sí y para los demás.

A veces, la desordenada actividad de los maniacos les impulsa a reacciones peligrosas y medicolegales. Pero sobre todo se trata de reacciones pendencieras o escandalosas.

Síndrome somático: por lo general, el estado orgánico se halla trastornado. El acceso maníaco se acompaña de adelgazamiento y la recuperación del peso no se produce más que cuando se aproxima la curación.

Los trastornos del sueño son muy importantes. Parece como si la necesidad de dormir desapareciera casi totalmente sin ocasionar fatiga.

El hambre y la sed estan aumentadas. El enfermo se muestra glotón y bebe grandes cantidades de líquidos. A veces la regulación térmica está perturbada.

Las secreciones estan aumentadas, especialmente la saliva y la sudoración.

Duración

La duración actual de un acceso varía entre algunas semanas y varios meses (en su evolución espontánea, alrededor de 4 o 5 meses). Habitualmente se resuelve, pero recidiva con frecuencia. Su terminación se realiza de manera brutal o progresiva.

Formas clínicas

Las crisis de manía puede presentar múltiples formas clínicas, que clasificaremos en formas *semiologicas, evolutivas, etiológica y mixtas.*

A- Formas semiológicas

Hipomanía: se trata de un estado de agitación que ha sido llamado forma benigna o atenuada de la excitación maníaca. El estado hipomaníaco puede ser caracterizado de un modo descriptivo por un humor fundamentalmente jovial, eufórico, una superabundancia de ideas y de actividad.

La exuberancia del pensamiento y del lenguaje se expresa por una gran facilidad en la conversación y sobre todo por una abundancia excesiva de la palabra y de los escritos. En el grado más ligero, el sujeto pasa por vivo, espiritual, inteligente, brillante pero rápidamente agresivo, irritable, autoritario, sarcástico.

En el campo de la actividad, el hipomaniaco tiene un comportamiento bastante característico: siempre está constantemente en actividad, siempre necesita hacer alguna cosa, no parece descansar nunca y no parece experimentar cansancio. Toma numerosas iniciativas y se embarca en empresas múltiples y dispersas que muy raras veces son terminadas. Como el control moral está más o menos alterado, puede entregarse a excesos sexuales o a una agitación tan desordenada que a veces llega a ponerse en situaciones delicadas desde el punto de vista medicolegal.

Si bien este comportamiento puede constituir un periodo de crisis, un acceso y entonces constituye una forma menor de la manía aguda; la mayor parte de las veces se trata de un estado habitual de exaltación y de movilidad del humor que frecuentemente hace muy dificil la relacion con esos sujetos y sobre todo el trabajo en grupo o dentro de un equipo con ellos.

Manía delirante y alucinatoria: si bien en el acceso maníaco franco no existen ni delirio propiamente dicho ni alucinaciones, en ciertas formas con una desestructuración más profunda de la conciencia se observan “experiencias delirantes”. La mayoría de las veces se trata de fabulaciones inconscientes, de un “delirio verbal”.

Mania sobreaguda o furor maníaco: se caracteriza por una agitación con notable oscurecimiento de la conciencia. En está forma puede observarse rechazo de alimentos y signos orgánicos graves de agotamiento: deshidratación, hipertimia[2], etc., los cuales, en su forma externa, se confunden con el cuadro del “delirio agudo”.

Estados mixtos maniacodepresivos: en ocasiones, junto a los síntomas maníacos se imbrican síntomas de la serie melancólica. Está imbricación, característica de los estados mixtos, es comprensible si se tiene en cuenta que manía y melancolía son dos términos antagonistas de una misma estructura conflictiva de la conciencia.

[2]La persona se siente alegre, optimista, satisfecha de sí misma y del entorno.Dicho sentimiento no va ligado, normalmente, a situaciones reales que lo justifiquen, pero aun en el caso de que así fuera, existe una desproporción entre la situación y la intensidad, claramente anormal, de la reacción.

B- Formas evolutivas

Las manías crónicas: la manía es típicamente una “crisis”; sin embargo, a continuación de una o varias crisis maníacas, no es excepcional poder observar la organización de un verdadero comportamiento maníaco crónico.

