PsicoResúmenes

www.psicoresumenes.com

Resumen sobre Psicosis 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

Sección I. Enfermedades mentales agudas. Capítulo V. Psicosis delirantes agudas.....3
Estudio clínico..... 3
Formas clínicas..... 4
Diagnóstico.....6
Sección II. Enfermedades mentales crónicas. Capítulo VII. Las psicosis delirantes crónicas..... 6
El grupo de los delirios crónicos sistematizados (Psicosis paranoicas).....7
Los delirios pasionales y de reivindicación..... 8
Psicosis alucinatorias crónicas.....10
Los delirios fantásticos. Las parafrenias..... 11
Capítulo VIII. Las psicosis esquizofrénicas.....13
El comienzo. La esquizofrenia "*incipiens*".....13
1) Carácter preesquizofrénico y las formas progresivas de comienzo.....14
2) Comienzo por estados psicóticos agudos.....14
3) Las formas de comienzo cíclicas..... 15
4) Formas monosintomáticas..... 15
El síndrome fundamental del periodo de estado.....15
Síndrome de discordancia.....16
El delirio paranoide. El autismo.....17

Sección I. Enfermedades mentales agudas. Capítulo V. Psicosis delirantes agudas

Las psicosis delirantes agudas se caracterizan por la eclosión súbita de un delirio transitorio, generalmente polimorfo en sus temas y manifestaciones. Constituyen verdaderas experiencias delirantes en el sentido de que el delirio es vivenciado como un dato inmediato de la conciencia modificada, como una “experiencia” que se impone al sujeto (intuiciones, ilusiones, alucinaciones, etc).

Podemos situarlas en un nivel de desestructuración de la conciencia intermediario entre las crisis maniaco-depresivas, y los estados más profundos confusooniricos.

Estudio clínico

La experiencia delirante: con frecuencia ocurre en sujetos jóvenes, muchas veces mujeres, con herencia psicopática desequilibrada, y consecutivamente a una emoción; no obstante, también sin causa aparente, irrumpe el delirio de forma brusca.

El delirio es **polimorfo,** es decir que sus temas son múltiples y variables: de persecución, grandeza, de transformación sexual, posesión, envenenamiento, etc. Generalmente se imbrican, mezclan y sufren metamorfosis. Los enfermos se sienten súbitamente embrujados, espiados, envenenados, en comunicación con fuerzas sobrenaturales, etc.

El carácter polimorfo de este delirio episódico se manifiesta también en la yuxtaposición de los fenómenos que lo componen. Se distinguen no sólo convicciones e intuiciones que irrumpen en el psiquismo, sino también numerosas y exuberantes alucinaciones, con frecuencia auditivas, pero más generalmente psíquicas (voz, eco del pensamiento, actos impuestos, etc.). Estan asociadas a interpretaciones delirantes, elementos imaginativos, ilusiones, que manifiestan la incoercibilidad de la experiencia delirante vivenciada, en una atmósfera de misterio y apocalipsis.

El enfermo presenta importantes cambios de humor y violentas oscilaciones, como “oleadas” de delirio. Los temas, extravagantes, absurdos, pueriles, poéticos, etc, por lo general estan mal hilvanados y sin sistematización. El delirio es susceptible a cambios súbitos.

El delirio es vivenciado dentro del campo de la conciencia como una experiencia irrefutable, de donde deriva la intensidad de las reacciones afectivas. Estas experiencias se imponen al sujeto como si se trataran de acontecimientos del mundo exterior, como revelaciones inauditas que reclaman una inmediata convicción. La adhesión absoluta al delirio probablemente dependa de la constitución misma de la experiencia, que se impone como los sueños al soñador.

La alteración de la conciencia: la lucidez se mantiene intacta y el enfermo continúa comunicándose con los otros, suficientemente orientado, bastante bien adaptado al

ambiente y con claridad en sus palabras. Y, sin embargo, existe una desestructuración de la conciencia, en forma de una especie de hipnosis o de fascinación por lo imaginario, de desdoblamiento de la experiencia actual, la cual parece como dividida entre el polo predominante del delirio y el de la realidad, de donde deriva el doble carácter artificial y alucinatorio de las vivencias.

Clínicamente, este estado de hipnosis delirante se reconoce por la distracción, el aire ausente, el ensimismamiento y las actitudes meditativas o de escucha, a través de las cuales el delirante manifiesta su incorporación a las peripecias del delirio que vive como el desarrollo de una experiencia de la cual es juguete, espectador y autor, y de la cual saldrá, después de su curación, como de una pesadilla o de una incomprensible fascinación.

La alteración tímica: el humor está alterado de manera constante. A la actividad delirante de aparición súbita corresponden, en efecto, violentos estados afectivos. Algunas veces en forma de mania, otras veces de melancolía, este último acompañado de ideas de muerte, mutismo, etc. El delirio acompaña estos movimientos de euforia o de angustia, y fluctúa, de manera que el sujeto se presenta a veces excitado, otras deprimido, y la mayoría de las veces ambas cosas a la vez, viviendo entonces un verdadero estado mixto. Está alternancia es característica de estos brotes delirantes polimorfos.

También pueden presentarse trastornos digestivos constantes, pudiendo llegar la inapetencia al rechazo de los alimentos, también constipación. La eliminación urinaria está disminuida. En la mujer, se suspende con frecuencia la menstruación.

Evolución y pronóstico: el fin del acceso es a veces brusco, pero, por lo general, se produce una “fase de despertar”.

El episodio delirante no tiene consecuencias ni futuro, no deja tras sí secuelas o complicaciones mentales, aunque si hay excepciones.

