

Psychopathology

Alumno Gustavo Ferrigno

UB 196840

Carrera Licenciatura en Psicología

Índice

Presentación……………………………………………………………………..hoja1

Índice………………………………………………………………………………hoja2

Introducción……………………………………………………………………hoja3

EL CAMPO DE LA PSICOPATOLOGIA COMO PROBLEMA….hoja4

Heterogeneidad de disciplinas en el campo de la psicopatología………………………………………………………………..hoja5

LA PSIQUIATRIA Y EL PSICOANALISIS EN EL CAMPO DE LA PSICOPATOLOGIA…………………………………………………………..hoja5/7

LAS PSICOSIS. EL SABER PSIQUIATRICO………………………….hoja 7/10

SEMIOLOGIA PSIQUIATRICA………………………………………….hoja10/17

NOSOGRAFIA PSIQUIATRICA………………………………………..hoja17/22

Fenómenos del automatismo………………………………………hoja22/23

Conclusión…………………………………………………………………..hoja24/25

Bibliografía………………………………………………………………….hoja25

Introducción

La psicopatología son los fundamentos de la psiquiatría, para lo que requiere definir conceptos universales con aprobación de las asociaciones de patologías psiquiátricas a nivel mundial.

La psiquiatría, es la que establece los estudios de prevención, tratamiento y rehabilitación de los desórdenes psíquicos, comprendiendo como trastornos el gran abanico de enfermedades de origen psiquiátrico, y otras patologías psíquicas, entre ellas, el trastorno de personalidad.

La diferencia entre psicopatología y psiquiatría es: la psicopatología debe alcanzar el objetivo de establecer las normas y consideraciones generales, en tanto la psiquiatría se encarga de los casos mórbidos individuales.

La psicopatología es de por si una ciencia, en cambio la psiquiatría acude a la a dicha ciencia como una herramienta para que la asista.

 La psicopatología toma al individuo como unidad y lo separa por funcionalidad psíquica tales como, percepción, memoria conciencia etc. Separándolas con el fin de estudiarlas de forma adecuada según las leyes que las gobiernan, sin dejar de lado los nexos intrapsíquicos, por otro lado la psiquiatría se enfoca en el individuo como enfermo único e inseparable por definición y solo abordable desde un punto de vista integral y la psicopatología se desliga del tratamiento que es la finalidad de la psiquiatría.

La perturbación de la mente está limitada por los subsiguientes fundamentos: interpreta una separación biográfica; la patología produce un aprendizaje subjetivo desapacible; se acota la libertad de la persona; se exterioriza como un grupo homogéneo y permanente de síntomas; posee un desarrollo y pronostico predecible; y por lo general son tratados con métodos biológicos específicos, pero la rehabilitación psicoterapéutica ayuda a un mejor pronóstico.

PSICOPATOLOGIA

 “EL CAMPO DE LA PSICOPATOLOGIA COMO PROBLEMA”

Psicopatología: Disciplina que se refiere a los conocimientos relativos a las anormalidades y desordenes de la vida mental.

 Campo de la psicopatología: Hay coexistencia de discursos y/o prácticas que confluyen y constituyen el campo de la psicopatología. Campo donde confluyen la Psicología, la Psiquiatría y el Psicoanálisis.

 La noción de enfermedad mental: Criterios de salud y enfermedad:

 Lo psíquicamente anormal depende de la concepción imperante en cada sociedad y es relativo a un orden etnográfico e histórico.

 Ej. Un analfabeto delirante puede quejarse de que un ojo maligno lo persigue, y un señor más refinado que ya tiene su computadora puede quejarse de que la maquina le controla su mente. En ambos casos se detectan ideas persecutorias pero cada uno de ellas es relativo a una determinada sociedad, a un orden etnográfico y a un orden histórico.

 Los fenómenos patológicos se presentan, en general, como modificaciones de los fenómenos normales. Pero ¿qué es la enfermedad mental? Existen diferentes criterios para definir la anormalidad psíquica:

 Criterios ideológicos: donde se considera anormal aquello que no se adecua a una norma que se define momentáneamente normal.

 Criterios estadísticos: toman como norma lo que es el promedio, lo que se ha estudiado como media de funcionamiento.

 Criterios teleológicos: lo normal o lo anormal se definen según aquello que se aproxima a lo óptimo. Lo óptimo puede estar descripto en términos políticos, religiosos o filosóficos.

 Por todo esto cuando se habla de patología psíquica se tiene que pensar con qué criterios se está definiendo eso que se llama anormalidad, que criterios están en juego.

 La ansiedad, el recelo, la alegría, la tristeza, la amistad, etc. son vivenciados tanto por personas totalmente sanas como por las que están enfermas, pero cada caso depende de la aceptación o rechazo social frente a esa manifestación, frente a las circunstancias y condiciones en que ella surge.

 Heterogeneidad de disciplinas en el campo de la psicopatología:

Las Psicológicas: incluyen la escucha del paciente y aparecen de modos diversos. La psicología clínica dedicada al diagnóstico y estudio de la personalidad. La psicología general con sus aportes a la subjetividad, actos voluntarios, la intencionalidad, la representación, y todas las manifestaciones

Conductuales. La psicología experimental que se ocupan del pensamiento como esquema mental y buscan modificar el pensamiento negativo por considerarlo patológico.

 Las psiquiatrías: se encargan de construir nomenclaturas, o sea un sistema de nominación, se nombra, se evoca, se llama a la enfermedad mental. La nomenclatura establece un orden, ubica una afección respecto de otra y permite su conocimiento y desarrollo conceptual, así la locura adquiere positividad cognoscitiva, así se la nombra. Otra noción que introducen es la de síntoma, que revela la existencia de una enfermedad. El criterio clínico se basa en observaciones del comportamiento del paciente y en el relato de sus dificultades para

Traducirlo en síntomas y signos. A cada síntoma o a un grupo de ellos le corresponde una clasificación, una categoría diagnostica, así los trastornos mentales se constituirían en entidades nosológicas, tendrán una identidad mórbida. La clasificación más usada en nuestro país en la cuarta versión del DSM (DSM IV).