C- Formas etiología

Acceso maniaco senil y presenil: debido a trastornos de la nutricion celular u otras cuestiones biologicas. A veces el sindrome maniaco de los ancianos constituye el inicio de una demencia senil, aunque no siempre ocurre así.

Acceso maníaco tóxico: producido sea ya por sustancias como el alcohol, cocaína, hachís; o también por fármacos antidepresivos.

Resumen

La crisis de manía comporta un aspecto regresivo o deficitario y un aspecto positivo de liberación de las instancias inferiores.

La estructura negativa se caracteriza por: a) trastornos de las funciones de síntesis: atención embotada, percepción precipitada, etc.; b) alteración de la lucidez que, paradójicamente, produce la impresión de una “hiperlucidez maníaca”, pero que en realidad es un primer estadio del estado crepuscular de la conciencia; c) destrucción temporal ética de la conciencia, es decir la pérdida, por parte de la conciencia mórbida, de su capacidad de moderación y de adaptación a las exigencias del presente.

La estructura positiva se caracteriza por: a) un comportamiento de juego; b) la ficción o fabulación que representa en el plano de lo imaginario lo que el juego en el dominio del comportamiento; c) la liberación de pulsiones.
Disminuido en la estructura ponderada y equilibrada de su conciencia, el maníaco se lanza a una especie de dilatación de su existencia; se proyecta más allá de lo imposible presente y volatiliza hasta el extremo las posibilidades de su potencia de optimismo y de ilusión.

Capítulo 3. Estados depresivos y crisis de melancolía

El estado depresivo

La depresión tal como vamos a describirla no puede ser explicada por simples depresiones de las funciones biológicas; se encuentran, además, sea como consecuencia, o como simple asociación, añadidos a los trastornos del humor, otros dos fenómenos: la inhibición y el dolor moral.

La inhibición es una especie de drenaje o enlentecimiento de los procesos psíquicos de la ideación que reduce el campo de la conciencia y los intereses, repliega al sujeto sobre sí mismo y lo empuja a rehuir a los demás y las relaciones con los otros. Subjetivamente, el enfermo experimenta una lasitud moral, una dificultad para pensar, para evocar (trastornos de la memoria), una fatiga psíquica. Paralelamente experimenta una astenia física y un enlentecimiento de la actividad motriz que se asocian con malestares somáticos variados en relación con unas perturbaciones neurovegetativas siempre revelables.

El enfermo tiene una conciencia dolorosa y muy penosa de está inhibición. Precisemos que la reacción de inhibición puede ser una reacción normal en un sujeto sano como consecuencia de un acontecimiento muy penoso (duelo normal). No es más que la exageración o la prolongación de este estado lo que se convierte en patológico.

El tercer síntoma, el dolor moral, se expresa en su forma más elemental por una autodepreciacion que puede encaminarse bastante pronto hacía una autoacusación, una autopunición, un sentimiento de culpabilidad.

Nosografía de las crisis depresivas

Las **crisis de melancolía,** y sus formas clínicas, constituye el cuadro más típico de la depresión.

El desencadenamiento de accesos depresivos sobrevienen, muchas veces, bajo la influencia de factores exógenos; sin embargo, se ha observado en estos casos que los accesos sobrevienen casi siempre también favorecidos por una predisposición de la personalidad base, un poco como si la tolerancia a los “estrés” estuviera descendida en determinados individuos. Por está razón todos los estados depresivos que sobrevienen en estas circunstancias se llaman estados depresivos **reactivos** o estados depresivos **neuróticos**.

Algunos autores distinguen del grupo precedente las depresiones igualmente desencadenadas por factores psicógenos que operan está vez no ya por un traumatismo único, sino ejerciendo un estado permanente de “estrés”, estas son las **depresiones de agotamiento.**

La inmensa gama de estados depresivos se distribuye alrededor de dos grupos extremos: las grandes crisis de melancolía endógena y las crisis de depresión neurótica resultante de la descompensación de una estructura neurótica anterior.

