

PSIQUIATRIA CLÁSICA

SURGIMIENTO DE LA PSICOPATOLOGIA COMO CIENCIA

La Psicopatología no está dada desde el vamos, surge tocada por el empuje del discurso científico. Trayectos:

1. LANTERI-LAURA, G.
2. BERCHERIE, P.
3. ACKERNECHT

La psiquiatría nace con Pinel a fines del siglo XVIII. Se caracteriza por lo que Foucault llama una "**clínica de la mirada**" (diferente a la clínica del psicoanálisis, que es "la **clínica de la escucha**"): una descripción detallada, lo más fiel posible a lo que se ve, que apunta a distinguir fenómenos y a agruparlos en cuadros clínicos de la manera más neta y clara. Se organizan las clasificaciones en las cuales estas entidades clínicas quedan inscritas y ordenadas según criterios definidos.

LANTERI-LAURA, G.: LOS PROBLEMAS DEL PARADIGMA ACTUAL (1905)

Lanteri-Laura propone la utilización del concepto **paradigma** para realizar una lectura de la historia de la Psiquiatría, desde sus orígenes hasta la actualidad.

El concepto de paradigma lo toma del filósofo Thomas Kuhn, este decía que el paradigma responde al conjunto de saberes que sostienen a la **ciencia normal** en una determinada época. Permite resolver los problemas planteados en un campo científico dado. **Es un marco en el interior del cual son posibles un conjunto de teorías.** Finalizado el período de la ciencia normal, llega la **crisis** (ruptura) y con ella se rompen todos los marcos teóricos establecidos hasta el momento, dando lugar a nuevo paradigma (con su respectiva ciencia normal) en el cual nuevas teorías sustituirán a las viejas aunque todos los conocimientos, viejos y nuevos, se complementan, es decir, los viejos no se desechan.

Lanteri-Laura distingue aplicando este concepto 3 épocas/momentos/paradigmas en el desarrollo de la psiquiatría, a saber:

- Paradigma de la **Alienación Mental** (o **clínica sincrónica**, según Bercherie, P.)
- Paradigma de las **Enfermedades mentales** (o **clínica diacrónica**, según Bercherie, P)
- Paradigma de las **Grandes estructuras psicopatológicas**

1° PARADIGMA DE LA ALIENACIÓN MENTAL

La psiquiatría clásica surge en 1973, de la mano de Pinel. Corresponde al pasaje de la noción social y cultural de "locura" al concepto médico de "**alienación mental**".

Podríamos ubicarlo como el paso fundacional de la psiquiatría que introduce la locura en el campo de la medicina, con lo cual pasa a considerarla como una enfermedad. Pinel, junto a Esquirol, considera a la alienación mental como una especialidad autónoma (singular).

La alienación es una enfermedad, con un método que define un objeto: la observación. Corresponde a la clínica de la mirada.

Supone una única forma de tratamiento: el *tratamiento moral* (aislar al paciente). En este período surge el dispositivo de la internación como parte esencial del tratamiento moral. El *asilo* sería un ambiente enteramente racional que podría volverle la razón al alienado (pacientes que se vuelven "otros" cuando enloquecen).

La **crisis** (al estilo Kuhn) de este paradigma puede ubicarse a mitad del siglo XIX a partir de la obra de Falret. Sostuvo que lejos de tratarse de una enfermedad única, la patología mental se constituía de una serie de enfermedades específicas e irreductibles unas a las otras.

La obra de Falret sienta las bases para que se construya el nuevo paradigma de LAS enfermedades mentales, ya no LA alienación mental, en singular, presuponiendo una única modalidad de presentación de la patología mental. **Pensaban que hay más de una manera de estar enfermo, lo que da cuenta de la pluralidad de presentaciones.**

2° PARADIGMA DE LAS ENFERMEDADES MENTALES

Este nuevo paradigma pone el acento en la semiología y en la observación clínica del paciente, ya que al multiplicarse las enfermedades se vuelve crucial **la evaluación diagnóstica**. Al constituirse la patología mental como un conjunto de enfermedades distintas, con sus signos propios y sus modos singulares de evolución, **se requería reconocer sus signos. Es así como se despliega la semiología psiquiátrica para establecer un pronóstico y un tratamiento adecuado**. Esto produce un desarrollo marcado en la clínica: la construcción de las grandes nosografías.

La **crisis** de este paradigma se da porque la multiplicación de las especies mórbidas se torna difícil de ordenar. Es decir, se produjo una proliferación de enfermedades sin causa. Empiezan a aparecer clasificaciones, pero con ellas aparecen los problemas. **Se multiplicaron las enfermedades, demasiadas clasificaciones, que se hizo imposible de usar.**

3° PARADIGMA GRANDES ESTRUCTURAS PSICOPATOLÓGICAS

Se empezó a tratar de agrupar el caos que se generó en ese momento, debido a la proliferación de enfermedades sin causa. **La psiquiatría empezó a organizar las enfermedades en grandes estructuras, utilizando hipótesis psicoanalíticas. Todas aquellas clasificaciones se empiezan a agrupar en grandes estructuras (psicosis, neurosis).**

Básicamente lo que dice Lanteri-Laura, es que esto se agota porque así como se multiplicaron las enfermedades en el segundo paradigma, en el tercero se multiplican las psicopatologías, hay distintas maneras de entender la psicopatología. Distintas escuelas.

BERCHERIE, P.: FUNDAMENTOS DE LA CLÍNICA (1995)

1799, se da el nacimiento de la psiquiatría de la mano de Philippe Pinel. Este médico francés cambió la actitud de la sociedad hacia los enfermos mentales.

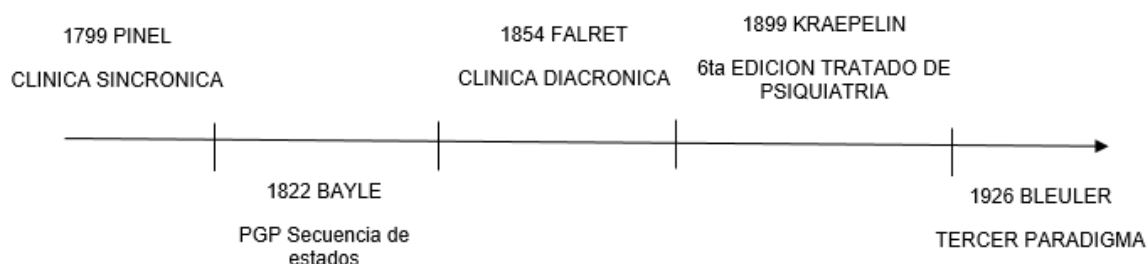
Pinel llama a la locura “Alienación mental”. Dice que la Alienación Mental se capta por medio de la información empírica de fenómenos. Método: Observación empírica a las personas afectadas y ubicación de rasgos. Un alienado es alguien que tiene las funciones superiores del Sistema Nervioso perturbadas. Esta perturbación no es producto de una lesión ni fiebre. **Se hablaba de síndromes, es decir, conjunto de síntomas observables, dentro de la locura entendida como género único.**

El campo de la psiquiatría de esa época era la **clínica de la mirada** que responde al método de la observación fielmente detallada.

Pinel, en su "*Tratado de la locura*" clasificó las enfermedades mentales en cuatro tipos: manía, melancolía, idiocia y demencia, y explicó su origen por la herencia y las influencias ambientales.

Así Pinel funda un campo: La Psiquiatría y de la manera que la pensó, este paradigma dura hasta 1854.

Podemos plantear una línea de tiempo:



CLÍNICA SINCRÓNICA-SINDRÓMICA

Sigue el paradigma de la Alienación mental. Nace con Pinel. Le siguen Esquirol, Griesinger y abarca la primera mitad del siglo XIX. Se trata de la concepción de "la" enfermedad mental como un **cuadro único** que podía tomar distintas formas en distintos pacientes, o en distintos momentos, pero sin dejar de constituir una sola enfermedad: la Alienación Mental. Se considera a los alienados como enfermos, concernidos por el campo de la medicina.

La clínica sincrónica-sindrómica se caracteriza por el “caso por caso”. Los psiquiatras veían al enfermo en el aquí y el ahora para extraer el síntoma central, cuyo método es la observación. No tenía en cuenta la evolución progresiva de la enfermedad, era limitada.

CAÍDA DE LA CLÍNICA SINCRÓNICA-SINDRÓMICA

Bayle descubre en 1822 que varias de las entidades descritas por los alienistas de la clínica sincrónica en realidad correspondían a diferentes momentos en la evolución de una misma enfermedad: **la Parálisis General Progresiva (PGP)**. Este neurólogo francés, estudia una multitud de casos que asolaban los psiquiátricos de Francia. Estos casos son con delirio monomaniaco, con exaltación. Una fase exaltada con ideas varias e incommovibles en el tiempo, empeora, el delirio se vuelve general, hay logorrea y furor. En un tercer momento, hace que se transforme en una persona incoherente, hay amnesia, demencia y luego muerte.

