



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

Università degli Studi di Padova

Dipartimento di Studi Linguistici e Letterari

Corso di Laurea Magistrale in

Tesi di Laurea

Análisis y propuesta de traducción del manual psiquiátrico “Las psicosis atípicas o transitorias. De la epistemología al tratamiento”

Relatrice
Prof.ssa Anna Polo

Anno Accademico 2019 / 2020

Laureanda
Jessica Laico
n° matr.1233931/ LMLCC

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	5
-------------------	---

CAPÍTULO 1

1.1 Las lenguas de especialidad.....	7
--------------------------------------	---

<i>Las LE, la dimensión horizontal y vertical.....</i>	<i>7</i>
--------------------------------------------------------	----------

1.2 Características del lenguaje técnico-científico: la terminología.....	9
---------------------------------------------------------------------------	---

1.3 La clasificación del texto científico de Sabatini y el vínculo interpretativo..	13
-------------------------------------------------------------------------------------	----

1.4 El manual científico.....	17
-------------------------------	----

1.5 La traducción especializada.....	21
--------------------------------------	----

1.6 La traducción del texto técnico-científico.....	24
-----------------------------------------------------	----

1. Nivel morfológico:

<i>Prefijos, sufijos y palabras compuestas.....</i>	<i>24</i>
-----------------------------------------------------	-----------

<i>Tiempos verbales.....</i>	<i>26</i>
------------------------------	-----------

2. Nivel semántico:

<i>Préstamos y latinismos.....</i>	<i>27</i>
------------------------------------	-----------

<i>Universalización y siglas.....</i>	<i>28</i>
---------------------------------------	-----------

3. Nivel sintáctico:

<i>Nominalización, repeticiones, reformulaciones.....</i>	<i>29</i>
-----------------------------------------------------------	-----------

4. Nivel extralingüístico:

<i>Objetividad, impersonalización y denotación.....</i>	<i>29</i>
---------------------------------------------------------	-----------

<i>Progresión temática.....</i>	<i>30</i>
---------------------------------	-----------

CAPÍTULO 2

2.1 Propuesta de traducción del manual <i>Las psicosis atípicas de la epistemología al tratamiento</i>.....	33
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------

CAPÍTULO 3

3.1 Dificultades léxicas:

<i>Los tecnicismos</i>	171
<i>Las colocaciones</i>	175
<i>Neologismos y extranjerismos</i>	179
<i>Las siglas</i>	183

3.2 Dificultades textuales:

<i>Las nominalizaciones</i>	189
-----------------------------------	-----

3.3 Dificultades pragmáticas:

<i>Reformulaciones</i>	190
------------------------------	-----

RIASSUNTO	195
------------------------	------------

BIBLIOGRAFÍA	207
---------------------------	------------

INTRODUCCIÓN

En este trabajo de investigación se ha decidido presentar el análisis y la propuesta de traducción de unos capítulos del manual didáctico *Las psicosis atípicas y transitorias. De la epistemología al tratamiento* de Luis Jesús Fernández, Germán Berrios y Blanca Yániz de la Universidad de Tudela, Navarra, publicado en 2012. Se trata de un manual técnico-científico de ámbito psiquiátrico dirigido a estudiantes universitarios.

En el primer capítulo, se presentará el análisis del texto de partida, ya que comprender el texto de origen, no solo desde el punto de vista lingüístico sino también extralingüístico, es fundamental a la hora de realizar una tarea de traducción.

A partir del concepto de lenguas de especialidad, se especifican los rasgos principales del lenguaje técnico-científico, con ejemplos concretos y se centra nuestra atención, en particular, en el papel que desempeña la terminología para su identificación, pues como se verá, el lenguaje técnico-científico se distingue por la abundante presencia de tecnicismos.

A continuación, se presentarán algunos intentos de clasificación de las tipologías textuales, destacando el concepto de vínculo interpretativo propio del modelo de Sabatini (1999).

De hecho, el conocimiento de la tipología textual de referencia es indispensable para el traductor especializado, pues el objetivo final de su tarea traductora es lograr la misma función comunicativa del texto original y en definitiva llegar a la equivalencia funcional (según se lee en Nord 2009).

A continuación, se explica en qué consiste la traducción especializada, y cuáles son las competencias que un traductor especializado debe adquirir. En particular, se hace referencia a la competencia lingüística y de documentación.

Al final del primer capítulo se consideran los rasgos típicos del texto técnico-científico con el objetivo de presentar, a partir de ejemplos concretos del texto de partida, los elementos que podrían conllevar problemas de traducción. Desde el punto de vista morfológico se señala la presencia de prefijos, sufijos, tiempos verbales típicos de este

género, indispensables al traductor para la individuación de los tecnicismos y de las unidades terminológicas. Sucesivamente, en cuanto atañe al nivel semántico, se tratarán el léxico, la terminología las siglas y finalmente, en cuanto a la sintaxis, se describe el fenómeno de las repeticiones y el hecho lingüístico relacionado con la progresión temática. En conclusión, se considera la dimensión extralingüística a través de los elementos del texto que denotan objetividad e impersonalización.

En el segundo capítulo, se presenta la propuesta de traducción de los capítulos 5 (*Saliencia y otras explicaciones psicológicas en las psicosis*),⁶ (*Psicosis y trauma craneal*),⁹ (*Psicosis y psicopatología de la corporalidad*) y 11 (*Psicosis agudas y transitorias: aspectos epidemiológicos, clínicos y nosológicos*).

En el tercer capítulo, se expone el análisis de la propuesta de traducción, presentando las tres macrodificultades de traducción más representativas encontradas y las estrategias para su solución: dificultades léxicas (tecnicismos, colocaciones, neologismos y extranjerismos, siglas), dificultades textuales (nominalizaciones) y dificultades pragmáticas (reformulaciones).

CAPÍTULO 1

1.1 Las lenguas de especialidad

Las LE, la dimensión horizontal y vertical

Las lenguas de especialidad (LE), llamadas también lenguajes para (o con) fines específicos son instrumentos de comunicación en un ámbito especializado. Hay muchas aproximaciones teóricas que han intentado ofrecer una descripción de las características principales de estos tipos de lenguajes. En general, podríamos definir una LE como una lengua que presupone la participación exclusiva de los especialistas, por lo que, en este caso quedarían excluidas, por ejemplo, la divulgación o la lengua que emplean los políticos cuando se dirigen a los ciudadanos. A pesar de que la distinción entre lengua común y lenguas con fines específicos no siempre es tajante, podemos afirmar que la característica fundamental es que las lenguas de especialidad se diferencian de la lengua común por la presencia de determinados factores que se discutirán en este capítulo.

El profesor Moreno Fernández (1999) se centra justamente en este aspecto; a partir del concepto de “jerga” hace referencia al conjunto de características lingüísticas específicas de un grupo de hablantes dedicados a una actividad determinada. El autor considera este rasgo como el elemento central de una LE y reconoce diferentes tipos de lenguajes especializados, como por ejemplo, la jerga médica y de la enfermería, la economista y empresarial, la jurídica, la militar, la periodística, la informática etc; relacionado con estas variedades sectoriales, estaría también el “lenguaje científico-técnico”, que presenta una abundante nomenclatura específica.

Sin embargo, no todos los lenguajes especializados comparten plenamente cada rasgo lingüístico, por lo tanto, el autor habla de una “variable en lo invariable” y se centra solamente en las características que se pueden considerar efectivamente comunes a todas las variedades:

- 1) Se trata de variedades especializadas de comunicación formal y funcional entre especialistas de una determinada materia.

- 2) Utilizan la gramática de la lengua común, matizada por ciertos usos que pueden destacar cualitativa o cuantitativamente, así que la base gramatical es la misma de la lengua general como ocurre también con la base fonética-fonológica y prosódica. En cambio, frente a lo que ocurre en el plano fónico y gramatical, el ámbito del léxico sí que presenta numerosos elementos específicos.
- 3) Desde un punto de vista estilístico, ya que se caracterizan por ser utilizados en contextos formales, los rasgos típicos son los que expresan una mayor impersonalidad y una menor implicación afectiva.
- 4) Desde un punto de vista comunicativo, se caracterizan por subordinar lo estético y lo expresivo a lo objetivo y a la eficacia comunicativa.

Asimismo, Blanco Canales (2010), afirma que no es posible trazar límites claros entre las LE y la lengua común, y que fijarse exclusivamente en la dimensión del léxico sería limitado. De hecho, la revisión de los primeros estudios demuestra que en origen el criterio lexicalista se centró sobre todo en la dimensión de la terminología y sucesivamente en la de la morfosintaxis, mientras que las aproximaciones más recientes consideran aún cuestiones pragmáticas y sociocognitivas; de hecho, el criterio funcionalista considera la lengua especial como un subsistema lingüístico que desempeña una función muy específica en la comunicación, mientras que, desde el punto de vista de la pragmática se ha definido como el conjunto de todos los medios lingüísticos que se propone limitar el conocimiento para personas que estudian la misma materia.

Otro punto de vista para una reflexión sobre las LE atañe al reconocimiento de un componente temático (la materia, la terminología) y de un componente social (contexto y finalidades pragmáticas) que permiten analizar las lenguas especializadas a partir de dos niveles de análisis: la dimensión horizontal y la dimensión vertical. La primera se refiere al léxico y a la terminología técnica presentes en el texto especializado, mientras que la segunda se centra en el estudio de la función y de los niveles de especialización de este último. Piñero Alcalá y García Antuña (2009) presentan otras argumentaciones sobre las LE, defendiendo y reconociendo una separación entre estas dos dimensiones.

Asimismo, Hoffman (1987) afirma que la variación horizontal se refiere a la temática tratada y a los recursos lingüísticos empleados, mientras que la variación vertical atañe al lenguaje de la comunicación. Por lo tanto, considerar la dimensión horizontal permite clasificar los ámbitos especializados (las temáticas); en cambio, la dimensión vertical permite identificar los textos especializados en función del grado de especialización.

A continuación, se tratará describir las características generales de una LE, con particular atención al lenguaje técnico-científico. De hecho, fijarse en los elementos básicos de la lengua empleada puede ayudar al traductor a detectar los eventuales problemas y errores que este último pueda encontrar en el desarrollo de su tarea de traducción, con el objetivo de alcanzar la equivalencia en la lengua de llegada.

1.2 Características del lenguaje técnico-científico: la terminología

Como ya se ha dicho en el párrafo anterior, la terminología ha representado durante mucho tiempo el principal objeto de los primeros estudios sobre las LE, ya que es la dimensión que las distingue de la lengua común de manera más evidente.

No todos los lenguajes sectoriales presentan exactamente las mismas características. Por lo que se refiere al lenguaje científico, Rodilla (2005) afirma que la función de este tipo de lenguaje es informar, por lo tanto, sus características principales son la precisión, la neutralidad, la economía, que se obtienen sobre todo a través de recursos como el uso de siglas y símbolos, primeros elementos distintivos de la comunicación científica.

Asimismo, Mena Lorenzo (2008) individua la monosemia como característica distintiva del lenguaje técnico:

En este lenguaje se usa la lengua en su función metalingüística, es decir, para explicarse con un léxico particular, o sea, con un referente único que evite inducir a dos conceptos o realidades diferentes (p.10).

Otras características descritas son la objetividad, la precisión, la claridad y la universalidad.

Asimismo, Castillo Bernal (2016) presenta un resumen de las características principales de este tipo de lenguaje:

- Universalidad;
- Impersonalización;
- Nominalización (utilizar un sustantivo en lugar de un verbo);
- Objetividad y denotación;
- Monorreferencialidad;
- Precisión, economía y claridad;
- Repetición (recurrencia), sustitución, progresión temática;
- Términos, epónimos (del nombre del descubridor);
- Mecanismos de producción de neologismos (neología denominativa);
- Raíz del latín y del griego;
- Prefijos y sufijos;
- Palabras compuestas: disyunción, sinapsia, contraposición, yuxtaposición;
- Elementos léxicos condensados, abreviados (siglas, símbolos);
- Préstamos (latinismos y helenismos adaptados, no adaptados, anglicismos, francesismos, términos del alemán);
- Tiempos verbales (presente y futuro); construcciones modales o condicionales;

Ahora bien, si nos centramos en la dimensión horizontal de una LE es decir en el conjunto de los signos lingüísticos más adecuados para expresar los contenidos propios de un determinado ámbito del saber, podemos afirmar que es a nivel léxico, y sobre todo en la presencia de una terminología especializada, donde se manifiesta claramente el componente temático.

Resulta evidente, por lo tanto, que la terminología representa, quizás, el elemento más importante en este tipo de comunicación, aunque no el único. A este propósito, Cabré (1997) añade que el concepto de terminología presenta diferentes valores. Efectivamente, muy a menudo se usa el término *terminología* con la intención de referirse a la materia o disciplina que se ocupa del estudio de los términos, también denominados unidades

terminológicas. Sin embargo, como subraya la autora, se utiliza el mismo término para indicar la vertiente aplicada de esta materia, práctica que consiste en la recopilación, descripción, edición y normalización de las unidades terminológicas, la cual conduce a diferentes productos terminográficos, entre los que cabe destacar, por ejemplo, los glosarios especializados, también denominados vocabularios técnicos o léxicos especializados. Además, la misma forma se usa para denominar el conjunto de las unidades terminológicas de una disciplina o ámbito especializado; en pocas palabras, el concepto de terminología tiene muchas acepciones diferentes.

En cuanto a los términos especializados que constituyen la terminología, se trata de unidades léxicas que en algunas ocasiones pueden emplearse también en la lengua general o al contrario, palabras que se emplean en la lengua común pueden adquirir un valor especializado. A este propósito se reconocen dos mecanismos de formación: la banalización y la terminologización.

- La banalización se refiere a cuando un término específico se convierta en uno más común, y empiece a ser utilizado en la lengua cotidiana: un término deja de ser un término; o sea, deja de ser empleado por la comunidad de expertos que lo utilizaba y empleado por la gente común, adquiriendo otro valor. Un ejemplo puede ser *demencia*, término procedente de la psicología, pero que hoy en día se utiliza, incluso de manera irónica y/o peyorativa, entre los hablantes comunes. Asimismo, se puede observar un proceso análogo en relación con la sigla TAC (Tomografía Axial Computarizada) que es un término de ámbito médico, pero hoy en día todos los hablantes saben en qué consiste este tipo de examen diagnóstico, ya que se utiliza en el lenguaje cotidiano.
- La terminologización, en cambio se refiere al proceso por el que un término de la lengua general adquiere otro significado en un ámbito particular. El nuevo significado se fija con el consenso de la comunidad de expertos y se establece en glosarios, bases de datos terminológicas, diccionarios especializados, etc. Es el caso de *severo*, que en su sentido general significa:

(Del lat. *sevērus*) 1. adj. “Riguroso, áspero, duro en el trato o castigo. (DLE)

Sin embargo, hoy se utiliza en psicología o en la medicina en general para referirse al grado de gravedad de una enfermedad.

De la misma forma, Ahmad et al. (1985) señalan tres casos de formación de palabras:

1. un término de un lenguaje de especialidad extiende su uso a la lengua general, por ejemplo “parámetro” (matemáticas) o “paranoico” (psicología); en efecto, parámetro viene del ámbito técnico de las matemáticas pero hoy en día todos sabemos su significado y lo utilizamos en varios contextos, ya que forma parte la lengua común.
2. Una unidad léxica de la lengua general es adoptada por un lenguaje de especialidad, por ejemplo “window/ventana” o “mouse/ratón” (tecnología de la información/ informática); es decir, “ventana” se adopta refiriéndose no sólo a las ventanas de nuestra casa, sino también para indicar la pantalla del ordenador.
3. Un lenguaje de especialidad adopta un término perteneciente a otro lenguaje de especialidad, por ejemplo “virus” (microbiología/ tecnología de la información) o “morfología” (biología/ lingüística). En pocas palabras, el virus se refiere a una enfermedad en ámbito microbiológico, pero al mismo tiempo se utiliza muy a menudo para indicar eventuales problemas en el funcionamiento del ordenador.

Así pues, si consideramos que la terminología es el elemento más distintivo en un texto especializado de tipo técnico-científico, conocer los mecanismos de formación de palabras permite al traductor identificar los términos técnicos al fin de alcanzar la perfecta equivalencia terminológica en la lengua meta.

Sin embargo, si la terminología es el primer elemento fundamental para comprender la estructura de una LE, el componente vertical representa su segunda dimensión. De hecho, la dimensión vertical se relaciona con los factores interpersonales y las intenciones comunicativas relativas a una determinada situación, y resulta igualmente importante para poder determinar con suficiente seguridad el tipo de comunicación y la función del texto. Esta función, como ya se ha dicho, determina formas lingüísticas y soluciones diferentes, por ejemplo, la necesidad de informar y explicar se manifiesta en periodos largos y articulados, uso de conectores lógicos, secuencias descriptivas etc.

El texto científico, cumple una función representativa o asertiva, afirmando ciertos conceptos teóricos o describiendo el desarrollo de un experimento con el objetivo de informar a la comunidad científica sobre los resultados de una investigación, persuadir sobre la validez de una teoría o de un procedimiento, etc.

El nivel de especialidad de un texto depende del contexto comunicativo y del papel social de los hablantes; se reconocen tres situaciones diferentes (i) la comunicación entre los especialistas, (ii) la comunicación entre los especialistas y los semi-especialistas y (iii) la comunicación entre los especialistas y el público.

El manual que nos proponemos traducir se coloca en el segundo contexto, ya que el autor del texto procede de una comunidad de expertos, mientras que el público de referencia está constituido por semi-especialistas; además, se trata de un texto con un enfoque didáctico, utilizado para la formación de los futuros expertos.

1.3 La clasificación del texto científico de Sabatini y el vínculo interpretativo

Como se puede apreciar de los párrafos anteriores, es imprescindible considerar el tipo de texto y la función que este desarrolla no solo para una correcta interpretación de la obra, sino también para elegir la macroestrategia que guía nuestra tarea de traducción.

Beaugrande y Dressler (1981), en el ámbito de la lingüística textual, se han ocupado de definir los criterios básicos para la realización de un texto. De hecho, a estos dos autores se debe el reconocimiento de los siete criterios para la definición de texto:

Cohesion is affected when surface structures are shared or borrowed among separate texts. **Coherence** of a single text may be evident only in view of the overall discourse. **Intentionality** is shown in the goal-directed use of conversation, and **acceptability** in the immediate feedback. The role of **situationality** is particularly direct, and the whole organization illustrates **intertextuality** in operation. The selection of contributions to conversation can be controlled by the demands of **informativity**. (1981, p.4).

Sin embargo, no nos detendremos en la definición de texto que es una cuestión muy compleja, sino en esta sección se presentarán unas de las clasificaciones sobre las

tipologías y los géneros textuales, elementos más significativos a la hora de realizar una tarea de traducción especializada.

A este propósito, Beaugrande y Dressler (1984) presentan también una clasificación sobre las tipologías textuales en relación con los siete criterios de textualidad. Los autores identifican una característica textual representativa por cada tipo textual.

- Texto narrativo: cohesión.
- Texto descriptivo: coherencia.
- Texto poético: intencionalidad.
- Texto argumentativo: aceptabilidad.
- Texto expositivo: informatividad.
- Texto prescriptivo: situacionalidad.
- Texto didáctico: intertextualidad.

Por su parte, Werlich (1975) propone una clasificación diferente. El autor clasifica los textos en cinco géneros según su función: narrativo, descriptivo, argumentativo, expositivo y prescriptivo. Refiriéndose a dos parámetros fundamentales: por un lado, el conocimiento que tiene el autor de la realidad o de los conceptos que quiere representar y, por el otro, la intención del emisor de llamar la atención del destinatario en los hechos descritos.

Por el contrario, Alexandra Alexopoulou (2010), después de una primera introducción sobre el texto y la lingüística textual, la autora en su artículo se centra en la diferencia entre género y tipo textual. Según la autora, los géneros pertenecen a una tradición, y por lo tanto son sujetos a variación, mejor dicho, pueden cambiar y desarrollarse para responder a los cambios sociales (es lo que explica la aparición de géneros nuevos, como los géneros electrónicos: chat, foro de discusión, e-mail). En cambio, los tipos textuales son realidades abstractas, lingüístico-comunicativas, en principio invariables y constituyen un repertorio cerrado de formas, según las particularidades de cada tipo.

El conocimiento de los géneros discursivos le permite al lector, pero también al traductor que se acerca a una tarea de traducción, descubrir las estructuras textuales (esquema y

contenido textual) que sirven de soporte al texto, le da instrucciones acerca de cómo interpretar el mensaje.

Otro trabajo muy interesante desde esta perspectiva es el de Suau Jimenez (2016); la autora tiene el objetivo de evidenciar las características genéricas o estructurales recurrentes según el género textual o tipo de texto escrito o oral establecido en función de objetivos comunicativos académicos, profesionales o de mera interacción social. Además, la autora se centra en el análisis del registro a través del cual un género se manifiesta a nivel fonético, morfosintáctico y léxico semántico. Según este enfoque, el género textual está determinado por el contexto socio-cultural, mientras que el registro por el contexto situacional. Además, el análisis del género permite establecer para cada tipo de texto unos patrones formales compuestos por funciones retóricas que varían según el propósito comunicativo del texto.

Asimismo, desde la perspectiva pragmática, Brinker (1999) propone cinco funciones textuales de las que se derivan distintos tipos textuales con sus correspondientes géneros; el autor individua una función textual (informativa, de contacto, apelativa, obligativa, declarativa), con la que corresponde un tipo textual (informativo, de contacto, apelativo, obligatorio, declarativo), con los que corresponden los géneros.

- Función informativa: la noticia, el informe y la reseña.
- Función de contacto: agradecimiento, condolencias.
- Función apelativa: aviso, comentario, ordenanza.
- Obligatoria: contrato, garantía, compromiso.
- Declarativa: testamento, bautismo.

Finalmente, la clasificación propuesta por Francesco Sabatini (1999) insiste en dos elementos principales:

- 1) el texto, entendido como un acto de comunicación que se verifica entre un emisor y un destinatario (pacto comunicativo);
- 2) el vínculo interpretativo que representa las posibilidades de interpretación del lector del texto. Este vínculo cambia según la tipología textual.

En pocas palabras, el autor se centra en la intención comunicativa por parte del emisor dirigida al destinatario y en su respectiva interpretación, desde una perspectiva prevalentemente funcionalista.