El pronóstico de una psicosis delirante aguda viene influido por el riesgo de una evolución esquizofrénica o de un delirio crónico. Las psicosis esquizofrenia y las psicosis delirantes crónicas evolucionan con frecuencia después de uno o de varios episodios delirantes.

Formas clínicas

Psicosis imaginativas agudas: episodios delirantes que se caracterizan por la eclosión súbita de una fabulación rica en detalles y temas.

Psicosis interpretativas agudas: se trata de paroxismos delirantes, únicamente interpretativos, que se presentan fuera de la evolución crónica del delirio de interpretación. Por lo general, se acompañan de intensas reacciones emocionales.

Psicosis alucinatorias agudas: son delirios en los que predominan todos los tipos de alucinaciones. Los temas, con frecuencia místicos o eróticos, son a veces muy dramáticos. Los acontecimientos delirantes se desarrollan en una atmósfera imaginaria y artificial. Estos

estados pueden ser vividos tanto en un clima de angustia como en una tonalidad de ebria exaltación.

Diagnóstico

Diagnóstico positivo: se puede establecer teniendo en cuenta los siguientes criterios:

1. comienzo brusco
2. caracteres polimorfos e intensamente vivenciados de la experiencia delirante
3. la variación del cuadro clínico de un día a otro
4. el carácter de actualidad inmediata perceptiva e intuitiva de la experiencia delirante
5. las oscilaciones de la creencia y de la perplejidad crítica con respecto al delirio
6. la atmósfera del estado crepuscular de la conciencia (fascinación y distracción a causa del acontecimiento delirante incoercible, distanciamiento del medio ambiente, vaguedad del pensamiento)
7. el fondo tímico de exaltación o de angustia de la vivencia delirante

Diagnóstico diferencial:

- **Mania:** se distingue por una actividad de juego y la fuga de ideas sin delirio notable
- **Melancolía:** muy diferente en los casos típicos por su inicio más progresivo, su inhibición, la mayor intensidad del dolor moral y la fijeza y la monotonía del delirio
- **Confusión mental:** caracterizada por el predominio de la confusión sobre el delirio, por los caracteres propios del delirio onírico y por la persistencia, después del acceso, de una cierta amnesia del periodo confusional

Resumen de los problemas psicopatológicos

En forma de experiencias de despersonalización, de desdoblamiento, de ficciones imaginarias que se imponen como trastornadores acontecimientos internos y externos, angustiosos y excitantes, la vivencia delirante se constituye a medida que el campo de la conciencia se desorganiza. Al ser la conciencia parte constitutiva del campo fenoménico de la experiencia actual y del orden temporoespacial dentro del cual se presenta, su desestructuración implica una metamorfosis delirante, una falsificación imaginaria de está experiencia. A medio camino del ensueño, la conciencia se hace lo bastante “imaginativa” como para vivir una experiencia delirante y alucinatoria, aunque no lo suficiente como para caer en la experiencia onírica. Este estado intermedio entre la vigilia y el sueño, este estado oniroide, constituye el “hecho primordial”, por excelencia de estas experiencias que, al ser el efecto de este trastorno, no son “primarias”, sino secundarias al mismo; lo cual permite explicarlas a través de sus condiciones orgánicas y comprenderlas psicológicamente como una proyección del inconsciente.

Sección II. Enfermedades mentales crónicas. Capítulo VII. Las psicosis delirantes crónicas

Son psicosis caracterizadas por “ideas delirantes” permanentes que constituyen lo esencial del cuadro clínico. Por **ideas delirantes** debe entenderse no sólo las creencias y las concepciones a través de las cuales se expresan los temas de la ficción delirante (persecución, grandezas, etc), sino también todo desfile de fenómenos ideoafectivos en que

el Delirio toma cuerpo (intuiciones, ilusiones, interpretaciones, alucinaciones, exaltación imaginativa y pasional, etc).

Los Delirios crónicos son más completos que las “experiencias delirantes”, puesto que el Delirio no es tan solo pasivo y accidental (como una especie de sueño por una intoxicación, por ejemplo), sino que está activamente prendido en las relaciones permanentes que unen la persona a su mundo.

El Delirio está incorporado a la personalidad del delirante, los Delirios crónicos son en este sentido enfermedades de la personalidad, modalidades delirantes del Yo alienado. Estos enfermos delirantes son, en efecto, los “alienados” en el sentido más completo del término, ya que se conducen y piensan en función de su concepción delirante en vez de obedecer a la verdad y a la realidad comunes.

El delirio puede sistematizarse en una especie de ficción notablemente coherente o, por el contrario, disgregarse en un pensamiento irreal.

En los casos más puros consiste en una especie de intelectualización abstracta o en un sistema de creencias bien articuladas (paranoia), en otros casos, o en ciertas fases de su evolución, estos delirios se acercan al sueño y a las experiencias delirantes agudas por su aspecto caótico o fantástico. Es el caso de las psicosis esquizofrenia en las cuales el autismo es secundario a una disposición psíquica.

Psicosis delirantes crónicas		
Sin evolución deficitaria	1- Psicosis delirantes sistematizadas (paranoia)	Delirios pasionales Delirios de interpretación
	2- Psicosis alucinatorias crónicas 3- Psicosis fantásticas (parafrenias)	
Con evolución deficitaria	Formas “paranoides” de la esquizofrenia	

El grupo de los delirios crónicos sistematizados (Psicosis paranoicas)

Estos delirios son llamados sistematizados ya que:

1. estan prendidos en el carácter y la construcción misma de la personalidad del delirante
2. Se desarrollan con orden, coherencia y claridad

Estan caracterizados por su construcción, en cierta manera “lógica”, a partir de elementos falsos, de errores o de ilusiones, que son como los “postulados” de la fábula delirante. Realizan una polarización de todas las fuerzas afectivas en el sentido de una construcción delirante que subordina toda la actividad psíquica a sus fines.