Con el descubrimiento del PGP se da un punto crucial, la caída de la clínica sincrónica y la salida a un nuevo paradigma que da origen a la clínica diacrónica.

Falret, toma el descubrimiento de Bayle. Hace una crítica radical de la vieja metodología. Piensan las enfermedades mentales con una **hipótesis etiopatológica**, con el modelo de las Parálisis Generales Progresivas. **Él afirma que no hay una sola enfermedad de alienación sino que hay más de una (quiere llegar al 2do paradigma).**

Etiopatología es una palabra que se usa en medicina, donde se ubica la causa de una enfermedad.

El descubrimiento de Bayle, sumado a la nueva metodología utilizada por la escuela de Falret y la propuesta de **Morel**, quien propone para las enfermedades mentales sin causa orgánica el estudio de la predisposición=degeneración hereditaria, sentará los principios para la construcción de una nueva clínica:

CLÍNICA DIACRÓNICA-CLÍNICA DE LA“S” ENFERMEDADES MENTALES ANÁTOMO-EVOLUTIVAS

O período de "las" enfermedades mentales. Se profundizó la observación de los estados terminales de los cuadros clínicos, **o sea la evolución de los mismos, su desarrollo en el decurso del tiempo (pasado-presente-futuro del enfermo), y no solamente el corte sincrónico que se realiza en el momento del examen psiquiátrico.** Sus principales exponentes son: Falret, Kahlbaum, Kraepelin, Sérieux, Capgras, Séglas, Ballet, Bleuler, Clérambault.

Una enfermedad determinada se define por varios parámetros: **una evolución típica**, una etología conocida, un tipo de lesión histopatológica definida y un mecanismo fisiopatológico

preciso. Esto llevaría a encontrar un tratamiento específico para cada enfermedad. Este cambio de paradigma y de método posibilitó definir cuadros clínicos de manera clara y distinta según parámetros surgidos de lo observable y suponiendo una lesión específica para cada uno de ellos.

TIPOS DE SÍNTOMAS

- **FUNDAMENTALES/POSITIVOS:** Aquellos que deben aparecer sí o sí para diagnosticar la enfermedad (por ejemplo, en la paranoia, el delirio crónico sistematizado).
- **SECUNDARIOS/ACCESORIOS:** Pueden o no aparecer, o aparecer tardíamente en el curso de la enfermedad. (ejemplo, pueden presentarse alucinaciones en la demencia precoz, o, si hay afectación del cuerpo en una demencia precoz se trata de catatonía).
- **NEGATIVOS:** No deben aparecer. Y si aparecen, entonces se trata de otra entidad clínica (no pueden presentarse perturbaciones de la memoria o la inteligencia en la demencia precoz, porque en ese caso se trataría de un daño cerebral. **No pueden aparecer alucinaciones en la paranoia**, tal como Kraepelin la define).

Kraepelin propone distinguir 3 tipos de psicosis, demencias exógenas:

1.-Paranoia: “desarrollo insidioso dependiente de causas internas y según una evolución continua, de un sistema delirante duradero imposible de quebrantar, que se instaura con una conservación completa del orden y de la claridad en el pensamiento, el deseo y la acción.”

2.-Psicosis maniaco depresiva: “estados agudos que evolucionan de manera periódica pero dejan tras de sí un psiquismo intacto, y donde no se nota por otro lado que la personalidad se vea afectada de manera grave (disociación) durante el ataque.

3.-Demencia precoz: Síndrome basal: decaimiento afectivo, indiferencia, apatía, ausencia de iniciativa voluntaria, desorganización del pensamiento y de la psicomotricidad. Síntomas accesorios: depresión, excitación, ideas delirantes, alucinaciones, síndrome catatónico. “Estados agudos o crónicos que evolucionan fatalmente hacia una forma particular de deterioro mental”.

- Hebefrenia
- Catatonía
- Demencia paranoide

A partir de la 6ta edición agrupa la hebefrenia, catatonía y demencia paranoide bajo la entidad de demencia precoz

CRÍTICA DE LA ESCUELA FRANCESA A KRAEPELIN

¿Quiénes lo critican? Bleuler, Serieux y Capgras, Ségla, Ballet.

A-En relación a la Demencia Precoz:

Le critican que las llame “Demencias”, porque es un nombre que remite a lo orgánico. Y que las nombre como “Precoces”, porque sólo es así en el caso de la Hebefrenia y la Catatonía, pero no así en la Demencia Paranoide. Le critican la inclusión de formas clínicas que no responden exactamente al mismo criterio evolutivo de la demencia precoz.

1.-Formas clínicas de comienzo más temprano: 1. la hebefrenia, 2. la catatonía

2.-Un grupo -más sistematizado, -de comienzo más tardío, y -de deterioro menos pronunciado: La Demencia Paranoide, con un subgrupo que llama demencia paranoide fantástica.

Le critican que agrupó distintas entidades que no respetan un criterio evolutivo, que evolucionan de distinta manera, no todas las entidades terminan necesariamente en demencia. Incluye cuadros muy diferentes bajo el mismo nombre.

En función de estas críticas, en la **8va edición** construye: **El grupo de las “demencias endógenas”**, donde distingue dos grupos:

- Demencia precoz restringida
- Parafrenias

DEMENCIA PRECOZ RESTRINGIDA

Daño en la esfera volitiva, **delirios mal sistematizados**, con ideas quebrantables, de comienzo temprano y deterioro rápido, con nueve formas clínicas entre ellas:

1. Hebefrenia
2. Catatonía
3. Esquizofrenia
4. Demencia simple
5. Demencia paranoide ligera
6. Demencia paranoide grave
7. Formas distímicas
8. Esquizofasias
9. Demencias agitadas

Y crea una entidad autónoma de la demencia precoz que va a llamar **parafrenias** con 4 formas clínicas:

1. Expansiva
2. Confabulatoria
3. Sistemática
4. Fantástica

PARAFRENIAS

Es una entidad a mitad de camino entre una paranoia y una demencia precoz, un cuadro intermedio. En las parafrenias el delirio no está ni tan bien sistematizado como la paranoia ni tan mal como la demencia precoz. Las ideas delirantes no serán ni tan inquebrantables como en la paranoia, ni tan cambiantes como en la demencia precoz. Su comienzo no será tan precoz ni su deterioro tan rápido como la demencia precoz, ni tan lento y progresivo como en la paranoia.

La parafrenia no “le entra” a Kraepelin en las paranoias porque tiene alucinación, pero tampoco en la demencia precoz porque su evolución no es tan rápida y demencial.

En Francia, Ballet le dará a la parafrenia de Kraepelin el nombre de Psicosis alucinatoria crónica (PAC).

Gillbert Ballet agrupa con este nombre el conjunto de los delirios crónicos alucinatorios no discordantes (tomando como modelos el Delirio de Evolución Sistemática de Magnam, y la psicosis de influencia de Seglas).

Lo que caracteriza a esta psicosis es la larga resistencia que muestra el paciente a la irrupción mórbida. Evolución típica de la PAC:

1. Incubación con malestar, inquietud y tendencia interpretativa, lleva a una idea de persecución.
2. Aparición de alucinaciones auditivo-verbales y sensitivas, luego sistematización del delirio persecutorio, debilitamiento de la personalidad.
3. **Delirio de grandeza** que domina el cuadro.
4. Debilitamiento psíquico terminal del enfermo, se trata de una demencia vesánica donde domina la disociación y la inteligencia no es abolida (esta última etapa puede o no suceder).

De Clerembault bautizará al **automatismo mental**, con eco y robo del pensamiento como sus prototipos. Se encuentra a los pacientes intactos con sus atribuciones y motivaciones luchando interminablemente contra la invasión de fenómenos parásitos.

B- En relación a la Paranoia

Serieux y Capgras: integran la paranoia de Kraepelin y distinguen:

1. DELIRIO DE INTERPRETACIÓN (igual a la **Paranoia** de Kraepelin)
2. DELIRIO DE REIVINDICACIÓN

El **delirio de reivindicación** de Serieux y Capgras es igual al **delirio de querulancia** de Kraepelin en la **8va edición**.

Con lo cual van a delimitar:

- Locuras razonantes (delirio de interpretación, la Paranoia de Kraepelin)
- Locuras pasionales (delirio de reivindicación, el delirio de Querulancia de Kraepelin)

Sobre esta base, De Clerambault producirá la división en:

1. Paranoia vera (delirio en red)
2. Delirios pasionales
 - a. Erotomanía
 - b. Reivindicación
 - c. Celos

CAIDA DE LA CLÍNICA DIACRÓNICA

Vemos que comienza a producirse una multiplicación de entidades clínicas que no son fáciles de clasificar. Freud inicia la búsqueda del mecanismo formador de síntomas. **El psicoanálisis comienza a buscar causas psicopatológicas y las encuentra en la formación de síntomas.**

Bleuler, Janet, Freud, son parte de este movimiento que va cuestionando la clínica diacrónica. Nace entonces lo que Bercherie va a llamar **Clínica Psicodinámica**.