Las crisis de melancolía

La crisis de melancolía, la cual se opone casi punto por punto a la manía, es un estado de depresión intensa vivenciado con un sentimiento de dolor moral y caracterizado por el enlentecimiento y la inhibición de las funciones psíquicas y psicomotoras.

Estudio clínico

Circunstancias de aparición
El acceso se desarrolla con bastante frecuencia después de un shock emocional o en una situación de conflicto, aunque puede sobrevenir sin causa ni ocasión aparente; sin embargo, con bastante frecuencia se encuentran causas desencadenantes que revelan cíclicamente la personalidad maniacodepresiva. Puede aparecer en todas las edades y las mujeres son afectadas más frecuentemente que los hombres.

Modo de aparición
El estado melancólico se establece habitualmente con bastante lentitud. Durante semanas (y a veces meses) el enfermo acusa una cierta astenia, cefaleas, dificultades para el trabajo, falta de gusto e interés por todo y en especial un insomnio que se agrava progresivamente. Se torna preocupado, su humor es sombrío, su actividad profesional o doméstica se enlentece.

Periodo de estado

La presentación es característica. El melancolico permanece sentado, inmovil, el cuerpo doblegado y la cabeza flexionada hacía adelante, su cara está pálida y lleva la máscara de la tristeza, los rasgos caídos, los ojos muy abiertos y con la mirada fija, la frente y el entrecejo fruncidos. El enfermo, abatido, no habla, tan solo gime o llora.

Inhibición y abulia: se siente incapaz de querer, se abandona a la inercia. La astenia (cansancio) del comienzo alcanza un tal grado que el enfermo no tiene fuerza para moverse, apenas para vestirse. La inhibición psíquica es el síntoma más constante. Tratándose de una reducción global de todas las fuerzas que orientan el campo de la conciencia, constituye una especie de parálisis psíquica; la ideación es lenta, las asociaciones dificultosas, la evocación penosa, la síntesis mental así como el esfuerzo mental sostenido imposibles; la atención está concentrada sobre los temas melancólicos sin que pueda desprenderse de ellos; la percepción del exterior está prácticamente correcta, pero oscurecida. El enfermo tiene la impresión de vivir en una atmósfera fría, lejana e irreal. El lenguaje está también bloqueado por está inhibición, las frases son raras y monosilábicas. Con frecuencia el melancólico permanece en un semimutismo y a veces, incluso, en un mutismo completo.

Sentimientos depresivos: ocupan el primer plano del cuadro clínico. El paciente aqueja siempre un estado de tristeza profunda que invade más o menos todo el campo de su conciencia. Por otra parte tiene dificultades en expresar su dolor moral, el cual está constituido por sentimientos intensos y vagos, de aburrimiento, de disgusto, de descorazonamiento, de desespero y de lamentos.

El paciente siente un malestar vago, difuso, un sentimiento de inseguridad, una profunda modificación del humor. Tiene una impresión penosa de autodepreciación, de impotencia, de incapacidad, de improductividad, no tan solo en el terreno de la acción, como consecuencia de la inhibición psíquica y motora, sino también en el moral.

Siente una impresión desesperante de anestesia afectiva; se reprocha el no poder amar como anteriormente, el estar como “embotado” en sus sentimientos.

El pesimismo no se manifiesta siempre a través de una idea o de un sentimiento preciso sino que constituye una orientación general de la conciencia hacía la desdicha y la culpa: el futuro no ofrece horizontes, el sujeto no podrá resolver felizmente su existencia a pesar de lo que haga, jamás será perdonado, nada agradable puede esperar, etc. Este sentimiento de esencial menosprecio se dirige al sujeto mismo, que se convierte sobre todo en una autoacusación. Se acusa de faltas la mayoría de las veces sin importancia; declara haber sido siempre un hombre grosero.

Presenta ideas de indignidad: se siente indigno de toda estima, deshonesto, condenado.

El deseo y la búsqueda de la muerte: son constantes en la conciencia melancólica. El rechazo de alimentos, desde la simple falta de apetito a la más desesperada resistencia frente a toda alimentación.