 Las teorías psicoanalíticas: se apoyan en el desarrollo meta psicológico, dicho desarrollo representa lo psíquico según métodos, medios y legalidad distintos. Las ideas de inconsciente y represión marcan el desconocimiento radical que es constitutivo para el sujeto. No hay diferencia tajante entre lo normal y lo anormal. Acá se funda una psicopatología acentuado en el campo de lo inconsciente. El síntoma tiene un sentido, un motivo y un propósito y es sustituto de un conflicto infantil que parte de un conflicto presente que se tornó patológico.

“LA PSIQUIATRIA Y EL PSICOANALISIS EN EL CAMPO DE LA PSICOPATOLOGIA”

El concepto de enfermedad mental:

 Este concepto es difícil de delimitar sin tener en cuenta la complejidad respecto a las formulaciones teóricas. Este concepto siempre tiene relaciones complejas con el concepto de salud, pues se define con relación a aquello que se considera psíquicamente normal, pero esto implica una pluralidad de definiciones que se subordina a las estipulaciones dominante en cada sociedad, momento histórico y encada orden etnográfico determinado. O sea las definiciones nos remiten a los avatares históricos-culturales de sus formulaciones. Dichas formulaciones a su vez ligadas a distintas disciplinas.

Polémicas relativas a la noción de etiología:

 Psicogenéticas: buscan detectar cual es la causalidad psíquica de los perturbaciones, los estados patológicos se reconocen siguiendo el estudio de las perturbaciones de las distintas funciones.

 Organogénicas: la enfermedad mental es causada por lesión, desequilibrio o la insuficiencia orgánica, lo psíquicamente enfermo es el resultado de procesos orgánicos morbosos.

 Sociogeneticas: la patología mental es el resultado de acciones eficaces que la sociedad ejerce sobre los individuos, a través de sus instituciones, de sus normas, sus valores, haciendo que ocurran fracasos adaptativos. La causa de la enfermedad mental son las variables sociales.

 Para todas las disciplinas, los fenómenos patológicos se presentan como modificadores regulares de los fenómenos normales.

 “Enfermedad mental y personalidad”.

¿Qué es la enfermedad mental?... En la antigüedad, la enfermedad mental fue asociada a los demonios, exorcismos y a procesos no naturales. En la pre-modernidad se piensa a la locura como algo místico (modelo místico) donde las respuestas y propuestas eran enlazadas a lo divino y a la magia. En la modernidad la locura se vio atravesada por ideas fuertes como el progreso y la razón, prevalece la concepción de sujeto autónomo, cuyas cuestiones se resuelven por el poder de la razón y la aspiración al progreso histórico. En nuestro tiempo, posmodernidad, se piensa a la idea de proyecto de modernidad como fracaso, los debates “modernidad y posmodernidad”, corresponden a un debilitamiento de la lógica y las certezas.

 Foucault no adhiere al paralelismo abstracto que se produce en el terreno teórico entre los fenómenos de la patología mental y patología orgánica. Propone dar crédito al hombre mismo y no a las abstracciones sobre la enfermedad mental. Denuncia que se han asentado dos prejuicios que debemos combatir y que provienen de aplicar los mismos métodos conceptuales para pensar la enfermedad mental tal como se piensa la enfermedad orgánica.

 El primer prejuicio es postular que la enfermedad es una esencia, o sea una entidad especifica señalada solo por los síntomas. El segundo prejuicio es considerarla como una especie natural, o sea entendida como una especie definida por ciertos caracteres permanentes.

 Con estos prejuicios se considera a la enfermedad mental u orgánica como una esencia natural que se manifiesta en síntomas específicos.

Abordaje clínico:

 El abordaje clínico es la observación del enfermo desprovista de todo supuesto teórico. Este abordaje permitió establecer a la psiquiatría como ciencia y promover así su progreso. El padre fue Esquirol, quien fue discípulo de Pinel, proponía en 1838 observar los síntomas de la locura, estudiar sus costumbres, hábitos y necesidades de los alienados. Propone instalarse en el auspicio, que uno conviva con los enfermos. Para esta escuela francesa la teoría queda subordinada a la observación. La escuela alemana, que surge como contraste, se distingue de la francesa porque no solo miran sino que piensan lo que miran (kraepelin).

 El abordaje clínico se complejiza con la introducción del método anatomo-clínico donde la observación es acompañada con el correlato de las lesiones que se pueden encontrar en las autopsias. Todo esto muestra como los datos de la clínica provienen de niveles y puntos de vista de observaciones diferentes.

“LAS PSICOSIS. EL SABER PSIQUIATRICO”.

Bercherie: caracterización de los modos en que se ha ido constituyendo el saber psiquiátrico.

 Antecedentes. Aproximación histórica.

 En los pueblos primitivos, las dolencias mentales se atribuían a causas sobrenaturales y divinas. La terapéutica puesta en juego era la mágica religiosa, como la confesión, los rituales y la sugestión. La concepción de alineación mental giraba alrededor de la posesión demoníaca.

 La tradición cristiana, unos 2000 años después aproximadamente, recoge las ideas primitivas y denuncia al demonio que habita en el hombre y se propone ahuyentarlo por medio de prácticas como el exorcismo. Había varios matices de la posesión: los que creían que lo que estaba poseído era el cuerpo, siendo así el destino la hoguera, se quemaba al insano para su liberación. Y otros eran los que creían que lo que estaba poseído era el alma donde la práctica era el exorcismo.

 Entre los años 460 a 357 A.C. Hipócrates, considerado padre de la medicina, desarrolla una hipótesis de la identidad basada en las condiciones anatómicas, es una teoría natural de la personalidad. Se trataba de ver que fluido predominaba (bilis negra, amarilla, flema, sangre) y así ver qué tipo de personalidad se constituía. Hipócrates consideraba que los desórdenes mentales se debían a causas naturales y no demoníacas.

EN LOS Año 201 a 131 A.C. Galeno (físico y medico) desarrollo una teoría humoral de la psicopatología.

 En la edad media se vuelve a la teoría de la posesión, época de la inquisición.

 En el renacimiento, ya había una comprensión hacia el enfermo mental (movimiento humanista intelectual), se vulva a indagar sobre causas naturales de la enfermedad. Comienzan a fundarse los primeros asilos psiquiátricos. (s. XV a XVIII).

