

Perspectiva:

Delirio esquizofrénico versus Psicosis psicógena

Katherina Llanos P¹

Uno de los conceptos difíciles de entender por residentes en formación y un desafío permanente para los clínicos es diferenciar en los fenómenos psicóticos los de origen endógeno o psicógeno.

Una gran ayuda para esto es recordar a los clásicos. En "La Esquizofrenia Incipiente" de K. Conrad, de 1963 (1), el delirio esquizofrénico se entiende como un proceso de cambio con etapas que el tratante con cierta experiencia puede observar clínicamente.

"La forma del delirio esquizofrénico"⁽¹⁾

1. Trema (tensión, culpa, inhibición, desconfianza, esperanza)

La Desconfianza:

Pérdida de la neutralidad y casualidad del trasfondo. Importa lo que otros no dicen, lo que ocultan, lo que dicen cuando no se está presente. Esto toma un carácter agresivo, está dirigido contra el enfermo, lo acecha. ¿Dónde termina la desconfianza y dónde comienza el delirio? Imposibilidad de cambio del propio sistema de referencia (incoregibilidad).

El Humor Delirante:

Fina alteración que todo lo penetra, hay "algo" en el ambiente, "algo está pasando, pero no se sabe qué". En el aspecto de la situación se refleja la desgracia que ya saben los demás, pero que no le quieren decir. Esta desgracia es ponerse en cuestión la propia existencia, tiene un carácter trágico. Se ha producido en el propio enfermo un cambio en la estructura de su vivencia, de su ser en el mundo. Al enfermo le es imposible saberse delirante (pérdida de la trascendencia), queda preso en un mundo cerrado para los otros.

2. Fase apofánica (ponerse de manifiesto)

Saber, que se impone de modo inmediato, acerca de significaciones, una revelación, es el carácter fundamental de la vivencia delirante primaria.

Apofanía de lo Encontrado:

Lo que destaca y se impone del campo, de modo insidioso o repentino, adquiere un carácter peculiar para el enfermo, de inauténtico, de simulado, sin poder dar cuenta de la razón ni del cambio objetivo en ello. El sujeto pasa a ser el punto de referencia para quien se simula. Mientras el espacio externo se altera progresivamente, el espacio interno queda desafectado.

Percepción Delirante:

Para el enfermo se desprende del objeto, de modo revelador, una certidumbre delirante, como si el objeto contuviese una esencia misteriosa (lo esencial de la atmósfera que lo rodea). Imposición a la interpretación

Vivencia de Omnipotencia:

El enfermo se siente, en relación con la experiencia del mundo, con una relevante participación en el acontecer y destino de éste; con la capacidad de influencia sobre dicho mundo delirante vivido, acompañado por la cualidad de la realización.

Anastrophé:

El enfermo tiene la sensación que todo gira en torno a él. La vivencia "pasiva" de ser el centro del mundo recibe una particular configuración temática. En algunos casos, el enfermo deriva la temática delirante de la situación actual en que el trastorno aparece; en otros casos tiene relación con la temática fundamental de su existencia que se desarrolla en el delirio. El enfermo ya no puede ser en las cosas, en los otros, ya no puede olvidarse de sí. Siempre que existe vivencia apofánica, el yo se transforma anastroficamente.

Apofanía de lo actualizado (espacio interior):

Los pensamientos le han sido inspirados; por ejemplo, le son transmitidos por Dios en una consciencia de misión. Lo propio se transforma, se vivencia como algo impuesto extremadamente.

3. Fase apocalíptica

Lo contenido como propiedad esencial del objeto y de la experiencia del mundo ha sido liberado, llegando a su destrucción

1. Médico Psiquiatra, Consultorio Externo, Instituto Psiquiátrico "Dr. José Horwitz Barak"

o endiosamiento radical. El enfermo se ha descompuesto en un mundo de imágenes discontinuas y queda abandonado a ello. Se experimenta la desintegración de la corporalidad, con posibles vivencias de desgarraduras, que afectan también al yo. Se puede llegar al aniquilamiento del yo: "ya no soy yo" - "Estoy muerto". Prevalece sentimiento de terror. La psicosis catatónica representa hasta cierto punto un grado más profundo que la experiencia apofánica. Es preciso pasar "siempre" por una de las formas esquizofrénicas para que se llegue a la catatónica.

Siguiendo a los clásicos en el Tratado de Psiquiatría de Henry Ey de 1969 acerca del delirio Esquizofrenico recordamos:

"El delirio esquizofrénico"⁽²⁾

El delirio esquizofrénico prolonga y organiza las experiencias delirantes en un mundo autístico, mundo cerrado a toda comunicación. En su evolución, la constitución de este mundo delirante representa el núcleo mismo de la existencia esquizofrénica.

En un delirio sin progreso discursivo, que no adelanta, que permanece cristalizado y estereotipado en sus fragmentos dispersos, a pesar de sus complicaciones laberínticas. La evolución se hace en dirección de un progresivo empobrecimiento de sus formulaciones.

Emilio Mira y Lopez (1943), un autor anterior, considera otros atributos del delirio, en especial para el género femenino, que nos haría pensar en la naturaleza psicógena del cuadro.