El suicido llega a veces a hacerse obsesivo; imaginado, deseado y buscado sin cesar. Se le considera a la vez como una obligación, un castigo necesario y una solución.

Examen físico: los trastornos digestivos son constantes; en cuanto al examen cardiovascular, presentan perturbaciones del pulso y la tensión arterial. Los reflejos disminuidos son frecuentes.

Evolución

La crisis de melancolía tiene una evolución espontánea de varios meses (en general 6 o 7). La crisis acaba por lo general como ha comenzado, es decir con bastante lentitud. En el curso de la convalecencia se observan peligrosas oscilaciones del humor, así como recaídas imprevistas.

El recobrar el sueño y el apetito son signos capitales del retorno al equilibrio.

A- Formas clínicas semiológicas

Depresión melancólica simple: en está forma domina la inhibición, el sujeto acusa una simple tendencia a la inacción, está asténico y fatigado. El dolor moral es escaso, incluso falta a veces. El paciente sufre una penosa impotencia y una improductividad intelectual; se siente enfermo y tiene necesidad de consuelo.

Melancolía estuporosa: en está forma alcanza su máximo la inhibición psicomotora. El enfermo está absolutamente inmovil: no habla, no come, no hace ningún gesto ni ningún movimiento. Su cara se mantiene fijada en una expresión de dolor y desespero.

Melancolía ansiosa: está forma se caracteriza esencialmente por el predominio de la agitación ansiosa, por la intensidad del miedo, el cual es vivenciado como un verdadero pánico. El enfermo inquieto tiene necesidad de cambiar de lugar, se golpea la cabeza y pecho, se retuerce las manos, se lamenta, solloza, gime y suplica. Sus tormentos le impulsan a evadirse, a buscar la muerte (ideas de suicidio constantes y activas).

Melancolía delirante: las ideas delirantes melancólicas tienen los siguientes caracteres:

- se acompañan de una tonalidad afectiva penosa
- son monótonas, el enfermo repite siempre las mismas ideas delirantes
- son pobres, es decir la idea delirante no se desarrolla a través de construcciones intelectuales: son más ricas en emoción que en contenido ideico
- son pasivas, el paciente acepta con inercia o desespero sus desgracias como si se tratara de una abrumadora fatalidad
- son divergentes o centrífugas, es decir se extienden progresivamente a los que le rodean y al ambiente
- se trata de delirios referidos al pasado (remordimientos, recriminaciones) o al futuro (temor, ansiedad), los cuales retroceden o avanzan demasiado en relación a los acontecimientos presentes

Todas estas “ideas delirantes” son experiencias delirantes de la angustia melancólica. Las ilusiones son frecuentes, pero, por el contrario, las alucinaciones “verdaderas” son raras. Aunque sí pueden observarse frecuentemente pseudoalucinaciones psíquicas y motoras. Los temas delirantes de la melancolía pueden ser clasificados en varios grupos:

1. ideas de culpabilidad
2. ideas de frustración
3. ideas hipocondriacas
4. ideas de influencia, de dominacion y de posesion
5. ideas de negación

Estados mixtos maniacodepresivos: en estos se mezclan los síntomas propios de la melancolía con los de la excitación (turbulencia, perplejidad, agitación, irritabilidad, etc.). L

B- Formas clínicas evolutivas

Melancolía crónica simple: sucede o bien a un acceso agudo que se eterniza o bien a varios accesos, que se van aproximando hasta no quedar separados sino por remisiones incompletas y precarias. Sucede entonces que los síntomas quedan fijados, el dolor moral se atenúa, la actividad se hace estereotipada y, con frecuencia, aparece un ligero debilitamiento intelectual.

Delirios crónicos melancólicos: la organización de un delirio crónico secundario a la melancolía es una noción clásica. Encontraremos estas formas de depresión en los estados depresivos sintomáticos de un proceso psicótico.

Las crisis de depresión neurótica

En estos, en general, la experiencia de la tristeza vivenciada está a la vez más integrada a los acontecimientos actuales y más ligada a la historia conflictual del enfermo.