 En el centuria de las iluminación, (s. XVIII), época de la Ilustración y la Revolución Francesa, se aleja al enfermo mental para su tratamiento del mundo de los hombres. El enfermo mental es un desposeído por que entra en la marginalidad, la enfermedad mental es tomada como la desaparición de las funciones superiores del hombre en un tiempo donde el valor de la razón es predominante. Época del nacimiento de la psiquiatría.

 Evolución de los conocimientos en psiquiatría.

 Bercherie parte de la primera psiquiatría clínica (Pinel) y presenta su evolución en un esquema dividido en cuatro periodos y toma aportes tanto de la escuela de psiquiatría francesa como de la alemana.

- la primera psiquiatría clínica.

- Los fundamentos de la nosología clásica.

- La psiquiatría clásica: la clínica de las enfermedades mentales.

- La psiquiatría moderna: la era psicodinámica.

 La primera psiquiatría clínica: Como representantes tenemos a Pinel y Esquirol en Francia y Griesinger en Alemania. El punto de partida es la caracterización de las distintas especies del genero locura. La locura es considerada un fenómeno homogéneo del cual se recortan especies que se reúnen de acuerdo a las manifestaciones más salientes: estados de excitación (manía), estados de depresión (lipemanía), estados delirantes (monomanía), estados estuporosos (estupidez), estados de incoherencia (demencia) y actos impulsivos (locura instintiva).

 El avance de esta psiquiatría clínica fue inaugurar las enfermedades mentales como enfermedades psicocerebrales. La enfermedad mental es considerada como el resultado de alteraciones fisiológicas del sistema nervioso y susceptible de recibir un tratamiento médico. Los fundamentos de la nosología clásica: encontramos representantes de distintas escuelas. La nosología nos remite al conocimiento, descripción, al estudio de causas y a la presentación de la enfermedad mental en cuanto a frecuencia, características de la población, etc.

 La escuela alemana y la francesa tienen distintas nosologías, de acuerdo a la nosología en juego, a como se piense la enfermedad, se la clasificara (nosografía) de un modo particular.

 Si lo nosología es lo que da la razón, o sea el conocimiento de la enfermedad mental, las nosografías escribirán el nombre de las patologías. Esta articulación nosología-nosografía muestra que de acuerdo al modo de nombrarla se está adjudicando una identidad a una determinada patología. Por esto en muy interesante revisar si un nuevo cuadro es realmente nuevo o si ya está contenido de otra manera en clasificaciones anteriores. Por ejemplo, Freud rompe con la psiquiatría y funda su nosología y su nosografía. Su nosología se basa en la meta psicología y nos ofrece diferentes cuadros (nosografía) que son neurosis, perversión y psicosis. O sea hay una nosología freudiana basada en la meta psicología y en la noción de transferencia.

 La escuela francesa enfatiza más en el periodo de estado, clasificación de los síntomas. Encontramos a Bayle, Falret y Morel.

 La escuela alemana hace hincapié no solo en la clasificación de los síntomas sino en la noción de proceso evolutivo. Encontramos a Kahlbaum.

La psiquiatría clásica: consideraban que la actividad psíquica se concibe según el esquema del arco reflejo, y también se estudiaba la actividad psíquica como una actividad asociativa, en el sentido de la asociación de ideas. Se perfila en esta época la teoría fisiológica del inconsciente, teoría que consideraba a ciertos procesos fisiológicos en el límite de la conciencia.

 Mientras los franceses hablaban de alineación mental, los alemanes fundaban nuevas clasificaciones partiendo por primera vez del término psicosis.

 Los alemanes diferenciaban las psicosis con lesiones anatómicas de las psicosis llamadas funcionales, donde no se detectaba la lesión. Se basan en la etiopatogenia y en las formas sindromicas.

 Etiopatogenia: etiología (estudio de las causas) y patogenia (modo en que se engendra la enfermedad).

 Formas sindromicas: síndrome (conjunto de signos y síntomas que corresponden con un agrupamiento particular.

 Hay síndromes que dan cuenta de diferentes patologías o cuadros, como por ejemplo el síndrome delirante en una psicosis esquizofrenia o en una demencia arterioesclerótica. En el primer caso tenemos una psicosis y en el segundo es una enfermedad orgánica cerebral. Esto señala que hay una imposibilidad de correspondencia univoca, o sea no siempre hay una correspondencia puntual entre el cuadro nosografico y el síndrome. La psiquiatría moderna: en esta era se comienza a dar

Importancia a las situaciones vitales y a las reacciones a dichas situaciones que pueden desencadenar patología. Se hace hincapié en lo acontecido, en lo vivido y la reacción del individuo frente a esto, como por ejemplo la psicosis de los prisioneros.

 Con la psiquiatría moderna comienza en contrapunto entre enfermedad mental adquirida y enfermedad mental hereditaria o constitucional.

 Caracterización de la escuela alemana y de la escuela francesa.

 La escuela francesa privilegia la experiencia sobre la teoría. Subordinan la teoría a la observación en el abordaje clínico. Observación del enfermo desprovista de todo supuesto teórico. Con la escuela francesa la psiquiatría se funda como rama de la medicina (Pinel), se introduce la alineación mental en el circuito médico. Observación empírica de los fenómenos, donde los datos obtenidos se agrupan y clasifican según analogías y diferencias. Se evita introducir la subjetividad.

 Pinel – Esquirol – Fabret y Baile – Morel – Magran – etc.

 La escuela alemana es más fisiológica, privilegian las teorías sobre lo empírico.

 Griesinger – Kahlbaum – Kraepelin – etc.

 Griesinger: crea el estudio organicista de las enfermedades, piensa a la enfermedad mental con un modelo donde el YO se altera, la personalidad se altera y se produce una reacción anormal fundada en causas internas y para estudiarlas introduce la cuestión de la variable histórica. La idea de este autor es la de psicosis única.

 Kahlbaum: se opone a la idea de psicosis única, introduce la idea de evolución, donde a la misma evolución debe corresponder la misma causa. Elabora la noción de síndrome como complejo de síntomas.

 Kraepelin: a él se le deben la organización y la especificación de los padecimientos mentales, las divide en endógenas (de origen biológico, incurables) y exógenos (producto de reacciones a situaciones traumáticas).

 “SEMIOLOGIA PSIQUIATRICA

Tratado de psiquiatría (E. Ey).

 Semiológica: estudio de signos de cuadros clínicos. Descripción y análisis de los síntomas y de los signos de las enfermedades mentales.