CLÍNICA PSICODINÁMICA (1926)

Bleuler crea el grupo de las **Esquizofrenias**, basando lo que para Kraepelin se nombraba como Demencia Precoz, ya no en la lesión en la esfera volitiva, sino en la **Disociación (déficit, trastorno de ideas y representaciones)**, como trastorno generador fundamental que determina la desaparición del poder regulador y organizador de la conciencia y el yo, generando el **autismo** (predominio de los complejos emocionales sobre la síntesis personal y la percepción de la realidad).

Jaspers por entonces, establece la **Psicopatología**, donde se ponen en juego relaciones de comprensión (psicogénesis comprensible), y relaciones causales (trastorno generador), articulando patología constitucional y grado de reacción a acontecimientos vitales.

CUADRO COMPARATIVO

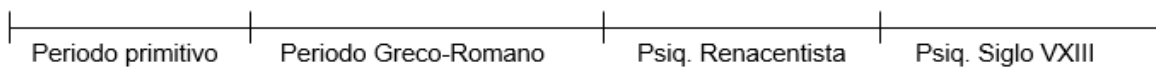
BERCHERIE, P.	LANTERI-LAURA, G.
CLÍNICA SINCRÓNICA-SINDRÓMICA (<i>de Pinel a Bayle; de Bayle a Falret</i>)	PARADIGMA DE LA ALIENACIÓN MENTAL
CLÍNICA DIACRÓNICA (<i>de Falret a Kraepelin</i>)	PARADIGMA DE LAS ENFERMEDADES MENTALES
CLÍNICA PSICODINÁMICA (<i>de Kraepelin a Bleuler</i>)	PARADIGMA DE LAS GRANDES ESTRUCTURAS PSICOPATOLOGICAS

CUADRO CLASIFICATORIO DE ENTIDADES CLINICAS

DE CLERAMBAULT	SERIEUX Y CAPGRAS	KRAEPELIN	BLEULER	BALLET
Delirios Pasionales <i>(delirio en sector)</i> <ul style="list-style-type: none"> • Reivindicación • Celos • Erotomanía 	Delirio de Reivindicación Locuras pasionales	Delirio de Querulancia		
Paranoia vera <i>(delirio en red)</i>	Delirio de Interpretación Locuras razonantes	Paranoia <i>(verdadera)</i>		
Automatismo Mental		Parafrenias <ul style="list-style-type: none"> • Sistemática • Expansiva • Confabulatoria • Fantástica 		Psicosis Alucinatoria Crónica (PAC)
		Demencia Precoz <ul style="list-style-type: none"> • Hebefrenia • Catatonia • Demencia Paranoide 	Esquizofrenia	

ACKERNECHT, E.H.: BREVE HISTORIA DE LA PSIQUIATRIA (1979)

Hay momentos socioculturales distintos:



PERIODO PRIMITIVO

Desde que el hombre es hombre ya existía la “locura”, **era entendida desde una posesión sobrenatural**. Se atribuyen casi todas al ataque de fuerzas sobrenaturales: malos espíritus, dioses, hechicería o brujería, posesión.

Se usaba la terapia mágico-religiosa con invocación de espíritus, fórmulas mágicas, rezos, cantos y danzas. Confesión y sugestión. El tratamiento consistía en extraer aquello sobrenatural.

PERÍODO GRECO-ROMANO

Concepto de enfermedad: Unitario: perturbación de Humores, teoría humoral, fluidos del cuerpo. Las enfermedades crónicas se clasificaban en manía y melancolía; las agudas eran aquellas que aparecen y se van, ejemplo, la frenitis, delirio febril.

Para la **medicina griega** eran enfermedades del cuerpo y del alma.

PSIQUIATRÍA RENACENTISTA

Para la **edad media**, la enfermedad mental se ubica del lado de lo endemoniado cuyo tratamiento era extraer aquello endemoniado, los mandaban a la hoguera. **Hay un retroceso, se vuelve a lo sobrenatural. El enfermo era un poseído por el demonio.** Cualquier desviación a nivel mental, físico era considerado un poseído.

Con el **Renacimiento** (renacer de ideas) surgen los hospitales y con ello el comienzo de la internación, se comienza a estudiar las enfermedades mentales desde una perspectiva científica.

PSIQUIATRÍA DEL S XVIII

La psiquiatría se vuelve una ciencia autónoma. Hay una nueva concepción. Se termina con la idea de lo sobrenatural y de lo incurable. Se originan tratamientos. Se produce un quiebre con la llegada del **Iluminismo**. Se produce el movimiento de liberación. Pinel y Esquirol traen una nueva época en psiquiatría. Se libera a los enfermos de sus cadenas, se crean asilos con sistema de panópticos, de una garita se observa todo. El trato es más humanitario.

Para la medicina de la época, los locos eran seres que padecen de alienación mental. Ya se encontraban dentro del campo de la medicina. **No se tiene en cuenta el tiempo (evolución de la enfermedad). Es un método descriptivo de observación del momento actual. (Corresponde al paradigma de la alienación mental; clínica sincrónica-sindrómica).**

La psiquiatría se llevaba en los asilos y no en las universidades. Era una práctica empírica.

El pasaje a la psiquiatría consiste en dejar las causas sobrenaturales para llevarlo al campo de la medicina entonces podría tratarse terapéuticamente sin invocar los poderes mágicos.

JASPERS, K.: PSICOPATOLOGÍA GENERAL (1980)

La filosofía imperante en su época era la fenomenología. Escribe su "Psicopatología General" en 1913.

Propone diferenciar la psicopatología como ciencia de la psiquiatría como profesión práctica. El psiquiatra asume una práctica que lleva a cabo con cada caso individual, en cambio la ciencia es un medio auxiliar.

Jaspers propone:

- Diferenciar la psicopatología como ciencia de la psiquiatría como profesión práctica.
- La **psiquiatría** trata “sobre los seres humanos individuales y enteros ya sean puestos a disposición del psiquiatra para su custodia, atención, curación o haya que hacer algún peritaje”
- El **psicopatólogo** queda en el dominio de los conceptos y las reglas generales. No le interesa el ser humano en particular, sino en general.
- Objetivo del **psicopatólogo** es “saber qué y cómo experimentan los seres humanos, queremos conocer la dimensión de las realidades anímicas... sin embargo no es nuestro objeto todo acontecimiento psíquico sino solo el patológico” (...) “El objeto de la psicopatología es el acontecer psíquico realmente consiente. Queremos investigar también las condiciones y las causas de las que depende las relaciones en que está y las maneras como se expresa objetivamente”
- Cree necesario la creación de un: Sistema **explicativo-comprensivo-existencial**. El estudio del ser psíquico requiere de una:
 - o Psicología explicativa:
 - Las ciencias de la causa, como un sistema explicativo que se aboca a lo incomprensible. Que sea explicativo implica que requiere recursos exteriores a sí mismos, de un encadenamiento causal. Se explica lo incomprensible.
 - Se explican: la voz del alucinado, la persecución del paranoico.
 - o Psicología comprensiva:
 - Las prácticas del sentido, que se comprenden, se desarrollan. Que los sentidos se desarrollen implica que un estado depende de otro anterior, y se pueden comprender *genéticamente*.
 - Ejemplos: Los celos del amante engañado, la decepción del candidato rechazado, etc.
 - o Descripción de la existencia
 - o El ser en el mundo se desarrolla, implica un devenir, una evolución donde se van sucediendo distintos fenómenos que se van comprendiendo como desarrollos de una personalidad. Pero puede suceder que en ese devenir nos encontremos con una discontinuidad, una ruptura de la personalidad, un proceso mórbido que marca un antes y un después, y que esta signado por algo que no se puede comprender, que aparece como incomprensible.

ENTIDADES CLINICAS

KRAEPELIN, E.: LECCIÓN XV en INTRODUCCIÓN A LA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA (1988)

DEFINICIÓN DE PARANOIA

“Es el desarrollo insidioso de un sistema delirante permanente e inamovible (imposible de romper) surgido de causas internas con total mantenimiento de la claridad del orden del pensar y del querer”. Aparece en la vida adulta.

“Desarrollo insidioso”, una forma silenciosa que se va instalando. “sistema permanente e inamovible”, de forma inquebrantable se conforma el delirio con una idea directriz. “causas internas”, es decir, endógenas.

La paranoia aparece insidiosamente, de manera progresiva, lenta. Aparece en la adulta, entre los 25 y 40 años de edad.

Como **síntomas principales** podemos ubicar el delirio crónico, sistematizado (idea directriz) e inquebrantable. El delirio paranoico se caracterizaba según Kraepelin por su progresiva sistematización, con ideas relacionadas entre sí (delirio en red) y subordinadas a una idea central.