El carácter llamado paranoico (desconfianza, orgullo, agresividad, falsedad de juicio, psicorrigidez) constituye un aspecto fundamental de la personalidad de muchos de estos enfermos.

Estos Delirios son relativamente coherentes por su forma sistemática, es decir que se presentan al observador como relativamente **plausibles.** De ahí su poder de convicción o de contaminación.

Los delirios pasionales y de reivindicación

Estan caracterizados por:

1. la exaltación (exuberancia, hipertimia, hiperestesia)
2. por la idea prevalente, que subordina todos los fenómenos psíquicos y todas las conductas a un postulado fundamental, el de una convicción inconmovible
3. por su desarrollo en sector, en el sentido de que el Delirio constituye un sistema parcial que penetra como una cuña en la realidad

Es sobre un fondo de disposiciones caracterológicas, llamadas **constitución paranoica** (orgullo, desconfianza, psicorrigidez y falsedad de juicio), donde se desarrolla el Delirio, lo más a menudo insidiosamente, y a veces a raíz de un fracaso o de un conflicto.

Estos sujetos suelen tener un temperamento vivo y de carácter difícil, receloso y susceptible. Son rencorosos y vengativos, a menudo apasionados “idealistas”, fanáticos de la política, la religión o de la reforma social.

Delirios de reivindicación: existen tres tipos de reivindicación delirante

1. **Los querellantes:** se arruinan en procesos para hacer triunfar una reivindicación a veces irrisoria. Persiguen la defensa de su honor o de sus derechos o de su propiedad con menoscabo de sus intereses más evidentes. Acumulan sentimiento de odio y de venganza sin desviarse jamás de la convicción de que son traicionados, juzgados injustamente, y de que son víctimas de un ensañamiento tan implacable como el suyo propio. Verdaderos perseguidos-perseguidores.
2. **Los inventores:** guardan el secreto de sus experimentos, de sus cálculos o de sus descubrimientos, y se quejan de ser desposeídos de sus derechos o de la patente de su invento. No importa que invento sea, lo que es capital es la exclusiva de su propiedad, el monopolio absoluto y la indiscutible prioridad que reivindican.
3. **Los apasionados idealistas:** ya sueñen con nuevos sistemas políticos, de paz universal, etc, estan animados de una feroz y agresiva voluntad de lucha y de combate. Tienen un inagotable deseo de reforma y de justicia.

Todos estos paranoicos reivindicativos deliran en el sentido de un “ideal de sí mismo” imaginario. En efecto, los complejos de frustración o de inferioridad inconscientes constituyen un profundo núcleo de angustia sobrecompensada por la disposición caracterológica de un Yo que se pretende agresivo y omnipotente.

Delirios pasionales: el delirio pasional, ya se trate de la celotipia (delirio de infidelidad y de rivalidad) o de erotomanía (ilusión delirante de ser amado), plantea, en relación a las pasiones normales, un difícil problema de diagnóstico.

Los estados pasionales delirantes tienen ciertas características:

1. se producen sobre un fondo de desequilibrio caracterológico
2. se acompañan de un cortejo de trastornos (trastornos tímicos, experiencias alucinatorias, despersonalización, fases de exacerbación, impulsividad, dando lugar a periodos productivos) que testifican un desquiciamiento de la vida psíquica
3. son patológicos y delirantes porque la pasión tiene una estructura esencialmente imaginaria. En efecto, o bien los acontecimientos y los personajes que lo componen son irreales, y este es el caso en que el Delirio es más evidente, o bien la realidad de la situación es ampliamente desbordada o eclipsada por la proyección de fantasmas más o menos inconscientes
4. la misma fuerza de los complejos inconscientes que animan el delirio le imprime, por lo general, una evolución tan típica, que es posible prever el curso
5. Los Delirios pasionales proceden en su misma estructura de la rigidez sistemática de la pasión que constituye el eje. Son bloques ideoafectivos inconmovibles, impermeables a la experiencia y rebeldes a toda evidencia

- **El delirio celotípico:** consiste en transformar la situación de la relación amorosa de la pareja en una situación triangular. El tercero introducido entre la pareja es un rival, y sobre su imagen se proyectan resentimiento y odio, acumulados por las frustraciones que ha sufrido, o que sufre, el delirante celoso. Este se siente trágicamente burlado y abandonado. La historia delirante labra todas sus peripecias en torno a este tema fundamental, y el delirante contraataca con la ayuda de todos los medios que le inspira la “clarividencia” que “abre sus ojos”. A través de un trabajo de encuesta y de reflexión, el delirante “esclarece” el misterio y llega a una “verdad”, para él absoluta. Cuando el Delirio celotípico se ha formado, se sistematiza en un haz de “pruebas”, de pseudocomprobaciones, de falsos recuerdos, de interpretaciones delirantes, de ilusiones de la percepción y de la memoria.
- **El delirio erotomaníaco:** la ilusión delirante de ser amado constituye la erotomanía. Los sentimientos generadores del postulado fundamental son: el orgullo, el deseo y la esperanza. El mismo postulado fundamental se formula así: es el Objeto (la persona por quien el paciente se cree amado y que pertenece por lo general a un rango más elevado que el Sujeto) quien ha empezado a declararse; es el quien ama más o el único que ama. Los temas derivados pueden llegar a ser: el objeto no puede poseer un valor completo sin el pretendiente; el objeto es libre, su matrimonio está roto o no es válido. El erotomano está convencido de un cierto número de temas que él “demuestra”: vigilancia continua por parte del objeto, conversaciones indirectas con el objeto, continua protección del sujeto por parte del objeto, intentos de acercamiento por parte del objeto, etc. El sistema delirante se elabora sobre una base de intuiciones, de falsas demostraciones, de ilusiones y de interpretaciones sin alucinaciones. Es preciso reconocer que las “conversaciones indirectas” con el objeto son a menudo alucinatorias.