Circunstancias de aparición

Estos accesos depresivos sobrevienen generalmente tras unas experiencias vividas como una frustración: decepción, duelo, pérdida de aprecio, abandono, etc. Esquemáticamente, la frustración engendra agresividad, la cual engendra culpabilidad, el miedo de perder la estimación y el afecto de los otros, y finalmente la agresividad tiene tendencia a revolverse contra el sujeto mismo.

Admitir un tal mecanismo y, como consecuencia, una tal predisposición es admitir también una personalidad neurótica de base, en cierto modo una neurosis infantil que será reactivada por experiencias estresantes.

Las particularidades semiológicas de las depresiones neuróticas

La ansiedad es generalmente intensa, espectacular, a veces incluso un poco teatral. El contenido de los temas depresivos si no está relacionado con el acontecimiento causal del acceso depresivo, al menos es mucho más comprensible para el observador que los temas de la melancolía endógena. El enfermo se hace reproches como en la melancolía, pero quiere también y sobre todo que se le escuche, que se le compadezca, que se le consuele. Paralelamente, él acusa a los otros y a la suerte más que a sí mismo. Se queja desesperadamente de su estado psíquico, de su astenia[3] y de su impotencia. Este sentimiento de impotencia parece estar realmente en el centro de la conciencia del deprimido neurótico, quien la proyecta en su demanda de ayuda ambigua expresando la impotencia del médico para curarle, la impotencia de los medicamentos que se le proponen, etc. Sin embargo, la necesidad que tienen estos enfermos de apoyarse en los otros es particularmente característica, y su avidez afectiva puede adquirir un carácter tiránico y agresivo respecto a los que le rodean. Son más sensibles a las influencias del medio que el

[3] Es el término médico para el cansancio crónico.

melancólico, especialmente unas palabras de consuelo pueden mejorar durante unos instantes la reacción depresiva.

Los elementos depresivos, contrariamente a la melancolía endógena, parecen presentar un máximo vespertino.

El comportamiento pseudosuicida, o sea el “chantaje” de suicidio, añade aun a los sintomas precedentes una nota de menor autenticidad del cuadro cilinico que en el acceso melancolico.

Se ha observado también que el enlentecimiento psicomotor es con frecuencia mucho más discreto y permite una expresión más dramática de la ansiedad y de las quejas del enfermo, así como de los trastornos funcionales histeriformes, de las preocupaciones obsesivas, de las fobias, en una palabra de las manifestaciones de la neurosis subyacente.

La depresión en el obsesivo: el parentesco entre el maniacodepresivo y el obsesivo es clasico. El estado depresivo sobreviene raramente en un obsesivo, pues el obsesivo posee en general un sistema de defensa sólidamente organizado contra sus pulsiones agresivas y libidinales, teniendo siempre en cierto modo el objeto a distancia. Sin embargo, siempre corre riesgo de ver desbordadas sus defensas, y entonces pueden producirse tres casos:

a) se puede ver una forma monosintomatica de la melancolia en forma de tema obsesivo, con frecuencia el del suicidio
b) o bien una astenia penosa, verdadero agotamiento en la lucha del obsesivo
c) el obsesivo puede incluso vivir su depresión como un delirio de tinte melancólico

En otros sujetos, los denominados “caracteres obsesivos”, podemos observar formas menores de depresión o estado de comienzo o de término de un acceso depresivo caracterizado por una obsesionalización de los síntomas que constituyen entonces un verdadero equivalente depresivo.

Depresión de inferioridad: es la particularidad de la frustración del objeto, la que constituye está forma de depresión neurótica. La pérdida del objeto puede ser la pérdida de un valor moral que se desploma, la pérdida de un personaje idealizado, o incluso la frustración puede ser debida a un acontecimiento de orden general en el que el sujeto se encuentra prisionero, aun cuando no está dirigido contra él. En todas estas situaciones, parece que la depresión sobreviene en los sujetos cuya organización neurótica de base les predispone a tomar una conciencia intolerable de su inferioridad en determinadas circunstancias, como si la herida narcisista infligida por el acontecimiento (el objeto) pusiera al enfermo en presencia de una situación y de un objeto que evocaran una superioridad fuera de su alcance. Por consiguiente, es menos la frustración sufrida que la motivación imaginaria de está frustración la que no deja ya al sujeto ninguna posibilidad de investimiento positivo o negativo, ninguna posibilidad de amar o de odiar. Vive una situación sin esperanza y sin porvenir.