Como **síntomas negativos** no pueden aparecer en una paranoia: alucinaciones (percepción sin objeto), demencias, enajenación de los actos, afectación de esferas volitivas e intelectuales (no está afectada la voluntad).

FORMAS CLÍNICAS (se diferencian por el tema delirante central)

- **De perjuicio**
 - Delirio Persecutorio (el enfermo cree que hay un complot contra él)
 - Celotípico (el enfermo cree que la pareja lo engaña, el problema siempre es del partenaire)
- **Megalómano**
 - Delirio místico (el enfermo se cree profeta, o se cree Jesús, tienen un razonamiento impecable, son convincentes)
 - Erotomanía (o delirio erótico, el enfermo se siente objeto de amor de una persona famosa y están convencidos de que se quieren casar pero le huyen)
 - Delirio de grandeza (sobreestimación del yo)
 - Delirio de alta cuna (el enfermo se cree de un linaje, de nobles, ejemplo: Hijo de Perón)
 - Inventores delirantes (creadores de cosas importantes)

Kraepelin define a la paranoia como la afección en la cual la autofilia (amor por sí mismo) y las ideas de persecución se desarrollan con la mayor lentitud, **sin que la voluntad o la**

emotividad sean trastornadas. En esta enfermedad se instala un sistema que es a la vez producido por un delirio o por una manera especial de interpretarlo todo por medio del delirio.

Se instala una manera de ver las cosas totalmente particular, que el enfermo adapta a cada acontecimiento que le toca vivir. **El ritmo de la enfermedad es crónico y lento.** Los pacientes empiezan a tener sospechas, que luego se tornan en **certezas** para dar lugar finalmente a una inquebrantable convicción. Esta enfermedad puede estar presente durante muchos años sin que se la perciba y solo raramente están en los asilos.

El delirio paranoico se caracterizaba por una progresiva sistematización, con ideas relacionadas entre sí y subordinadas a una idea central (delirio en red). El delirio que se da en la paranoia es INQUEBRANTABLE. No hay manera de correr al paranoico de su delirio.

La progresión es muy lenta. **Durante la fase inicial hay cierta depresión y desconfianza.** Poco a poco sus concepciones y sus pensamientos patológicos comienzan a influenciar sus percepciones. Su hipersensibilidad y la desconfianza crecen. De conversaciones de sobremesa deduce un complot secreto. En todas partes la atención está dirigida hacia él. Habitualmente en forma paralela al delirio, se desarrollan ideas de grandeza. Importante sobreestimación de su propia persona. La evolución ulterior de la enfermedad es habitualmente muy lenta. Se extiende, en general, por muchos años de manera casi inalterada.

Como tienen conservada muchas de las facultades, memoria, pensamiento, voluntad, pueden llevar por años una vida normal, sin que alrededor piensen que algo raro pasa, cuando se dan cuenta ya se instala.

En la lección XV, Kraepelin nos da a conocer el caso **La Bulldog**. Un hombre de 62, comerciante, dueño de una gran fortuna que viajó mucho durante su juventud cayó en la miseria y conducido a un asilo. Este hombre hace responsable de todos sus fracasos a la señora Bulldog, hija del cónsul de Quito, afirmando que ésta lo persigue desde hace 23 ó 24 años con proyecto de matrimonio, también la hace responsable de su encierro en el asilo. En todas partes ve la mano de La Bulldog y de sus cómplices. Vaya donde vaya ella lo encontraba. Podemos ver aquí, el síntoma fundamental que Kraepelin define para la *Paranoia*.

DELIRIO DE QUERULANCIA

Kraepelin, en la misma lección, da otro ejemplo de un caso:

Un **sastre** de 42 años, quebró y se endeudó. El nuevo dueño de su antigua casa lo embargó. A partir de esto empezó a redactar innumerables cartas y demandas, al Tribunal, la Corte Suprema, etc. él se da cuenta de su situación y no confunde los hechos del pasado. Cuenta sus altercados con la justicia. Hay una tendencia a saltar de una idea a otra, y utilizar los mismos giros gramaticales. El abogado que lo demandó se destaca como el perseguidor, y es el culpable de todos sus males. Poco a poco incrimina a varias personas, que agrupa en una asociación que trabaja en su contra. No quiere reconocer que haya podido equivocarse

Dentro de la Paranoia, encuentra Kraepelin una forma que evoluciona de una manera particular, y la va a llamar, **delirio de Querulancia**. Entonces lo que diferencia, particulariza

este delirio de querulancia es que **no se trata de ideas que se asocian en red** (que en esta forma evolutiva sería signo negativo), **sino que se observa un punto de partida, preciso, fijo. Se trata de la convicción de que se ha sido objeto de un perjuicio realizado en su contra, la convicción de padecer un perjuicio real, y la necesidad imperiosa de repararlo. Lo mató, salió en el diario: Delirio de querulancia.** Está la idea, está la convicción, pero aparte a esta idea la acompaña un sentimiento de exaltación que lo lleva al sujeto a cometer un acto.

La afección comúnmente comienza promediando la edad media de la vida cuando el sujeto viene de ser víctima de una injusticia a veces imaginaria o a veces realmente efectiva. Los querulantes no siempre son querellantes; fuera del delirio se comportan de manera tranquila y suave.

Probablemente deban buscarse las verdaderas causas del delirio en la existencia de una predisposición mórbida, en general hereditaria. Se inicia como regla entre los 35 y 45 años. El tratamiento tiene por único fin sustraerlos de su entorno durante un largo tiempo.

En la 8va edición, Kraepelin distingue/separa el delirio de Querulancia de la paranoia por el hecho de tener etiologías diferentes, el delirio de Querulancia podría tener una causa psicógena, mientras que él había agrupado entidades con causas endógenas, además por no poseer delirios en red, sistematizados.

BELUCCI, G.: DEMENCIA PRECOZ, PARANOIA, PARAFRENIAS EN LA OBRA DE EMIL KRAEPELIN

Emil Kraepelin realizó su *Tratado de Psiquiatría* que conoció ocho ediciones entre 1883 y 1913. Es uno de los exponentes de la clínica diacrónica. Los distintos ordenamientos nosográficos posteriores fueron reformulaciones o críticas de su tratado.

Kraepelin siguiendo el problema etiológico se esforzó por distinguir entre:

- Enfermedades mentales **exógenas**, producto de alguna alteración tóxica, infecciosa o traumática;
- Enfermedades mentales **endógenas**, atribuía a una condición intrínseca del sistema nervioso. No hay que confundir ésta con la hipótesis *hereditaria*, ni con la hipótesis *genética*

EL ORDENAMIENTO KRAEPELIANO

La nosografía de Kraepelin adoptó como eje el **criterio evolutivo**. Hace una primera diferenciación:

Locura maniaco-depresiva: heredera de la locura circular de Falret⁴, en la que la perturbación fundamental se ubicaba a nivel de la **afectividad**, y las eventuales alteraciones de otras funciones psíquicas, como el pensamiento y la percepción (presencia de ideas delirantes y alucinaciones, entre las más importantes), se consideraban secundarias a aquélla y accesorias

Paranoia: como el «desarrollo insidioso, bajo la dependencia de causas internas y según una evolución continua, de un sistema delirante duradero e imposible de sacudir, y que se instaura con una conservación completa de la claridad y del orden en el pensamiento, el querer y la acción» Nótese la insistencia en el **desarrollo insidioso —esto es, progresivo e irreversible—, en las causas internas (endógenas) y, sobre todo, en la conservación del orden y la claridad, en especial en lo tocante al querer, es decir, a la voluntad. Que NO se viera afectada tenía como consecuencia el mantenimiento de la integridad de la vida psíquica**, punto capital de la **oposición entre la paranoia y la demencia precoz**, contracara de la delimitación efectuada sobre la paranoia.

Demencia precoz: estados muy diversos entre sí, venía dado por una paulatina pérdida de «la claridad y del orden en el pensamiento, el querer y la acción» y, como se inferirá con facilidad, suponía una **destrucción de la función de síntesis** constituida por la **voluntad**.

6TA EDICIÓN (1899)

Kraepelin agrupó la **hebefrenia, la catatonía y la demencia paranoide** en una **única entidad**, bajo el nombre de **demencia precoz**. La denominación acentuaba el proceso «demencial», equivalente aquí al **deterioro y la desorganización de las funciones psíquicas**, y el carácter juvenil del comienzo, entre la adolescencia y la tercera década de vida, en oposición a la **Paranoia**, de comienzo tardío.

Incluyó las antiguas paranoias fantásticas en la forma paranoide de la demencia precoz.