Psicosis alucinatorias crónicas

Este grupo de Delirios crónicos viene caracterizado clínicamente por la considerable importancia de los fenómenos psicosensoriales (alucinaciones, pseudoalucinaciones, síndrome de automatismo mental).

Se puede definir este tipo de Delirio crónico como una **psicosis delirante crónica basada en el síndrome de automatismo mental, que constituye el núcleo, y cuya superestructura delirante construye una ideación sobreañadida.** El sujeto afirma dogmáticamente que el Delirio está basado en percepciones irrecusables y el observador lo considera como basado exclusivamente en percepciones sin objetos (alucinaciones). Este delirio se desarrolla a menudo fuera de toda predisposición caracterológica o afectiva de tipo paranoico.
El comienzo: es a menudo repentino. Se pronto estallan las voces; las transmisiones de pensamiento o el eco del pensamiento aparecen en la mente. El enfermo se siente "adivinado", espiado; sus actos son comentados o bien percibe extraños olores, un gusto sospechoso en los alimentos, fluidos en su cuerpo, corrientes eléctricas en su cabeza o en sus órganos genitales; se convierte en un "médium", en una estación receptora o emisora de telegrafía, etc. Sus reacciones son las del asombro, ya que, desconcertado, experimenta pasivamente este parasitismo alucinatorio.

Sin embargo, está forma de comienzo "sin incubación", clásica y típica, no es siempre tan repentina. Una minuciosa anamnesis permite poner en evidencia con frecuencia una progresiva alteración del humor, de los sentimientos de conciencia, una cierta "meditación" o prefacio delirante.

El síndrome alucinatorio del periodo de estado: está constituido por el triple automatismo:

- **El automatismo ideoverbal:** se manifiesta clínicamente por voces, estas son alucinaciones psicosensoriales; alucinaciones psíquicas sentidas como voces interiores o transmisiones de pensamiento, generalmente amenazadoras. Pueden ser comentarios de actos, robo de pensamiento o adivinación del mismo, etc.
- **El automatismo sensorial y sensitivo:** constituido por toda una gama de alucinaciones visuales, gustativas, olfativas y cenestésicas. Falsas sensaciones exteroceptivas, interoceptivas o propioceptivas, que constituyen una verdadera parasitación de percepciones normales (olores nauseabundos, gustos raros, etc).
- **El automatismo psicomotor:** se manifiesta clínicamente por impresiones cinestésicas, ya sea en los órganos de la articulación verbal (lengua, laringe, etc) ya sea en la musculatura facial, del cuello, de los miembros (movimientos forzados). Se trata de sensaciones de imposición de movimientos, de articulación verbal forzada.

Evolución: las psicosis alucinatorias crónicas evolucionan a menudo hacía una forma de déficit o de disgregación. La evolución de las psicosis alucinatorias, en su forma más típica, se hace por el contrario en el sentido de una conservación de la lucidez, de las capacidades intelectuales y de la apertura al mundo real; conservación que contrasta con el núcleo delirante y alucinatorio. También puede ocurrir que las alucinaciones ideoverbales más

fantásticas devengan al final en pequeñas voces sin importancias de las que hacen bromas los pacientes o a las que dicen no prestar más atención.

Los delirios fantásticos. Las parafrenias

También llamadas psicosis imaginativas o Delirios de imaginación. Estos delirios tienen un mecanismo imaginativo que se asienta sobre un fondo constitucional mitomaniaco.

Estos Delirios constituyen verdaderas novelas. Se caracterizan por una proliferación imaginativa de extraordinaria exuberancia y se traducen en las concepciones más extravagantes y quiméricas.

Estudio clínico: las modalidades de comienzo son variables, algunas se desarrollan lenta e insidiosamente; otras se constituyen rápida y casi inmediatamente, dando lugar a una especie de mutación fantástica en las relaciones del delirante con su mundo.

En su periodo de estado, el delirio fantástico está formado por síntomas variados (alucinaciones; fabulaciones; interpretaciones; intuiciones delirantes, místicas, de grandeza, etc) Los principales caracteres de estos delirios son los siguientes:

- **Pensamiento paralógico:** estos delirantes toman sus ideas de la pura fantasía, sin preocuparse de su verosimilitud lógica. La fábula delirante se desarrolla fuera de todas las categorías del entendimiento. El espacio y el tiempo son adaptados a está fantasmagoría: la ambigüedad de las personas, su mezcolanza y su multiplicidad, la simultaneidad o la confusión de la amalgama de acontecimientos o la absurdidad de las figuras.
- **Megalomania:** los temas de influencia (dominio maléfico, procedimientos científicos o mágicos de acción a distancia, cohabitaciones corporales, etc); los temas de persecución (conspiraciones espirituales o sobrenaturales, etc), las ideas de envenenamiento, transformación de órganos, etc, convierten a estos enfermos en víctimas acorraladas y hostigadas por innumerables perseguidores, por el demonio o por las fuerzas del mal. Los temas de grandeza (identificación a los grandes reyes o dios; intervención de todas las potencias naturales y sobrenaturales en los acontecimientos de la fabulación) son aquí preponderantes.
- **La primacía de la fabulación sobre las alucinaciones:** es raro que este tipo de delirio no comporte una actividad alucinatoria, pero por lo general la alucinación cede el paso a la fabulación. Las referencias a la experiencia alucinatoria tienden a borrarse a medida que la imaginación ahoga las alucinaciones.
- **Integridad paradójica de la unidad de la síntesis psíquica:** en estos delirantes llama la atención el sorprendente contraste entre las concepciones paradójicas y mitológicas del delirio y la correcta adaptación del sujeto a la realidad. Los delirios más fantásticos no impiden al enfermo el estar bien inserto en la realidad de la existencia cotidiana. La capacidad intelectual, la memoria, la actividad laboral, el comportamiento social, permanecen intactos de modo notable.

Evolución: la evolución tiene lugar a lo largo de varios años y termina en un estado de delirio crónico, por lo general irreversible; el delirio fantástico, después de una fase de elaboración activa, se fija indefinidamente en sus temas esenciales.

Diagnóstico de los delirios crónicos en relación con las psicosis agudas delirantes: en los delirios crónicos, cuando se trata de delirios pasionales o de interpretación, el tema delirante constituye un “sistema razonador” de creencias y de convicciones que está como separado de la experiencia sensible actual. Las interpretaciones dan lugar a un trabajo de razonamiento o de construcción que se deduce, por así decir, de las convicciones, etc. Este carácter de racionalización o de elaboración intelectual es lo que permite no confundir estos delirios con las experiencias delirantes de las psicosis delirantes agudas, las cuales ofrecen el carácter de un trastorno más global y pasivo de la experiencia perceptiva.

Cuando se trata de parafrenias o de psicosis alucinatorias crónicas es más difícil diferenciarlas. Es importante tener en cuenta que aunque la fabulación del delirio o su referencia a percepciones delirantes puede dar al observador la ilusión de que se trata de experiencias perceptivas, en realidad, estas son en general pseudoalucinaciones. Cuando el enfermo nos habla de “sus voces” o cuando le observamos mientras está a punto de “percibirlas”, se trata de una especie de relato cuyo valor semiológico es más el de una proyección ideoafectiva o de un trabajo intelectual o imaginativo delirante, que el de un trastorno, de la percepción inmediata y sensorial. Esto quiere decir que las psicosis delirantes agudas tienen como base trastornos psicosensoriales, imaginativos o intuitivos tomados del conjunto de una experiencia sensible actual, mientras que en estos delirios crónicos se trata esencialmente de una construcción intelectual.

Los delirios crónicos se presentan en la clínica con todos los atributos de un pensamiento discursivo y activo, de una especie de relato, de conversación o de diálogo, que se desarrolla en un mundo imaginario pero abierto a la comunicación con los demás. Aquí, el delirio es más pensado y hablado que vivido.

Diagnóstico diferencial de las psicosis delirantes crónicas: se trata de distinguir el delirio de interpretación, el delirio pasional y la psicosis alucinatoria crónica.

Los delirios sistematizados (interpretación y pasional) no resulta difícil, si nos atenemos al importante criterio de la sistematización delirante: encadenamiento, pseudorazonador, ficción coherente, constitución de un tema preciso y bien ordenado sin debilitamiento parademencial.

El delirio fantástico o parafrénico se reconoce por su forma fabulatoria y paralogica, en contraste con una conservación a veces sorprendente de la adaptación a la realidad cotidiana.

En cuanto al diagnóstico diferencial con las psicosis esquizofrenia, este se hará por el estudio del síndrome de disociación, por los trastornos del curso del pensamiento y por la evolución general hacía la incoherencia y el autismo impenetrable.

Capítulo VIII. Las psicosis esquizofrénicas

El proceso esquizofrenia

La tendencia que prevalece actualmente en el estudio del proceso esquizofrenia consiste en considerar la evolución esquizofrénica como ligada al desarrollo psicodinámico de la persona y a los obstáculos que ha encontrado.

Frecuencia. Edad. Sexo

La esquizofrenia es la más frecuente de las psicosis crónicas. Es una enfermedad del adolescente y del adulto joven. Rara antes de los 15 años. Entre los 15 y 35 años es cuando la morbilidad es más elevada. La enfermedad está repartida por un igual entre los dos sexos.

Resumen psicopatológico

La esquizofrenia es una tendencia a la desorganización del Yo y de su Mundo, y a la organización de la vida autística; es al mismo tiempo, una malformación estructural y un desarrollo histórico. La malformación y el desarrollo se relacionan y mantienen mutuamente a través de intercambios dialécticos incesantes, pues la historia y la organización de la persona dependen al mismo tiempo de la acción estimulante del Medio y de la integración del organismo. Para nosotros, lo básico de la esquizofrenia no es la aptitud de delirar, sino la instalación en ese modo de vida que es el delirio crónico; no es la posibilidad de vivir una experiencia subjetiva, sino la imposibilidad, la incapacidad de salir de ella -al menos sin grandes esfuerzos terapéuticos-.

Lo esencial de la patología esquizofrénica está constituido por la deformación y la regresión de la personalidad. El esquizofrénico es un alienado en tanto que es un delirante crónico, es decir, que su delirio, sus alucinaciones, todos los síntomas que presenta nos hacen captar una dislocación de su sistema de realidad, de sus creencias, de las ideas y de los sentimientos que constituyen la transformación de su Mundo y de su Persona en Mundo y Persona “autísticos”.