Debido a la centralidad del vínculo comunicativo que se establece entre autor y lector, se ha decidido acudir al modelo propuesto por Sabatini (1999) quien explica que los textos se dividen en textos más vinculantes, medianamente vinculantes y poco vinculantes; esta clasificación resulta muy interesante a la hora de traducir porque el traductor debe mantener el mismo pacto y el mismo vínculo que el texto de partida en su traducción. Por lo que se refiere a los textos muy vinculantes, Sabatini considera los textos normativos/legislativos con función prescriptiva y los textos técnicos-operativos con función instrumental y de reglamentación (por ejemplo, los textos jurídicos, científicos y técnicos).

En cambio, los textos medianamente vinculantes son generalmente los textos expositivos con función explicativa y argumentativa y aquellos textos informativos que tienen una función informativa. (de estudio y de divulgación).

Por último, los textos narrativos como la poesía y la prosa, que tienen función expresiva son menos vinculantes desde este punto de vista. El vínculo comunicativo no es tan fuerte porque la interpretación del destinatario es típicamente más libre y no vinculada estrechamente a la del emisor como en los casos anteriores.

Además, Sabatini reconoce una serie de rasgos característicos de cada tipología textual que cambian justamente en relación con la fuerza del vínculo interpretativo. En este sentido, el autor define unos rasgos de rigidez y de flexibilidad. La característica principal de la rigidez es el hecho de ser explícita, ya que el lector debe llegar a la misma interpretación que propone el emisor. En cambio, los textos flexibles son más implícitos dada su interpretación más libre, así que el lector en esta segunda tipología tiene la posibilidad de interpretar de manera diferente con respecto al autor. Dichos rasgos atañen a todos los niveles de análisis: el léxico, el sintáctico, el morfológico, etc..

Más en concreto en los textos muy vinculantes:

- las frases son breves y generalmente presentan un solo concepto;

- el punto y el punto y coma no interrumpen nunca la frase;
- las frases están organizadas en párrafos;
- no hay metaforizaciones;
- no hay expresiones enfáticas, ni frases interrogativas o exclamativas;
- se prefiere la repetición en vez de la sustitución con sinónimos;
- tecnicismos.

Por lo que se refiere a los textos técnico-científicos en particular (objeto principal de la presente tesis), se presentan los siguientes rasgos típicos:

- el orden de los bloques de frases, mejor dicho, la cohesión en el uso de conectores y enlaces sintácticos;
- el establecimiento de conceptos de partida. Generalmente, se presenta una tesis inicial y luego el desarrollo, con eventuales conclusiones;
- definiciones, explicaciones de los términos claves;
- fórmulas (con símbolos y números), tablas y gráficos; cohesión, conectores de tipo lógico y secuencial;
- repeticiones, procedimientos de sustitución lexical, hiperónimos;
- atención en la puntuación;
- prevalencia de la construcción pasiva con la intención de fornir una mayor objetividad;
- ejemplos para ilustrar el discurso;
- variedad de los caracteres tipográficos para llamar la atención y facilitar el aprendizaje;

1.4 El manual científico

El manual objeto de nuestra investigación, después de una primera introducción sobre las psicosis y la psiquiatría en general, presenta en cada capítulo la descripción de un trastorno concreto y se centra en el desarrollo de la enfermedad y en los tratamientos para su regresión, a partir de un análisis de los síntomas. El manual tiene 374 páginas y se articula en 13 capítulos, cada uno de los cuales presenta los siguientes componentes

estructurales: introducción, desarrollo y conclusiones (de acuerdo con la estructura típica de un manual didáctico). Al final de cada capítulo se presenta la bibliografía fundamental. Desde el punto de vista léxico y sintáctico estos tipos de textos resultan muy técnicos, precisos, concisos y sistemáticos. Se procede por descripción, argumentación, clasificación y evaluación de los resultados.

Como ya hemos dicho en otros lugares del texto, al tratarse de un texto didáctico escrito por parte de profesores universitarios, podemos afirmar que se trata de un texto especializado dirigido a semi-especialistas, realizado para la comunicación entre especialistas y semiespecialistas en el ámbito de la psiquiatría.

Por lo tanto, en esta sección se ha decidido tratar los rasgos típicos de la tipología textual del manual técnico, a la que el manual objeto de nuestra investigación pertenece.

En general, un texto especializado, así como la LE, se caracteriza por el empleo de un conjunto de recursos lingüísticos y pragmáticos y por la participación de especialistas. La especialidad consiste en el hecho de que se trata de una materia técnica y que contiene elementos diferenciales respecto de los textos considerados generales; puede tratarse de distintos niveles de especialización y con objetivos distintos en cuanto al efecto que se desee causar en el público receptor.

Para determinar qué es un manual especializado, merece la pena considerar un estudio publicado por Giovanni Parodi (2010), en este artículo se explican los resultados de una investigación desarrollada con 126 manuales recogidos como parte del corpus PucV-2006 del español y pertenecientes a dos áreas del conocimiento (ciencias básicas y de la ingeniería, y ciencias sociales y humanidades) y a cuatro disciplinas científicas: Trabajo social, Psicología, Química industrial y Construcción civil.

Parodi introduce el término “macromovida”, a partir del concepto de movida retóricas elaborado por Swales (1981, 1990, 2004):

El análisis de las movidas de un género busca determinar los propósitos comunicativos de un texto por medio de la categorización de diversas unidades de acuerdo a la identificación de los propósitos comunicativos particulares de cada una de ellas [...]. (p.40)

En particular, el objetivo es subrayar la disciplinariedad como rasgo distintivo entre los manuales de las dos áreas y se revela cómo se comunica y difunde la ciencia en contextos universitarios. De hecho, se ha reconocido que cada disciplina tiene rasgos específicos, ya que los resultados indican que existen patrones de variación entre las macromovidas, movidas y pasos en relación con cada disciplina del corpus.

De hecho, el concepto de macromovida es significativo ya que la organización singular de las movidas de un género es la propiedad que lo hace tal y lo distingue de otros:

esta organización global es controlada por los propósitos comunicativos subyacentes, los que se van articulando progresivamente en un todo que se realiza de forma lingüística (p.46).

Por lo tanto, el análisis de la estructura funcional de la tipología del manual revela una organización compleja en niveles múltiples, lo cual exige distinguir un macropropósito que engloba un conjunto de movidas más específicas y, a su vez, “pasos” más detallados; el autor señala los “pasos” como la subcategoría dentro de la movida. Esta organización mayor también permite distinguir componentes nucleares y componentes satelitales del género en estudio.

Las macromovidas individuales son: preámbulo, conceptualización, ejercitación y corolario.

A través de la macromovida, y de sus correspondientes movidas y pasos, se expone a los estudiantes un conjunto de definiciones, explicaciones y descripciones técnicas, presentando gradualmente los nuevos contenidos con ejemplificaciones y ejercicios. Muy a menudo, se individua la reformulación del núcleo temático, pues se cierra la macromovida con una recapitulación en que se ofrece un resumen.

Asimismo, en la revista de Literatura y Lingüística N° 17, p. 243-265, (2006) se propone otro estudio sobre los manuales técnicos de áreas disciplinares distintas;

Los resultados finales parecen confirmar la idea de que la presencia comparativamente relevante de nominalizaciones es un rasgo caracterizador del discurso técnico. En cuanto al tipo de sufijos, se constata una evidente preferencia por los sufijos –ción/–sión en todas

las áreas. En realidad, los autores individualizan once sufijos derivacionales deverbales: -miento, -ción (-sión), -dura (-dora), -aje, -dero, -nte, -ado (-ido), -dor.

Otro elemento fundamental en la tipología del manual didáctico se refiere a la organización del paratexto. Se define *paratexto* el conjunto de aquellos elementos, postulados o expresiones que complementan el contenido principal de un texto. Su finalidad es aportar más información sobre la obra en cuestión y organizar su estructura. El título y los subtítulos de un libro son considerados como paratextos, al igual que un prólogo, las dedicatorias, un índice, las notas al margen. Por esta razón los paratextos son fundamentales para organizar, planificar y simplificar la exposición dirigida a los semiespecialistas: como se trata de un manual, los elementos paratextuales son fundamentales para mejorar la explicación.

Alvarado (2010) indica como parte del paratexto los siguientes elementos:

Los títulos se destacan por su ubicación, por la distancia que los separa del resto del texto o por tipo de letra o subrayado. La disposición en párrafos, el escrito en los márgenes, las notas o anotaciones (p.57)

Además, la autora señala la importancia de los asteriscos, los números insertados, sobre o al nivel de la línea, comillas, paréntesis, guiones, signos de puntuación que se utilizan para jerarquizar las ideas e indicar la distancia o el grado de compromiso que tiene el que escribe con la información que está comunicando.

Por lo tanto, a partir de estos criterios, el objetivo del presente capítulo es identificar la presencia de todas estas características en nuestro manual de estudio para un análisis más apropiado del texto de partida.

Por ejemplo, en lo que atañe al nivel de la tipografía, el título del capítulo principal siempre se encuentra sin negrita; introducción, desarrollo y conclusión están siempre mayúsculas en negrita del mismo tamaño que el título principal. El uso de mayúsculas o minúsculas, en negrita o no, señala la importancia de los elementos tipográficos, que son esenciales para poner la atención en las explicaciones de conceptos del manual didáctico técnico.

Una particularidad del manual objeto de nuestra investigación está representada por la elección de poner la bibliografía al final de cada capítulo en vez que al final del manual, pues los autores quieren que los asuntos relativos a cada cuestión sean bien identificables. Además, las notas también son típicas en este tipo de lenguaje, ya que son uno de los elementos que ayudan a denotar el carácter universal del texto y a corroborar las tesis propuestas a través de la citación de las fuentes.

Lo mismo ocurre en el tratamiento de los gráficos, como se ve en el capítulo 6, donde se pueden apreciar. Existen abundantes tablas y gráficos numerados que ilustran los resultados de las investigaciones desarrolladas sobre el trauma craneal de varios pacientes. Dado que la traducción y el texto original están alineados, he tenido que pensar dónde colocar dichos gráficos sin quitarlos, ya que son parte integrante de la explicación científica.

1.5 La traducción especializada

Por lo que se refiere a la tarea de traducción, para que el traductor especializado pueda cumplir con su trabajo es necesario que el texto que produce funcione en el entorno del destinatario; en otras palabras, el texto meta tiene que ser equivalente desde el punto de vista funcional. Con la finalidad de obtener la equivalencia, el traductor tiene que adquirir unas competencias traductorales muy heterogéneas. En otros lugares del texto ya se ha presentado la terminología en el ámbito de la descripción de las características de los textos técnicos-científicos. Sin embargo, la terminología desarrolla también un papel muy importante a la hora de efectuar una tarea de traducción.

De hecho, entre las competencias de un traductor especializado, destaca también la capacidad de saber distinguir entre término y palabra. Ya sabemos que el término se relaciona con un concepto, mientras que la palabra se refiere a la dimensión lingüística.

Por ejemplo, en la traducción del manual de estudio, se ha encontrado muchas veces *agrupamiento*. En su sentido general *agrupamiento* significa:

Acción y efecto de agrupar o agruparse (DLE).

Sin embargo, si consideramos *agrupamiento* como un término, por ejemplo en este caso de ámbito psicológico, este hace referencia a una particular forma de clasificación en nosología; en efecto, más adelante en este texto, se habla de

agrupamiento de síntomas, síndromes, enfermedades y lesiones (p.131).

Sobre la importancia de la terminología en relación con la traducción especializada, Cabré (2004) afirma:

Cada unidad lingüística terminológica corresponde a un nudo cognitivo dentro de un campo de especialidad, y el conjunto de dichos nudos, conectados por relaciones específicas (causa-efecto, todo-parte, contigüidad, anterioridad-posterioridad, etc.) constituye la representación conceptual de dicha especialidad. (p.9)

De hecho, en nuestro manual de estudio también se muestra que casi nunca los términos aparecen aislados. Al tratarse de una unidad lingüística, la traducción de las palabras aisladas sin duda será diferente con respecto a la de toda la unidad. En numerosos casos, dicha unidad está formada por dos o más palabras, como por ejemplo:

efecto patoplástico de la personalidad, invariable subyacente, análisis factorial, análisis de cluster, análisis discriminante, objeto invariante, objeto trans-epistémico, lesión neurobiológica, teoría taxonómica, modelo de enfermedad anatomo-clínico, enfoque de bajo-arriba o ascendente, taxonomía descendente, cúmulo sintomático, observación de cluster y covarianza-síntoma, enfermedad simple. enfermedad compleja, clasificador de sofá, facultad del cerebro involucrada, perturbación de experiencia, disfunción del juicio, discapacidad de la razón, locura consecuyente, entidad monolítica, estudio longitudinal, disrregulación de la saliencia, fase prodrómica de Trema, fase apofánica (paranoide), fase apocalíptica (catatónica), fase de consolidación, estado residual, daño axonal etc..

Parece evidente que el valor de una unidad terminológica en uno y otro contexto de trabajo es notoriamente distinto. Como hemos tratado en otros lugares del texto, ya que la terminología constituye la base de comunicación entre los especialistas, el traductor especializado actuando de mediador, se convierte necesariamente en una especie de especialista y por lo tanto debe actuar como tal en la selección de los términos.

De manera análoga, es fundamental que, antes de empezar la tarea de traducción, el traductor se documente a través de la consulta de diccionarios generales y especializados, foros, revistas, sitios de ciencia, bases de datos terminológicas etc y sepa distinguir las fuentes fiables de las que no lo son; el trabajo del traductor especializado es activo y en continua evolución. Como afirma Nord (1993):

La intuición en que se basan los traductores profesionales (...) se deriva de la experiencia de muchas traducciones anteriores. Así que la intuición no se tiene, sino que se adquiere, y en la adquisición sí se deben y concurrir razonamientos, reflexiones y aun la investigación científica. (p. 99)

Sucesivamente, tras la fase de documentación y la creación de su propio vocabulario personal sobre la materia, el traductor especializado debe saber individuar el género y el tipo textual al que pertenece el texto objeto de su tarea, a fin de alcanzar la perfecta equivalencia no sólo terminológica, sino también funcional. Como afirma Sanchez Trigo (2005):

La profundización en la investigación sobre el género, para obtener datos sobre los rasgos convencionales de aquellos géneros más relevantes, sigue siendo fundamental para poder extraer conclusiones representativas sobre el funcionamiento de los mismos en diferentes lenguas y culturas. (p.12)

En este sentido, una perspectiva muy interesante resultaría la presentada por la investigación sobre corpus aplicada a la traducción, realizada por parte del grupo CTS (Corpus Translation Studies, 2019), que ha señalado el modelo de la Estilística Funcional en el marco de la importancia del análisis del texto de partida, como base para la realización de una traducción de calidad. Este modelo evidencia tres parámetros básicos que guían el análisis textual:

a) Considerar los textos como unidades comunicativas que se producen en situaciones comunicativas de diversa naturaleza marcadas social y culturalmente.

b) Establecer una serie de parámetros, presentes en los textos a través de unos marcadores, que permiten analizar las características estructurales y funcionales de dichos textos.

c)Aportar datos sobre las estrategias comunicativas propias de cada situación, en diferentes lenguas, lo que forma parte de la competencia textual que los traductores profesionales necesitan. (p.13)

En conclusión, los conocimientos teóricos, la competencia lingüística en ambos idiomas, el análisis textual y su permanente trabajo de actualización, le permiten al traductor tanto una práctica profesional de calidad como una justificación de las opciones y estrategias utilizadas durante el proceso de creación de un nuevo texto a partir de uno preexistente, en otra lengua y cultura.

En el próximo párrafo, se explicará más en detalle en qué consiste la traducción especializada de tipo técnico-científico, con ejemplos procedentes del manual objeto de investigación de la presente tesis.

1.6 La traducción del texto científico

Según el modelo de clasificación textual propuesto por Sabatini (1999), el manual didáctico es un texto medianamente vinculante, de ahí que en el proceso de traducción sea necesario respetar el vínculo interpretativo reconocible en el texto de partida.

En esta sección, se enumeran las características del texto científico, que hemos solo mencionado en el párrafo 1.2, utilizando unos ejemplos concretos procedentes del presente manual, que demuestran su pertenencia a dicha tipología.

Primero, desde el punto de vista morfológico se presentarán los prefijos, sufijos, los tiempos verbales. Sucesivamente, por lo que se refiere a la semántica, se tratarán el léxico, la terminología, las siglas y finalmente, en cuanto a la sintaxis, las repeticiones y el fenómeno de la progresión temática. En conclusión, se considerará la dimensión extralingüística presentando los elementos del texto que denotan objetividad y la impersonalización.

1. Nivel morfológico:

Prefijos, sufijos y palabras compuestas

Los prefijos y sufijos del latín y griego son muy frecuentes en el lenguaje científico, tanto como las palabras compuestas:

Bio-lógico, etio-lógico, dis-rregulación, dopa-minérgico, meso-límbico, fase prodrómica, fase apo-fánica, apo-calíptica, psicosis a-típicas, neuro-biológicos, psico-patología, equizo-frenia, hipo-condriaca, pre-disposición, a-mnesia, post-traumática, para-noide, trastorno sensorio-motores, epi-lépticas, peri-natales, bi-lateral, anti-depresivo, neuro-léptico, para-frenia, cortico-sub-cortical, a-fectación, estructura parieto-temporal, fronto-parietal, hipo-maniaco, in-motivado, hipo-acusia, neuro-sensorial, dis-funcion, maniaco-depresiva, epi-stemológico, arque-tipo, psico-logico, in-variante, anti-nosologico, trans-epistemico, taxo-nomica, etc.

Prefijos como *bio-*, *etio-*, *dis-*, *apo-*, *a-*, *para-*, *arque-*, *taxo-*, *anti-* vienen del griego. En cambio, *pre-*, *sub-*, *neuro-*, *trans-* vienen del latín.

Por lo que se refiere a los sufijos, los más frecuentes son *-ción*, *-izar*, *-ificar*, *-ismo*, *-ico*, *-oma*, *-ia*, *-al*, *-oide*. Otros pueden ser *-isis*, *-otis*, *-acea*, *-idad*. Por ejemplo, *orgán-ico*, *psicológ-ico*, *crón-ico*, *taxonóm-ico*, *epistém-ico*, *nosológ-ico*, *biológ-ico*, *lesi-ón*, *clasificar*, *categor-izar*, *diferenc-iar*, *degeneraci-ón*, *cef-alea*, *paran-oide*, *disrregulaci-ón*, *axon-al*, *psic-osis*, *comorbil-idad*, *anheudon-ia*, *traumat-ismo*, *protuberanci-al*, *hemat-oma*, *ansiedad*, *cervicalg-ia*, *neurosensori-al*, etc.

En lo que atañe a los compuestos pueden obtenerse por disyunción, sinapsia, contraposición o yuxtaposición.

- **Disyunción:** lexía compuesta en la que los dos elementos participantes no se han soldado gráficamente; se verifica la lexicalización del conjunto. Por ejemplo, *explicación conductista*, *explicación cognitiva*, *origen genético*, *modelo atribucional*, *daño axonal*, *factores endógenos*, *cúmulo sintomático* etc.
- **Sinapsia:** la unión de los miembros es sintáctica, de ahí la dificultad para determinar la lexicalización. El significado es único y constante.

- Contraposición: los dos elementos se presentan unidos por un guión. Se mantiene la acentuación original: no hay lexicalización total. Por ejemplo, *anti-nosológico, covarianza-síntoma, enfermedad anatomo-clínica, maniaco-depresivo, anti-locacionista, fronto-parietal, post-psicótica etc.*
- Yuxtaposición: la fusión gráfica de los componentes, la lexicalización y la gramaticalización son totales. Por ejemplo, *patoplástico, neurobiológico, dopaminérgico, mesolímbico, esquizofreniforme etc.*

Tiempos verbales

Los tiempos verbales que se utilizan mayormente son el presente y el pasado, con la intención de mostrar datos, explicar teorías y resultados actuales. Sin embargo, se utilizan muy a menudo condicionales y futuros. En la revista en línea Infomed (2010), tratando de redacción científica, sobre el uso del pasado en los textos técnicos, se explica:

- Las observaciones y los procedimientos terminados se describen en tiempo pasado (*fue, fueron*).
- Las directrices, conclusiones, generalizaciones y referencias a condiciones estables se establecen en tiempo presente (*es, son*).
- La descripción de sucesos completados antes de un cierto momento del pasado se detallan en copretérito: *Jones había completado sus estudios del metabolismo anaerobio cuando inició su investigación sobre la toxicidad del cobre.*

De hecho, en el manual objeto de nuestra investigación, se afirma muchas veces que el sector de las psicosis atípicas está poco estudiado, por lo tanto no hay nada cierto. Por eso, ya que la ciencia es universal y en continua evolución cada vez que se propone una teoría siempre se admiten nuevos resultados y avances. Otros tiempos verbales, que se utilizan muy frecuentemente en el lenguaje técnico-científico, son el futuro y el condicional; en realidad, como se afirma en la misma revista (Infomed, 2010), en dicha tipología textual el uso del condicional y del futuro tiene casi siempre un valor modal más que temporal:

El uso meramente temporal es poco frecuente. Vale aún más para el condicional compuesto, que sobre todo es usado para transmitir significados modales (Bosque y Demonte, 1999;

Real Academia, 2009). Según el contexto, puede referir a diferentes puntos en una línea temporal. No sólo sirve para expresar el futuro dentro del pasado, sino también para indicar acciones presentes o futuras. A esta referencia temporal, a menudo se añaden significados modales.

Por ejemplo, en el manual objeto de nuestra investigación, un ejemplo del uso modal del condicional es el siguiente:

algunos autores propugnan, como ya se ha dicho, sustituir el término esquizofrenia por el de Síndrome de disregulación de Saliencia SDS (Van Os, 2009), que *constaría* de tres subtipos...[1]. (p.145)

2. Nivel semántico:

Préstamos y latinismos

Asimismo, cabe subrayar la presencia de abundantes latinismos y abreviaciones. Por ejemplo, “Nielsen *et al.*” “Guerreiro *et al.*” viene del latín *et alii*. Además, el latinismo *ab extra* que se adopta muy frecuentemente en español en el lenguaje académico. En cambio, *déficit* es un ejemplo de préstamo parcial.

La palabra *saliencia*, que todavía no está actualizada en el DLE, es un préstamo adaptado del inglés *salience*. Lo mismo pasa con *noxae* que viene del latín con su terminación “ae”, y *vesania*, *vesaniae*.