 Signo: manifestación objetiva del cuadro.

 Síntoma: manifestación subjetiva del cuadro.

 Síndrome: características patognomónicas de una enfermedad que se articulan y forman los cuadros clínicos.

 Nota: un signo solo no muestra el cuadro, por ejemplo la fiebre sola no nos habla de la enfermedad.

 Ey, E. Plantea que lo más importante es la entrevista entre el facultativo y el enfermo (influenciado por el psicoanálisis), el paciente no es un objeto. O sea que la observación psiquiatrita no puede ser puramente objetiva ni puramente subjetiva, sino que el conocimiento clínico de las enfermedades mentales está constituido por el encuentro médico y paciente.

 Hay tres tipos de exámenes:

 Examen somático: debe ser un examen completo y metódico. Un examen clínico cuidadoso de los diversos aparatos y de las diversas funciones, como aparato respiratorio, cardiovascular, digestivo, funciones hepatobiliares, ureosecretoras de depuración renal, aparato urinario, etc. el examen somático debe ser adaptado a cada problema clínico en particular.

 Examen neurológico: es una exploración sistemática de las funciones nerviosas para poner en evidencia el proceso cerebral ya que puede estar en relación más o menos directamente con la enfermedad mental que presenta el paciente. En este examen se le da mayor interés a los trastornos motores y psicomotores de tipo piramidal y extra piramidal, y al profundo estudio de las funciones del lenguaje.

 Examen psiquiátrico y observación clínica: en este examen hay que tener en cuenta la transferencia entre el médico y el paciente, debe ser prolongado, repetido y a solas con el paciente, (esto es lo que plantes Ey). La observación clínica debe incluir la biografía del paciente obtenida a través de un tercero, también debe incluir una hoja de observación cronológica que incluya las modificaciones y la evolución del paciente, etc.

Ey, El. Plantea tres planos semiológicos, no correlativos y que no implican cronología. Estos planos nos permiten distinguir los cuadros agudos de los crónicos. Estos planos permiten la descripción y análisis de los síntomas 1Plano semiológico: Semiología del comportamiento y de las conductas sociales. Esta es una semiología macroscópica de las conductas. Es una semiología de la urgencia. Se trata de observar anomalías e inadaptaciones en el comportamiento y en las conductas sociales

Como por ejemplo tendencia al suicidio o rechazo de alimentos pero quedándose solo en la superficie de estas conductas o sea sin profundizar en el conjunto

De la desorganización de la que forman parte (macroscópica). Este examen comprenderá el estudio de:

- La presentación: el porte, conducta verbal, el biotipo, la mímica y psicomotricidad.

- De la resistencia a la revisión y al contacto con el facultativo: indiferencia, confianza, oposición.

- Del comportamiento cotidiano: conducta alimentaria, cuidados corporales, sueño y dormir, vida familiar, comportamiento sexual, actitud socio profesional.

- De las reacciones antisociales: robo, incendio, homicidio, suicidio, fugas.

 2 Plano semiológico: Semiótica de la acción psíquica de la base actual.

 Esta semiótica es la del campo de la reflexión, donde se analiza y se revisa el estado actual de la vida psíquica. El conocimiento que el paciente tiene de sí mismo.

 Este examen comprenderá el estudio de:

- Semiótica de la lucidez y de la incorporación del campo de la conciencia: obnubilación, confusión, estupor.

- Semiología de la orientación temporospacial: trastornos en experiencia espacial o temporal, imposibilidad de reconocerse a sí mismo o a otros.

- Semiología de los trastornos de la memoria: amnesias, hipermnesias, paramnesias.

- Semiótica de la emotividad de base holotimica: sentimientos depresivos, expresivos.

- Semiología de la actividad sintética de base: cómo opera la inteligencia y las funciones elementales.

- Semiología psicomotora: catatonia, accesos de agitación, crisis nerviosas, trastornos sistematizados.

- Semiología de la percepción: alucinaciones, ilusiones, interpretaciones, pseudo alucinaciones, alucinosis.

Instintos trastornos de la percepción.

 Alucinación: percepción sin objeto, se percibe algo que no existe. Dotado de gran convicción. Pueden ser visuales, acústicas, olfativas, cenestésicas, etc.

 Ilusiones: percepción deformada de un objeto, el objeto real existe pero se lo percibe mal, como por ejemplo ver un árbol y decir que es un hombre.

 Interpretación: percepción exacta del objeto pero se hace un mal juicio, se la interpreta en forma delirante, por ejemplo un silbido, se lo escucha pero se lo interpreta como una sentencia de muerte, una señal.

 Pseudo alucinación o alucinación psíquica: falta la sensibilidad de la alucinación, es de cerebro a cerebro, un pensamiento que no es del sujeto, sino enviado, por ejemplo decir me robaron el pensamiento o me robaron los recuerdos.

 Alucinosis: se da en los tumores cerebrales, es de tipo neurológico donde el sujeto sabe que algo le pasa pero no lo comprende.

 3 Plano semiológico: Semiología de los trastornos de la personalidad.

 Esta semiología revisa las alteraciones que puedan sufrir la personalidad, se encarga de las patologías del yo.

 Este examen comprenderá el estudio de:

- Los trastornos del carácter: histérico, paranoico, esquizoide, neurosis del carácter.

- Los conflictos intrapsíquicos: yo neurótico.

- Semiótica de la alineación de la personalidad: yo psicótico o alucinante.

- Patología del sistema intelectual de la persona: yo demencial.

- Las agenesias de la personalidad: retrasos, oligofrenias.

- Diagnostico e informática.

 NOTA:

 Carácter: individual, original a cada sujeto, es lo

Fijo de la personalidad. Es común que haya cambios en el carácter (trastornos) en el inicio de las esquizofrenias o psicosis.

 YO neurótico: hay conflicto intrapsiquica, un yo que no puede resolver un conflicto interno, donde el yo se defiende y la defensa va a ser distinta según el cuadro clínico (histeria, obsesión, fobia)

 YO psicótico o delirante: sujeto desposeído de la personalidad.

 Idea delirante:

• Implica modificación de las relaciones del individuo con el medio.

• Es una creencia inamovible, que no se puede refutar ni modificar.

• No está relacionada con la percepción, es una idea.

• El sujeto no duda de la idea, para él es una verdad.