El comienzo. La esquizofrenia “incipiens”

En una esquematización clínica basada en la continuidad o en la discontinuidad del desarrollo mórbido y en la rapidez de su evolución, distinguimos cuatro grupos entre las formas de comienzo de la enfermedad:

1) **Las formas progresivas e insidiosas:** que presentan la mayor continuidad en su desarrollo y conducen lentamente al enfermo desde la predisposición caracterológica o neurótica hasta la esquizofrenia
2) **Las esquizofrenias de comienzo aguda:** a la inversa de las anteriores, empiezan por un gran acceso delirante o catatonico

3) **Las de una evolución en forma clínica sobre un fondo esquizoide:** se puede ubicar entre ambas formas anteriores. Estas se caracterizan por presentar grandes episodios intermitentes
4) **Las monosintomaticas:** el comienzo puede presentarse con la aparición de síntomas tanto más desconcertantes cuanto que se dan aislados

1) Carácter preesquizofrenico y las formas progresivas de comienzo

La preesquizofrenia: la puerta de entrada a la psicosis esquizofrénica está constituida aquí por una organización caracterológica de la personalidad, en la cual se adivinan ya los rasgos que, al agravarse, van a convertirse en “esquizofrénicos”.

La invasión progresiva del Delirio: lo que se ve perfilarse es la instalación progresiva del delirio hasta que se constituye en una modalidad estable y delirante de las relaciones y de las comunicaciones. Con frecuencia, las ideas delirantes parecen brotar sin razón, ni motivo, ni condición y el síndrome de automatismo mental se instala con sus fenómenos alucinatorios (eco del pensamiento, robo del pensamiento sobre todo). Generalmente son temas hipocondriacos, temas de influencia, de envenenamiento. La idea delirante puede estar apenas expresada, vaga, oculta, o por el contrario ser repentina o aislada. Más a menudo, se desarrolla un verdadero sistema ideológico que mezcla sus especulaciones abstractas con las interpretaciones e intuiciones delirantes. Puede verse entonces al enfermo recorrer los círculos esotéricos, entregarse a investigaciones misteriosas, crear religiones, etc

A veces la evolución delirante es menos lenta y más estrepitosa. La inversión delirante no se hace entonces calladamente ni por una sorda infiltración, sino que estalla por medio de experiencias alucinatorias o de despersonalización, o bajo la forma de intuiciones que parecen irrumpir en una conciencia clara. El sujeto, después de un periodo de angustia, se habitúa a ello.

2) Comienzo por estados psicóticos agudos

Crisis delirantes y alucinatorias agudas: a veces la psicosis “estalla” en forma de un brote delirante. La importancia de las alucinaciones psíquicas y del síndrome de automatismo mental, las expresiones raras y abstractas del delirio, la falta de conciencia de la enfermedad, el dogmatismo de las creencias delirantes y, por el contrario, la ausencia o el débil grado de los trastornos de la conciencia, pueden ser considerados como elementos semiológicos valederos.

Pueden, a su vez, considerarse puertas de entrada a la esquizofrenia los:
- **Estados de excitación maníaca:** se presentan elementos de discordancia, fenómenos catatónicos, frases abstractas, introversión, etc
- **Estados depresivos:** estado de angustia con culpabilidad sexual, alucinaciones, ideas de suicidio, ambivalencia, etc

- **Estados confusooniricos:** bajo la forma de psicosis confusionales con onirismo y de estados crepusculares oniroides

3) Las formas de comienzo cíclicas

Bastante a menudo, sobre un fondo de carácter esquizoide o esquizoneurótico, aparecen “brotes agudos” al comienzo de la evolución esquizofrénica (generalmente en los 2 o 3 primeros años).

Las formas más netamente impregnadas de potencial evolutivo esquizofrenia, pueden ser accesos catatónicos o delirantes repetidos, estados crepusculares histeriformes, o crisis “esquizomaniacas”, en las que predominan el enojo, la ensoñación y el negativismo.

4) Formas monosintomaticas

Las más dramáticas son las que estan constituidas por los famosos “crímenes inmotivados” de los esquizofrénicos. Estos enfermos matan a un familiar o un desconocido sin poder dar una explicación a su acto. A un nivel menos trágico, otros comportamientos impulsivos, que caen más o menos dentro del terreno medicolegal, tienen el mismo valor clínico: bruscos desenfrenos sexuales, agresiones absurdas, etc. El carácter enigmático de estos actos impulsivos resulta lo suficientemente evidente para que, en la mayoría de los casos, se imponga el diagnóstico de esquizofrenia.

Este polimorfismo de los modos de comienzo muestra claramente que la esquizofrenia no está en el comienzo de la evolución sino al final.

El síndrome fundamental del periodo de estado

El periodo de estado de las psicosis esquizofrenia es largo y, además, no conviene olvidar que al igual que las psicosis delirantes crónicas, las primeras evolucionan por lo general durante años; puede decirse que durante la mayor parte de la existencia.