Se han podido documentar también préstamos del francés; por ejemplo, *debut* del cuadro psicótico viene del francés *début*, que en español significa “comienzo”:

El lapso de tiempo entre el trauma craneal y el *debut* del cuadro psicótico, el perfil sintomático de los episodios. (p.177)

Además, hay otros casos en los que se presentan citaciones completas en este idioma. Cuando se presentan los estudios de Ey, por ejemplo:

Ey definiò la psicosis como un *mouvement de regresión* a formas arcaicas y primitivas de vida mental. (p.40)

Ey apoyaba la existencia de un *monopsychose*” [...] (p.70)

[...] del mismo mecanismo (*il y a une certaine unité dans la désorganisation de l'être psychique*)”. (p.89)

Universalización y siglas

En el discurso científico se utiliza usualmente el inglés (lengua primaria de la ciencia) como lengua vehicular.

De hecho, el lenguaje técnico-científico suele adoptar préstamos de diferentes lenguas. Este factor permite la creación de una terminología especializada a nivel internacional, ya que cada lengua traduce o adapta estos términos. Al analizar el texto de partida, se denota que el español generalmente prefiere utilizar el calco mientras que el italiano adopta préstamos más frecuentemente; por ejemplo, en el caso de *deficit* (que en italiano se encuentra siempre de la misma forma), en español se convierte en *déficit*, *déficits* etc. De hecho, Rodríguez González (2002) ha señalado que el uso de extranjerismos en el español, y sobre todo de anglicismos, siempre ha recibido resistencia tanto de lingüistas y lexicógrafos como de instituciones sociales y políticas.

Además, hay que destacar el uso de las siglas que pueden variar en cada lengua, o incluso no existir en la lengua de llegada. En los capítulos de este manual, las siglas encontradas son DSM-V, SDS (síndrome de disregulación de la saliencia), ICD-10, TAC, EEG, TCE, PAYT, NARP, SCH.

Sin embargo, desde el punto de vista extralingüístico, los autores citan continuamente la bibliografía de referencia a través de las notas; en efecto, por cada término está indicado de dónde viene, debido a la tipología y a la función del texto. Por ejemplo, como se explica en la primera nota, que el concepto en la base del manual que es el de “Psicosis Unitaria” viene del inglés *unitary psychosis*, y que se traduce al italiano con *psicosi unica*, al francés con *Monopshychose* o *Psychose unique*, citando siempre las fuentes bibliográficas.

Lo mismo pasa con el término *locura* que se traduce con *insanity*, *folie*, *pazzia* o *Wahnsinn*. De hecho, en la primera nota se lee:

Durante el siglo XIX, el término locura (insanity, folie, pazzia o Wahnsinn) fue remplazado por “psicosis”. (p.87)

3. Nivel sintáctico:

Nominalización, repeticiones, reformulaciones

El lenguaje técnico-científico emplea con más frecuencia estructuras nominalizadas (Boletín Literatura y Lingüística N°17, 2006) como en: *la descripción de síntomas, la modificación, a través del estudio, por la inexistencia de un test objetivo* etc.

Por lo que se refiere a las repeticiones, los términos clave suelen repetirse, como en el caso de *psicosis, trastorno, disturbo, enfermedad, trauma* etc .

Como posibles factores de riesgo se han estudiado los previos al *trauma*...los propios del *trauma*...y los que tienen que ver con complicaciones derivadas del *trauma*...El lapso de tiempo entre el *trauma* craneal y el debut del cuadro psicótico... (p.123)

Las *explicaciones* psicológicas que han sobrevivido...sean las *explicaciones* cognitivas...podemos dividir estas *explicaciones* en varios grupos... (p.119)

En lo que atañe a las reformulaciones: *es decir, resumiendo etc:*

Los pacientes recurren a interpretaciones que les ofrece su medio cultural, así *como a sus propias preocupaciones y esperanzas para dar sentido a lo que no parece tenerlo*. Es decir, y resumiendo, desde este punto de vista, *las ideas delirantes son interpretaciones racionales de experiencias inusuales*. (p.170)

4. Nivel extralingüístico:

Objetividad, impersonalización y denotación

Nunca se utilizan connotaciones afectivas y subjetivas. La función es referencial e informativa, por lo que el discurso se desarrolla de manera lógica y secuencial a través del uso de los conectores *por esta razón, asimismo, adicionalmente, en acuerdo con, en cuanto a, por último* etc.

Además, se utilizan frecuentemente verbos como *demostrar, señalar, existe evidencia* y se suele expresar opiniones con el empleo de la personificación *el estudio demuestra, el libro estudia, el documento examina* etc. La monorreferencialidad es otra característica, cada término es monosémico y no resulta intercambiable. La adjetivación es siempre especificativa, es decir, no tiene un valor estético, puesto que su objetivo es el de explicar claramente el tema de estudio: *demencia precoz, psicosis unitaria, historia conceptual, expresión clínica, clasificaciones naturales, objeto invariante, fuerza cognitiva, orden natural, necesidad práctica, taxonomía médica, criterio etiológico, medicina hipocrática, trastorno maniaco-depresivo* etc.

Por último, el discurso tiene que resultar siempre preciso, conciso y claro.

Progresión temática

La progresión temática se define como el mecanismo por el que se organiza el desarrollo de la información en un texto. Se presenta un tema y progresivamente se va añadiendo información nueva a la ya conocida por el contexto. Por ejemplo:

Los pacientes presentarían *unos déficits cognitivos* que les impedirían distinguir entre las acciones...*La mayoría de los síntomas psicóticos se podrían explicar por tres déficits cognitivos: a) una incapacidad para generar... b) una incapacidad para monitorizar acciones voluntarias...; y c) una incapacidad para monitorizar las creencias...* (p.190)

La incapacidad para reconocer [...] estos déficits serían consecuencia de la desconexión [...] (p.191)

Lo mismo ocurre en el caso de:

Las explicaciones cognitivas, que son las únicas que han procurado no entrar en conflicto con un origen genético o biológico a nivel etiológico. Podemos dividir estas explicaciones en varios grupos: a) Aquellas que presuponen que el razonamiento no está alterado; b) aquellas que consideran el razonamiento está alterado; c) aquellas basadas en la Teoría de la Mente; d) aquellas que suponen que el psicótico presenta un modelo atribucional característico; y e) modelos integrativos. (p.150)

Así se puede observar como cada vez que se introduce un concepto nuevo se le otorga una definición, seguido por los elementos que lo constituyen, y al final, una explicación de cada punto en el detalle.

CAPÍTULO 2

Propuesta de traducción del manual *Las psicosis atípicas o transitorias. De la epistemología al tratamiento.*

PRÓLOGO

El concepto y clasificación de las psicosis sigue siendo un problema sin resolver en psiquiatría. La clasificación “binaria” actual (esquizofrenia y enfermedad maníaco depresiva) es disfuncional y poco sólida desde el punto de vista clínico. En cuanto a lo primero, porque no puede captar muchas formas de locura contempladas en la práctica clínica; en cuanto a lo segundo, porque desde la época de Kraepelin los límites entre esquizofrenia y enfermedad clínica maníaco depresiva no han sido del todo claros. En otras palabras, el fantasma de la “psicosis unitaria” sigue todavía presente en este campo de investigación. Los últimos trabajos llevados a cabo en genética, que sugieren que puede hablar un continuum entre las dos psicosis tradicionales, no han ayudado. Esta es la razón por la cual el artículo de Kraepelin de 1920 sobre las apariciones de locura debería ser lectura obligatoria para todos los dicotomistas entusiastas.

Las razones que explican la disfuncionalidad de la clasificación actual son muchas. Si Wernicke no

PROLOGO

Il concetto e la classificazione delle psicosi continua ad essere un problema irrisolto in psichiatria. L'attuale classificazione “binaria” (schizofrenia e malattia maniaco-depressiva) è disfunzionale e poco solida dal punto di vista clinico. È disfunzionale dal momento che non riesce a includere molte forme di follia contemplate nella pratica clinica; inoltre, è poco solida, poiché dall'epoca di Kraepelin i limiti tra schizofrenia e malattia maniaco-depressiva non sono mai stati ben definiti.

In altre parole, l'ombra della “psicosis unica” continua a far sentire la sua presenza in questo settore di ricerca.

Gli ultimi lavori in ambito genetico, che suggeriscono l'esistenza di un continuum tra le due psicosis tradizionali, non sono stati d'aiuto. È questa la ragione per cui l'articolo di Kraepelin del 1920 circa l'insorgere della follia, dovrebbe essere una lettura obbligatoria per tutti i dicotomisti più appassionati.

Le ragioni che spiegano la disfunzionalità della classificazione attuale sono molte. Se Wernicke non

hubiera muerto prematuramente es muy probable que su clasificación de las psicosis se hubiese impuesto a la de Kraepelin. Después de todo, era exacta clínicamente y estaba basada en un modelo neuropsicológico fascinante (incomparable al escueto descriptivismo de Kraepelin).

Además, aquellos que eligieron seguir a Kraepelin decidieron discretamente eliminar la Epilepsia de su clasificación trinaría (demencia precoz, epilepsia, y enfermedad maniaco depresiva) y no se molestaron en explicar, cómo quería hacer Kraepelin, de qué manera la paranoia, parafrenia, melancolía involucional y las psicosis orgánicas estaban relacionadas taxonómica y etimológicamente con la demencia precoz y la enfermedad maniaco depresiva.

Tras la popularización de la “dicotomía” kraepeliniana, un problema clínico interesante surgió en Europa: muchos casos clínicos resultaron no encajar ni en la esquizofrenia ni en la enfermedad maniaco depresiva. Algunos se asemejaron a la demencia precoz pero no degeneraron; otros se asemejaron a la enfermedad maniaco depresiva y sí lo hicieron; sin embargo, otros parecieron

fosse morto prematuramente è molto probabile che la sua classificazione delle psicosi si sarebbe imposta su quella di Kraepelin.

Dopotutto, era clinicamente esatta e basata su un affascinante modello neuropsicologico (non paragonabile allo schietto descrittivismo di Kraepelin).

Inoltre, coloro i quali scelsero di seguire Kraepelin decisero di eliminare l'epilessia dalla sua classificazione ternaria (demenza precoce, epilessia e malattia maniaco- depressiva) e non si preoccuparono di spiegare, come invece avrebbe voluto fare Kraepelin, in che modo la paranoia, parafrenia, melanconia involutiva e le psicosi organiche erano relazionate tassonomicamente ed eziologicamente con la demenza precoce e la malattia maniaco-depressiva. Dopo la diffusione della “dicotomia” kraepeliana, sorse un interessante problema clinico in Europa: molti casi clinici risultarono non classificabili né nella schizofrenia né nella malattia maniaco depressiva. Alcuni vennero considerati nell'ambito della demenza precoce però non degenerarono mai; altri furono inclusi nella malattia maniaco-depressiva e

una combinación de los dos; y otros sin embargo, que se habían activado por estrés severo, mostraron un perfil de síntomas muy variado y tras unas semanas desaparecieron sin secuelas.

Finalmente, cada tradición psiquiátrica nacional resolvió el problema de los casos raros de forma diferente. La reacción británica y alemana fue incorporarlos a las enfermedades maníaco depresivas para mantener la esquizofrenia pura y limitada. La respuesta francesa fue lo contrario. Los americanos introdujeron el concepto de psicosis psicoafectiva para referirse a algunas de ellas. Solo los psiquiatras escandinavos decidieron coger el toro por los cuernos y postularon una tercera forma de psicosis que adoptó distintos nombres (intermedia, transitoria, reactiva, atípica, breve, psicogénica, etc.)

Puede decirse que este “tercer” grupo escandinavo es uno de los orígenes de los estados heterogéneos hoy en día llamados “Trastorno psicótico breve” (298.8) por DSM IV y “Trastorno psicóticos agudos y transitorios” (F23) por CIE-10.

A pesar de su frecuencia e importancia clínica, estos trastornos han sido

invece lo hicieron; tuttavia, altri sembrarono essere una combinazione dei due; e altri ancora, causati da stress severo, mostrarono un profilo sintomatico molto vario e dopo qualche settimana svanirono senza conseguenze. Alla fine, ogni tradizione psichiatrica nazionale risolse e il problema dei casi particolari in modo differente. La reazione britannica e tedesca fu di assimilarli alle malattie maniaco-depressive allo scopo di mantenere il concetto di schizofrenia puro e ben definito. Opposta fu la risposta francese. Gli americani introdussero il concetto di psicosi psicoaffettiva per riferirsi a qualcuna di queste sindromi. Solo gli psichiatri scandinavi decisero di prendere il toro per le corna e idearono una terza forma di psicosi che assunse diversi nomi (intermedia, transitoria, reattiva, atipica, breve, psicogena, ecc..).

Si può affermare che questo “terzo” gruppo scandinavo sia all’origine degli stati eterogenei che oggi giorno vengono chiamati “Disturbo psicotico breve” (298.8), dal DSM-IV e “Disturbi psicotici acuti o transitori” dall’ICD-10 (F23).

descuidados por la psiquiatría actual (mayormente biológica) simplemente porque representan formas de demencia en las que el estrés y la psicogénesis juegan un papel muy importante y por tanto requieren un discurso explicativo diferente.

Esta es la razón por la cual ha sido una excelente idea organizar un simposio sobre este tema por parte del Dr. Luis J. Fernández de la UNED. Además, ha sido muy generoso por parte de la UNED publicar un libro con todas las excelentes ponencias presentadas en dicho simposio. Por lo que yo sé, no existen libros completos sobre la materia en español por lo que éste cubrirá un vacío importante en literatura psiquiátrica.

Nonostante la loro frequenza e l'importanza clinica, tali disturbi sono stati trascurati dalla psichiatria attuale (di stampo principalmente biologico) semplicemente perché rappresentavano forme di demenza nelle quali lo stress e la psicogenesi giocano un ruolo particolarmente importante e, pertanto, richiedono spiegazioni differenti.

Questa è la ragione per la quale l'organizzazione di un convegno su questa tematica, da parte del Dottor Luis J. Fernández della UNED, è stata una brillante idea. Inoltre, è stato molto generoso da parte della UNED pubblicare un libro con tutti i brillanti interventi di questo convegno. A quanto ne so io, non esistono libri completi in materia, e così questo volume riuscirà a colmare un vuoto notevole nell'ambito della letteratura psichiatrica.

Germán Berrios

Universidad de Cambridge, UK

Germán Berrios

Universidad de Cambridge, UK

INTRODUCCIÓN

Existe un tipo de psicosis que van asociadas a un curso clínico más benigno que las principales psicosis y que se han denominado atípicas. A lo largo de la historia han sido descritas como un síndrome psicótico benigno, frecuentemente con comienzo brusco tras un estresante externo, de corta duración y con tendencia a la regresión.

Junto con profesor Berrios, nos planteamos organizar un curso que abarcara aspectos conceptuales, históricos, epidemiológicos, clínicos y terapéuticos con el objetivo de conseguir una actualización de conocimientos profesionales implicados.

Este curso fue organizado por la UNED de Tudela y la Asociación Mundial de Psiquiatría (sección de historia), con el apoyo de la Facultad de Psicología de la

INTRODUZIONE

Esistono delle psicosi, associabili a un corso clinico più benigno rispetto alle principali e che sono state denominate atipiche. Nel corso della storia sono state considerate come una sindrome psicotica benigna, con un brusco manifestarsi molto spesso in seguito a uno stressor esterno, a breve termine e con tendenza alla regressione.

Insieme al professor Berrios, ci prefiggiamo di organizzare un corso che comprenda aspetti concettuali, storici, epidemiologici, clinici e terapeutici con l'intenzione di giungere a un aggiornamento delle conoscenze professionali implicate.

Questo corso è stato organizzato dalla UNED di Tudela e dall'Associazione Mondiale di Psichiatria (sezione di storia), con l'aiuto della Facoltà di Psicologia della UNED, l'Università di Cambridge e l'Istituto Tecnologico di

UNED, la Universidad de Cambridge (Reino Unido) y el Instituto Tecnológico de Monterrey (México) y con el Patrocinio de la Consejería de educación del Gobierno de Navarra. Se celebró en el Centro Asociado de la Uned de Tudela, retransmitiéndose por videoconferencia a la facultad de psicología de la UNED en Madrid y a la facultad de medicina del Instituto Tecnológico de Monterrey, México. Contó, entre sus ponentes, con expertos de México, Reino Unido, Italia y España de diferentes Universidades (Cambridge, Modena, Universidad Nacional de Educación a Distancia, Autónoma de Barcelona, Complutense, Córdoba, Barcelona, Vigo y Tecnológico de Monterrey).

El hecho de que no conociéramos una publicación en castellano actualizada que abordara el tema nos hizo plantearnos la posibilidad de publicar los conocimientos en un libro. Por ello, pedimos a los distintos docentes que convirtieran su ponencia en un capítulo de un libro, y el resultado de ello, es lo que en estos momentos tienen en sus manos.

No queremos dejar de agradecer a todos y cada uno de los ponentes su asistencia

Monterrey (Messico) e con il patrocinio del Consiglio d'Educazione della comunità autonoma di Navarra. È stato tenuto nel Centro Associato della UNED di Tudela, e trasmesso in videoconferenza nella facoltà di psicologia della UNED a Madrid e nella facoltà di Medicina dell'Istituto Tecnológico di Monterrey, Messico. Sono intervenuti esperti del Messico, Regno Unito, Italia e Spagna di diverse Università (Cambridge, Modena, Università Nazionale di Educazione a Distanza, Autonoma di Barcellona, Complutense, Cordova, Barcellona, Vigo e il Tecnológico di Monterrey).

Il fatto che non conoscessimo una pubblicazione aggiornata in castigliano che trattasse questo tema ci ha fornito la possibilità di pubblicare alcune esperienze in un libro. Per questo, abbiamo chiesto ai vari docenti di far diventare i loro interventi un capitolo di un libro, e il risultato è proprio quello che tenete tra le vostre mani.

Di seguito, ringraziamo tutti e ognuno dei relatori per la loro assistenza e la successiva realizzazione del capitolo, il

y posterior confección del capítulo, a nuestro amigo Paco Claro, entonces Decano de la facultad de Psicología por su apoyo e implicación personal, al Gobierno de Navarra, especialmente en las personas de Carlos Pérez-Nievas y Pedro González Felipe, por su apoyo en la financiación del curso y a la todas las personas que trabajan en la editorial de nuestra universidad, por el mimo que han puesto en esta publicación.

Gracias a todos.

Tudela, Navarra

JESÚS FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

BLANCA YÁNIZ IGAL

UNED de Tudela

nostro amico Paco Claro, ora decano della facoltà di Psicologia per il suo aiuto e coinvolgimento personale, il Governo di Navarra, specialmente Carlos Pérez-Nievas e Pedro González Felipe, per il loro aiuto nei finanziamenti del corso e tutte le persone che lavorano nella casa editrice della nostra università, per l'impegno messo in questa pubblicazione.

Grazie a tutti.

Tudela, Navarra

JESÚS FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

BLANCA YÁNIZ IGAL

UNED de Tudela

**SALIENCIA Y OTRAS
EXPLICACIONES
PSICOLÓGICAS EN LAS
PSICOSIS**

José Manuel Olivares Díez

INTRODUCCIÓN

Las explicaciones «psicológicas» de las psicosis han sido muy variadas a lo largo de la historia de la Psiquiatría y la Psicología Clínica, y desde un punto de vista conceptual, han partido de presupuestos epistemológicos muy diferentes. Así, podemos agrupar todas estas teorías en distintos grupos:

- a) Explicaciones psicodinámicas,
- b) Explicaciones conductistas,
- c) Explicaciones cognitivas, y
- d) Explicaciones socioculturales (Acontecimientos vitales, Relaciones familiares, etiquetado social).

Las explicaciones psicodinámicas, predominantes en la Psiquiatría de buena parte del pasado siglo,

**SALIENZA E ALTRE
SPIEGAZIONI
PSICOLOGICHE NELLE PSICOSI**

José Manuel Olivares Díez

INTRODUZIONE

Le teorie «psicologiche» delle psicosi sono state molteplici nel corso della storia della Psichiatria e della Psicologia Clinica, e dal punto di vista concettuale, partono da presupposti epistemologici molto differenti. Di conseguenza, tutte queste teorie possono essere suddivise in vari gruppi:

- a) Teorie psicodinamiche,
- b) Teorie comportamentiste,
- c) Teorie cognitive, e
- d) Teorie socioculturali (accaduti di vita, relazioni familiari, etichette sociali).

Le teorie psicodinamiche, che predominavano nella Psichiatria di

prácticamente han perdido toda influencia en el momento actual.

Del mismo modo, explicaciones socioculturales basadas en la alienación del individuo por la sociedad han caído también en desuso, mientras que otras explicaciones socioculturales muy exitosas hace no muchos años, como los modelos de vulnerabilidad o de alta expresión emocional familiar, van dejando sitio a explicaciones cognitivas, entre las que cabría incluir la disregulación de la saliencia, razón por la que nos centraremos en este capítulo en dichas explicaciones a partir de ahora.

EXPLICACIONES COGNITIVAS

El que prácticamente podamos decir que las únicas explicaciones psicológicas de las psicosis que han sobrevivido en nuestros días sean las explicaciones cognitivas, se debe, a nuestro juicio, a que son las únicas que han procurado no entrar en conflicto con un origen genético o biológico a nivel etiológico. Podemos dividir estas explicaciones en varios grupos:

a) Aquellas que presuponen que el razonamiento no está alterado;

buona parte del secolo scorso, hanno ormai perso tutta la loro influenza.

Allo stesso modo, teorie socioculturali fondate sull'alienazione dell'individuo da parte della società sono state abbandonate, mentre le altre teorie socioculturali in auge non molti anni fa, come i modelli di vulnerabilità od alta emotività espressa, lasciano sempre più spazio alle spiegazioni cognitive, tra le quali varrebbe la pena considerare l'alterazione della salienza; in questo capitolo, andremo a illustrare nel dettaglio proprio tali teorie.

TEORIE COGNITIVISTE

Il motivo per cui possiamo affermare concretamente che le sole teorie psicologiche delle psicosi giunte fino ai giorni nostri siano le teorie cognitive, è dovuto a nostro avviso, al fatto che, queste ultime sono le uniche che non entrano in contrasto con un'origine genetica o biologica a livello eziologico. Possiamo suddividere tali teorie in alcuni gruppi:

- a) Teorie che presuppongono che la facoltà di ragionamento non sia alterata;
- b) Teorie che considerano tale capacità alterata;

- b) Aquellas que consideran que el razonamiento está alterado;
- c) Aquellas basadas en la Teoría de la mente;
- d) Aquellas que suponen que el psicótico presenta un modelo atribucional característico; y
- e) Modelos integrativos.