Particularidades psicométricas y terapéuticas

Las depresiones reactivas: teóricamente, el término de depresión reactiva debe aplicarse a una depresión ligada estrechamente a un acontecimiento doloroso, pero de una intensidad y una duración que no estan proporcionadas al acontecimiento.

El tipo de depresión perteneciente a este grupo sobreviene en los individuos frágiles, faltos de confianza en sí mismos, poco expansivos, demasiado escrupulosos, generalmente pasivos y asténicos, que poseen desde su juventud una sensibilidad anormal.

El estudio atento a las circunstancias de aparición de una depresión reactiva muestra constantemente que el traumatismo psicológico no es único sino que la causa desencadenante aparente, a la que parece que se puede atribuir el estado depresivo, va unida a condiciones de vida y a un modo de existencia, en el momento en que este acontecimiento sobreviene, que desempeñan generalmente un papel también esencial.

Las depresiones de agotamiento: se ha querido distinguir una forma particular de depresión reactiva que sobreviene a continuación de una sobrecarga emocional prolongada o repetida. El acontecimiento estresante es más bien un conflicto permanente de orden familiar, profesional, moral; pero en todos los casos las tensiones emocionales causantes estan estrechamente ligadas al medio en el que vive el enfermo.

Siempre se encuentra en estos sujetos una personalidad sensible, con frecuencia falta de madurez, escrupulosa, con tendencia a la introversión, al aislamiento, con relaciones sociales difíciles que engendran en ellos temor, incertidumbre, desconfianza y un sentimiento de inseguridad.

Las depresiones crónicas

Se trata de estados duraderos, no evolutivos y rebeldes que son verdaderas formas de existencia depresiva. La personalidad de estos sujetos presentan una tonalidad afectiva duramente sombría de todas las experiencias vitales, un pesimismo fundamental ante la vida que se expresa en particular por meditaciones tristes y aprensiones hipocondríacas.

Los estados depresivos sintomáticos

A veces es posible descubrir otra afección mental que evoluciona bajo los rasgos clínicos de una depresión leve, o bien una afección orgánica disimulada bajo un síndrome depresivo.

Los estados depresivos sintomáticos de una psicosis: la mayor parte de las psicosis, especialmente crónicas, pueden comenzar por un acceso depresivo agudo; este es el caso particularmente de los delirios crónicos y de la esquizofrenia.

Los estados depresivos sintomáticos de las afecciones cerebrales infecciosas o metabólicas: en el curso de todas las afecciones orgánicas puede encontrarse un síndrome depresivo o más sencillamente modificaciones disfóricas del humor. Las

principales afecciones orgánicas del sistema nervioso central susceptibles de entrañar un estado depresivo son los tumores cerebrales.

Resumen

La escuela psicoanalítica admite que el melancólico expresa, a través de su comportamiento autoacusador, una profunda frustración por no ser amado o no poder amar. La melancolía es una situación de “pérdida del objeto amado”. De manera que el melancólico se comporta como si estuviera en duelo por el objeto de su amor. Este objeto al ser incorporado (en sus etapas infantiles), queda introyectado, es decir, convertido en parte del sujeto. El melancólico se vuelve contra esa parte de sí mismo de manera encarnizada, como si quisiera destruir está imagen, que es a la vez indispensable a su vida y objeto de su agresividad sistemáticamente dirigida contra sí. De ahí los fantasmas de duelo, de muerte y de autopunición de la melancolía.

PsicoResúmenes

www.psicoresumenes.com

Resumen sobre Manía y Melancolía de Ey, H., Bernard, P. y Brisset, Ch. (1979). Tratado de Psiquiatría.

En la web encontrarás:

- Bibliografía
- Evaluaciones
- Resumen
- Tutorías

¡Clases particulares de esta materia!

Prepará parciales y exámenes

@PsicoResúmenes

@Psico.Resúmenes