• Implica una concepción del mundo.

• No se adapta a la coexistencia con los demás o sea no hace lazo social, no permite un intercambio con el otro.

• Hacen sistema o no. Si hace sistema significa que hay una lógica interna, una razón entre las ideas delirantes. Que no hace sistema implica que son delirios sueltos, ideas sin conexión unas con otras.

 YO demencial: se desintegra la razón, el sujeto esta privado de hacer un juicio. No posee lógica racional, lleva a una debilitación gradual de la intelectualidad. Puede llegar a una regresión animal o sea pierden los valores sociales, éticos y lógicos.

 Agenesias de la personalidad: retrasados mentales, oligofrénicos. Detenimiento del desarrollo intelectual que implica un desarrollo afectivo que también se deteriora ya que ambos están relacionados. Sus tres grados son idiota, imbécil y débil mental. Están desprovistos de personalidad.

 Pensamiento mágico: prevalece lo imaginativo sobre lo racional.

 Pensamiento lógico: opera la idea directriz y las subsidiarias que dependen de ella. Hay inhibición de los automatismos. Hay relación entre las partes y el todo. Tiene que estar sometido al principio de no contradicción. En las patologías todo esto esta alterado.

 Las anomalías en el curso del pensamiento están relacionadas con la intención de lograr un fin.

 Las anomalías del contenido del pensamiento están relacionadas con la calidad del pensamiento.

 Anomalías en el rumbo del raciocinio:

- Trastornos del ritmo de la reflexión: Dentro de este trastorno tenemos la fuga de idea o aceleración (manía), donde el paciente habla aceleradamente pero cambia rápido de idea, o sea no hay idea directriz, no hay fin, ni intención. Incapacidad de mantenerse en un fin, predominan los automatismos y no la voluntad. También la lentitud del pensamiento (melancolía), es todo lo contrario, pensamiento tomado por la constelación afectiva. Ideas lentas, pesimistas, hasta puede llegar al estupor extremo y no solo al nivel del lenguaje sino también al nivel corporal, o sea no habla ni se mueve.

- Trastorno interceptación, barraje o clausura: (esquizofrenia), esto no solo afecta al pensar sino también a la acción. Actos desordenados, es rigidez del pensamiento, rigidez es adherirse con tenacidad a una acción o a una idea. Terquedad, insistencia. Esto muestra la incapacidad de adaptarse que tiene el pensamiento.

- Viscosidad del pensamiento: (epilépticos) Pensamiento lento, perseverante, detallismo pedante, pensamiento tedioso, repetitivo, se adhieren a una idea y dan detalles innecesarios. No se distingue la idea principal de las secundarias.

- Prolijidad y minuciosidad: (manía, débil mental, epiléptico) No pueden hacer síntesis, no distinguen lo accesorio y lo principal. Incapacidad de hacer síntesis.

- Perseveracion: (esquizofrénico) Perseveracion de la idea, repetición de ideas, se da también en los confusos. Las ideas forman parte del discurso aunque en forma perseverante, también falta claridad del pensamiento. Es automatismo, no depende de la voluntad.

- Estereotipia verbal: (esquizofrenia catatónica) Lo que se repiten son las frases no las ideas y esta frase que se repite no tiene relación con el discurso. La frase o palabra que se repite se halla intercalada en el discurso pero no está relacionada con él. Es un agregado, un estribillo, son palabras, actos automáticos, no voluntarios.

- Verbigeracion: (melancolía, esquizofrenia) Repetición monótona de frases como en la estereotipia pero como un lamento, con angustia, con tono de desesperación en donde esta frase cobra fuerza emocional. Tiene un hondo sentido de descarga emocional. No forma parte del discurso.

- Fusión, desplazamiento y generalización de los conceptos: (esquizofrenia) Neologismos, palabras nuevas. La palabra deja de ser simbólica y pasa a lo concreto, lo concreto tomo el valor de la palabra simbólica. El sujeto entiende lo que dice pero no tiene interés en que se le entienda a él.

- Incoherencias: (esquizofrenia) Anarquía total del pensamiento, desorden total entre l

As partes y el todo, frases incomprensibles. La ensalada de palabras es el grado máximo de la incoherencia. No hay idea directriz. Pensamiento sin proyectos, sin finalidad. Pero la incoherencia en el esquizofrénico no implica obnubilación de la conciencia, no hay trastorno al nivel de la conciencia, esto es a nivel del pensamiento, pensamiento caótico.

 Anomalías del contenido del pensamiento:

 Para Pereyra hay que ubicar la idea en el psiquismo total y en relación con su medio ambiente para poder decir si es una idea delirante. La idea en sí misma es insuficiente para calificarla como delirante.

 Para la psiquiatría la idea delirante o el delirio es un error de juicio, pero Pereyra dice que no es solo eso sino que hay que tener en cuenta quien lo dice, como lo dice, relacionarla con el contenido, con el ambiente, con la personalidad del paciente. Lo anormal no depende solo de que la idea sea falsa o no ni de que sea un error como para la psiquiatría.

 Pereyra distingue tres tipos de ideas:

- Ideas obsesivas: acá el paciente se la cuestiona, duda de ella, se la crítica y lo más importante, el paciente sabe que la idea viene de él. La idea obsesiva es siempre patológica.

- Ideas fijas o sobrevaloradas: no siempre es patológica, acá el paciente no duda de la idea, ni se la crítica, no se la cuestiona. Tiene un valor afectivo fuerte. La idea depende del sentimiento y no de la razón.- Ideas delirantes: no se la puede considerar aisladamente, hay que tener en cuenta el psiquismo total. La idea delirante es una idea fija, el sujeto cree en ella y no ve su exageración, no es discutida ya que para el sujeto es una verdad irrefutable que tiene valor absoluto, esto es lo que se denomina certeza delirante, una fuerza de convicción, no hay dudas y el valor afectivo es muy fuerte. Es una creencia simulada que colisiona con la actualidad, no hace lazo social, no hace lazo con el otro. El potencial afectivo que tiene esta idea subordina la conducta del sujeto al delirio, o sea, el sujeto termina siendo dominado por el delirio, sometido. Esta idea provoca desarmonía entre el paciente y el medio.