Pasaremos a describir brevemente cada una de ellas.

Explicaciones en las que el razonamiento no está alterado

Citaremos aquí los trabajos de Maher (1988), para quien los delirios son mini-teorías que usa el individuo y cuya finalidad es dar sentido y ordenar los datos observados. Una experiencia anómala genera una serie de dudas sobre su origen, los motivos de los autores, así como el porqué los otros niegan su existencia. Los pacientes, entonces, recurren a interpretaciones que les ofrece su medio cultural así como a sus propias preocupaciones y esperanzas para dar sentido a lo que no parece tenerlo. Es decir, y resumiendo, desde este punto de vista, las ideas delirantes son interpretaciones racionales de experiencias inusuales.

- c) Teorie che si basano sulla Teoria della Mente;
- d) Teorie che presuppongono che diagnosi di psicosi presenti un modello attributivo caratteristico; e
- e) Modelli integrativi.

Descriveremo brevemente ognuna di queste.

Teorie nelle quali il ragionamento non è alterato

Citeremo in questa sezione i lavori di Maher (1988), secondo il quale i deliri sono mini-teorie utilizzate dall'individuo, il cui fine è spiegare e ordinare i dati osservati. Un'esperienza anomala genera una serie di dubbi circa la sua origine, i motivi degli attori, ed anche il perché gli altri neghino la sua esistenza. I pazienti, allora, ricorrono a interpretazioni derivate dalla propria cultura, così come a preoccupazioni e speranze per dar significato a ciò che non sembra averlo. In altre parole, da questo punto di vista, le idee deliranti sono interpretazioni razionali di esperienze insolite.

Explicaciones en las que el razonamiento está alterado

Nos centraremos en este apartado a Hemsley y Garety (1986), para quienes el déficit primordial sería la discordancia entre la información que tiene el paciente (memoria) y la nueva información obtenida a través de los sentidos. Los pacientes sufrirían una sobrecarga sensorial y no sabrían qué estímulos deben atender o ignorar. Tenderían así a «precipitarse en las conclusiones» (delirio como creencia errónea) y a no reconocer los pensamientos como procedentes de la memoria atribuyéndose a una fuente externa (alucinaciones).

Explicaciones basadas en la Teoría de la mente

Siguiendo a Frith (1992), los pacientes presentan unos déficits cognitivos que les impedirían distinguir entre las acciones que son provocadas por fuerzas externas y aquellas generadas internamente. La mayoría de los síntomas psicóticos se podrían explicar por tres déficits cognitivos:

Teorie in cui il ragionamento è alterato

In questa sezione, faremo riferimento a Hemsley e Garety (1986), secondo i quali il deficit primordiale sarebbe la discordanza tra l'informazione in possesso del paziente (memoria) e la nuova informazione ottenuta attraverso i sensi. I pazienti subendo un sovraccarico sensoriale, non sarebbero in grado di comprendere quali stimoli assecondare o quali ignorare. In questo modo, tenderebbero a «saltare alle conclusioni» (delirio come credenza errónea) e a non riconoscere i pensieri come provenienti dalla memoria, ma attribuendoli a una fonte esterna (allucinazioni).

Teorie basate sulla Teoria della mente

Secondo Frith (1992), i pazienti presenterebbero alcuni deficit cognitivi che gli impedirebbero di distinguere tra azioni provocate da forze esterne e quelle generate dall'interno. La maggior parte dei sintomi psicotici potrebbe essere spiegata attraverso tre deficit cognitivi:

a) Un'incapacità di generare azioni volontarie;

- a) Una incapacidad para generar acciones voluntarias;
- b) Una incapacidad para monitorizar acciones voluntarias; y
- c) Una incapacidad para monitorizar las creencias e intenciones de las otras personas.

La incapacidad para reconocer los propios contenidos de la conciencia y, que es más importante, para interpretar adecuadamente las intenciones, motivaciones o pensamientos de los demás personas podrían llevar, por ejemplo, a que los individuos infirieron malas intenciones en los otros (delirios paranoides). Estos déficits serían consecuencia de la desconexión entre las áreas frontales del cerebro (encargadas de la acción voluntaria) y las áreas más posteriores del cerebro, encargadas del control de la percepción.

Explicaciones basadas en un estilo atribucional característico.

Entre otros autores, Bentill y Young (1996) han tratado de demostrar que los síntomas psicóticos son la consecuencia de un estilo cognitivo de atribución social que pone en funcionamiento un sesgo egoísta o interesado excesivo (Self Serving bias), presente también en sujetos normales. Según esto, el

- b) Un'incapacità di monitorare azioni volontarie; e
- c) Un'incapacità di osservare credenze e intenzioni delle altre persone.

L'incapacità di riconoscere i contenuti propri della coscienza e, cosa ancora più importante, di interpretare adeguatamente le intenzioni, motivazioni o pensieri altrui potrebbero condurre, ad esempio, a inferenze inesatte circa le intenzioni degli altri (deliri paranoidi). Questi deficit sarebbero conseguenza della disconnessione tra le aree frontali del cervello (responsabili dell'azione volontaria) e quelle posteriori, adibite al controllo della percezione.

Teorie basate sullo stile attributivo caratteristico.

Tra gli altri autori, Bentill e Young (1996) hanno tentato di dimostrare che i sintomi psicotici sono conseguenza di uno stile attributivo sociale che mette in funzione un atteggiamento di tipo egoistico o di eccessivo interesse (Self Serving bias), presente anche nei soggetti sani. Secondo ciò, il paziente

paciente atribuye el fracaso u otras experiencias negativas a causas externas y los éxitos u otros eventos positivos a sí mismo, funcionando como un mecanismo de defensa que protege al individuo de las amenazas a su frágil autoestima.

Modelos integradores

Ante la insuficiencia de las teorías expuestas para explicar adecuadamente la génesis de los síntomas psicóticos, el propio Bentall (2001) ha sugerido que:

- a) algunos delirios podrían entenderse como un intento de explicación de sensaciones extrañas que resultan inefables;
- b) una segunda vía la constituyen las creencias, sobre todo de contenido paranoide y de grandiosidad, que surgen a consecuencia de procesos atribucionales (estilo atribucional anómalo);
- c) una tercera explicación es aquella que sugiere anomalías en el proceso de entendimiento de los estados mentales de los otros, es decir, en los procesos de mentalización; y
- d) otro elemento relevante en la formación y mantenimiento del delirio puede consistir en una necesidad

attribuisce la sconfitta o altre esperienze negative a cause esterne, mentre a se stesso i successi o altri eventi positivi, mettendo in moto un meccanismo di difesa che protegge l'individuo dalle minacce alla sua fragile autostima.

Modelli integrativi

Di fronte all'incompletezza delle teorie esposte nell'intento di spiegare adeguatamente la genesi dei sintomi psicotici, lo stesso Bentall (2001) ha suggerito che:

- a) alcuni deliri potrebbero essere interpretati come un tentativo di spiegare particolari sensazioni che risultano indescrivibili;
- b) una seconda via è costituita dalle credenze, soprattutto di contenuto paranoide o megalomane, che si manifestano a causa delle attribuzioni (stile attributivo anomalo).
- c) una terza teoria è quella che suggerisce anomalie nel processo di comprensione degli stati mentali altrui, ossia, nei processi di mentalizzazione; e
- d) un altro elemento rilevante per la formazione e il mantenimento del delirio può consistere in una forte necessità emozionale di sicurezza e certezza. In ogni caso, anche l'origine di

emocional fuerte de seguridad o certidumbre.

En cualquier caso, el origen de todas estas alteraciones debe ser explicada también, y así diversos autores intentan demostrar que los procesos cognitivos alterados son heredables familiarmente, como los déficits en la memoria de trabajo en SCH y familiares no SCH de primer grado (Park et al., 1995) o los déficits atencionales (Faraone et al., 2000), si bien no pueden explicar por qué unos sujetos desarrollan la enfermedad y otros no, hipotetizando, bien una escasa penetrancia de los genes, bien la existencia o no de unos factores medioambientales que los activen.

EXPLICACIONES BASADAS EN ALTERACIONES DE LA SALIENCIA DE LOS ESTÍMULOS

Introducción

En los últimos años han ganado fuerza este tipo de explicaciones. Tanto es que se ha sugerido cambiar el término «esquizofrenia» por el de «Trastorno de disregulación de la saliencia» en el DSM-V. Antes de nada, conviene señalar que el término «Saliencia» no existe en español. En

tutte queste alterazioni deve avere una spiegazione, e così numerosi autori cercano di dimostrare che l'alterazione dei processi cognitivi è ereditaria, così come i deficit della memoria di lavoro nella SCH e familiari non SCH di primo grado (Park et al., 1995) o i deficit dell'attenzione (Faraone et al., 2000), anche se risulta inspiegabile come mai alcuni soggetti sviluppino la malattia ed altri no, ipotizzando vi sia una scarsa penetranza genetica, sia l'esistenza o meno di alcuni fattori medio-ambientali che li attivino.

TEORIE BASATE SULLE ALTERAZIONI DELLA SALIENZA DEGLI STIMOLI

Introduzione

Negli ultimi anni, spiegazioni di questo tipo hanno acquisito grande importanza. Proprio per questo, ad esempio, nella letteratura spagnola è stato suggerito di cambiare il termine «schizofrenia» con disturbo «da alterazione della salienza» nel DSM-V. Prima di tutto, è necessario segnalare che il termine «saliencia» non

inglés, el Oxford English Dictionary define «saliencia» como aquello «notable o importante», siendo utilizado comúnmente, no sólo en neurociencias sino en otros campos como la economía o la política.

Curiosamente, si existe la definición en español de la «saliencia de un estímulo» en el Diccionario de Autores de la Asociación Mundial de Educadores (AMEI-WAECE, 2003).

Dicha definición es extremadamente precisa, y muy adecuada para entender lo que se va a explicar a continuación. Se define así: «Particularidad de un estímulo, que por ser más significativo o llamativo con relación al contexto, determina una mayor probabilidad de aprendizaje, que depende de las modalidades sensoriales del estímulo, de su función en el contexto, y del estado emocional del individuo».

Hipótesis de la dopamina como mediador de la saliencia de un estímulo.

Según esta hipótesis (Kapur, 2003), la dopamina convierte la representación neural de un estímulo neutral en una entidad atractiva o desagradable. El

è stato ancora registrato in spagnolo. In inglese nell'Oxford English Dictionary «saliencia» è definita come il termine «most noticeable or important», dal momento che è usato comunemente, non solo in neuroscienza, ma anche in altri settori, quali l'economia o la politica. Effettivamente, l'Associazione Nazionale degli Educatori Professori (ANEP) utilizza l'espressione «saliencia dello stimolo». Inoltre, la definizione fornita dal dizionario degli Psicologi Italiani è estremamente precisa, e particolarmente adatta a comprendere ciò che verrà spiegato qui di seguito. È definita così: «Importanza che un soggetto assume rispetto ad un contesto. Nell'attenzione visiva la salienza di uno stimolo è il fattore principale che modula il processo attenzionale e offre precise priorità nella ricerca visiva».

Ipotesi sulla dopamina come mediatore della salienza dello stimolo.

Secondo questa ipotesi (Kapur, 2003), la dopamina trasforma la rappresentazione neurale dello stimolo neutro in un'entità che attrae o che

sistema dopaminérgico mesolímbico controla la «atribución de saliencia», es decir, el proceso que hace que prestemos atención al estímulo y module la respuesta que le damos. La psicosis sería pues, como un trastorno de «saliencia aberrante». Es decir, previamente a presentar síntomas psicóticos, el paciente presenta aumento de dopamina a nivel mesolímbico, independientemente del contexto. Comienza entonces a asignar una saliencia inapropiada y un significado a estímulos externos e internos. Los síntomas psicóticos serían fenómenos secundarios a este proceso. Así, el delirio sería la explicación cognitiva que encuentra el individuo a estas experiencias de saliencias aberrantes, mientras que las alucinaciones serían el resultado de la saliencia anormal de las representaciones internas. Habría una gradación de severidad creciente entre el «oír» los propios pensamientos, pseudoalucinaciones y el “escuchar voces ajenas”. Al reducir el flujo de dopamina mesolímbico mediante fármacos antipsicóticos (recordemos que todos ellos antagonizan los receptores D2 a ese nivel), disminuiría la saliencia de los síntomas

respinge. Il sistema dopaminérgico mesolímbico controlla «l'attribuzione della salienza», cioè, il processo che fa sì che si presti attenzione allo stimolo, modulando la risposta che gli diamo. La psicosi sarebbe, dunque un disturbo della «saliencia aberrante». Ciò significa che prima di presentare i sintomi psicotici, il paziente mostra un aumento della dopamina a livello mesolímbico, indipendentemente dal contesto. Inizia, allora, ad assegnare una salienza inappropriata e un significato a stimoli esterni e interni. I sintomi psicotici rappresenterebbero fenomeni secondari rispetto a questo processo. Così, il delirio sarebbe la spiegazione cognitiva che l'individuo attribuisce a tali esperienze di salienza aberrante, mentre le allucinazioni il risultato della salienza anormale delle rappresentazioni interne. Si verificherebbe un graduale aumento di severità tra il «sentire» i propri pensieri, pseudo-allucinazioni e il «sentire voci esterne». Con la riduzione del flusso mesolímbico della dopamina mediante l'uso di antipsicotici (ricordiamo che, a questo livello, tali farmaci esercitano un'azione antagonista sui recettori D2), diminuirebbe la salienza dei sintomi preoccupanti. La diminuzione della

preoccupantes. La disminución de la saliencia permitiría la resolución de los síntomas por extinción y olvido, mientras que el abandono de la medicación iniciaría de nuevo la disregulación de la saliencia y la generación de nuevos síntomas. Sin embargo, los antipsicóticos, inevitablemente también pueden desalentar la saliencia motivacional de eventos normales, como hemos hipotetizado nosotros, entre otros, al sugerir que síntomas como la anhedonia puedan ser en ocasiones artefactos provocados por los antipsicóticos (Olivares et al., 1998, 2005). A nuestro juicio, el gran mérito de esta hipótesis de la «saliencia aberrante» es que pretende conciliar la neurobiología con la naturaleza privada de la experiencia psicótica. La disregulación dopaminérgica es considerada la fuerza motriz, pero es el contexto cognitivo, emocional y cultural el que da forma a la experiencia final. También explica el retraso entre el inicio del tratamiento y la degradación de las experiencias psicóticas, así como los efectos subjetivos indeseables de los antipsicóticos (disforia, aplanamiento afectivo, anhedonia).

saliencia permitirrebbe la risoluzione dei sintomi per estinzione o dimenticanza mentre l'abbandono della cura iniziale condurrebbe nuovamente all'alterazione della salienza e all'insorgere di nuovi sintomi. Tuttavia, gli antipsicotici, possono anche rallentare inevitabilmente la salienza motivazionale di eventi normali, come ipotizziamo anche noi, suggerendo che sintomi quali la anedonia possono essere all'occasione artefatti provocati dagli antipsicotici. (Olivares et al., 1998, 2005). A nostro avviso, il gran merito dell'ipotesi di «saliencia aberrante» è che essa pretende di conciliare la neurobiologia con la naturalezza perduta a causa dell'esperienza psicótica. La disregolazione dopaminérgica è considerata la forza motrice, però è il contesto cognitivo, emozionale e culturale a dare forma all'esperienza finale. Ciò spiega anche il ritardo tra l'inizio del trattamento e l'aggravarsi delle esperienze psicótiche, così come gli effetti soggettivi indesiderati degli antipsicotici (disforia, appiattimento affettivo, anedonia). Nonostante ciò, sono molte (e importanti) le questioni da chiarire, a partire dall'inesistenza di un test oggettivo e adeguato alla

Pese a esto, son muchas (e importantes) las cuestiones por dilucidar, empezando por la inexistencia de un test objetivo y adecuado para medir la «saliencia», el que no explica cómo se generan los síntomas psicóticos en manía o depresión, o que tampoco permite explicar otros síntomas fundamentales en la psicosis como la desorganización. Sin embargo, y pese a estas insuficiencias, algunos autores propugnan, como ya se ha dicho, sustituir el término esquizofrenia por el de «Síndrome de disregulación de la saliencia (SDS)» (Van Os, 2009), que constaría de tres subtipos:

- a) Con expresión afectiva (altas puntuaciones en la dimensión manía/depresión);
- b) Con expresión de alteraciones del desarrollo (altas puntuaciones en la dimensión déficit cognitivo/síntomas negativos);
- c) Sin especificar.

En nuestra opinión, esto representa el enésimo intento (y desde luego, no el mejor) de resucitar el concepto de Psicosis Única, que a lo largo de los últimos 150 años renace una y otra vez cual ave fénix. Sin entrar en polémicas estériles, simplemente nos gustaría señalar que, para que el cambio del

misuración de la saliencia, el cual no explica cómo insorgon i sintomi psicotici nella mania o depressione, o che non permette neanche di spiegare altri sintomi fondamentali della psicosi quali la disorganizzazione. Tuttavia, nonostante tali inesattezze, alcuni autori propongono, come si è precedentemente affermato, di sostituire il termine schizofrenia con quello di «Sindrome da disregolazione della salienza» (SDS)» (Van Os, 2009), che sarebbe formato da tre sottotipi:

- a) alterazioni dell'affettività (con alti punteggi nella parte di mania/depresione);
- b) alterazioni dello sviluppo (alti punteggi nella dimensione del deficit cognitivo/sintomi negativi);
- c) non specificato.

Secondo noi, questo rappresenta l'ennesimo tentativo (e di certo, non il migliore) di riportare in auge il concetto di Psicosis Unitaria, che nel corso degli ultimi centocinquanta anni rinasce ancora e ancora come una fenice. Senza entrare in polemiche sterili, ci piacerebbe segnalare semplicemente

nombre de esquizofrenia por el de «trastorno de desregulación de la saliencia» prospere, deberían contestarse las siguientes preguntas:

¿Qué síntomas se requieren para diagnosticar el trastorno de desregulación de la saliencia?

¿Cómo medir los déficits cognitivos? Seguimos midiendo déficits limitados e inespecíficos como hasta ahora?

¿Qué síntomas incluimos en cada dimensión? Por ejemplo, la anhedonia ¿es un síntoma negativo o afectivo?

¿Dónde ubicamos a pacientes con puntuaciones altas en ambos sub síndromes?

Y por último, pero no menos importante: ¿qué ganamos con el cambio?

CONSIDERACIONES FINALES

Agradezco a los promotores del Curso sobre “Psicosis Atípicas” que da lugar este libro que me hayan ofrecido la oportunidad para tratar de este tema, pues me brinda la ocasión para insistir en algo básico para las generaciones de nuevos psiquiatras que se están formando, y que confío que serán quienes permitan dilucidar la hasta

che, per far sì che il passaggio da «schizofrenia» e che il termine sindrome «da alterazione della salienza» sia accettato, bisognerebbe rispondere alle seguenti domande:

Quali sono i sintomi necessari per la diagnosi del disturbo «da alterazione della salienza»?

Come misurare i deficit cognitivi? Continuando a misurare deficit limitati e aspecifici come abbiamo fatto sinora?

Quali sintomi collochiamo in ogni dimensione? Per esempio, l’anedonia, a quale fase appartiene?

Dove collochiamo pazienti con punteggi alti in entrambe le subcategorie?

E per ultimo, ma non meno importante: cosa otteniamo cambiando la terminologia?

CONSIDERAZIONI FINALI

Ringrazio i promotori del corso “Psicosis Atípicas” che ha portato alla nascita di questo libro, e che mi hanno offerto l’opportunità di trattare questo tema, poiché questo libro mi permette di insistere su qualcosa di fondamentale per le generazioni di nuovi psichiatri che si stanno formando, e che confido saranno coloro che riusciranno a

ahora elusiva naturaleza de las psicosis, y que se resume en que lo último que se publica no es necesariamente lo más acertado.

El delirio es algo más que una idea final o una creencia, errónea en su formación o no, errónea en su significado o no. Obviar esto es obviar la realidad clínica. Los grandes maestros del pasado advirtieron de la naturaleza multidimensional de los síntomas psicóticos de un modo, a nuestro juicio, más acertado, también en nuestra opinión, más bello. Citemos, por ejemplo a Esquirol (1838) quien antes de que la Psiquiatría existiera como tal, ya decía en su *Traité des maladies mentales* que: «un hombre tiene délire cuando sus sensaciones no están en relación con objetos externos, cuando sus ideas no están en relación con sus sensaciones, cuando sus juicios y decisiones no se relacionan con sus ideas, y cuando sus ideas, juicios y decisiones son independientes de su voluntad». Este fue el primer planteamiento de la multidimensionalidad del delirio.

O ¿qué decir de la enorme riqueza psicopatológica que antecede a la cristalización de la idea delirante, hoy minimizada en estas y otras teorías

chiarire la natura delle psicosi sfuggente fino a questo momento, tenendo ben presente che le ultime pubblicazioni non sono necessariamente le più esatte. Il delirio è qualcosa di più che un'idea finale o una credenza, errónea o meno nella sua formazione o nel suo significato. Ignorare ciò significa ignorare la realtà clinica. I grandi maestri del passato hanno compreso la natura multidimensionale dei sintomi psicotici, a nostro avviso, in maniera più chiara e limpida. Citiamo, ad esempio, Esquirol (1838) che prima dell'avvento della Psichiatria, aveva già affermato nel suo *Traité des maladies mentales* che: «un uomo delira quando le sue sensazioni non sono relazionate con gli oggetti esterni, quando le sue idee non sono in relazione con le sue sensazioni, quando i suoi giudizi e decisioni non sono relazionati alle sue idee, e quando le sue idee, giudizi e decisioni sono indipendenti dalla sua volontà». Questa fu la prima posizione sulla multidimensionalità del delirio.