8VA EDICIÓN (1913)

A través de las críticas que le hace la escuela francesa y, Kraepelin va a distinguir/separar entre la **verdadera paranoia** (delirio de interpretación) y el **delirio de querulancia**, la primera con origen endógeno, y la segunda más volcada a circunstancias vitales. El **delirio de querulancia** (delirio de reivindicación) aparecía «ligado a un acontecimiento exterior definido; desde este punto de vista, se parece más bien a otras enfermedades psicógenas, particularmente a ciertas psicosis de los prisioneros y neurosis traumáticas.

Kraepelin en esta edición va a relativizar la etiología basada en una predisposición patológica mayormente hereditaria.

Admitió la posibilidad de paranoias benignas o «abortivas», uniendo en una serie clínica los grandes desarrollos paranoicos con las formas más benignas y las «personalidades paranoides».

Separado el delirio de querulancia, las **formas clínicas de la paranoia** quedaron reducidas a **seis**, que pese a la relativa uniformidad de esta entidad mórbida se diferenciaban entre sí por el **tema delirante central** y por algunas otras características. Una observación fundamental era que en todas ellas podían distinguirse **dos direcciones, una de perjuicio y otra megalómana**, pero con diferente predominio relativo.

Así, las formas en las que predominaba la:

- **De perjuicio**
 - Delirio Persecutorio (el enfermo cree que hay un complot contra él)
 - Celotípico (el enfermo cree que la pareja lo engaña, el problema siempre es del partenaire)
- **Megalómano**
 - Delirio místico (el enfermo se cree profeta, o se cree Jesús, tienen un razonamiento impecable, son convincentes)
 - Erotomanía (o delirio erótico, el enfermo se siente objeto de amor de una persona famosa y están convencidos de que se quieren casar pero le huyen)
 - Delirio de grandeza (sobreestimación del yo)
 - Delirio de alta cuna (el enfermo se cree de un linaje, de nobles, ejemplo: Hijo de Perón)
 - Inventores delirantes (creadores de cosas importantes)

La segunda gran innovación de la octava edición fue la creación del grupo de las “**demencias endógenas**”, compuestas por: la **demencia precoz restringida** y por una nueva categoría que se diferenciaba de aquélla, las **parafrenias**.

DEMENCIA PRECOZ RESTRINGIDA

Daño en la esfera volitiva, **delirios mal sistematizados**, con ideas quebrantables, de comienzo temprano y deterioro rápido, con nueve formas clínicas entre ellas:

1. Hebefrenia
2. Catatonía
3. Esquizofrenia
4. Demencia simple
5. Demencia paranoide ligera
6. Demencia paranoide grave
7. Formas distímicas
8. Esquizofasias
9. Demencias agitadas

PARAFRENIAS

Son delirios que tienen temática fantástica.

La **parafrenia** a pesar de sus numerosos y variados puntos comunes con los fenómenos de la demencia precoz, pero en función del desarrollo considerablemente más restringido de las perturbaciones de la afectividad y de la voluntad, **la armonía interna de la vida psíquica está considerablemente menos afectada**, o en los cuales, al menos, la pérdida de la unidad interior está esencialmente limitada a algunas facultades intelectuales. Hasta los últimos períodos de la enfermedad, no se encuentra esa apatía y esa indiferencia que forman tan frecuentemente los primeros síntomas de la demencia precoz.

Comprende 4 formas clínicas:

- **Parafrenia sistemática**, desarrollo lento pero continuo de una mezcla de ideas delirantes de persecución y grandeza.
- **Parafrenia expansiva**, desarrollo de un delirio de grandeza exuberante con un humor exaltado predominante y una ligera excitación acompañada por alucinaciones sobre todo visuales y con importante presencia de interpretaciones, ilusiones de la memoria y experiencias visionarias.
- **Parafrenia confabulatoria**, distinguible por las ilusiones de recuerdo, por el relato de experiencias extraordinarias, el humor sereno y la casi total ausencia de alucinaciones.
- **Parafrenia fantástica**, desarrollo lujurioso de ideas delirantes muy extraordinarias, deshilvanadas y móviles. Importancia de alucinaciones auditivas, cenestésicas y sexuales, el síndrome de influencia y las ideas de posesión, aunque también las megalomaníacas, son importantes las ilusiones de la memoria y las fabulaciones y estando el humor a menudo excitado.

SERIEUX et CAPGRAS: LAS LOCURAS RAZONANTES (2006)

DELIRIO DE INTERPRETACIÓN *(igual a Paranoia de Kraepelin)*

El **delirio de interpretación** se caracteriza por dos órdenes de fenómenos contradictorios: por un lado los trastornos delirantes y por el otro una conservación increíble de la actividad mental. **En primer lugar, se coloca a los síntomas positivos como las concepciones e interpretaciones delirantes, y en segundo lugar se ubica a los síntomas negativos que son la integridad de las facultades intelectuales y la ausencia o escasez de alucinaciones.**

SÍNTOMAS POSITIVOS

Las concepciones delirantes aparecen como el síntoma principal. Los rasgos comunes de las concepciones delirantes están relacionados con el estado mental característico de los interpretadores, **quienes saben defender sus ficciones a través de argumentos tomados de la realidad. Es decir, los interpretadores no inventan completamente los hechos, no se trata de ficciones sin fundamento sino que se conforman con desvirtuar, disfrazar o amplificar hechos reales.** Los interpretadores llegan a una concepción delirante del mundo exterior, a través de la deformación sistemática de los hechos. La interpretación es el mecanismo a través del cual se constituye ese delirio.

Estas interpretaciones pueden ser exógenas o endógenas. Las **exógenas** tienen el punto de partida en el mundo exterior, en los sentidos: las actitudes, los gestos, la mímica de los demás, la palabra y la escritura, etc. Por ejemplo: la lectura de los diarios sirven para descifrar enigmas muy complejos, jeroglíficos, o frases secretas dirigidas hacia el enfermo. Las **endógenas** porque tienen por fuente las sensaciones internas, tomadas del estado orgánico (por ejemplo, una mujer que interpreta que los dolores menstruales se deben a la intervención de sus enemigos).

SÍNTOMAS NEGATIVOS

Presencia de una gran inteligencia y memoria. **La misma persona que se mostraba alienada aparece lúcida y razonable.** Hay ausencia de trastornos graves de la vida intelectual o afectiva, y también de trastornos sensoriales. No hay trastorno de la conciencia ni confusión de las ideas. La actividad motriz no está alterada. Volición conservada. Ausencia de alucinaciones.

DELIRIO DE REIVINDICACIÓN *(igual a delirio de Querulancia de Kraepelin)*

El delirio de reivindicación es una psicosis sistematizada, **caracterizada por el predominio exclusivo de una idea fija, que se impone de forma obsesiva.**

El reivindicador se presenta como un obsesivo y un maniaco. Hay en él una combinación íntima de estos dos estados, que conducen más a un delirio de los actos que a un delirio de las ideas. En el delirio de reivindicación se encuentran espíritus exaltados, razonadores, exagerados, fanáticos que sacrifican todo al triunfo de una idea dominante. Son desde el comienzo perseguidores y perseguidos repentinos: **eligen a una persona o a un grupo de personas que persiguen con odio o amor enfermizo.**

Su psicosis se caracteriza por dos signos constantes: la **idea prevalente** y la **exaltación intelectual**. Reivindicación: reclamación de lo que le pertenece a uno.

SÍNTOMAS POSITIVOS

IDEA OBSESIVA

Es una idea que se instala de entrada y es el punto de partida que reivindica ese delirio.

Cualquier decepción, por mínima que sea, cuando se la considera inmerecida, se convierte en una preocupación obsesiva y provoca no solamente la necesidad imperiosa de una revancha, sino también la de infligir castigo a la persona culpable del daño. En otras circunstancias puede ser la sospecha de un descubrimiento, una teoría, o una misión religiosa que se quiere llevar hasta sus últimas consecuencias. Esta idea conductora va tomando día a día, para el reivindicador una importancia mayor, un valor desmesurado. Como no se le presta la atención suficiente a sus recriminaciones, saca como conclusión que se trata de una corrupción universal.

Son incapaces de discutir: ningún argumento los convence por más poderoso que sea, si esto no armoniza con su estado afectivo. Aceptan solo juicios de las personas que los aprueban, y declaran falsos o inexistentes a todos los demás.

Para satisfacer su obsesión, el reivindicador descuida su ocupación, sin preocuparse por el futuro ni por los verdaderos intereses: solo lo guía su sed de venganza. No duda en sacrificar su fortuna, su libertad y su vida misma. El reivindicador no lucha contra su obsesión, solo busca satisfacerla.

EXALTACIÓN MANÍACA

Hiperactividad. En base a esa idea obsesiva, el reivindicador emprende mil actividades, tiene la necesidad insaciable de romper todo lo que se le opone. **La necesidad de pelea es uno de**

sus actos. Luchar llega a ser para él no solo un medio, sino el único objetivo de su vida.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE AMBOS DELIRIOS

- El delirio de reivindicación tiene como punto de partida una idea fija, mientras que el delirio de interpretación solo llega a la idea fija secundariamente, luego de un lento desarrollo.
- El reivindicador lleva las ideas a la acción, mientras que el interpretador se contenta con vivir en un sueño delirante sin pasar a la acción.
- El reivindicador se mantiene siempre en el terreno de las realidades, mientras que el interpretador se pierde cada vez más en el campo de su delirio.