 La idea delirante surge en un estado de temple delirante. El temple delirante es un ánimo, todavía no es delirio sino un primer momento, es un estado de angustia donde el paciente no reconoce la realidad, acá el paciente agrega una idea que intenta una reconexión con la realidad, así surge la idea delirante y puede canalizar la angustia. El temple delirante da lugar a la aparición de la idea delirante.

 Hay ideas delirantes verosímiles (paranoia), son muy sistematizadas, tienen lógica interna y siguen un razonamiento lógico, tienen un mecanismo interpretativo.

 Hay ideas delirantes absurdas (esquizofrenia), sin sistematización, no tienen ninguna lógica y su mecanismo es autístico.

 Hay ideas delirantes mágicas (parafrenia), mal sistematizado y su mecanismo es imaginativo.

 Los mecanismos de las ideas delirantes son:

• Interpretativo: hay un abuso de la razón, sus ideas son verosímiles y están vinculadas a la realidad que los circunda. Es crítico y analítico

• Alucinatorio: no es deducir ni concebir, es tomar la prueba inobjetable, irreductible y que no puede ser rebatida por los demás.

• Intuitivo: resultado de un acto simple de captación inmediata de la realidad.

• Imaginativos: libertad y fluidez asociativa, exuberancia de imágenes, desbordada fantasía, desapego de normas racionales.

• Retrospectivo: se funda en la alteración de un recuerdo, ilusión o alucinación de la memoria.

• Post-onírico: incapacidad de distinguir la realidad del ensueño, algo que no tiene sentido pero no puede dejar de creerlo.

 El delirio es un estado donde la personalidad se organiza a partir de la idea delirante. El delirio es decir o realizar actos fuera de lo considerado normal. El delirio no es lo mismo que la idea delirante, sino que ella lo componen forma permanente.

 El delirio puede ser:

• Sistematizado: implica que tenga una idea central, directriz, lógica interna, un tema fundamental, es verosímil, hace sistema, (se da en la Paranoia).

• Polimorfo: implica ideas sueltas, paralelas, sistemas divergentes, no hay lógica, son absurdos, no hay idea directriz, (se da en las psicosis confesionales, las esquizofrenias y las toxicomanías).

 El delirio puede ser:

• Agudo: implica desestructuración de la conciencia, confusión en la conciencia. Aparece en forma de brote, duran poco, no hay sistematización, se curan y generalmente no dejan secuelas. En ellos puede haber alucinaciones o no.

• Crónico: llevan al deterioro de la personalidad, proceso largo, son cuadros irreversibles.

 Los tonos de los delirios pueden ser expansivos (eufórico), depresivo (triste) o defensivo (acá el paciente se persigue).

NOTA: Freud denomino WHAN a los delirios crónicos y DELIRIUM a los delirios agudos, como por ejemplo en las neurosis.

 “NOSOGRAFIA PSIQUIATRICA”

Nosografía: clasificación de las enfermedades mentales.

 Henry Ey, realiza una agrupación según un criterio muy sencillo, agrupa las enfermedades mentales por la diferencia entre cuadros agudos y cuadros crónicos.

 Cuadros agudos: lo agudo tiene que ver con la desestructuración de la conciencia, desorganización de la conciencia (2 plano semiológico). Son de carácter transitorio, se presentan como brotes y generalmente no dejan secuelas, para la psiquiatría se curan. Una psicosis aguda puede marcar también el comienzo de una psicosis crónica.

 La psicosis aguda muestra al paciente tal como está en el momento de la crisis.

 Dentro de las psicosis agudas encontramos la psicosis maniaco depresivo, las psicosis confucionales, psicosis delirantes agudas, las crisis de manía y las crisis de melancolía.

 Cuadros crónicos: lo crónico tiene que ver con una desestructuración de la personalidad, afecta al sistema permanente de la personalidad (3 plano semiológico). Son de evolución continua y progresiva, se instala y modifica la personalidad del paciente, generalmente son incurables, hay ideas delirantes permanentes alrededor de las cuales se organiza toda la personalidad del paciente.

 La psicosis crónica muestra al paciente tal como es, como el paciente es.

 Dentro de las psicosis crónicas encontramos la paranoia, la esquizofrenia o demencia precoz y la parafrenia, también para la psiquiatría son consideradas enfermedades mentales crónicas las perversiones sexuales (homosexualidad, fetichismo, sadismo, masoquismo), las toxicomanías, la alcohol manía, las neurosis, las demencias, el retraso mental u oligofrenia.

 PARANOIA: enfermedad mental crónica.

 Definición para Kraepelin: exposición engañosa de un método alucinante duradero e inalterable manifestado a efectos de motivos internos con total sostenimiento de la lucidez y de la armonía en el pensamiento, en el anhelar y en el ejecutar.

 La enfermedad se desarrolla lentamente, puede durar épocas con un delirio que hace sistema o sea tiene lógica interna, tiene idea directriz e ideas subsidiarias que se subordinan a ella. Las fuerzas desencadenantes provienen del propio enfermo (enfermedad endógena) y no hay evolución deficitaria, no hay deterioro de las funciones psíquicas, no hay desarrollo demencial. La paranoia es un cuadro clínico que no remite.

 El paranoico es una especie de ser inocente sometido a la voluntad de otro que lo ama o lo persigue. El delirio da testimonio razonado de esto.

 La paranoia es una psicosis que se manifiesta en sujetos con predisposición previa, personalidad paranoica.

 El delirio es causado por el medio de interpretación surrealista y el grupo de comprensión construye un método para lógico fijo e irreductible. Hay abuso de la razón. Sus ideas son verosímiles y vinculadas a la realidad que los circunda.

 Ejemplos: un insulto dado en la calle, el paranoico cree que se le dirige. O si la esposa mira por la ventana, el paranoico cree que está esperando a su amante, etc. estos son modos de interpretación delirante.

 La edad de aparición es entre los 35 y 40 años. Los pacientes son inteligentes, con capacidad de concentración, captación y evocación, aunque la inclinación esta mas dirigida a las cuestiones del delirio.

Las ideas delirantes son tan fuertes que arrastran la personalidad del paciente, la personalidad y el YO se modifican para sostener el delirio.

 Hay anomalía en el contenido del pensamiento, pensamiento alterado. El delirio es sistematizado, tiene idea directriz, tiene lógica interna, hace sistema.