O ancora, cosa dire dell'enorme ricchezza psicopatologica che precede la cristallizzazione dell'idea delirante, oggi minimizzata in queste e tante altre teorie attuali, certamente scomparsa dalle classificazioni in uso? Citiamo De

actuales desde luego desaparecida de nuestras clasificaciones al uso? Citemos a De Clérambault (1942), cuando escribe: «Puede decirse que, en el momento en que aparece el delirio, la psicosis ya era antigua. El delirio no es más que una superestructura, o Jaspers (1913) al establecer que «en el temple delirante» (Wahnstimmung) hay siempre un «algo», aunque enteramente oscuro, germen de un valor y una significación objetivas. En el mismo sentido se manifestó Rumke (1950) cuando explica magistralmente que lo que llamamos delirio es una abstracción artificial. El delirio que nos comunica el enfermo ¿es un producto final, expresión de la personalidad enferma?, ¿esfuerzo grandioso para encontrarse a sí mismo? Lo que se expresa en palabras está en relación con un estado interior a veces inconsciente. No se da una alteración formal en el pensamiento o en el juicio, sino una alteración total de la existencia, irrupción brutal de un «modo de estar en el mundo» radicalmente diferente», o Conrad (1958) en su fundamental «La esquizofrenia incipiente» al definir las fases de formación del delirio y que

Clérambault (1942), cuando escribe: «Si può affermare che, nel momento della manifestazione del delirio, la psicosi già esisteva. Il delirio non è altro che una sovrastruttura o Jaspers (1913) allo stabilire che «nel tempio delirante» (Wahnstimmung) c'è sempre un «qualcosa», anche se completamente oscuro, seme di un valore e di un significato oggettivi.

Sulla stessa linea si collocò Rumke (1950) spiegando magistralmente che ciò che chiamiamo delirio è un'astrazione artificiale. Il delirio che ci comunica il malato è il prodotto finale, manifestazione della personalità malata? Un grandioso sforzo per ritrovare se stesso? Ciò che si esprime a parole è relazionato ad uno stato interiore a volte inconsciente. Non si realizza un'alterazione formale del pensiero o del giudizio, ma un'alterazione totale dell'esistenza, irruzione brutale di un «modo di stare al mondo» «radicalmente differente», o Conrad (1958) nel suo fondamentale «Die beginnende Schizophrenie» nel definire le fasi di formazione del delirio e che riassumiamo brevemente:

resumimos brevemente: a) Fase Prodrómica de Trema: Estado de marcada tensión angustiosa - depresiva caracterizado por ánimo depresivo, debilidad de la voluntad, indecisión e inhibición, sentimiento de culpa o condenación, ideas de suicidio y atmósfera de desconfianza; «el enfermo se encuentra rechazado a un mundo que es solo suyo y del que no puede salir»;

b) Fase Apofánica /Paranoide: Los objetos del espacio exterior aparecen con un significado especial para el sujeto (apofanía del espacio exterior), que busca cuál es ese significado, inicialmente desconocido.

Hay un borramiento de los límites entre el espacio interior y exterior (apofanía del espacio interior: dado por inspiración, difusión y sonorización del pensamiento). El campo se ha vuelto rígido. El sujeto no puede ponerse en el lugar de los otros y no comprende adecuadamente las situaciones ni las percepciones. Lo desconocido resulta familiar y lo cotidiano es de alguna manera extraño. Lo que sucede parece que se refiere a él y gira en torno suyo; aparece la Anastrofé, haberse vuelto el punto medio del mundo; c) Fase Apocalíptica /Catatónica: Cuan

a) Fase Prodrómica di Trema: stato di marcata tensione ansioso-depressiva caratterizzata da umore depressivo, debolezza della volontà, indecisione e inibizione, senso di colpa o condanna, idee di suicidio e clima di sfiducia; «il malato si trova legato a un mondo che è solamente proprio e dal quale non può uscire»;

b) Fase Apofanica Paranoide: Gli oggetti dello spazio esteriore appaiono dotati di un significato speciale per il soggetto (apofania o apofenia dello spazio esteriore), che ne cerca il significato, inizialmente sconosciuto. Si verifica un'eliminazione dei limiti tra lo spazio interiore ed esteriore (apofania dello spazio interiore: dato dall'ispirazione, diffusione e sonorizzazione del pensiero). Il campo diventa limitato. Il soggetto non può mettersi nei panni degli altri e non comprende adeguatamente né le situazioni né le percezioni. Ciò che non si conosce risulta familiare e il quotidiano alquanto inusuale. Ciò che accade sembra riguardarlo; appare la Anastrofé, il trovarsi al centro del mondo;

c) Fase Apocalittica/Catatónica: quando la disorganizzazione del campo è

do la desorganización del campo es completa.

Corresponde a una profundización de las alteraciones que caracterizan a la etapa anterior. Alteración de la corporalidad con desintegración y escisión. La alteración de conciencia se asemeja a la experiencia onírica; y d) Fase de Consolidación: Cede la intensidad de fases anteriores. Se produce una reorganización del campo vivencial. Remiten los fenómenos apofánicos hasta un estado sin las alteraciones vivenciales previas. En las Psicosis Esquizofrénicas la remisión no es ad-integrum, suelen cursar con un residuo (estado residual). Un segundo brote encuentra a una personalidad alterada, que no es idéntica a la original. Cada brote patológico agrega una nueva alteración a la personalidad preexistente.

Citaremos a otros, como a Storring (1944) cuando describe «un estado de perplejidad, sorpresa, estupefacción, conciencia angustiosa, en el cual la extrañeza del enfermo en relación a la inefabilidad de su experiencia es transmitida a través del lenguaje y/o posturas motoras, a Mauz (1931) cuando señala que el hecho de que el estado predelirante puede acompañarse

completa. Corresponde ad un aggravarsi delle alterazioni che caratterizzano la fase precedente. Alterazione della corporeità con disintegrazione e scissione. L'alterazione di coscienza somiglia all'esperienza onirica;

e d) Fase di Consolidamento: il soggetto cede all'intensità delle fasi precedenti. Si produce una riorganizzazione del campo delle esperienze vissute. Ricompaiono i fenomeni apofanici fino a uno stato in cui non ci sono alterazioni delle esperienze precedenti. Nelle Psicosi Schizofreniche la remissione non è ad integrum, sembra rimanere residuale (stato residuale). Un secondo attacco trova una personalità alterata, che non è più come l'originale. Ogni attacco patologico aggiunge una nuova alterazione alla personalità preesistente.

Citiamo altri autori, come Storring (1944) quando describe «uno stato di perplessità, sorpresa, stupore, consapevolezza angosciosa, nel quale l'estraneità del malato in relazione all'ineffabilità della sua esperienza è trasmessa attraverso il linguaggio e/o la funzione motoria, o Mauz (1931) quando segnala il fatto che lo stato predelirante può essere accompagnato

con un sentimento de «lucidez e incremento de la conciencia», o a Heuri Ey (1958):

«El estado predelirante acontece en el contexto de un trastorno de la conciencia como una reorganización de los límites de la realidad. Las experiencias delirantes primarias son el fait primordial, estados de desorganización de la conciencia, momentos fecundos a partir de los cuales se genera, cristaliza y sistematiza el delirio, que es como el reflejo en la superficie.» Y releemos a Jaspers (1913), fijándonos especialmente en el subrayado (el subrayado es mío), cuando dice: «Surge en el enfermo un sentimiento de inconsistencia y de inseguridad, que le impulsa instintivamente a buscar un punto sólido en que afirmarse; lo encuentra sólo en una idea. Podría dudarse si los enfermos han hallado para su vivencia el contenido adecuado. Es pensado quizás sólo por azar nunca con precisión». Pese a este «es pensado quizás sólo por azar y nunca con precisión», el modelo de «los delirios como creencias erróneas», en cuyo origen se cita a Jaspers una y otra vez, en el que los delirios son una explicación y tienen un significado, ha

da un sentimento di «lucidità e incremento della coscienza», o Heuri Ey (1958):

«Lo stadio predelirante si manifesta nel contesto del disturbo della coscienza come una riorganizzazione dei limiti della realtà. Le esperienze deliranti primarie sono il fatto primordiale, stati di disorganizzazione della coscienza, momenti fecondi a partire dai quali si genera, cristallizza e sistematizza il delirio, che è come il riflesso in superficie». E leggiamo nuovamente Jaspers (1913), prestando attenzione soprattutto al sottolineato (da me), quando afferma: «Nel malato si manifesta un sentimento di inconsistenza e di insicurezza, che lo spinge istintivamente a cercare un punto solido a cui aggrapparsi; lo trova solo in un'idea. Ci si potrebbe chiedere se i malati abbiano trovato un contenuto adeguato nel vivere la loro vita. Ci si pensa forse solo per caso, ma mai con attenzione». Nonostante tale affermazione, il modello dei «deliri come credenze erronee», per la cui origine si cita continuamente Jasper, secondo il quale i deliri rappresentano una spiegazione e hanno un significato, è stato raggiunto mescolando tante teorie sul delirio, psicoanalitiche e cognitive, e

empapado todo tipo de teorías sobre el delirio, psicoanalíticas y cognitivas, e incluso impregna los criterios actuales de clasificación, como el DSM-IV. Recordemos la definición de este último (el subrayado es mío) (DSM-IV AP} 1994): «Falsa creencia basada en una inferencia incorrecta relativa a la realidad externa que es firmemente sostenida, a pesar de lo que casi todo el mundo cree a pesar de cuanto constituye una prueba o evidencia incontrovertible y obvia de lo contrario. La creencia no es tan aceptada ordinariamente por otros miembros de la subcultura o cultura a la que pertenece el sujeto (p. ej. no es un artículo de fe religiosa)». Debemos preguntarnos, pues, si la esposa del delirante celotípico le engaña con otro hombre, ¿ya no es delirante? Claro que lo es, pues lo morboso es, proceso delirante, no la creencia final. ¿Por qué el delirio no puede ser, entre otras explicaciones, como propugna Berrios (1996) un «acto de habla vacío»? Según esta visión, el contenido del delirio no supone sino un fragmento de información, atrapado al azar en el momento de su cristalización, que hace que ciertos temas socioculturalmente redundantes tengan más posibilidad

addirittura è considerato negli attuali criteri di classificazione, come il DSM-IV. Ricordiamo la definizione di quest'ultimo (il sottolineato è mio) (DSM-IV AP} 1994): «Falsa creencia basata sull'inferenza scorretta relativa alla realità esterna, nonostante quasi tutto il mondo abbia un'idea, ciò costituisce una prova o evidenza incontrovertibile e ovvia del contrario. La creencia non è così accettata ordinariamente dagli altri membri della subcultura o cultura alla quale appartiene il soggetto (p. es. non è un articolo di fede religiosa)». Dobbiamo domandarci allora, nel caso in cui la sposa del delirante geloso lo tradisse davvero con un altro uomo, non si tratterebbe più di delirio? Certo che sì, morboso è il processo delirante, non la creencia finale. Perché il delirio non può essere, tra le altre teorie, come sostiene Berrios (1996) «un atto di parola vuoto»? Secondo questa visione, il contenuto del delirio non presuppone nient'altro che un frammento di informazione, attribuito al caso fino al momento della sua cristallizzazione, che fa sì che certi temi socioculturalmente ridondanti abbiano più possibilità di presentarsi per etichettare questi frammenti. L'informazione che fornisce il delirio è un'informazione incompleta, la cui

para prestarse a etiquetar esos fragmentos. La información que facilita el delirio es una información trunca, su origen procede del azar o de acontecimientos neurobiológicos remotes para el observador clínico, que queda fascinado por la apariencia formal. La consideración del delirio como creencia errónea no tiene una base sólida que la justifique. Finalizando, a lo largo de este capítulo he tratado de dar respuesta a preguntas para las que quizás no hemos encontrado una respuesta satisfactoria. No puedo sino terminar con otra pregunta, formulada hace casi 100 años, y que hoy en día sigue siendo de rabiosa actualidad: «¿Qué es el delirio? ¿Es en realidad un problema básico de la psicopatología?» Gaspers, 1913).

origine è dovuta al caso o ad eventi neurobiologici lontani dall'osservatore clinico, che rimane affascinato dall'apparenza formale. La considerazione del delirio come credenza erronea non ha una solida base che la giustifichi.

In conclusione, nel corso di questo capitolo si è tentato di dare una risposta a domande per le quali forse non abbiamo trovato una spiegazione soddisfacente. Non posso che terminare con un'altra domanda, formulata quasi cento anni fa, ma che al giorno d'oggi continua a essere densa di avvilente attualità: «Cos'è il delirio? È realmente un problema di base nella psicopatologia?» Gaspers, 1913).

BIBLIOGRAFIA

BENTALL, R. P.; CORCORAN, R.; HOWARD, R.; BLACKWOOD, N.; KINDERMAN, P.

Persecutory Delusions: A Review and Theoretical Integration. *Clinical Psychology Review* 2001; 21 (8): 1143-92.

BENTALL, R. P.; YOUNG, H.F. Sensible Hypothesis Testing in Delude, Depressed and Normal Subjects. *Am J Psychiatry* 1996; 168: 372-5.

BERRIOS, G. E.; FUENTENEbro DE DIEGO, F. Delirio. *Historia. Clinica. Metateoria*. Ed. Trotta, Madrid 1996.

CONRAD, K. Die beginnende Schizophrenie. Versuch einer Gestalt- analyse des Wahns. Stuttgart: Thieme, 1958.

ESQUIROL, E. Des Maladies Mentales. 11 Tome. Paris: JB Bailliere et Fils, 1838.

EY, H. (1950): Etudes psychiatriques, aspects semeiologiques, tome II, Desclee de Brouwer.

FARAONE, s. V.; SEIDMAN, L. J.; KREMEN, w. s. et al. (2000) Neuropsychologic functioning among the nonpsychotic relatives of schizophrenia patients: the effect of genetic loading. *Biological Psychiatry*, 48, 120-126.

FRITH, C. D (1992). The cognitive neuropsychology of schizophrenia. LEA: London.

G. G. DE CLERAMBAULT, Oeuvre Psychiatrique, ed. de J. Fretet, 2 vols., Paris, PUF, 1942.

HEMSLEY, D. R.; GARETY, P. A. The formation of Maintenance of Delusions: A Bayesian Analysis. *Brit J Psychiatr* 1986; 149: 51-6.

JASPERS, K. (1973). *Allgemeine Psychopathologie*. Berlin: Springer. (First edition: 1913.)

KAPUR, S. Psychosis as a state of aberrant salience: a framework linking biology, phenomenology, and pharmacology in schizophrenia. *American Journal of Psychiq* 2003; 160:13-23

MAHER, B. A. (1988) Anomalous experience and delusional thinking: The logic explanations. In T. Oltmanns and B. Maher (eds.) *Delusional Beliefs*. New Ye Wiley Interscience.

MAUZ, F. (1931) El pronóstico de las psicosis endógenas. Morata: Madrid.

OLIVARES, J. M.; BERRIOS G. E (1998): Anhedonia: Clinical and Neurobiological aspects. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 2 (3): 157-171.

OLIVARES, J. M, BERRIOS G. E, Bousoño M., The self-assessment anhedonia scale. *Neurology, Psychiatry and Brain Research*, 2005, 12:121-134.

PARK, S.; HOLZMAN, P. S. & GOLDMAN-RAKIC, P. S. (1995) Spatial working memory deficits in the relatives of schizophrenia patients. *Archives of General Psychiatry*, 821 -828.

VAN Os, J. A salience dysregulation syndrome. *Br J Psychiatry* 2009; 194: 101-3

Capítulo 6

PSICOSIS Y TRAUMA CRANEAL

José Ignacio Quemada, Naiara Mimentza, Eva González

INTRODUCCIÓN

La relación entre psicosis y lesión cerebral traumática ha sido y es objeto de diversas controversias. La primera y fundamental hace referencia a la cuestión de si la lesión cerebral provoca o desencadena cuadros psicóticos (Arciniegas et al. 2003; Nielsen et al., 2002; McAllister, 1998; Guerreiro et al. 2009). No son pocos los autores que han negado esta posibilidad (Moros, 1944; Mifka, 1976 citado en De Mol, 1987, p. 336) y han argumentado que los casos de asociación son casuales; dicho de otra manera, que corresponden a personas con esquizofrenia que han sufrido traumas craneales. La revisión de la literatura no parece apoyar esta tesis; además de aportar datos que apuntan a la elevada prevalencia de psicosis postraumática, gran parte de las publicaciones tratan de describir los aspectos clínicos específicos de las psicosis post-traumáticas y sus determinantes (Fujii & Ahmed 2001, 2002; McAllister & Ferrell, 2002). Como posibles factores de riesgo se han

Capitolo 6

PSICOSI E TRAUMA CRANICO

José Ignacio Quemada, Naiara Mimentza, Eva González

INTRODUZIONE

La relazione tra psicosi e lesione cerebrale traumatica è stata ed è tuttora oggetto di molte controversie. La prima e più importante si riferisce alla possibilità per la lesione cerebrale di provocare o innescare quadri psicotici. (Arciniegas et al. 2003; Nielsen *et al.*, 2002; McAllister, 1998; Guerreiro *et al.* 2009). Non sono pochi gli autori che hanno escluso questa possibilità (Moros, 1944; Mifka, 1976 citado en De Mol, 1987, p. 336) e hanno argomentato che i casi di associazione sono casuali; in altre parole, essi corrispondono a persone con schizofrenia che hanno subito traumi cranici. La revisione della letteratura non sembra appoggiare questa tesi; oltre ad apportare dati che attestano l'elevata incidenza di psicosi post-traumatica, gran parte delle pubblicazioni cerca di descrivere gli aspetti clinici specifici delle psicosi post-traumatiche e dei relativi fattori determinanti (Fujii & Ahmed 2001, 2002; McAllister & Ferrell, 2002). Come possibili fattori di rischio sono

estudiado los previos al trauma (Sachdev et al. 2001) (antecedentes neurológicos y antecedentes familiares de psicosis), los propios del trauma (Achté et al. 1969) (edad a la que se sufre el traumatismo, su severidad y la localización de la lesión) y los que tienen que ver con complicaciones derivadas del trauma (Fujii et al. 2004) (epilepsia y déficit cognitivo fundamentalmente). El lapso de tiempo entre el trauma craneal y el debut del cuadro psicótico, el perfil sintomático de los episodios (Sachdev et al. 2001; De Mol et al. 1987; Violon, 1988) y el curso de la enfermedad también han sido objeto de atención. La posibilidad de que el origen de la esquizofrenia guarde relación con un trastorno en el proceso madurativo cerebral ha abierto la puerta al estudio de los traumas craneales en la infancia como modelos experimentales de las psicosis del adulto (Abdel Malik et al. 2003; Harrison et al. 2006). El estudio de las psicosis postraumáticas depende en gran medida de la definición de ambos conceptos, «psicosis» y «trauma craneal». El primero puede acostarse con cierta facilidad haciendo referencia a golpes en la cabeza que den lugar a

stati studiati i precedenti del trauma. (Sachdev *et al.* 2001) (precedenti neurologici e precedenti familiari di psicosis), i fattori relativi al trauma (Achté *et al.* 1969) (età alla quale si subisce il trauma, la severità e la localizzazione della lesione) e quelli che hanno a che fare con complicazioni derivanti dallo stesso (Fujii et al. 2004) (epilessia e deficit cognitivo fondamentalemente). Anche il lasso di tempo trascorso tra il trauma cranico e l'inizio del quadro psicotico, il profilo sintomatico degli episodi (Sachdex et al. 2001; De Mol et al. 1987; Violon, 1988) e il corso della malattia sono stati oggetto di studio. La possibilità che all'origine della schizofrenia vi sia un legame con un disturbo nel processo di maturazione cerebrale ha dato il via allo studio dei traumi cranici dell'infanzia come modelli sperimentali delle psicosis dell'adulto (Abdel Malik *et al.* 2003; Harrison *et al.* 2006). Lo studio delle psicosis post-traumatiche dipende in larga misura dalla definizione di entrambi i concetti, «psicosis» e «trauma cranico». Il primo può essere limitato con una certa facilità a colpi alla testa che diano luogo ad alterazioni della coscienza e a lesioni intracerebrali. Il

alteraciones de la conciencia o a lesiones intracerebrales. El segundo, definición de psicosis, está sometida a mucha mayor variabilidad. Algunos autores han utilizado conceptos muy amplios incluyendo casi cualquier síndrome psiquiátrico bajo el paraguas de psicosis (Achté et al. 1969); otros se ciñen a los criterios diagnósticos de la esquizofrenia que figuran en el DSM IV o en el CIE-10, con el consiguiente angostamiento del concepto. La amplitud del concepto tendrá un inevitable reflejo en los datos de prevalencia y en la caracterización de las muestras.

A lo largo de este capítulo se revisarán las principales series de pacientes publicadas, se describirá una serie propia, se presentarán algunos casos paradigmáticos y se tratarán de extraer algunas conclusiones.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Davison y Bagley (1969) publicaron una monografía clásica titulada «Psicosis esquizofreniformes asociadas a trastornos orgánicos del sistema nervioso central». Se trata de una amplia revisión de la literatura que reporta cuadros esquizofreniformes

secondo, definizione di psicosi, è soggetto a maggiore variabilità. Alcuni autori si sono serviti di concetti molto ampi includendo quasi qualsiasi sindrome psichiatrica nella macrocategoria di psicosi (Achté et al. 1969); altri fanno riferimento a criteri diagnostici della schizofrenia che compaiono nel DSM-IV o nel ICD-10, con la conseguente limitazione del concetto. La sua ampiezza si riflette inevitabilmente nei dati di incidenza e caratterizzazione dei campioni.

Nel corso di questo capitolo si osserveranno e descriveranno le principali serie di pazienti pubblicate, tra cui un nostro caso in particolare, e la presentazione di altri casi paradigmatici, cercando di trarre alcune conclusioni.