DE CLERAMBAULT, G.: LOS DELIRIOS PASIONALES: EROTOMANIA, REIVINDICACION, CELOS (1995)

De Clerambault define a la **Erotomanía** como **convicción delirante de que otro (objeto del delirio) está enamorado de él**. Es un objeto destacado. Es un delirio amoroso basado sobre un postulado fundamental: es el objeto quien ama al sujeto "él me ama", generando sentimientos de orgullo, deseo y esperanza. Se puede confundir con el reivindicador pero se diferencia siguiendo su evolución.

De Clerambault plantea que el delirio de reivindicación no debería ser clasificado en el mismo grupo que el de interpretación, sino en lo que él denomina **"Psicosis Pasionales"**. Allí donde Sérieux y Capgras ubican la idea fija, De Clérambault plantea la existencia de **"el postulado"**. El postulado no es exactamente una idea sino lo que el autor llama **"un núcleo ideo-afectivo inicial"**, generado por la pasión, o sea algo que se impone al sujeto no a partir de una razón sino de algo que tiene otro origen, vinculado especialmente con los afectos.

Plantea que el delirio de interpretación puede ser entendido como lo formularon Sérieux y Capgras, pero que el delirio de reivindicación debe ser desarraigado de las locuras razonantes (o sea, del campo de la paranoia) **porque no se trata en el reivindicativo de lo ideativo y lo "razonante" en sí mismo, sino de esta carga de pasión que hace que la idea se convierta en un núcleo alrededor del cual se construye el delirio**. Al punto tal que si se pudiera quitar ese núcleo afectivo el delirio desaparecería.

El elemento afectivo está constituido por una emoción profunda y acapara todas las fuerzas. El delirante pasional vive en un estado de esfuerzo, avanza hacia una meta precisa, con una exigencia conciente. Esta apresurado, mira hacia el futuro.

De Clérambault definirá el grupo de las "psicosis pasionales" que incluye otros dos tipos de delirio: los celotípicos y los erotomaníacos. Él extrae estas tres formas de delirio (de celos, erotómano y reivindicativo) que eran clasificados como formas del delirio paranoico y los reúne en la categoría de "psicosis pasionales", que propone distinguir de la paranoia. Estas tres formas tienen en común el postulado ideo-afectivo inicial. Es decir que en los pasionales sin ese elemento de la pasión no llegaría

a constituirse ningún delirio. Y en realidad son tres elementos de un mismo proceso: primero surge un delirio erotomaniaco, después un momento de decepción (delirio de celos), y por último de reivindicación.

KRAEPELIN, E.: LECCION III en INTRODUCCIÓN A LA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA (1988)

DEMENCIA PRECOZ

La **demencia precoz** es un grupo de entidades demenciales cuyos síntomas principales son el repliegue afectivo, **la afección de la voluntad, la perturbación del curso del pensamiento y la pérdida de la unidad interior**. La evolución del cuadro termina en **demencia** (estado de debilitamiento global intelectual progresivo e irreversible, no se vuelve al previo estado). Demencia equivale aquí al deterioro y la desorganización de las funciones psíquicas.

Es de causas endógenas. El inicio de la afección es generalmente brusco, entre la adolescencia y la tercera década de vida, a diferencia de la paranoia de aparición tardía.

SÍNTOMAS POSITIVOS

Para diagnosticar este cuadro, Kraepelin distingue dos tipos de síntomas: los **síntomas fundamentales** (aquellos que tienen que aparecer irremediabilmente para afirmar que es determinado cuadro y no otro) que son el doblegamiento afectivo; la indiferencia; la apatía, y a partir de estos la **falta de voluntad**; la ausencia del querer y el trastorno del curso del pensamiento, así como el escaso interés por la vida. Y esta falta de interés, provoca una perturbación en la atención. Como no hay mucho interés por nada del afuera, **entonces vamos a ver, que la atención en este sentido está alterada**. Pierden la sensibilidad e incomodidad, corporal. Pueden estar horas en una misma posición y no tienen registro del dolor, son groseros o impertinentes, pierden el sentido de la repugnancia o la vergüenza. No tienen registro del estado que se encuentran.

Debilitamiento volitivo, tanto en el plano motor, como a nivel de lenguaje y pensamiento, los pacientes, tienen cierta dimensión, para hacer determinada acción, o se quedan en el medio, **se pierde el fin o la intención que tenían**. O les cuesta arrancar para hacerlo. Tanto en lo motor, como en el pensamiento. **El paciente puede hablar y de repente una obstrucción y surge un vacío que no puede llenarse**. O decimos algo y dice cualquier otra cosa. Y se ve la incoherencia.

A nivel motor, vemos la flexibilidad seca, **horas en una misma posición y no la modifican**. Actos impulsivos, manierismos, movimientos exagerados o raros, para una actividad.

SÍNTOMAS ACCESORIOS

Aquellos síntomas que no hacen al cuadro en sí, pero pueden aparecer. En el caso de la demencia precoz, las alucinaciones, las ideas delirantes, automatismos gestuales o depresión.

SÍNTOMAS NEGATIVOS

No hay delirio sistematizado, ni afectación de la memoria, orientación ni inteligencia.

En la demencia no están alteradas ni la inteligencia (resolución de problemas matemáticos, por ejemplo) ni la memoria ni la orientación. **Sí están afectadas la voluntad y el juicio.** Se puede hablar también del cambio en el carácter de manera constante sin que haya una causa aparente. El paciente se encuentra desorientado, abandona amistades, trabajo, es vago e impreciso. Se pierden los intereses, las costumbres que antes se tenían y en su lugar lo nuevo nunca va a tener la importancia que tuvo lo que se perdió. Lo que completa al cuadro es el síndrome de **despersonalización**.

El paciente se siente un extraño, posee cambios indescriptibles no atribuidos a ninguna causa. Encuentra cambios indefinibles frente al espejo (sensación de fragmentación corporal); las ideas hipocondríacas comienzan a desarrollarse y ponen en juego la vida del paciente.

CLASIFICACIONES/FORMAS CLÍNICAS

1. **HEBEFRENIA:** Se da en pacientes más jóvenes. Predominio de los síntomas accesorios. Trae la mayor variedad de síntomas. Delirios mal sistematizados, alucinaciones (auditivas), jergas afásicas, ensalada de palabras. Alteración del pensamiento; en lugar de idea directriz, idea delirante. Neologismos. Apatía progresiva
2. **CATATONIA:** Alteraciones de la movilidad, inhibición de la capacidad motriz (inmovilidad completa). El paciente es un peligro para sí mismo. Es pasivo a la influencia del otro. Se niega a todo, vuelve sobre sí mismo.
3. **DEMENCIA PARANOIDE:** De aparición más tardía (20-25 años) es de pronóstico más favorable. Delirios autorreferenciales, su contenido es persecutorio.
4. **FORMA SIMPLE:** Pobreza asintomática, apatía, pobreza emocional, no puede desarrollarse productivamente. Alucinaciones y delirios aparecen tardíamente.

La escuela francesa (Ballet, G.) le hace una crítica a Kraepelin, afirman que ha sistematizado demasiado, **hay ciertas entidades patológicas que no necesariamente terminan en demencia, la forma de evolución no es demencial.** A partir de aquí, Kraepelin hace una modificación en su tratado con la 8va edición donde ubica las Parafrenias.

DIFERENCIA CON PARANOIA

Los delirios de los paranoicos evolucionan más lentamente y siempre tienen coherencia y se insertan dentro de un sistema; mientras que en el demente precoz son extravagantes, faltos de coherencia e inconexos. Son más comunes las alucinaciones en la demencia precoz, además de tener un comienzo súbito. En los dementes las ideas delirantes desaparecen o son reemplazadas por otras, en el paranoico el núcleo del delirio siempre permanece intacto. **El paranoico conserva el aspecto exterior de sujeto sano, mientras que el demente precoz se deteriora rápidamente.**

BLEULER, E.: DEMENCIA PRECOZ O EL GRUPO DE LAS ESQUIZOFRENIAS (1911)

CRITICA A KRAEPELIN

Bleuler, a diferencia de sus contemporáneos, se interesó especialmente por el **mecanismo de la enfermedad**. Esto lo impulsó a ir más allá de lo meramente descriptivo e intentar explicar el mecanismo de producción de los síntomas fundamentales de la enfermedad. Bleuler se interesó en los desarrollos freudianos. (Recordemos que él pertenece ya al **3er paradigma**, de las grandes estructuras psicopatológicas, ya no era la mera observación de fenómenos).