La enfermedad presenta una disgregación de la vida psíquica que va a dar lugar a una serie de rasgos en cierta manera negativos; es el “modo” esquizofrenia de desestructuración de la conciencia y de la persona, llamado **síndrome de disociación;** por otra parte el vacío así creado tiende a transformarse en una producción delirante positiva, también ésta de un estilo particular: es el delirio autistico o **autismo.** Estos dos polos de la descripción de la enfermedad son estrictamente complementarios y estan unidos por caracteres comunes:

- **La ambivalencia:** consiste en la experiencia de un antagonismo simultáneo o sucedido de dos sentimientos, de dos expresiones, de dos actos contradictorios: deseo-temor, amor-odio, etc. Estos dos términos opuestos son vividos conjuntamente y sentidos separadamente, en una especie de yuxtaposición y de mezcolanza inextricable

- **La extravagancia:** resulta de la distorsión de la vida psíquica, cuya pérdida de unidad, incomodidad y malestar conducen a rodeos extraños o fantasmaticos que dan la impresión de una búsqueda barroca, de una serie de paradojas encadenadas caprichosamente.
- **La impenetrabilidad:** caracteriza la incoherencia del mundo de relaciones del esquizofrénico, su tonalidad enigmática, el hermetismo de sus intenciones, de su conducta o de sus proyectos.
- **El desapego:** evoca el retraimiento del enfermo hacía el interior de sí mismo, la "vuelta" centrípeta de la conciencia y de la persona, la invasión de lo subjetivo y el abandono a la ensoñación interior.

Estos caracteres generales se encuentran a lo largo de toda la enfermedad y componen dentro de un cuadro clínico una especie de fondo característico denominado **síndrome de discordancia.**

Síndrome de discordancia

El síndrome de discordancia constituye los caracteres comunes a todas las esquizofrenias, es decir, es el fondo característico de la esquizofrenia. Esto implica que un paciente esquizofrénico tienda a presentar los 4 elementos clínicos que constituyen al síndrome de discordancia, estos pueden ser agrupados en la palabra "IDEA", y son:

- I - Impenetrabilidad: el sujeto es impenetrable en su lógica, en su mundo interno. Hay un hermetismo en sus intenciones, en su conducta y sus proyectos.
- D - Desapego: refiere a un retraimiento hacia el interior, invasión de lo subjetivo (es por lo cual los sujetos en general son pasivos)
- E - Extravagancia: cambios de conductas bizarros, fueras de la pauta (diferente a la transgresión que está última tiene un objetivo en sí), conducta difusa. Resulta de la distorsión de la vida psíquica
- A - Ambivalencia: consiste en el antagonismo simultáneo o sucesivo de dos sentimientos, expresiones, actos contradictorios (amor-odio,deseo-temor,afirmacion-negacion). Los dos términos opuestos son vividos conjuntamente y sentidos separadamente y sin contradicción.

La disgregación de la vida psíquica. El síndrome de disociación: está disgregación puede definirse como un desorden discordante de los fenómenos psíquicos, los cuales han perdido su cohesión interna.

a) **Trastorno del curso del pensamiento y del campo de la conciencia:** la discordancia acaso más sorprendente de la esquizofrenia es la que existe entre una inteligencia "potencial", que parece conservada, y el uso profundamente alterado de está inteligencia: perdida de cohesion, de armonia, de eficacia. El pensamiento aparece como enmarañado y desordenado, lentificado. La producción ideica es caótica y mal dirigida. Las asociaciones se encadenan por contaminación, derivaciones, sustituciones; terminando en propósitos absurdos, en evocaciones bruscas, en interferencias y en extravagancias.

El esquizofrénico nos indica, por la forma de su razonamiento, la mala coherencia de su contenido psíquico.

b) Trastornos del lenguaje

La conversación: puede resultar imposible: mutismo, semimutismo (conversaciones aparte, en voz baja), respuestas laterales, absurdas, desconcertantes, sin relación con la pregunta. La conversación a veces es un monólogo, rápido, entretenido, pero a menudo abstracto, inadecuado a la situación.

Las alteraciones de la semántica: el esquizofrénico tiende a cambiar el sentido de las palabras, bien sea fabricando verdaderos neologismos, bien sea empleando en un sentido nuevo palabras ya existentes.

c) **Alteraciones del sistema lógico:** el pensamiento arcaico o irreal constituye un pensamiento regresivo, gobernado por las exigencias afectivas y por la necesidad de modificar el sistema de la realidad, de escapar a las leyes de las categorías lógicas del entendimiento (causalidad, identidad, contradicciones)

d) La desorganización de la vida afectiva: en el esquizofrénico se da una exclusión sistemática de la vida afectiva. Su actitud va a consistir en destruir al mismo tiempo la realidad exterior e interior, en negar los móviles de su ser y en alterar los hechos para volverlos desconocidos. El se quiere y se siente insensible, indiferente y frío. Ejerce, en relación a su capacidad de sentir y de emocionarse, una formidable represión; pero, como el éxito de una tal empresa significaría la muerte, está resistencia no puede más que fracasar, y de ahí las paradojas de la vida afectiva del esquizofrénico, sus manifestaciones discordantes (contradictorias), o sus bruscos cambios de comportamiento (impulsiones, violencias surgidas de la fuerzas instintivas a través de las brechas de la resistencia)

e) La discordancia psicomotriz. El comportamiento catatonico: la ambivalencia asociada a la disociación provoca en los actos una especie de oscilación perpetua de la iniciativa motriz entre la ejecución y la suspensión del movimiento. En la mímica, conduce a una serie de expresiones paradójicas: los músculos de la cara se contraen sin las sinergias habituales (paramimias) y sin coordinación entre la expresión que dibujan y la emoción (sonrisas discordantes) Presentan manierismos también. Las conductas complejas también son paradojales, son el resultado de tendencias contradictorias: una oposición frenética cede de pronto ante una orden irrisoria.

El delirio paranoide. El autismo

a) La vivencia delirante:

- **Vivencia de extrañeza:** el enfermo está sumido en un desquiciamiento psíquico, sea continuo o intermitente; bien progresivo o regresivo; ora vivido de pronto, o bien sucediendo a un brote agudo. El fondo de está producción, a menudo denominado “experiencia delirante primaria” consiste en un profundo cambio de la experiencia sensible, que ya no le permite enlazar con los anteriores sistemas de referencia.