REVISIONE BIBLIOGRAFICA

Davison e Bagley (1969) hanno pubblicato una monografia classica intitolata «Schizophrenia like psychosis associated with organic disorders of the central nervous system». Si tratta di un'ampia revisione della letteratura che riporta quadri schizofreniformi associati

asociados a múltiples etiologías de lesión cerebral. En el apartado de trauma craneal revisan publicaciones que recogen casos desde la guerra franco-prusiana de 1870 e incluyen amplias referencias a la literatura germana. Recogen datos de psicosis de un total de 14385 casos con daño cerebral traumático precedentes de 8 series distintas. La incidencia de psicosis varía entre las muestras, desde 0.07% hasta 9.08%, lo que viene mediado por una notable heterogeneidad de las muestras y una duración de los periodos de seguimiento muy variables. También es posible que incidieron en la dispersión de los resultados las distintas procedencias de las muestras y la disparidad de criterios de diagnóstico de psicosis. El rol causal o precipitante del trauma y la posibilidad de diferenciar el perfil clínico de la esquizofrenia del de la psicosis postraumática son algunas de las controversias abordadas. Los autores, en su valoración ponderada de los datos, estiman que la expectativa de desarrollar esquizofrenia en la población general en edad de riesgo (15 a 40 años) es del 0.8%. En comparación, la incidencia observada

a eziologie multiple di lesione cerebrale. Nel capitolo sul trauma cranico sono state presentate alcune pubblicazioni che raccolgono casi a partire dalla guerra franco-prussiana del 1870 e includono numerosi riferimenti alla letteratura tedesca. Tali pubblicazioni raccolgono dati sulle psicosi per un totale di 14385 casi con danno cerebrale traumatico provenienti da 8 coorti distinte. L'incidenza di psicosi varia tra le coorti, dallo 0,7% fino al 9,08%, che viene mediato dalla loro considerevole eterogeneità e una durata dei periodi di studio longitudinale molto variabili. È anche possibile che le diverse provenienze delle coorti e la disparità nei criteri della diagnosi di psicosi abbiano inciso sulla dispersione dei risultati. Il ruolo causale o determinante del trauma e la possibilità di distinguere il profilo clinico della schizofrenia da quello della psicosi post-traumatica rappresentano alcune delle controversie trattate. Gli autori, nella loro valutazione ponderata dei dati, stimano che l'aspettativa per lo sviluppo della schizofrenia nella popolazione generale in età a rischio (tra i 15 e i 40 anni) è dello 0,8%. A confronto, l'incidenza osservata tra i 10 e 20 anni dopo un

en períodos entre 10 y 20 años después de un trauma craneal es 2 o 3 veces la incidencia esperada en la población general.

En el resumen de este apartado de la monografía los autores afirman lo siguiente: «La incidencia de psicosis esquizofreniformes después de un daño cerebral traumático está incrementada; esos casos no presentan evidencia de predisposición genética; los datos apuntan a una posible asociación entre lesión del lóbulo temporal y psicosis; y el desarrollo temprano de una psicosis se asocia a trauma craneal cerrado severo y a daño axonal difuso». La serie finesa fue dada a conocer a través de diversas publicaciones (Achté et al. 1967, 1969, 1991). La muestra de personas con lesión cerebral incluye 3552 soldados y se reclutó en una institución creada para atender a los veteranos de la segunda guerra mundial. Se trata, por tanto, de lesiones cerebrales ocurridas durante el curso de la guerra. El período de seguimiento fue de 22 a 26 años. Los autores declaran desde el inicio que uno de los motivos para estudiar la relación entre lesión cerebral y psicosis es la determinación de la responsabilidad del seguro

trauma cranico è di 2 o 3 volte superiore all'incidenza che ci si aspetterebbe nella popolazione generale. Nel riassunto di questo capitolo della monografia gli autori affermano che: «L'incidenza di psicosis schizofreniformi dopo un danno cerebrale traumatico è più alta; questi casi non mostrano evidenza di predisposizione genetica; i dati indicano una possibile associazione tra lesione del lobo temporale e psicosis; inoltre, lo sviluppo prematuro di una psicosis è associato a trauma cranico chiuso severo e a danno assonale diffuso». La serie finlandese viene resa nota in diverse pubblicazioni (Achté et al. 1967, 1969, 1991). La coorte di soggetti con lesione cerebrale include 3552 soldati e fu selezionata in un'istituzione creata per il ricovero dei soldati della Seconda Guerra Mondiale. Si tratta, dunque, di lesioni cerebrali avvenute nel corso della stessa. Lo studio longitudinale è stato condotto lungo un periodo tra i 22 e i 26 anni. Gli autori dichiarano dall'inizio che uno dei motivi per studiare la relazione tra lesione cerebrale e psicosis è la determinazione della responsabilità dell'assistenza sanitaria, dal momento che esistono livelli di compensazione

médico, existiendo niveles de compensación diferentes si se considera la psicosis como causada parcial o totalmente por la lesión cerebral. Estos autores (Achté et al. 1969) describen una muestra de 3552 hombres con lesión cerebral. El 42% de los traumas craneales fueron abiertos. Tanto los traumas craneales abiertos como los cerrados eran debidos en su mayoría a metralla de las explosiones y solo un 25% eran consecuencia directa de disparos. Estos agentes causales probablemente ayuden a explicar el 30% de prevalencia de epilepsia en la muestra. Esta serie documenta el porcentaje más alto publicado de psicosis en una población de trauma craneal. Describen 317 casos, lo que supone un 8,9% de los 3552. Varios factores ayudan a entender estos datos. En primer lugar el seguimiento es de más de 20 años y los autores no se imponen ninguna limitación en relación al tiempo que media entre el trauma craneal y el debut de la psicosis; de hecho el 42% de las psicosis comenzaron más de 10 años después de la lesión cerebral. Pero más importante es la definición de psicosis que emplean. En la tabla de distribución de

diferentes se si considera la psicosis como causata parzialmente o totalmente da lesione cerebrale. Questi autori (Achté et al. 1969) descrivono una coorte di 3552 uomini con lesione cerebrale. Nel 42% dei casi si trattava di traumi cranici aperti. Tanto i traumi cranici aperti come i chiusi erano dovuti nella maggior parte dei casi a schegge provenienti dalle esplosioni e solo un 25% era conseguenza diretta di uno sparo. Questi agenti causali probabilmente aiutano a spiegare perché prevale un 30% di epilessia nel campione. Questa coorte documenta la percentuale più alta di psicosis da trauma cranico in una popolazione. Gli autori descrivono 317 casi, il che presuppone un 8,9% sui 3552. Vari fattori aiutano a comprendere tali dati. In primo luogo, lo studio longitudinale prende in esame un periodo di più di venti anni e gli autori non impongono alcun limite relativo al periodo che intercorre tra il trauma cranico e l'inizio della psicosis; infatti, il 42% delle psicosis ebbe inizio più di dieci anni dopo la lesione cerebrale. Però la definizione di psicosis fornita dagli autori è ancora più importante. Nella tabella sulla distribuzione delle diagnosi se ne includono 13 distinte; per

diagnósticos incluyen 13 distintos; casi la mitad de los casos son diagnosticados de psicosis esquizofrénica (24%) o de psicosis paranoide (22%) que serían los diagnósticos que suscitarían un mayor consenso a la hora de hablar de psicosis postraumática. Por el contrario, otras categorías tales como síndrome de Korsakoff, demencia grave, psicosis amentiforme, psicosis concusional prolongada o psicosis hipocondríaca serían excluidas por la mayoría de los autores contemporáneos. Varias de estas categorías serían consideradas hoy deterioro cognitivo de diferente severidad. La psicosis concusional, por la descripción que ofrecen los autores, parece corresponder a amnesias postraumáticas de larga duración. Achte et al. (1969) comentan que la inclusión de estas categorías en el grupo de las psicosis es cuestionable. A pesar de ello, en su publicación de 1991 dedicada a los trastornos paranoides secundarios a lesiones cerebrales, hablan de una muestra de aproximadamente 3000 casos de los que 750 tuvieron una psicosis (26%). La variable que se vio modificada entre 1969 y 1991 fue la duración del periodo de seguimiento. En la publicación más reciente el periodo

quasi la metà dei casi la diagnosi è di psicosis schizofrenica (24%) o di psicosis paranoide (22%) che sarebbero le diagnosi che suscitano maggior consenso nell'ambito della psicosis post traumatica. Al contrario, altre categorie quali la sindrome di Korsakoff, demenza grave, psicosis amentiforme, psicosis delirante cronica o psicosis ipocondriaca verrebbero scartate dalla maggior parte degli autori contemporanei. Molte di queste categorie sono oggi da considerarsi deterioramento cognitivo di differente grado di severità. La psicosis delirante cronica, dalla descrizione che ne offrono gli autori, sembra corrispondere alle amnesie post traumatiche a lungo termine. Achte et al. (1969) commentano che includere queste categorie nel gruppo delle psicosis è discutibile. Nonostante ciò, nella loro pubblicazione del 1991 dedicata ai disturbi paranoidi secondari dovuti a lesioni cerebrali, presentano una coorte di circa tremila casi, dei quali 750 avevano una psicosis (26%). Tra il 1969 e il 1991, l'unica variabile ad essere modificata fu la durata del periodo di osservazione. Nell'ultima pubblicazione, il periodo di

de seguimiento se acercó a los 50 años. En las series de los años 60 la presencia de psicosis se correlacionaba con la severidad del daño cerebral, la localización basal de las lesiones y con una menor frecuencia de trastornos sensorio-motores.

El grupo belga (De Mol et al. 1987; Violon, 1988) realizó un estudio retrospectivo partiendo de un grupo de 530 pacientes con daño cerebral traumático. Estos pacientes acudieron a valoración neuropsicológica en el servicio neuroquirúrgico entre 1968 y 1980; los seguimientos se hicieron por períodos de entre 1 y 10 años y se diagnosticaron 18 psicosis lo que suponía un 3,4% de la muestra. Los autores describen que la mayor parte de las psicosis comenzaron inmediatamente después de sufrir el trauma o de despertar del coma. Más del 80% debutaron antes de los 6 meses después del trauma. Estos datos sugieren que han sido incluidos como psicosis algunos síntomas que forman parte del periodo de confusión o amnesia postraumática. En cuanto al perfil clínico se detalla que los delirios de persecución estaban presentes en el 50% de los casos y que un tercio de

osservazione si avvicinava ai cinquant'anni. Nelle serie degli anni '60 la presenza di psicosi era relazionata con la severità del danno cerebrale, con la localizzazione iniziale delle lesioni e con una minore frequenza dei disturbi sensorio-motori. Il gruppo belga (De Mol *et al.* 1987; Violon, 1988) ha realizzato uno studio retrospettivo, partendo da un gruppo di 530 pazienti con danno cerebrale traumatico. Questi pazienti sono giunti a valutazione neuropsicologica nel servizio neurochirurgico tra il 1968 e il 1980; i follow up furono realizzati in periodi tra uno e dieci anni e furono diagnosticate 18 psicosi, che presentavano circa il 3,4% della coorte. Gli autori descrivono che la maggior parte delle psicosi ebbe inizio immediatamente dopo aver subito il trauma o al risveglio dal coma. Più dell'80% ebbe inizio prima dei sei mesi dopo il trauma. Tali dati suggeriscono che sono stati considerati come segnali di psicosi alcuni sintomi che appartengono al periodo di confusione o amnesia post traumatica. In quanto al profilo clinico è stato riportato che le manie di persecuzione erano presenti nel 50% dei casi e che un terzo dei pazienti esibiva stato maniacale

las pacientes exhibían humor maniforme (logorrea, euforia y fuga de ideas) o alguna forma de agresividad. Sorprendentemente reportan una mayor frecuencia de alucinaciones visuales que auditivas lo que aumenta la sospecha de contaminación de la muestra con cuadros confusionales. Los autores hacen referencia explícita al estado confusional en dos casos en los que el delirio desapareció con la resolución de la confusión. Este grupo de pacientes había sufrido traumas leves o moderados ya que el 61% no habían presentado coma o la pérdida de conciencia había sido muy breve. Sobre la base de hallazgos de TAC y de EEG se localizaron las lesiones, siendo las temporales las más frecuentes. En cuanto a la lateralidad predominaron las lesiones derechas o bilaterales sobre las izquierdas. Llama la atención el alto porcentaje de los problemas mentales previos al accidente (83%). Sachdev et al. (2001) estudiaron 45 pacientes con psicosis esquizofreniforme postraumática que fueron remitidos a lo largo de un periodo de 10 años. Su estudio trata de aportar datos sobre el perfil clínico de estos cuadros y de

(logorrea, euforia e fuga de ideas) o qualche tratto di aggressività. Sorprendentemente è stata riscontrata una maggiore frequenza di allucinazioni visive rispetto a quelle uditive, il che aumenta il sospetto di contaminazione della coorte ad opera di quadri confusionali. Gli autori fanno riferimento esplicito allo stato confusionale in due casi nei quali il delirio è scomparso con la risoluzione della confusione. Questo gruppo di pazienti aveva subito traumi lievi o moderati, e dal momento che il 61% non aveva presentato coma o perdita di coscienza, il periodo di confusione era stato molto breve. In base ai risultati della TAC e dell'EEG sono state localizzate le lesioni, dal momento che quelle del lobo temporale sono le più frequenti. Per quanto riguarda la lateralità predominavano le lesioni dell'emisfero destro o bilaterali rispetto a quelle dell'emisfero sinistro. Ad attirare l'attenzione è l'alta percentuale di problemi mentali antecedenti all'incidente (83%). Sachdev et al. (2001) hanno studiato 45 pazienti con psicosi schizofreniforme post traumatica osservandoli per un periodo di dieci anni. Questo studio tenta di

identificar los factores de riesgo que predicen la aparición de la psicosis. Los compararon con 45 personas que habían sufrido un trauma craneal y no habían presentado psicosis; la distribución de edades y sexos fue similar en ambos grupos. Se trata de una muestra de personas jóvenes (edad media 26 años) y con un lapso medio de 55 meses entre el trauma y el debut de la psicosis. El rango es muy amplio, de dos semanas a 17 años y los autores señalan que se excluyeron aquellos síntomas psicóticos que aparecieron en el contexto de un delirium. En cuanto a la caracterización clínica de las psicosis destaca el hecho de que la clínica depresiva fuera el cuadro inicial en la mitad de los casos, siendo los delirios paranoides y las alucinaciones auditivas los síntomas más comunes. El 40% de los casos presentó agitación o agresividad: El daño cerebral en los casos con psicosis era más extenso y se localizaba preferentemente en región temporal izquierda y parietal derecha. La lectura detallada del artículo siembra la duda sobre la solidez estadística de estos resultados. El número de pacientes con epilepsia era menor en el grupo con psicosis aunque las diferencias no eran

fornire dati circa il profilo clinico di tali quadri e di identificare i fattori di rischio che prognosticano la comparsa di una psicosi. Sono stati confrontati con 45 persone che avevano subito un trauma cranico e non avevano presentato psicosi; la distribuzione per età e sesso era simile in entrambi i gruppi. Si tratta di una coorte di giovani (età media 26 anni), osservati durante un lasso di tempo medio di cinquantadue mesi, tra il trauma e l'inizio della psicosi. Il range è molto ampio, da due settimane a diciassette anni, e gli autori segnalano di aver escluso quei sintomi psicotici comparsi in presenza di un delirio.

Per quanto riguarda la caratterizzazione clinica delle psicosi è stato evidenziato che la depressione ha rappresentato il quadro iniziale nella metà dei casi, dal momento che i deliri paranoidi e le allucinazioni uditive erano i sintomi più comuni. Il 40% dei casi presentava agitazione o aggressività: il danno cerebrale nei casi di psicosi era più esteso e localizzabile nella regione parietale temporale sinistra e parietale destra. La lettura dettagliata dell'articolo fa sorgere dei dubbi sulla veridicità statistica di questi risultati. Il numero dei pazienti con epilessia era

significativas. En cuanto a factores predictores de la presencia de psicosis postraumática emergen en este estudio la historia familiar de psicosis y la duración del coma.

Los autores refieren que las psicosis respondieron mayoritariamente a tratamiento neuroléptico. Otro grupo de autores que centró sus esfuerzos en la identificación de factores de riesgo fue el de Fujii y Ahmed (2001, 2002) analizando tanto una muestra propia como una serie de casos publicados en la literatura. Su propia serie estaba compuesta por 25 pacientes con psicosis postraumática que fueron comparados con una muestra de controles con trauma cerebral y sin psicosis. Una diferencia que puede ser sustancial entre el grupo de psicosis y el grupo control es la procedencia. Los pacientes con psicosis estaban todos ingresados en hospitales estatales de larga estancia, mientras que los controles procedían de las consultas externas. Este dato nos habla de diferencias en los niveles de dependencia o de diferente necesidad de supervisión o tutela. Se trataba de una muestra de pacientes jóvenes (media de edad cuando sufrieron un TCE, 21 años) con una demora media hasta el

menor en el grupo experimental aunque se le diferencias non erano significative. Quanto a fattori predisponenti allo sviluppo di psicosi post traumatica, in questo studio emergono la storia familiare e la durata del coma. Gli autori riportano che le psicosi rispondevano soprattutto a trattamento neurolettico. Un altro gruppo di autori interessati all'identificazione dei fattori di rischio, fu quello di Fujii y Ahmed (2001, 2002), i quali hanno analizzato una loro coorte e una serie di casi pubblicati nella letteratura. La loro coorte era composta da 25 pazienti con psicosi post traumatica; sono stati messi a confronto con un gruppo di controllo con trauma cerebrale e senza psicosi. Una differenza che può essere sostanziale tra il gruppo sperimentale e il gruppo di controllo è la provenienza. I pazienti con psicosi erano tutti ricoverati in ospedali pubblici a lunga degenza, mentre quelli di controllo erano affiancati da specialisti esterni. Questo dato rende conto delle differenze tra i livelli di dipendenza o di differente necessità di supervisione o tutela. Si trattava di un gruppo di pazienti giovani (di età media di 21 anni, quando subirono un TCE) con un ritardo medio,

comienzo de psicosis de 4 años y medio. En el análisis de los factores de riesgo asociados al diagnóstico de psicosis postraumática llama la atención la preponderancia de varones en ese grupo (24:1). Los autores destacan también la alta proporción de antecedentes de enfermedad neurológica congénita o trauma cerebral previo: 80% en el grupo de psicosis frente a 40% en el control. Los tipos de antecedentes neurológicos se distribuían de la siguiente manera: 14 trauma craneal, 3 crisis epilépticas, 3 trastornos del aprendizaje, 2 con complicaciones perinatales, 1 con sífilis congénita y otro con trastorno de la atención. No emergieron como factores de riesgo las epilepsias secundarias, la edad a la que se sufrió el trauma, el abuso previo de tóxicos o dominancia manual.

SERIE DE CASOS

A continuación se describen los resultados obtenidos del estudio retrospectivo realizado a las historias de 520 pacientes con TCE tratados en el Servicio de Daño Cerebral del Hospital Aita Menni entre los años 1992 y 2000. Los pacientes acudieron a este Servicio para completar programas de

fino all'insorgere della psicosi, di 4 anni e mezzo. Nell'analisi dei fattori di rischio associati alla diagnosi di psicosis post traumatica ad attirare l'attenzione è l'alto numero di maschi in questa coorte (24:1). Gli autori sottolineano anche l'elevato numero di precedenti di malattia neurologica congenita o trauma cerebrale ex ante: 80% nel gruppo sperimentale contro il 40% in quello di controllo. I tipi di precedenti neurologici si distribuivano nel seguente modo: 14 trauma cranico, 3 crisi epilettiche, 3 disturbo dell'apprendimento, 1 con sifilide congenita e un altro con deficit dell'attenzione. Non emersero come fattori di rischio le epilessie secondarie, l'età alla quale si è subito il trauma, l'abuso ex ante di sostanze tossiche o dominanza manuale.

SERIE DI CASI

Successivamente, si descrivono i risultati ottenuti dallo studio retrospectivo realizzato su 520 pazienti con TCE trattati nel Reparto di Neurologia dell'Ospedale Aita Menni tra il 1992 e il 2000. I pazienti erano giunti a questo reparto per completare programmi di riabilitazione

rehabilitación multidisciplinar, o para ser tratados de complicaciones conductuales tardías. Uno de los objetivos fue el estudio de la relación entre trauma craneal y psicosis. En este apartado se incluyó el análisis de prevalencia en la muestra, la descripción clínica y su relación con variables como localización de la lesión, alteraciones sensoriales y antecedentes familiares de psicosis. De entre las 520 pacientes, 12 fueron diagnosticados de psicosis postraumática. Se excluyeron los casos que presentaron síntomas psicóticos como parte de un episodio de confusión postraumática, o aquellos casos con sintomatología psicótica de aparición fugaz, es decir, aquella que no se mantuvo por un período de al menos dos semanas. También se seleccionó un grupo control con pacientes con TCE sin psicosis, emparejados en edad, sexo y severidad del TCE con los pacientes con psicosis. La comparación de ambos grupos se utilizó para tratar de identificar factores de riesgo. Los pacientes con psicosis postraumática eran en su mayoría varones (11:1). Habían sufrido el TCE en edades comprendidas entre las 8 y las 43 años (media de edad: 25,16 años, rango de 8

multidisciplinare, o per essere curati in caso di complicazioni comportamentali tardive. Uno degli obiettivi fu lo studio della relazione tra trauma cranico e psicosi. In questo capitolo è stata inclusa l'analisi della prevalenza nel campione, la descrizione clinica e la sua relazioni con variabili quali la localizzazione della lesione, alterazioni sensoriali e precedenti familiari di psicosi. Tra i 520 pazienti, sono state 12 le diagnosi di psicosi post traumatica. Sono stati esclusi i casi che presentavano più sintomi psicotici come parte di un episodio di confusione postraumatica, o quei casi con sintomatologia psicotica a breve termine, non più di due settimane. Inoltre, è stato selezionato anche un gruppo di controllo con pazienti con TCE senza psicosi, accoppiati in base a età, sesso e severità del TCE con i pazienti con psicosi. Il raffronto di entrambi i gruppi fu utilizzato per cercare di identificare i fattori di rischio. I pazienti con psicosi post traumatica erano per la maggior parte maschi (11:1). Avevano subito il TCE in età comprese tra gli 8 e i 43 anni (età media: 25, 16 anni, compresi tra gli 8 e i 43 anni). In 10 dei 12 casi, i primi sintomi

a 43 años). En diez de los doce casos, los primeros síntomas psicóticos se detectaron antes de que transcurriera un año del TCE (tabla I) y la prevalencia de psicosis postraumática en esta muestra fue del 2,8%. De cara a reflexionar sobre si estos pacientes pueden corresponder a personas en las que el TCE y la esquizofrenia coincidan por azar, conviene recordar que la prevalencia de vida para la esquizofrenia se sitúa entre el 0,4% (Saha *et al.* 2005) y el 0,87% (Perala *et al.* 2007). La diferencia de prevalencia cobra más valor si se tiene en cuenta que los datos de psicosis postraumática corresponden a seguimientos muy limitados en el tiempo. Por el contrario, se trata de una muestra sesgada en la que la aparición de síntomas psicóticos puede haber contribuido a su reclutamiento. La severidad del TCE mismo se valoró en función de la duración de la amnesia postraumática (Long, 1992): 8 eran traumatismos muy graves (APT superior a un mes), 1 era grave (APT más de una semana), 3 leves (APT inferior a un día). La lateralidad de la lesión no arrojó diferencias significativas: 4 con lesión cerebral izquierda, 4 con lesión cerebral derecha,

psicóticos son stati scoperti prima che trascorresse un anno dal TCE (tabella 1) e la prevalenza di psicosi post traumatica nel campione è stata di 2,8%.