 Estamos en el 3 plano semiológico de Pereyra, semiología de los desórdenes de la personalidad, patología del YO, Yo delirante: alineación de la persona.

 El paranoico se transforma en un interpretador de la realidad. Su emotividad y su disposición se adaptan a la comodidad de la noción delirante.

 Si la idea delirante es megalómana: voluntad y afectividad exaltadas.

 Si la idea delirante es persecutoria: se siente injuriado, huye, arremete.

 El contenido de estos delirios interpretativos puede ser:

• Persecutorio: donde predominan ideas de perjuicio y persecución.

• Celoso: donde las ideas de prejuicio están localizadas en el partenaire amoroso.

• Místico: con una matriz religiosa.

• Erótico: donde el proceso de interpretación se refiere a alguna dama o caballero que por medio de un gesto exterioriza el interés hacia el enfermo, por un gesto, una mirada o cualquier detalle insignificante.

 El paranoico puede ser peligroso porque nunca se sabe cuál es la interpretación delirante que se producirá.

 En la paranoia hay falsificación de recuerdos y re

Interpretaciones de acontecimientos. La percepción es correcta pero se la interpreta mal, en forma delirante. Hay delirios de relación donde un hecho casual lo vuelven alusión a su propia persona.

 Lo importante para la diagnosis diferencial de la paranoia es su condición evolutiva. Son delirios arraigados sin caduquez mental y no hay atenuación del desempeño psíquico. La paranoia afecta al juicio y al razonamiento.

 PARAFRENIA: enfermedad mental crónica.

 Las parafrenia presentan delirios mal sistematizados, con alucinaciones y delirios o interpretaciones delirantes que, muchas veces, comienzan con un delirio de contenido persecutorio y evolucionan a un contenido megalomanía (exaltación).en la parafrenia da el mecanismo es imaginativo, son producciones fantásticas, hay libertad y fluidez asociativa, desbordada fantasía, exuberancia de imágenes.

 Se puede pensar a la parafrenia como la yuxtaposición de dos mundos, uno real y otro fabula-torio, fantástico.

 El vigor psíquico en la parafrenia decrece pero sin desintegración de la personalidad, o sea sin llegar a un estado demencial.

 Se han reconocido cuatro variedades clínicas:

 Delirio sistematizado crónico de Magnan (francés) o Parafrenia sistemática (alemán).

 Difícil de diferenciarla de la Paranoia porque también ella forma un sistema delirante pero no interpretativo como en la Paranoia sino basado en alucinaciones. El contenido puede ser hipocondríaco, erótico, persecutorio, de grandeza o místico.

 Delirio alucinatorio crónico de grandeza (francés) o Parafrenia expansiva (alemán).

 Se reconoce por la presencia de alucinaciones cuyo contenido es sobrevalorado por el paciente. Los delirios se acompañan de ligera euforia. Junto con estas producciones delirantes, los pacientes conservan la personalidad anterior a la explosión del delirio, con la cual conviven. Por ejemplo los enfermos relatan tener poderes ocultos.

 Delirio alucinatorio crónico de forma fantástica (francés) o Parafrenia fantástica (alemán).

 Aquí predominan las alucinaciones e ilusiones de la memoria. Son delirios muy frondosos como por ejemplo hablan con el sol o con la luna, inventan maquinarias complicadas, usan neologismos. Si bien tienen apariencia de incoherencias no evolucionan hacia un deterioro.

 Delirio de imaginación de Dupre y Logre (francés) o Parafrenia confabularía (alemán).

 Personalidad mitómana (inventa) previa, se construyen verdaderas fabulas. Las ideas van perdiendo su sistematicidad y los pacientes no desarrollan ninguna argumentación que justifique todas esas fabulas.

 DEMENCIA PRECOZ (Kraepelin) o ESQUIZOFRENIA (Bleuler): enfermedad mental crónica.

 Kraepelin pone el énfasis en la demenciacion, deterioro global y progresivo intelectual.

 Bleuler pone el énfasis en la disociación. Esquizofrenia quiere decir mente dividida.

 En la demencia precoz o esquizofrenia la desintegración de la personalidad evoluciona hacia un pensamiento enmarañado, desordenado e impenetrable.

 Se reconocen cuatro formas clínicas:

 Forma simple: es irreversible, es lenta e insidiosa en su instalación, se produce un déficit simple de la personalidad. Personas que se aíslan progresivamente, conductas de rareza y rigidez psíquica.

 Forma hebefrenia: enfermedad de los jóvenes, comienza con dificultades escolares, pérdida de rendimiento, fatiga creciente, quejas hipocondríacas, apatías progresivas.

 Forma catatónica: aquí predominan los trastornos motores, la tiesura de los músculos.

 Forma paranoide: definida por la importancia de las ideas delirantes con contenido persecutorio, pero estas ideas no evolucionan hacia la formación de un sistema.

 El síntoma principal en la esquizofrenia es la experiencia de perplejidad que es acompañado de la descomposición de la vida psíquica y va creando una impresión de vació y que tiende a una creación delirante autística. Se la denomina como experiencia delirante primaria: acá el paciente experimenta de forma brusca un cambio de la experiencia sensible que es inarticulable con sus modos anteriores de ser, con sus sistemas de referencias.

 La vivencia de extrañeza puede ser experimentada de forma que predomina en el cuerpo y en el razonamiento, por ejemplo los pacientes se quejan de ser transformados. Esta transformación, que se vive de modo alucinatorio, los conduce a mirarse en el espejo para tratar de reconocerse, esto es lo que se le llama el signo del espejo.

 Este tipo de vivencias son catastróficas emocionalmente, producen mucho sufrimiento.

 La vivencia de extrañeza puede ir acompañada de vivencias de influencia, por ejemplo los pacientes sienten que hay líquidos raros que transitan su cuerpo, que lo limita. Esto siempre va acompañado por alucinaciones.

 El pensamiento del enferme esta enmarañado, desordenado, producen sustituciones absurdas, ideas mal producidas, usos de neologismos, son todos trastornos del pensamiento.

 La construcción delirante va acompañada de expresiones paradójicas de la mímica, los pacientes hacen muecas que no se corresponden con la resonancia afectiva.

 También amaneramientos, gesticulaciones exageradas e impulsiones, esto es a causa del desorden mental y emocional.

 Otro rasgo presente es el negativismo, la oposición a todo contacto.