Delirio místico y de posesión⁽³⁾

El fondo afectivo que impulsa la actividad del pensamiento en este delirio es de naturaleza erótica, predominantemente masoquista.

Mucha mayor frecuencia en el sexo femenino y conduce a estadios de éxtasis. Generalmente, adquiere una tonalidad religiosa y se acompaña de pseudopercepciones procedentes de la esfera genital. En este último caso se habla propiamente de "posesión".

En forma pura, los enfermos presentan una actitud de recogimiento y parecen inspirados en sus gestos y actitudes por un gran fervor.

Se creen ungidos de divinos poderes, hablan con Dios, con la Virgen y con el Espíritu Santo. De vez en cuando se apartan para recibir la "inspiración".

Ocasionalmente, sobre todo en estados crepusculares epilépticos y en algunas psicosis exotóxicas, el delirio místico se confunde en absoluto con el delirio religioso y además se acompaña del "delirio de posesión demoníaca" (la persona alternativamente se cree dirigida en su conducta por Dios y por el diablo).

También puede presentarse este cuadro sobre un fondo esquizofrénico y en personalidades psicopáticas (histéricas) cuando se dan circunstancias favorables del ambiente (tradicción, inculcatura, etc.).

Este tipo de cuadro se nutre de representaciones fantásticas de un plano intermedio entre la consciencia vigil y lo inconsciente. Es principalmente un delirio onírico.

En ocasiones, cierto deseo de exhibicionismo consciente lo convierte en un simple delirio imaginativo, construido a base de confabulaciones, por tanto denominado pseudodelirio.

Retomando a Henry Ey acerca del concepto de despersonalización de la Psicosis

Despersonalización⁽²⁾

En la Histeria

El estado crepuscular histérico consiste en una debilitación de la conciencia vigil de comienzo y terminación bruscos, que puede ir de la simple obnubilación al estupor, y que comporta una experiencia semiconsciente de **despersonalización** y de extrañeza generalmente centrada sobre una idea fija (P. Janet).

En la Esquizofrenia

Dentro de las vivencias delirantes se encuentra la vivencia de **despersonalización**. La extrañeza insólita o terrorífica se vive en la esfera del cuerpo o del pensamiento, los enfermos se lamentan de ser transformados, metamorfoseados. Al sentimiento de disgregación corporal corresponde el tema delirante de posesión diabólica.

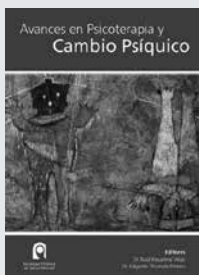
Para terminar, un aporte de la Psiquiatría Nacional en la diferenciación que hace de estos cuadros el extinto Dr. Agustín Tellez, profesor del Instituto Psiquiátrico Dr José Horwitz Barak (4) en su libro "Patología de las Funciones de la Mente" (1970).

PSICOSIS ENDÓGENAS(1)	PSICÓSIS PSICÓGENAS(1)
Debidas al trastorno de una función y de orden constitucional, cuya naturaleza se desconoce.	Debidas a la acción de vivencias traumatizantes, pero también a una predisposición constitucional
Proceso psíquico	Reacción vivencial anormal
Alteración somática desconocida	Sin alteración somática
Enfermedad mental debida a morbosidad cerebral	Variedad anormal del ser psíquico no constitutiva de enfermedad mental
Incomprensibilidad de fenómenos patológicos	Comprensibilidad de fenómenos patológicos
Afección heteronómica: fuera de la voluntad del sujeto. No corregible.	Afección homonómica: corregible dentro de su propio dominio conceptual
Mecanismo estructural: ESCISIÓN	Mecanismo estructural: DISOCIACIÓN.

Bibliografía

1. Conrad K. La esquizofrenia incipiente. Ed. Alhambra. Madrid, 1963.
2. Ey H, Bernard P, Brisset Ch. Tratado de Psiquiatría. Toray-Masson, Barcelona 1965; pp. 965.
3. Mira y López, Emilio. "Manual de Psiquiatría", 1943. Buenos Aires: El Ateneo
4. Tellez A. "Patología de las funciones de la mente", 1970 4ª Ed. Apuntes de la Universidad de Chile. Santiago- Chile

"AVANCES EN PSICOTERAPIA Y CAMBIO PSÍQUICO"



Este libro reúne a destacados especialistas chilenos y extranjeros en el intento de dilucidar los mecanismos y factores que promueven el cambio en las personas.

Los Editores son psiquiatras, iniciaron juntos sus estudios de Medicina en la Universidad de Chile, en 1969. Se han interesado especialmente en el trabajo en Salud Mental. El Dr. Riquelme primero como director del Hospital Psiquiátrico de Putaendo y posteriormente como Director del Instituto Psiquiátrico "Dr. José Horwitz Barak", mientras el Dr. Thumala formó y coordinó los tres primeros centros de salud mental comunitarios intersectoriales en el SSMO en la década de los 80. Paralelamente, ambos han ejercido como psicoterapeutas. El Dr. Riquelme formándose como psicoanalista y el Dr. Thumala como terapeuta familiar y luego como terapeuta grupal psicoanalítico.

Número de páginas: 464