Puede verse cómo esta extrañeza de la existencia está ligada a la discordancia. Está experiencia generalmente es angustiante como el presentimiento de una catástrofe inminente; más raramente es exaltante como un don mágico, una capacidad maravillosa de clarividencia y de potencia. Es caótica, compuesta de ilusiones, interpretaciones, intuiciones y alucinaciones. El mundo interior está perturbado; las sensaciones cenestésicas alteradas son vividas como dolores, transformaciones corporales. Es una experiencia muy difícilmente expresable y aún menos formulable. Así, permanece oscura. Se trata de “algo” misterioso o terrible. El sujeto no puede encontrar las palabras para analizarlo, lo que significaria despegarse un poco de ella.

- **Vivencia de despersonalización:** muy a menudo la extrañeza se vive en la esfera del cuerpo o del pensamiento, y los enfermos se lamentan de ser transformados, metamorfoseados. En efecto, el síndrome de despersonalización es particularmente frecuente e importante en la evolución de estas psicosis. En la esquizofrenia la despersonalización adquiere un acento fantástico, expresándose a través de un lenguaje a menudo ambiguo, abstracto, extraño y contradictorio: “mi alma es una hoja”.
- **Vivencia de influencia:** más a menudo aún, la experiencia delirante es la de un desdoblamiento alucinatorio que expresa en forma de acontecimientos la debilidad y la disociación del Yo. La forma más frecuente de este delirio viene representada en el esquizofrénico por la experiencia de influencia: el paciente está sometido a una serie de comunicaciones, de fracturas o de guía a distancia del pensamiento. Se le adivina, se le sustrae su pensamiento, se le impone. Dichas experiencias estan generalmente asociadas a un contexto más o menos rico de alucinaciones acústico-verbales, sensitivas, psicomotoras. Cuando pasa cerca de tal persona o de tal objeto, percibe el fluido u oye pronunciar palabras. Los gestos son comentados, enunciados por una voz interior. Palabras forzadas y alucinaciones cenestésicas complementan este cuadro clásico de automatismo mental que está marcado, en la experiencia esquizofrénica, por cualidades propias como abstracciones, metáforas, neologismos, trastornos discordantes del pensamiento.

b) La elaboración delirante secundaria. El delirio autístico: el delirio en su forma auténticamente esquizofrénica sobrepasa el de las experiencias delirantes: las prolonga y las organiza en un Mundo autístico: no en un sistema razonador, tampoco en una mitologia fantastica que se superpone a la realidad, sino en su mundo cerrado a toda comunicación, en su mundo interior herméticamente oculto y laberíntico. De tal manera que, a medida que la psicosis se confirma y evoluciona, la constitución de este mundo delirante o mundo propio, representa el núcleo mismo de la existencia esquizofrénica.

Este delirio posee los caracteres siguientes: no se expresa más que por un lenguaje abstracto y simbólico; es imposible de penetrar y de reconstituir por el observador quien debe contentarse por lo general en reparar en las incoherencias; utiliza modos de pensamiento o de conocimiento mágicos; está constituido por creencias e ideas que forman una concepción hermética del mundo.

Lo que resulta característico en la evolución espontánea de este delirio es su carácter caótico, fragmentario y deshilvanado.

c) **El autismo y la persona del esquizofrénico:** conviene reunir bajo el nombre de autismo (introversión, pérdida de contacto con la realidad, oposición al mundo exterior) lo que caracteriza a la persona misma del esquizofrénico, el Yo alienado en una existencia esquizofrénica.

Es preciso entender con está palabra la constitución de un mundo propio que tiende a encerrarse sobre sí mismo. La esquizofrenia va a construir este mundo propio, impenetrable, verdaderamente alienado. Se da una pérdida de unidad y de coherencia de la conciencia y de la persona del enfermo. Este, a medida que acentúa progresivamente el desacuerdo fundamental consigo mismo y con los demás, que constituye la disociación, pierde el contacto con lo real y con sus coordenadas espaciales y temporales. Se siente dividido y fragmentado en tanto persona corporal. No lo está menos en tanto que persona continua. Está perdida de la continuidad psíquica disloca el profundo sentimiento de unidad que une la persona a su propia historia. Así fragmentado, no encontrando más que facetas de sí mismo, el esquizofrénico se adhiere a pedazos de realidad o de sueño, de imágenes, de recuerdos o de ideas, sin poder componer o mantener la unidad de su persona.

El inconsciente emerge de las profundidades hasta la superficie del ser. Mientras nosotros “contenemos normalmente” nuestras pulsiones instintivas, el esquizofrénico, literalmente, no se contiene más. Está total liberación de las pulsiones implica un enviciamiento de las relaciones con los demás o, más exactamente, una aniquilación del mundo de los objetos. En efecto, la catástrofe esquizofrénica anula las relaciones sociales, destruye toda existencia, despoja los objetos de su carga afectiva. Este reflujo de la libido hacía fuentes preobjetales expresa la inmensa apetencia de regresión que conduce al enfermo a satisfacerse en los fantasmas narcisistas, fin último de su comportamiento autístico y fin del mundo real. El proceso esquizofrénico deforma e invierte todo el sistema de la realidad personal alterando los lazos (creencias, lenguaje, etc) que naturalmente unen el Yo al mundo de la realidad y a la coexistencia social.

PsicoResúmenes

www.psicoresumenes.com

Resumen sobre Psicosis 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