 Producen estereotipias o sea conductas repetitivas de gestos o palabras.

 Puede haber trastornos catatónicos o sea rigidez motriz.

 La producción del delirio es autística, y es una elaboración secundaria de la vivencia delirante primaria.

 No hay dominio de la voluntad, hay obediencia automática. También desinterés hacia el mundo externo.

 Esta enfermedad aparece en adolescentes y adultos jóvenes, tanto en varones como en mujer, la edad de comienzo es aproximadamente entre los 15 y 35 años.

 Hay trastornos de la afectividad como la apatía y la indiferencia. Hay pérdida de la unidad interior y trastornos en el querer.

 Los aspectos clínicos fundamentales son la discordancia afectiva, la incongruencia verbal, la ambivalencia, la existencia de pensamientos delirantes y alucinaciones, trastornos afectivos como el desinterés y la rareza. Todos estos aspectos evolucionan hacia la construcción de un delirio autístico y un déficit de la personalidad.

 No hay delirio sistematizado sino que son polimorfos, caóticos, no hay lógica ni idea directriz, su mecanismo es autístico, evoluciona hacia un debilitamiento intelectual. Las ideas delirantes parecen brotar sin razón y sin sentido, fenómenos del automatismo. Las ideas delirantes comienzan en el brote y persisten en el periodo de estado.

Fenómenos del automatismo:

- Eco del pensamiento.

- Eco de enunciación de actos.

- Diálogos interiores.

- No hay idea directriz.

- Predominio de alucinaciones auditivas y psicomotoras.

- Vacío del pensamiento.

- Fenómenos sin sentido.

- Juegos verbales caprichosos.

 Lenguaje:

- Falta la intencionalidad unificadora.

- Aparecen neologismos.

- Puede haber incoherencias sintácticas cuando la desorganización es muy grande (ensalada de palabras).

 Formas de comienzo: son variadas, puede ser un cuadro agudo que se prolonga de manera rara como una depresión atípica. O también como una crisis de originalidad juvenil prolongada.

Síntomas:

- Brusco debilitamiento intelectual.

- Profundo desinterés hacia todo lo circundante.

- Callejeros, deambulación sin motivos.

- Frecuentes cambios o abandono de trabajo.

- Retraimiento y falta de atención.

- Falta de respuesta a las penas y a las alegrías.

- Súbitos intereses excéntricos.

- En general inhibición o ausencia de práctica sexual.

- Tendencia al aislamiento y a la ensoñación.

- Aparición de temas hipocondríacos.

Periodo de estado: predomina la ambivalencia, la extravagancia, el desapego y la creación de un mundo impenetrable. Hay disgregación de la vida psíquica y un predominio del síndrome de disociación. Trastornos en el curso del pensamiento y de la estructuración verbal, las relaciones con los demás por lo general están cortadas.

 La evolución de la enfermedad es a 10 o 20 años, donde el paciente va cursando por brotes. Se la puede estabilizar con medicación y psicoterapia, con terapias complementarias como talleres, hospital de día, etc.

Conclusión

La psicopatología como hemos dicho anteriormente, es una ciencia en sí misma y los psiquiatras y psicólogos se valen de esta ciencia para poder diagnosticar y brindar tratamiento a los pacientes que presentan trastornos mentales.

La psicopatología como se ha podido observar, abarca un gran abanico de enfermedades o trastornos mentales, dichos trastornos en su mayoría son resultado de desequilibrios neuroquímicos. Pero dichos trastornos no son únicos ni se manifiestan individualmente en las personas, cada individuo suele tener síntomas parecidos a otros pacientes a igual patología , pero rara vez son exactamente iguales , esto se debe a las características propias de cada individuo, entre ellas se encuentran el extracto social en que se ha criado, el grado de deficiencia neuroquímica , el tiempo de padecimiento de dicha enfermedad, pero existe algo aún más determinante en las diferencias entre pacientes , y es la asociación de patologías, las que contribuyen a hacer aún más difícil el diagnostico , la elección del tratamiento y la mejora del paciente ; claro está que en las psicopatologías no solo el paciente suele tener una mejoría suministrándole los medicamentos adecuados para las diferentes patologías, si bien la mejoría y posterior desaparición o disminución de los síntomas es a causa de los fármacos , existe otro recurso, para él alivio del paciente , es aquí donde entra el psicoanálisis que logra con el tiempo que las dosis de los fármacos sean disminuidas , también le propicia un mejor pronóstico, y por lo tanto una mejor calidad vida.

En los EE.UU. en la actualidad se están haciendo estudios de las psicopatologías, en función de poder obtener en imágenes del funcionamiento del cerebro estos estudios se realizan en el departamento de psicología de la universidad del sur de California, el doctor Robert Shwartz, por medio del MRI (resonancia magnética) graba imágenes de actividad anormal en pacientes con esquizofrenia, y con esquizofrenia y violencia, con respecto, a personas normales. Como estos estudios, se realizan con el mismo método otro tipo de patologías como distintos tipos de psicosis.

La doctora Cristal Mac kentailer de la escuela de comportamiento y ciencia del cerebro de la universidad de Texas en Dallas intenta descubrir por qué los recuerdos fuertemente invasivos se almacenan y trae consecuencias de tipo agresivos en personas normales, por lo tanto que se puede esperar de iguales recuerdos en personas con trastornos psicopático dichos estudios se realizan por medios del MRI y sus imágenes muestran actividades de desórdenes cognitivos. Con estos tipos de estudios modernos se trata de que en un futuro puedan comprender mejor esta enfermedades mentales y así mejorar los tratamientos e incluso poder detectar a tiempo potenciales personas con un grado alto de agresividad que puedan ser peligrosos para sí y para otros.

Bibliografía

2010 David Sue, Derald Wing Sue, Stanley Sue “Psicopatología – Comprendiendo la conducta anormal “editorial-Cengage learning

2008 German E. Berrios “Historia de los síntomas de los trastornos mentales “editorial fondo de cultura económica

1999 Sigmund Freud “Psicopatología de la vida cotidiana” Ediciones More

1978 M.J.Sainsbury “introducción a la psiquiatría” ediciones Mora

2010 Ignacio Bone Pina “Vulnerabilidad y enfermedad mental”” La impredecible subjetividad en psicopatología” editada por la Universidad Pontificia Comillas