A partir de esa preocupación por el mecanismo de la enfermedad, Bleuler criticará duramente a Kraepelin, sobre todo en lo que hace a la denominación y a la fundamentación de la demencia precoz. Propone cambiar esta denominación por la de **“esquizofrenia”** porque afirma que la demencia precoz de Kraepelin **no es verdaderamente una demencia, ya que el sentido estricto del término demencia implica el deterioro global y progresivo de funciones como la memoria, la orientación, la atención, la inteligencia, el juicio, el pensamiento, la ideación; es decir, todas funciones que en la demencia precoz estaban conservadas. Y tampoco la considera “precoz”**, en un primer sentido, porque se registran muchos casos de pacientes con diagnóstico de demencia precoz, pero que comienzan con la enfermedad a los 40 o 50 años; y en el otro sentido de “precoz”, no todos los pacientes evolucionan tan rápidamente hacia el deterioro, incluso habría un conjunto de ellos que no lo presentarían sino de manera muy leve y tardía.

ESQUIZOFRENIA

Por eso Bleuler acuña el término **esquizofrenia**, cuya significación es literalmente **escisión** (esquizo) **de la mente** (phrenos). Esta denominación surge de las hipótesis que formula acerca del mecanismo de la enfermedad. Bleuler plantea que la esquizofrenia **consiste en el trastorno de la personalidad que reside en que esta se desagrega, se escinde, por haber una perturbación de la función asociativa**. Hay una alteración a nivel de la asociación de las representaciones/ideas.

Bleuler entiende que la enfermedad está regida por la **“Spaltung”** (escisión) de las funciones psíquicas que compromete la unidad de la personalidad. Esta disociación de las funciones psíquicas es el síntoma patognomónico de la Esquizofrenia y lo que le da su nombre.

SÍNTOMAS FUNDAMENTALES

1. Trastornos de asociación (despropósitos, bizarrerías, obstrucciones, estereotipias). Las asociaciones pierden su continuidad. . El pensamiento se hace ilógico y extravagante. La **estereotipia** produce la tendencia a aferrarse una idea que el paciente repite. Hay una escasez de ideas.

2. Trastornos de la afectividad (indiferencia, labilidad afectiva, actualidad de emociones antiguas, displicencia, pérdida de los sentimientos éticos). La deterioración emocional es muy importante. En los casos más graves los enfermos dejan de manifestar emociones. La indiferencia ante todo es el signo exterior de su condición. El estado puede ser de euforia, tristeza o ansiedad. Pasan de un segundo a otro a exteriorizaciones de diferentes estados de ánimo. En la esfera de la irritabilidad es donde mejor se conservan las emociones. No se les reconoce ni modestia ni vergüenza. Son inaccesibles a las influencias y caprichosos.

3. Ambivalencia afectiva (amor-odio), volitiva (querer y no querer hacer algo), intelectual (pensar y decir algo y su inversa).

4. Autismo (predilección por la fantasía en oposición a la realidad).

SÍNTOMAS NEGATIVOS

Hablará Bleuler también sobre un punto fundamental que diferencia la esquizofrenia de los cuadros orgánicos: **no hay alteración primaria de la percepción, orientación, memoria, sensaciones, conciencia, motilidad.** Estas funciones simples están **intactas**.

Otras funciones compuestas alteradas son la atención, la voluntad, la actividad y el comportamiento. En cuanto a la inteligencia no está alterada.

SÍNTOMAS ACCESORIOS

Del autismo parten muchos de los **síntomas accesorios**: alucinaciones, ideas delirantes, perturbaciones de la memoria, despersonalización, alteraciones del lenguaje y la escritura, algunos síndromes agudos como los estados crepusculares u oníricos y los síntomas catatónicos.

Bleuler distingue cuatro subgrupos de psicosis esquizofrénicas basándose en una descripción sintomatológica tradicional:

1. **Forma paranoide**: sistema delirante de temática persecutoria mística, megalomaniaca. Es el grupo que responde mejor al análisis psicopatológico que funda la síntesis de la enfermedad (autismo con rico contenido, perturbación afectiva sin déficit).
2. **Catatonía**: conjunto de trastornos psicomotores que oscilan entre el estupor, la inmovilidad, el negativismo y los movimientos estereotipados por una parte y las crisis de excitación psicomotriz por otra.
3. **Hebefrenia**: empobrecimiento psíquico progresivo que afecta la esfera intelectual y afectiva, de comienzo juvenil
4. **Forma simple o esquizofrenia latente**: signos discretos de debilitamiento asociativo. No se observan las manifestaciones secundarias de la enfermedad. Se descubre esta modalidad en muchos psicópatas, alcohólicos, toxicómanos, vagabundos, etc. Son personas irritables, bizarras, morosas, replegadas, exageradamente puntillosas, fanáticas o soñadoras extremas, resultan a veces afectas de una esquizofrenia latente.

BALLET, G.: PSICOSIS ALUCINATORIA CRONICA en ALUCINAR Y DELIRAR (1911)

PSICOSIS ALUCINATORIA CRONICA

En el texto, comienza haciendo una crítica a Magnan y a Kraepelin. De Magnan critica que disocia demasiado, los delirios crónicos sistematizados y los generados por el otro. Y que en

la clínica es difícil especificar todo eso en el cuadro. A Kraepelin le critica que sistematiza demasiado. Y que lo que él publica como demencias paranoide, hebefrenia y catatonia, no se puede englobar en un mismo grupo o entidad clínica (demencia precoz) porque no tienen ni el mismo comienzo ni la misma terminación. **Incluye cuadros muy diferentes bajo el mismo nombre. Por esta crítica, es que kraepelin, separa el grupo de las parafrenias.**

Propone a las psicosis alucinatorias crónicas, como un grupo autónomo **caracterizado por un estado cenestésico penoso con un malestar impreciso y una inquietud determinada, que conduce a ideas explícitas de persecución y ambición y que este cuadro se asocia con alucinaciones**, que parece condicionar el cuadro mórbido. Entiende que estas ideas explicativas son producto de estas alucinaciones cenestésicas y el modo de presentarse.

Como síntomas constantes, el estado cenestésico penoso. A las ideas de persecución, y las alucinaciones se le suman las ideas ambiciosas.

FASES

1. Inquietud
2. Ideas persecutorias
3. Ideas ambiciosas
4. Demencias

PARAFRENIAS, KRAEPELIN

Kraepelin leyendo este trabajo de Ballet, va a ubicar, y modificar en la **8va edición**, en el grupo de las demencias endógenas, va a separar a la **demencia precoz restringida**, con sus 9 formas clínicas y a la **parafrenia**, con sus 4 formas clínicas.

Kraepelin va a decir acerca de las **Parafrenias** que son un grupo relativamente pequeño de casos en los cuales el desarrollo de los desórdenes de la emoción y la volición es más lento, y la armonía interior de la vida psíquica está considerablemente menos involucrada; en los cuales la pérdida de la unidad interior está esencialmente limitada a ciertas facultades intelectuales.

- **Parafrenia Sistemática:** cuya definición es un desarrollo, demasiado insidioso, lento de un delirio de persecución continuamente progresivo, que más tarde se va asociar con ideas de grandeza, sin deterioro de la personalidad. Hay mucho parecido a la paranoia. El cambio de conducta es lento, es imprevisible y caprichoso, se tornan violentos y malévolos, hay ideas de celos, el delirio de persecución se torna cada vez más claro a medida que pasan los años, las alucinaciones, son sobretodo auditivas. Sufren de ideas de influencia, tanto en el plano del pensamiento, creen que alguien se apoderó de su pensamiento, en el plano de la voluntad, muy conectado con dolores, corporales, sufrir de contracciones, sentir corriente eléctrica dentro del cuerpo. Aparecen ideas exaltadas, con ideas de persecución, la percepción nunca esta perturbada por fuera del delirio, la memoria y la retención, están conservadas, el humor al principio es ansioso deprimido y luego cambia a altanero, despectivo, es frecuente la autodefensa, dadas las ideas de persecución, entran en una desesperación, y agreden a los otros, y las actividades de los enteros, están relacionadas al delirio.

El paranoico no tiene ideas de influencia, el parafrenico sí, además las alucinaciones.

Hay persistencia del delirio, alucinaciones, no presentan embotamiento emocional, no se alcanza grados elevados de demencia, no hay una real desintegración del psiquismo. Esto es lo que lo diferencia de la demencia precoz paranoide. Es porque se detuvo la evolución. En la parafrenia sistematizada, es crónico y lenta, nunca para.