Prima di riflettere sul fatto che questi pazienti potrebbero corrispondere a persone nelle quali il TCE e la schizofrenia coincidono per puro caso, bisogna ricordare che l'incidenza della schizofrenia si situa tra lo 0,4% (Saha *et al.* 2005) e lo 0,87% (Perala *et al.* 2007). La differenza di incidenza acquisisce più valore se si tiene conto del fatto che i dati di psicosi post traumatica corrispondono a follow-up molto limitati nel tempo. Al contrario, si tratta di un campione segnato sulla base della comparsa dei sintomi psicóticos, che potrebbe aver contribuito alla sua selezione. La severità del TCE stesso è stata valutata in base alla durata dell'amnesia post traumatica (Long, 1992): 8 erano traumatismi molto gravi (APT superiore a un mese), 1 era grave (APT più di una settimana), 3 lievi (APT inferiori a un giorno). La lateralità della lesione non presentò differenze significative: 4 con lesione cerebrale sinistra, 4 con lesione cerebrale destra, 3 con danno bilaterale e uno senza dati

3 con daño bilateral y en uno sin datos de localización. Respecto de la lesión en lóbulo temporal, 7 pacientes con psicosis la presentaban por 5 del grupo control.

Características del cuadro psicótico

En relación al curso de la enfermedad, la mitad presentaron un curso episódico y la otra mitad crónico. En relación a los síntomas presentes (figura 1) destacan por su frecuencia las alucinaciones auditivas (10 de los 12 pacientes) y ideas delirantes (7 casos). Las alucinaciones visuales solo estuvieron presentes en un caso y las alucinaciones olfativas en dos. Más frecuente fue la presencia de des-realización (4 casos). Llama la atención la elevada comorbilidad de sintomatología afectiva que justificó el tratamiento antidepresivo de 9 casos. En 7 de los casos la sintomatología psicótica remitió como consecuencia del tratamiento con neurolépticos, siendo 9 los que mejoraron su cuadro clínico con antidepresivos. En uno sólo de los casos de psicosis postraumática se detectó antecedentes familiares de psicosis.

di localizzazione. 7 pazienti con psicosi presentavano la lesione nel lobo temporale, rispetto a 5 del gruppo di controllo.

Caratteristiche del quadro psicotico

Quanto allo sviluppo della malattia, la metà hanno presentato un corso episodico e l'altra metà cronico. In relazione ai sintomi presenti (Figura 1) risaltano per la loro frequenza le allucinazioni uditive (10 dei 12 pazienti) e le idee deliranti (7 casi). Le allucinazioni visive erano presenti solamente in un caso e le allucinazioni olfattive in due. Più frequente è stata la presenza di derealizzazione o distacco dalla realtà (4 casi). Ad attirare l'attenzione è l'elevata comorbilità della sintomatologia affettiva che sembra giustificare il trattamento antidepressivo di 9 casi. In 7 dei casi la sintomatologia psicotica regredì in seguito al trattamento con neurolettici, dal momento che 9 di loro migliorarono il proprio quadro clinico tramite l'utilizzo di antidepressivi. In uno solo dei casi di psicosi post traumatica furono rilevati precedenti familiari di psicosi.

Alteraciones sensoriales

Algunas alteraciones sensoriales como la sordera están relacionadas con una mayor probabilidad de presentar cuadros paranoides. Dada la alta prevalencia de déficits sensoriales en los TCE se estudió esta relación. Los déficits sensoriales estaban presentes en 10 de los casos con un predominio de los déficits visuales (6 casos). La distribución por tipo de déficit sensorial y la comparación con el grupo control están representados en las figuras 3 y 4. Llama la atención como a igualdad de severidad del traumatismo, la prevalencia de déficit sensorial en el grupo de psicosis postraumática es el doble que en el grupo control.

CONCLUSIONES

En este resumen final se van a destacar los hallazgos coincidentes entre autores que hayan realizado observaciones independientes. En relación a la cuestión de la relación entre psicosis y trauma craneal, puede afirmarse que la psicosis es una complicación poco común del trauma pero que la probabilidad de desarrollar una psicosis está incrementada después del mismo.

Alterazioni sensoriali

Alcune alterazioni sensoriali come la sordità sono relazionate ad una maggiore probabilità di presentare quadri paranoidi. Considerata l'alta prevalenza di deficit sensoriali nei TCE, questa relazione è stata successivamente approfondita. I deficit sensoriali erano presenti in 10 dei casi con prevalenza dei deficit visivi (6 casi). La distribuzione per tipo di deficit sensoriale e il confronto con il gruppo di controllo sono rappresentati nelle figure 3 e 4. Da notare, come a parità di severità del traumatismo, la prevalenza del deficit sensoriale nel gruppo con psicosi post traumatica è il doppio rispetto a quella del gruppo di controllo.

CONCLUSIONI

In questo riassunto finale sono stati evidenziati risultati simili nelle osservazioni indipendenti di vari autori. Quanto alla relazione tra psicosi e trauma cranico, è possibile affermare che la psicosi è una complicazione poco comune del trauma, ma la probabilità di sviluppare una psicosi in seguito allo stesso, è maggiore. Se la schizofrenia si presenta una tantum tra lo 0,4 e lo 0,8%,

Si la esquizofrenia presenta una prevalencia de vida entre el 0.4 y el 0.8%, la prevalencia de psicosis después de un TCE oscila entre el 2 y el 3%. En comparación con el déficit cognitivo que es extraordinariamente común y que se presenta en contigüidad temporal con el trauma, las psicosis pueden aparecer en fases tempranas o muy tardías, incluso años después. El otro gran grupo de trastornos psíquicos postraumáticos, las alteraciones de conducta, también guardan una mayor proximidad temporal y continuidad en la presentación. En contraposición al déficit cognitivo, la presentación de las psicosis es episódica en muchos casos y responde a medicación en un porcentaje de los mismos. Las alucinaciones auditivas y las ideas delirantes son los síntomas más comunes. Diversos autores destacan el papel prodrómico o comórbido de la sintomatología depresiva, así como la presencia de agresividad y síntomas maniformes acompañantes. Varios autores señalan la ausencia o escasa presencia de antecedentes familiares entre los pacientes con psicosis postraumática. La mayor severidad del trauma y la localización temporal de las lesiones

l'incidenza di psicosi dopo un TCE oscilla tra il 2 e il 3%. In confronto al deficit cognitivo che è straordinariamente comune e che si manifesta in contiguità temporale con il trauma, le psicosi possono apparire in fasi precoci o molto tardive, persino anni dopo. Anche l'altro grande gruppo di disturbi psichici post traumatici, i disturbi del comportamento, mantiene una maggior prossimità temporale e continuità nella sua comparsa. In contrapposizione al deficit cognitivo, la comparsa delle psicosi è episodica in molti casi e risponde alle cure, in percentuale rispetto agli stessi. Le allucinazioni uditive e le idee deliranti sono i sintomi più comuni. Diversi autori sottolineano il ruolo prodromico o di comorbilità della sintomatologia depressiva, così come la presenza dell'aggressività e sintomi maniformi di accompagnamento. Vari autori segnalano l'assenza o l'esigua presenza di precedenti familiari tra i pazienti con psicosi post traumatica. La maggior severità del trauma e anche la localizzazione temporale delle lesioni sono state associate ripetutamente a una maggiore possibilità di sviluppare una psicosi; sono stati descritti anche casi di

también se han asociado repetidamente con una mayor probabilidad de desarrollar una psicosis; también se han descrito casos de psicosis en TCEs leves o con lesiones en otras regiones cerebrales. El papel de la epilepsia no suscita consenso; tampoco lo hacen otras posibles variables mediadoras de la psicosis, el déficit cognitivo y las alteraciones sensoriales por ejemplo. La revisión bibliográfica y los casos estudiados nos hablan de un síndrome muy heterogéneo en presentación clínica, curso y lapso de tiempo. En opinión de los autores es probable que lo único que tengan en común las psicosis post traumáticas sea la presencia de alucinaciones e ideas delirantes como expresión relativamente inespecífica de reacción a muy distintas disfunciones cerebrales. la heterogeneidad es muy importante, los estudios de caso único pueden ayudar esclarecer algunos de los mecanismos de formación de estos síntomas y ofrecer información complementaria a la aportada para los estudios de grupos que pueden verse muy limitados a ese nivel.

TCE lievi o con lesioni in altre regioni cerebrali. Sul ruolo dell'epilessia gli autori non sono concordi; lo stesso vale per altre possibili variabili mediatrici di psicosi, ad esempio, il deficit cognitivo e le alterazioni sensoriali. La revisione bibliografica e i casi studiati descrivono una sindrome molto eterogenea nella manifestazione clinica, corso e lasso di tempo. Secondo gli autori è probabile che l'unico punto di contatto con le psicosi post traumatiche sia la presenza di allucinazioni e idee deliranti come espressione aspecifica di reazioni a varie disfunzioni cerebrali. L'eterogeneità è molto importante, lo studio dei casi specifici può aiutare a far luce su alcuni dei meccanismi di formazione di questi sintomi e apportare nuovi contributi ai risultati precedenti, nell'ambito degli studi sulle coorti, che a questo livello non sono particolarmente numerosi.

	EDAD	SEXO	LAPS O	SEVERIDAD	
	Al ingreso	Al TCE		Meses hasta debut de la psicosis	Duración de la APT (Long, 1992)
1	4 6	20	M	192	Muy grave
2	3 2	24	H	2	Muy grave
3	3 0	8	H	84	Muy grave
4	2 4	2 3	H	9	Muy grave
5	2 0	1 8	H	10	Muy grave
6	2 6	2 5	H	4	Muy grave
7	4 4	4 3	H	9	Grave
8	2 7	2 4	H	1	Leve
9	3 8	3 7	H	1,5	Leve
10	4 3	4 2	H	7	Muy grave
1 1	2 4	2 1	H	11	Muy grave
1 2	2 1	1 7	H	5	Leve

Tabla 1: Descripción de la muestra de psicosis postraumática

	ETA	SESSO	LAPSO	SEVERITA	
	In entrata	Al TCE		Mesi trascorsi dall'inizio della psicosi	Durata dell'APT (Long, 1992)
1	4 6	20	M	192	Molto grave
2	3 2	24	H	2	Molto grave
3	3 0	8	H	84	Molto grave
4	2 4	2 3	H	9	Molto grave
5	2 0	1 8	H	10	Molto grave
6	2 6	2 5	H	4	Molto grave
7	4 4	4 3	H	9	Grave
8	2 7	2 4	H	1	Lieve
9	3 8	3 7	H	1,5	Lieve
10	4 3	4 2	H	7	Molto grave
1 1	2 4	2 1	H	11	Molto grave
1 2	2 1	1 7	H	5	Lieve

Tabella 1: Descrizione del gruppo sperimentale con psicosi posttraumatica

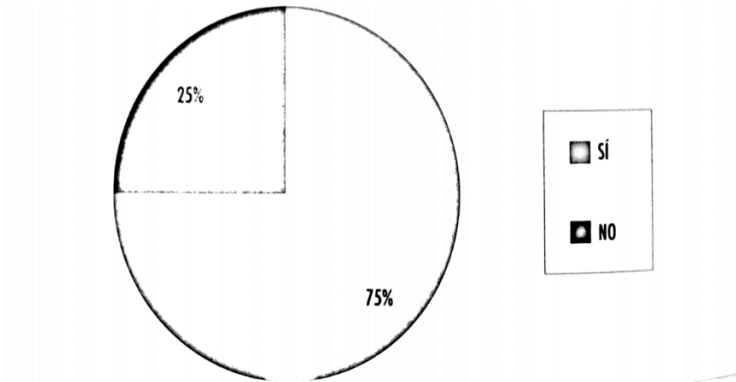


Figura 2: Comorbilidad afectiva.

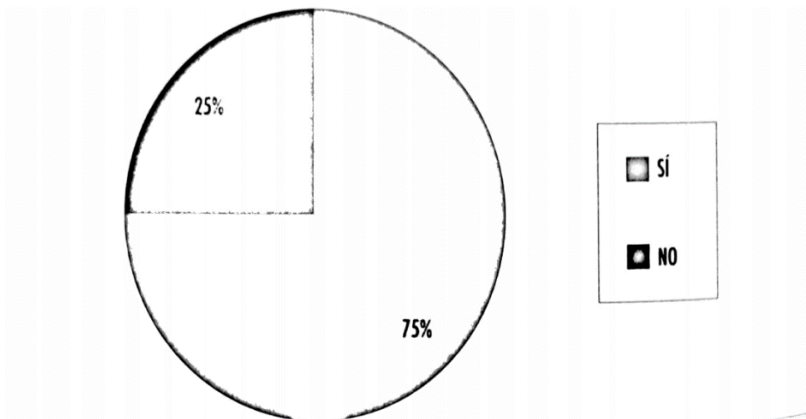


Figura 2: Comorbilità affettiva

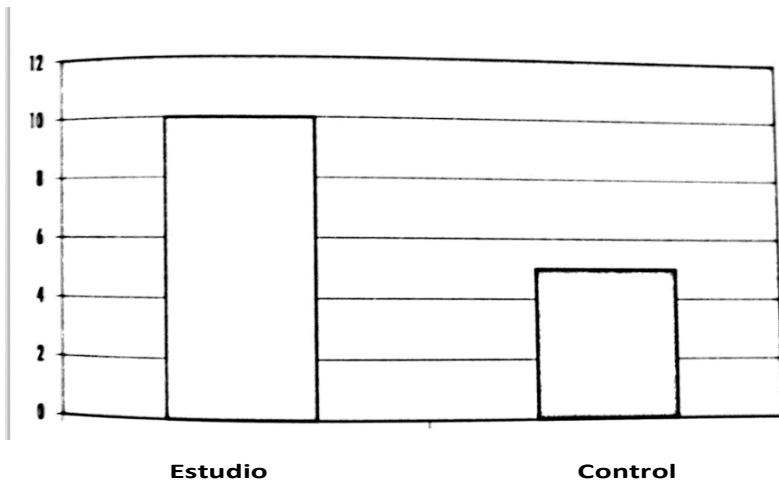


Figura 3: Défici sensorial en grupo con psicosis y en grupo de control.

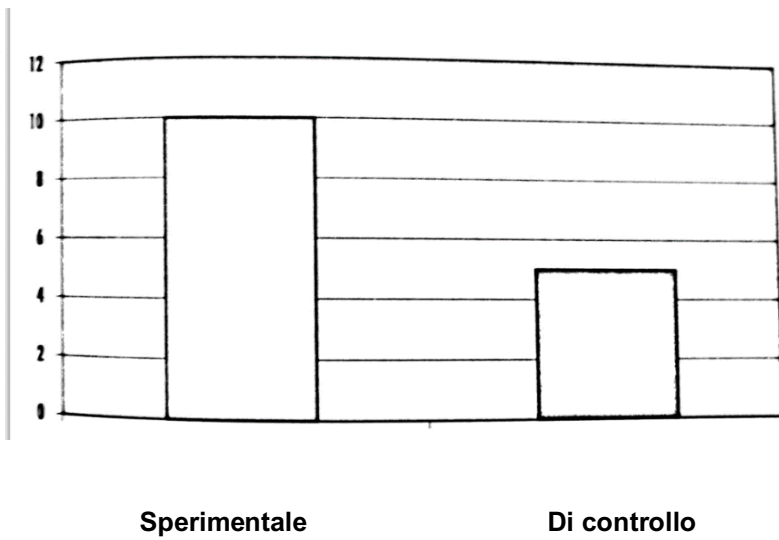


Figura 3: Deficit sensoriale nel gruppo sperimentale e nel gruppo di controllo

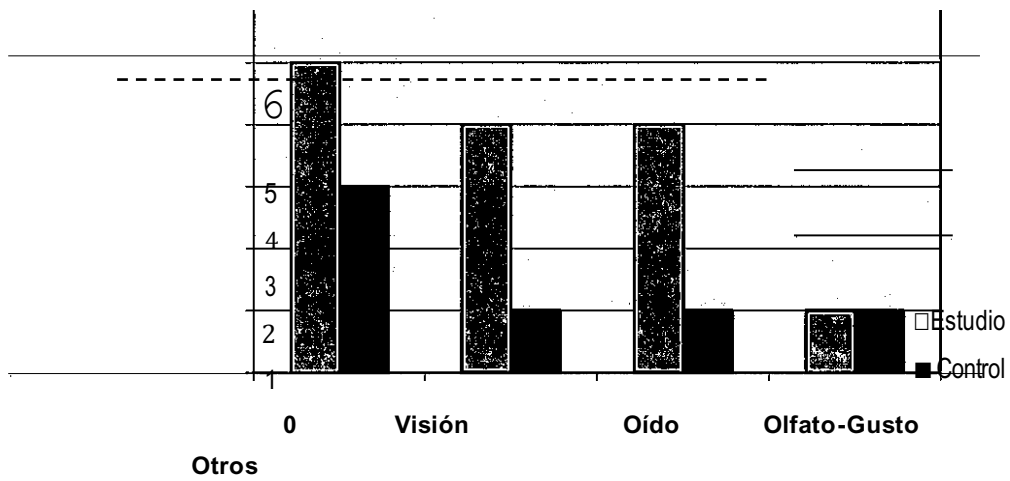


Figura 4: Tipos de déficit sensorial

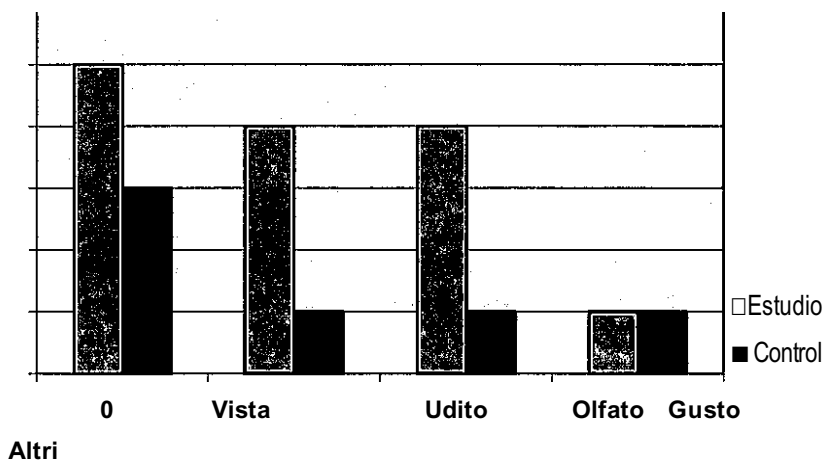


Figura 4: Tipi di deficit sensoriali

BIBLIOGRAFIA

ABDELMALIK, P.; Husted, J.; Chow, E. W. & Bassett, A. S., 2003. Childhood he injury and expression of schizophrenia in multiply affected families. *Arch G^lJ Psychiatry*, 60, pp. 231-236.

ACHTE, K.; HILLBON, E. & AALBERG, V., 1967. Post-traumatic psychoses following war brain injuries. A follow-up study on the psychoses developed by the men who suffered brain injuries in the Finnish wars of 1939-1945. *Reports from the Rehabilitation; Institute for Brain-Injured Veterans in Finland*, 1.

ACHTE, K. A.; HILLBOM, E. & AALBERG, V., 1969. Psicoses following war brain injuries. *Acta Psychiat Scand*, 45, pp. 1-18.

ACHTE, K.; JARHO, L.; KYKKKA, T. & VESTERINEN, E., 1991. Paranoid disorders following war brain damage. *Psychopathology*, 24, pp. 309-315.

ARCINIEGAS, D. B.; HARRIS, S. N. & BROUSSEAU, K. M., 2003. Psychosis following traumatic brain injury. *International Review of Psychiatry*, 15, pp. 328-340.

DAVISON, K. & BAGLEY, C. R., 1969. Schizophrenia-like psychoses associated with organic disorders of the central nervous system: A review of the literature. Herrington, R. N., 1969. Current problems in neuropsychiatry, schizophrenia, epilepsy, the temporal lobe. *British Journal of Psychiatry*, 4.

DE MOL, J.; VIOLON, A. & BRIHAYE, J., 1987. Post-traumatic psychoses: a retrospective study of 18 cases. *Archivio di Psicologia Neurologia e Psichiatria*, 3, pp. 336-350.

FUJII, D. & AHMED, I., 2001. Risk factors in psychosis secondary to traumatic brain injury., *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 13 (1), pp. 61-69.

FUJII, D. & AHMED, I., 2002. Characteristics of psychotic disorder due to traumatic brain injury: an analysis of case studies in the literature. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 14 (2), pp. 130-140.

FUJII, D.; AHMED, I. & HISHINUMA, E., 2004. A neuropsychological comparison of psychotic disorder following traumatic brain injury, traumatic brain injury without psychotic disorder, and schizophrenia. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 16 (3), pp. 306-314.

GUERREIRO, D. F. *et al.* 2009. Psychosis secondary to traumatic brain injury. *Brain Injury*, 23 (4), pp. 358-361.

HARRISON, G. *et al.* 2006. Risk of schizophrenia and other non-affective psychosis among individuals exposed to head injury: Case control study. *Schizophrenia Research*, 88, pp. 119-126.

LONG, CH. J. & SCHMITTER, M. E., (1992). Cognitive sequelae in closed head injury. In *Handbook of Head Trauma*. New York: Plenum Press.

MIFKA, P., 1976. *Handbook of Clinical Neurology. Post-traumatic psychiatric disturbances. Injuries of brain and skull*. Amsterdam-Oxford-New York: Vinken and Bruyn Publ. In De Mol, J. Violon, A. & Brihaye, J., 1987. Post-traumatic psychoses: a retrospective study of 18 cases. *Archivio di Psicologia Neurologia e Psichiatria*, 3, pp. 336-350.

MOROS, N., 1944. Traumatic psychosis: a questionable disease entity. *J. Nerv. Ment. Dis*, 99, pp. 45-55. In De Mol, J. Violon, A. e Brihaye, J., 1987. Post-traumatic psychoses: a retrospective study of 18 cases. *Archivio di Psicologia Neurologia e Psichiatria*, 3, pp. 336-350.