- **Parafrenia Expansiva:** desarrollo de una megalomanía exuberante, humor exaltado, y con excitación leve, el comienzo de la enfermedad es gradual, aparecen toda clase de ideas exaltadas, es bastante propio, pero que va a prevalecer en este cuadro, acá vamos a encontrar las **alucinaciones visuales**, y los pacientes van a describir, numerosas visiones, parecidos a los sueños, los contenidos son eróticos o religiosos, hay ideas de persecución, pero a diferencia de la sistematizada, son en un segundo plano. En cuanto al curso de la enfermedad, el cuadro cambia permanentemente, se mantienen lucidos, pero los delirios son cada vez más incoherentes, sufren una falta de juicio. Tiene un humor cambiante, y exaltado, se observa una debilidad en la volición, pero no parece progresar a una demencia profunda. En cuanto a diferencias con la demencia precoz, la desintegración psíquica en este cuadro es más leve y hay ausencia de desorden volitivo, hay falsos recuerdos, las alucinaciones auditivas y de influencia aparecen en un segundo plano. En cuanto al desarrollo, evoluciona más lentamente y tienen un humor exaltado.
- **Parafrenia Confabulatoria:** Predominan los falsos recuerdos, en el comienzo se observan que los pacientes se retraen y luego salen con una narración extraordinaria de **delirios de persecución y exaltación**. La megalomanía contribuye como fuente de las confabulaciones. La conciencia no está alterada a pesar de los delirios absurdos que tienen. Tienen un comportamiento razonables, el humor es generalmente alegre, exaltado. Y temporariamente se pueden encontrar ansioso e irritables. El curso de la enfermedad es progresivo y la manifestación de los síntomas se produce en un corto plazo de tiempo. Hay deterioro psíquico, que se vuelve más absurdo e incoherente, en el humor, más irritable e indiferente.
- **Parafrenia Fantástica:** Crecimiento florido de delirios altamente extraordinarios, desconectados y cambiantes. Coinciden en lo esencial con la demencia precoz, en el comienzo los pacientes se vuelven apocados, reservados, intentos de suicidio, aparecen ideas de persecución, **desde el comienzo, hay alucinaciones auditivas y las visuales**, juegan un pequeño papel. La cenestesia y los delirios de influencia ocupan un lugar muy grande en el cuadro. Curso progresivo, prevalecen neologismos, comportamientos bizarros, raros expresivos giros. Rápidos y estallidos de violencia. Estado de excitación transitorios. En este cuadro hay ausencia de desórdenes volitivos y la actividad mental está bien conservada.

DE CLERAMBAULT, G.: AUTOMATISMO MENTAL Y ESCISION DEL YO (1920)

AUTOMATISMO MENTAL

Según G. De Clerambault, el **automatismo mental** es un cuadro que se caracteriza por ser automático y de origen fisiológico que funciona por fuera de la voluntad, es decir, es mecánico

Tiene tres características fundamentales:

- **Carácter anideico:** significa que no se relaciona con un contenido de pensamiento, no es temático, no implica una sucesión en el pensamiento. Ejemplo: padecer un “pensamiento abstracto”. **Es no conforme a una sucesión de ideas.**
- **Carácter neutro:** afectivamente, es decir que aparece en un estado de afectividad neutro. Ni como resultado de una tormenta afectiva ni con hostilidad, agresividad o emotividad.
- **Carácter no-sensorial,** implica que no compromete a los órganos de los sentidos. Es necesario por lo tanto diferenciar un carácter sensitivo-cenestésico de lo sensorial que implica el compromiso de los órganos sensoriales. No es lo mismo escuchar una voz (sensorial-auditivo) que “le hagan sentir en su cabeza...”

El Automatismo Mental es un fenómeno previo, primario a las alucinaciones, y al delirio. **El delirio y las alucinaciones son secundarios a dicho fenómeno.** Los sistemas delirantes se le superponen y le son posteriores en el tiempo.

Debido a las características del Automatismo Mental (anideico, asensorial y neutro) se produce una **escisión del yo**.

Lo central en el automatismo mental es el carácter alucinatorio. El automatismo mental se puede presentar bajo tres órdenes:

- En el **orden sensitivo**, tenemos todos los modos de sensibilidad, simultáneos o monocordes. Lo sensitivo incluye lo cenestésico. Por ejemplo: sentirse electrificado.
- En el **orden motor** encontramos los siguientes fenómenos a los que se ven forzados: gestos, movimientos (pararse, caminar, etc...) En su trabajo clínico, Clerembault también encuentra fenómenos que llama motor-verbal y que se presentan bajo la forma de “los hacen hablar”.
- En el orden **ideo-verbal** es donde presenta un desarrollo muy interesante. En un primer momento este orden está compuesto por fenómenos que él llama:
 - **Psíquicos:** intuiciones abstractas, devaneo de recuerdos, emancipación de abstractos (el pensamiento se emancipa en forma indiferenciada o muda), pensamientos invisibles, olvidos. También encuentra fenómenos que llama:
 - **Verbales:** palabras explosivas, juegos silábicos La minuciosidad de su clínica lo confronta con un tercer tipo de fenómenos que va a denominar:
 - **Ideicos:** aparecen así pensamientos extraños, pensamientos anticipados, eco del pensamiento, ideorrea (flujo incoercible de palabras) Asombrosamente este

tipo de fenómenos “ideicos” comparten la misma característica mecánica y automática que los fenómenos más anideicos o simples.

Llegado a este punto de su investigación (es un momento avanzado de su trabajo) requiere ampliar el concepto de fenómeno de automatismo mental (ya no necesariamente debe presentar las características de anideico, asensorial y neutro).

Entonces distingue:

Pequeño Automatismo Mental: grupo de fenómenos caracterizados por la formula inicial de ser anideicos, asensoriales y neutros.

Gran Automatismo Mental, grupo de fenómenos que pueden presentar ideas, compromiso sensorial o afectivo pero que a pesar de ello, mantienen el rasgo esencial de ser mecánicos, automáticos, extraconcientes.

En el automatismo, los fenómenos alucinatorios tienen la característica de ajenidad. Pasividad, pero no llegan a ser la alucinación motriz verbal motora. “Lo digo, pero me lo hacen decir”, me lo hacen decir en forma ajena. Las alucinaciones están en el gran automatismo.

ETICA Y PSICOPATOLOGIA

CANGUILHEM, G.: LO NORMAL Y LO PATOLOGICO (1978)

Canguilhem llega a lo problemático de definir salud y enfermedad. La enfermedad era entendida como una alteración; mientras que la salud el equilibrio.

Salud se define como el estado aparente de bienestar que gestan “enfermedades silenciosas”, entonces, ¿están enfermos o sanos?

No hay una delimitación precisa de estos términos, ¿quién dice que es lo normal y lo patológico? Es ahí donde se pone la ética en juego que se toma para definir qué es lo normal y que es lo patológico.

¿La enfermedad la podemos pensar solo por sus efectos? (¿cuándo implica dolor?). El problema de tomar esta coordenada como única variable es que no siempre están presentes sus síntomas, puede haber momentos de una enfermedad que llamamos “silenciosa”.

Por ejemplo, en la psicosis hay una etapa muda, la prepsicosis, y otra ruidosa, el estallido de la psicosis propiamente dicha.

Dos grande grupos para repartir la historia de la definición de salud-enfermedad.

1. Lectura dinámica de la salud-enfermedad
2. Lectura ontológica de la salud-enfermedad

La **lectura dinámica** esta sostenida en su esencia por la medicina grecoromana. Los humanos eran saludables cuando se encontraban en equilibrio. El proceso salud-enfermedad muestra equilibrios-desequilibrios. Desde esta perspectiva la terapia aplicada será reequilibrar otra vez, devolverle el equilibrio al enfermo. Algunas enfermedades ya son un intento de curación. Por eso no toda enfermedad que rompe con el equilibrio hay que ir a eliminarla, porque puede ser un mero intento de curación.

La **lectura ontológica** se basa en la medicina egipcia. Concebían a la enfermedad como un cuerpo extraño que invade al organismo, la terapia consistía en extraerlo del organismo.

Toda ciencia particular produce en cada momento de la historia sus propias normas de verdad. Se trata de pescar que conjunto de normas hacen a la verdad de ese sujeto, no buscando lo normal-anormal.

Un precursor es un pensador que sale de su época y anticipa lo que vendrá. La homosexualidad en un momento de la historia era considerada una enfermedad, hoy es una elección sexual. Desde aquí podemos pensar que es salud y enfermedad. Conjunto de normas que construyen una verdad.

Canguilhem una salida estadística, es decir, convencionalidad. Ciertas anomalías que no son enfermedades no entran en lo común estadísticamente hablando. (Ejemplo, las caries son estadísticamente enfermedades).

La salida que encuentra Canguilhem es la salida clínica, que se vea el caso por caso, la singularidad de ese sujeto y su relación con la salud-enfermedad. Si es clínica convoca entonces a una terapéutica (procedimiento) y requiere una técnica que opere.

En el psicoanalista, la salida que encontramos es ética. Una ética que se encuentra del lado del **analizante** (que el paciente diga todo y se encuentre con el icc, que sea responsable de lo que hace y dice) y del **analista** (principio de neutralidad y abstinencia).