McALLISTER, T. W., 1998. Traumatic brain injury and psychosis: what is the connection?

Seminars in Clinical Neuropsychiatry, 3 (3), pp. 211-223.

McALLISTER, T.; W. & FERRELL, R. B., 2002. Evaluation and treatment of psychosis after traumatic brain injury. *NeuroRehabilitation*, 17, pp. 357-368.

NIELSEN, A. S.; MORTENSEN, P. B.; O'CALLAGHAN, E.; MORS, O. & EWALD, H., 2002.

Is head injury a risk factor for schizophrenia? *Schizophrenia Research*, 55, pp. 93-98.

PERALA, J. *et al.* 2007. Lifetime prevalence of psychotic and bipolar disorders in a general population. *Arch Gen Psychiatry*, 64, (1), pp. 19-28.

SAHA, S.; CHANT, D.; WELHAM, J. & McGRATH, J. 2005 A Systematic Review of Prevalence of Schizophrenia. *PLoS Med* [On line] 2(5)..

SACHDEV, P.; SMITH, J. S. & CATHCART, S., 2001. Schizophrenia-like psychosis following traumatic brain injury: a chart-based descriptive and case-control study.

Psychological Medicine, 31, pp. 231-239. VIOLON, A., 1988. Post-Traumatic psychoses. *Acta Neurochirurgica*, 44, pp. 67-69.

CAPÍTULO 9

PSICOSIS Y PSICOPATOLOGÍA DE LA CORPORALIDAD

Filiberto Fuentenebro de Diego, Carmen Valiente Ots, María Provencio Ortega

INTRODUCCIÓN

Dentro del campo de la «atipicidad» de las psicosis hemos querido elegir un marco en el que los síntomas «psíquicos» ceden su lugar a los «somáticos». En la historia de la psiquiatría —a la que aludiremos— ha habido, en el análisis de la psicosis, un notable interés en el análisis clínico y psicopatológico de estos síntomas.

Un breve recorrido histórico sobre las relaciones entre corporalidad, vivencia del cuerpo y las psicosis nos lleva a los trabajos clásicos de Bleuler (1911) o Kraepelin (1913), quienes ya señalaron la importancia de los síntomas y experiencias anómalas vinculados a la corporalidad en los pacientes esquizofrénicos. Posteriormente, Schneider (1970) identificaría las vivencias somáticas dentro de los síntomas de primer rango (donde además incluyó las experiencias de

CAPITOLO 9

PSICOSI E PSICOPATOLOGIA DELLA CORPOREITÀ

Filiberto Fuentenebro de Diego, Carmen Valiente Ots, María Provencio Ortega

INTRODUZIONE

Nel settore dell'«atipicità» delle psicosi abbiamo voluto optare per uno schema nel quale i sintomi «psicotici» cedessero il posto ai «somatici». Nella storia della psichiatria —alla quale faremo riferimento—, tale approccio ha acquisito un particolare interesse nell'analisi clinica e psicopatologica di questi sintomi.

Una breve revisione della storia sulle relazioni tra corporeità, esistenza corporea e le psicosi ci conduce ai lavori classici di Bleuler (1911) o Kraepelin (1913), i quali già avevano segnalato l'importanza dei sintomi e delle esperienze anomale legate alla corporeità nei pazienti schizofrenici.

Successivamente, Schneider (1970) includerebbe le esperienze somatiche tra i sintomi primari (nei quali considerò anche le esperienze di passività e le percezioni deliranti); oltretutto,

pasividad y las percepciones delirantes); es más, conceptualizó este tipo de síntomas como una «pérdida del ser uno mismo». Carpenter *et al.* (1976) distinguen distintos subtipos de esquizofrenia, entre los que incluyen la *esquizofrenia hipocondriaca*, caracterizada por síntomas somáticos, sugiriendo la existencia de una entidad nosológica en la que predominarían sensaciones corporales anómalas (la denominada *parafrenia hipocondriaca* por Kraepelin, o la *hebefrenia hipocondriaca* de Kalhbaum). Leonhard (1986) describió la *parafrenia hipocondriaca sistemática*, como un subtipo de la esquizofrenia paranoide, mientras que Huber (1971) se refirió a la *esquizofrenia cenestésica*, caracterizada por sentimientos y sensaciones corporales anómalas y dominantes y por características hipocondriacas.

Respecto a la incidencia de alteraciones asociadas a la corporalidad en las psicosis esquizofrénicas, son habituales las sensaciones extra-corpóreas, como sentirse extraño con el propio cuerpo o bien sentirse dividido o desintegrado.

Lukianowick (1967) indica que el índice de prevalencia de las alteraciones corporales en las esquizofrenias

describió este tipo de síntomas como una «perdita di se stessi». Carpenter *at al.* (1976) distinguono diversi sottotipi di schizofrenia, tra i quali quelli che includono la *schizofrenia ipocondriaca*, caratterizzata da sintomi somatici, suggerendo l'esistenza di un'entità nosologica nella quale predominerebbero sensazioni corporee anomale (la cosiddetta *parafrenia ipocondriaca* secondo Kraepelin, o la *ebefrenia ipocondriaca* di Kalhbaum). Leonhard (1986) descrisse la *parafrenia ipocondriaca sistemática*, come un sottotipo della schizofrenia paranoide, mentre Huber (1971) si riferì alla *schizofrenia cinestesica*, caratterizzata da sensazioni corporee anomale e dominanti, e da tratti ipocondriaci.

Per quanto riguarda l'incidenza di alterazioni associate alla corporeità nelle psicosi schizofreniche, sono comuni le sensazioni extra-corporee, come il sentirsi estranei rispetto al proprio corpo o anche percepirsi divisi o disintegrati. Lukianowick (1967) indica che l'indice di prevalenza delle alterazioni corporee nelle schizofrenie

oscilaría entre un 15 y 31%. Si se excluyeran las experiencias sensoriales como las alucinaciones somáticas este índice se incrementaría considerablemente, oscilando entre un 30 y 74% (Kato e Ishiguro, 1994: Brauning, 1993).

HISTORIA CONCEPTUAL

Un análisis histórico-conceptual de lo precitado nos retrotrae al desarrollo de nociones tales como la de cenestesia y que en otros trabajos hemos comentado (Fuentenebro, 2005).

Esta ha vertebrado la fenomenología de diversos cuadros y, en algunos autores, adjetivado éstos. Revisaremos las aportaciones de las escuelas alemana y francesa por ser las que más han aportado en este sentido. En el caso de la **psiquiatría alemana** desde sus comienzos desarrolló una serie de trabajos importantes en el ámbito de los llamados por Glatzel (1972) «*trastornos de los sentimientos corporales*». Su proyección en la concepción holística de la psicosis, en el sentido de otorgar a estos síntomas la misma valencia sintomatológica que a los «*psicológicos*», tiene una larga trayectoria. Recuerda Glatzel, revisando

oscillerebbe tra un 15 e un 31%. Se si escludessero le esperienze sensoriali come le allucinazioni somatiche, questo indice crescerebbe in maniera considerevole, oscillando tra un 30 e un 74% (Kato e Ishiguro, 1994: Brauning, 1993).

STORIA CONCETTUALE

Un'analisi storico-concettuale di quanto detto sopra, ci conduce nuovamente allo sviluppo di nozioni quali quella di cinestesia, già trattata in altri lavori (Fuentenebro, 2005).

Tale definizione ha dato fondamento alla fenomenologia di diversi quadri e, in alcuni autori, li ha resi aggettivi. Rivedremo gli apporti delle scuole tedesca e francese, dal momento che sono quelle che più hanno contribuito in questo senso. Nel caso della **psichiatria tedesca**, essa sviluppò, sin dai suoi esordi, una serie di lavori importanti, tra i quali, quelli definiti da Glatzel (1972) «*disturbi da sintomi somatici*». La sua proiezione nella concezione olistica di psicosi, ossia l'attribuzione a questi sintomi della stessa valenza sintomatologica di quelli «*psicologici*», è di ampio respiro. Ricorda Glatzel, revisionando una serie di autori

a una serie de autores previos, que ya Kraepelin había mencionado, en 1910, el carácter, primariamente somático, de muchos períodos iniciales de la esquizofrenia. Panse habló del «*aura neurastenica*» en las psicosis esquizofrénicas. Bleuler (1911) describió una hebefrenia hipocondríaca; Berze (1914) una forma neurasténica; Kretschmer refirió esquizofrenias hipocondríacas en los jóvenes y Rosenfeld (1939) una esquizofrenia vegetativa. Huber -como ya hemos dicho en la forma que denominó «*esquizofrenia cenestésica*» (*Coenaesthetische Schizophrenie*)-, advirtió un valor pronóstico peculiar debido a la marcada tendencia a la producción de un síndrome residual y Conrad (1963), en su magistral estudio sobre la esquizofrenia incipiente, se refirió a la apofanía en la esfera corporal en el segundo momento del análisis gestáltico del delirio esquizofrénico.

Para Glatzel durante el curso «*de casi todas las psicosis endógenas*» se presentan una serie de fenómenos que pueden ser incluidos entre los trastornos de los sentimientos corporales. Alude a la vieja experiencia clínica de que en las psicosis de los jóvenes se manifiestan,

precedentes, que ya Kraepelin aveva mencionado nel 1910, il carattere principalmente somatico di molte fasi iniziali della schizofrenia.

Panse parlò di «*aura neurastenica*» nelle psicosi schizofreniche. Bleuler (1911) descrisse un'ebefrenia ipocondriaca; Berze (1914) una forma neurastenica; Kretschmer si riferì a schizofrenie ipocondriache nei giovani e Rosenfeld (1939) a una schizofrenia vegetativa. Huber -come già menzionato rispetto alla maniera in cui denominò «*schizofrenia cinesetica*» (*Coenaesthetische Schizophrenie*)-, si accorse di un valore prognostico peculiare dovuto alla spiccata tendenza alla produzione di una sindrome residuale e Conrad (1963), nel suo magistrale studio sulla schizofrenia incipiente, fece riferimento all'apofania nella sfera corporea nel secondo momento dell'analisi gestaltica del delirio schizofrenico.

Secondo Glatzel durante il corso «*di quasi tutte le psicosi endogene*» si verificano una serie di fenomeni che possono essere considerati tra i disturbi da sintomi somatici. Egli fa riferimento alla passata esperienza clinica, nella quale, nelle psicosi giovanili, si

con cierta frecuencia, síntomas corporales así como al valor pronóstico de tal hallazgo. Determinados trastornos de los sentimientos corporales suelen ser descritos por los enfermos de forma “...compleja y abigarrada...la dificultad para describir la profunda alteración experimentada en su estado corporal lleva a los pacientes a definir sus molestias con formulaciones ricas en palabras y, a menudo, con términos extraños y abstrusos. En lo que se refiere a la cualidad de las señales corporales anómalas es significativo el hecho de que, por lo regular, no sean comparables a ninguna de las sensaciones corporales conocidas».

No obstante, y para su total comprensión historiográfica, bien podrían citarse los trabajos de autores como Von Feuchtersleben (1845), Griesinger (1861) o Krafft-Ebing (1893) en sus análisis de la cenestesia e hipocondría. Sin menoscabo de las aportaciones de la alemana, la escuela francesa ha sido la que más ha contribuido al estudio de las alteraciones psicopatológicas de la cenestesia y a su proyección en la clínica psiquiátrica.

Morel analizó las «*sensations internes chez les aliénés*». Luys (1881) avanzó la hipótesis de que las sensaciones internas

manifiestan síntomas somáticos con una cierta frecuencia, así como al valor pronóstico de este resultado. Determinati disturbi da sintomi somatici sono solitamente descritti dai malati in modo “...completo e variegato...la difficoltà di descrivere la profonda alterazione sperimentata nel loro stato corporeo porta i pazienti a definire i propri fastidi con frasi ricche e, spesso, mediante l’uso di termini astrusi e desueti. Per quanto riguarda la qualità dei segnali corporei anomali è significativo il fatto che, per quanto regolare, non siano paragonabili a nessuna delle sensazioni corporee conosciute». Nonostante ciò, e per la sua totale comprensione storiografica, potrebbero essere citati anche i lavori di autori quali Von Feuchtersleben (1845), Griesinger (1861) o Krafft-Ebing (1893) nelle loro analisi della cinestesia e dell’ipocondria. Nel rispetto degli apporti della scuola tedesca, la scuola francese è stata quella che ha più contribuito allo studio delle alterazioni psicopatologiche della cinestesia e alla sua proiezione nella psichiatria clinica. Morel analizzò las «*sensations internes chez les aliénés*». Luys avanzò l’ipotesi che le sensazioni interne che causavano l’ipocondria provenissero da allucinazioni propriocettive vere (*hallucinations*

que causaban la hipocondría procedían de alucinaciones propioceptivas verdaderas (*hallucinations viscérales*). Séglas (1895), al estudiar las ideas de negación hipocondríaca, precisa que «... están en estrecha relación con las perversiones de la cenestesia. Al recibir de sus órganos nuevas sensaciones, que alteran el *complexus cénesthétique* habitual, condición fundamental de la personalidad, los enfermos dicen sentirse cambiados y niegan las partes de su cuerpo que ya no reconocen».

En el marco de esta escuela cualquier análisis conceptual sobre las alteraciones de la cenestesia debe forzosamente recordar el trabajo de Ernest Dupré. Su descripción clínica inicial — las cenestopatías— fue realizada, en colaboración con Camus, en 1907. Este trabajo será recogido junto con el resto de su obra en una publicación póstuma, en 1925, prologada por Paul Bourget: *Pathologie de L'imagination et de L'emotivité*. Bajo el nombre de cenestopatía describe Dupré un desequilibrio particular de la cenestesia, es decir de la sensibilidad interna. Señala Dupré que el sentimiento de nuestra existencia, la conciencia del organismo, procede de la

viscérales). Séglas (1895), estudiando le idee di negazione ipocondriaca precisa che «...sono in stretta relazione con le perversioni della cinestesia. Nel momento in cui i loro organi ricevono nuove sensazioni che alterano il complesso cinestetico abituale, condizione fondamentale della personalità, i malati affermano di sentirsi cambiati e negano le parti del loro corpo che non riconoscono più».

Nel segno di questa scuola, qualsiasi analisi concettuale sulle alterazioni della cinestesia deve necessariamente richiamare il lavoro di Ernest Dupré. La sua descrizione clinica iniziale - *les cénestopathies*- è stata realizzata, in collaborazione con Camus, nel 1907. Questo lavoro sarà raccolto insieme al resto della sua opera in una pubblicazione postuma, nel 1925, con prologo ad opera di Paul Bourget: *Pathologie de L'imagination et de L'emotivité*. Sotto il nome di *cénestopathie*, Dupré descrive un particolare squilibrio della cinestesia, cioè della sensibilità interna. Dupré evidenzia che il senso della nostra esistenza, la coscienza dell'organismo, proviene dalla sintesi degli elementi primari della sensibilità organica. Le

síntesis de los elementos primarios de la sensibilidad orgánica. Las alteraciones de éstos, las vibraciones penosas que emanan de un territorio cenestésico determinado, constituyen las cenestopatías. Estas alteraciones tienen como características especiales el de ser simples, esenciales, irreducibles a otro proceso mórbido y localizadas o circunscritas a un territorio. El enfermo experimenta en ciertas regiones una impresión molesta, sorda y difusa; se inquieta por esta sensación misteriosa, difícil de explicar, una especie de alucinación de la sensibilidad interna. En su fenomenología clínica pueden estar unidas a otros elementos patológicos a los que se yuxtaponen y combinan para constituir un sistema delirante más o menos rico o estructurado. En la semiología psiquiátrica se las conoce bajo el nombre de alteraciones de la sensibilidad general o alucinaciones cenestésicas. En los tratados son estudiadas a continuación de las ilusiones y alucinaciones sensoriales. En la construcción de las psicosis juegan un papel análogo al de las alteraciones psicosenoriales. Si las alucinaciones están casi siempre

alterazioni di questi elementi, le vibrazioni dolorose che si diffondono da un determinato territorio cinestesico, costituiscono le cenestopatie. Queste alterazioni hanno la particolarità di essere semplici, essenziali, irriducibili rispetto ad un altro processo morboso, e localizzate o circoscritte ad un determinato territorio. Il paziente sperimenta in certe regioni una sensazione fastidiosa, sorda e diffusa; è preoccupato da tale sensazione, difficile da spiegare, una sorta di allucinazione della sensibilità interiore. Nella loro fenomenologia clinica, possono essere collegate ad altri elementi patologici ai quali si sovrappongono e combinano per costituire un sistema delirante più o meno ricco o strutturato. Nella semiologia psichiatrica sono conosciute con il nome di alterazioni della sensibilità generale o allucinazioni cinestesiche. Nei trattati si studiano dopo le illusioni e le allucinazioni sensoriali. Nella costruzione delle psicosi giocano un ruolo analogo a quello delle alterazioni psicosenoriali. Se le allucinazioni sono quasi sempre associate alle idee deliranti, nel caso delle cenestopatie, al contrario, esse possono manifestarsi isolate e persistere

asociadas a las ideas delirantes en el caso de las cenestopatías, por el contrario, pueden aparecer aisladamente y persistir durante un cierto tiempo sin estar asociadas a delirio alguno. Para este síndrome alucinatorio, puro e independiente de toda interpretación mórbida, Dupré propuso la denominación de alucinosis. En este sentido las cenestopatías representarían, en el dominio sensitivo general, el equivalente a las alucinaciones en el sensorial. En el número 17 de sus *Études Psychiatriques* subraya Ey (1950) que las ideas hipocondríacas son: «*Ideas delirantes de estimación peyorativa del estado de integridad o de salud del cuerpo*». No hay hipocondríaco sin ideas hipocondríacas —y aquí el maestro de Bonneval viene a vertebrar el tema del cuerpo y la hipocondría en un continuum psicopatológico, que son aquellas que constituyen «*un sistema de intuiciones, convicciones, creencias y juicios enraizados en una concepción y experiencia del cuerpo enfermo*».

En su expresividad clínica las alteraciones hipocondríacas se manifiestan, según Ey, alrededor de una serie de estados psicológicos que componen los cuadros clínicos de la

per un certo lasso di tempo, senza essere associate ad alcun delirio. Per questa sindrome allucinatoria, pura e indipendente da ogni interpretazione morbosa, Dupré propose la denominazione di allucinosi. In questo senso, le cenestopatie rappresenterebbero, nel dominio sensoriale generico, l'equivalente delle allucinazioni nella sfera sensoriale. Nel diciassettesimo dei suoi *Études Psychiatriques*, Ey (1950) evidenzia che le idee ipocondriache sono: «*Idee deliranti di stima peggiorativa dello stato di integrità o salute del corpo*». Non c'è ipocondriaco senza idee ipocondriache - e qui il maestro di Bonneval arriva a strutturare in un continuum psicopatologico il tema del corpo e dell'ipocondria, che sono i due elementi che costituiscono «*un sistema di intuizioni, convinzioni, credenze e giudizi radicati in una concezione ed esperienza del corpo malato*».

Nella loro espressione clinica, le alterazioni ipocondriache si manifestano, secondo Ey, attorno a una serie di stati psicologici che compongono i quadri clinici dell'ipocondria e che possono essere riassunti in:

hipocondría y que pueden resumirse en:

a) Alteraciones cenestopáticas que pueden entenderse, siguiendo a Dupré, como alteraciones locales de la sensibilidad común como las algias o parestesias.

b) Preocupaciones hipocondríacas en forma de ansiedad mórbida y sistematizada, de carácter obsesivo, y donde la «idea fija» está polarizada sobre una parte del cuerpo, aparato o enfermedad.

c) Delirios hipocondríacos o de perjuicio corporal, transformación corporal.

En este sentido el límite entre alteraciones cenestésicas y preocupaciones obsesivas solo queda establecido por el grado y magnitud de la metáfora que les confiere el carácter de ser deliroides. El continuum está patente en todos los casos.

No obstante, el delirio sólo se manifiesta cuando el enfermo afirma tener un estado somático *«puramente imaginario»*.

a) Alterazioni cinestopatiche da considerarsi, secondo Dupré, come alterazioni locali della sensibilità comune, quali le algie o le parestesie.

b) Preoccupazioni ipocondriache sotto forma di ansia morbosa e sistematizzata, di carattere ossessivo, e dove il «pensiero fisso» è polarizzato su una parte del corpo, dell'apparato o della malattia.

c) Deliri ipocondriaci o di danno fisico, trasformazione corporea. In questo senso, il limite tra alterazioni cinestesiche e preoccupazioni ossessive è stabilito solo dal grado e dalla grandezza della metafora che conferisce loro il carattere di essere deliroidi. Il continuum è brevettato in tutti i casi. Nonostante ciò, il delirio si manifesta solo quando il paziente afferma di presentare uno stato somatico *«puramente immaginario»*.

VIVENCIA DEL CUERPO EN LA SINTOMATOLOGÍA PSICÓTICA

ESISTENZA CORPOREA NELLA SINTOMATOLOGIA PSICOTICA

Imagen corporal: Unidades de análisis

Como hemos mencionado en otros trabajos (Valiente *et al.*, 2005), diversos autores (Kolb, 1975; Röhrich, 1998; Thompson *et al.*, 1990) han señalado la importancia de diferenciar entre las distintas facetas psicopatológicas del concepto de «imagen corporal». Las más relevantes serían la *perceptiva*, que incluiría el «esquema corporal» y la «percepción del tamaño corporal», y la *actitudinal*, que implicaría una parte cognitiva («concepto corporal», incluyendo pensamientos, creencias y conocimiento sobre el cuerpo) y una parte afectiva, referida a la satisfacción con el propio cuerpo.

Adoptando esta distinción del concepto *imagen corporal o corporalidad* entre *percepción y actitud*, analizaremos la existencia de alteraciones en la corporalidad en la fenomenología psicótica. Éstas se subdividen desde diversas perspectivas con el objetivo de ubicar la experiencia subjetiva de cambio, ya sea en el cuerpo, en la vivencia del cuerpo o en la temporalidad.

Asimismo, trataremos de identificar cuáles son los componentes implicados

Immagine corporea: Unità di analisi

Come già accennato in altri lavori (Valiente *et al.*, 2005), vari autori (Kolb, 1975; Röhrich, 1998; Thompson *et al.*, 1990) hanno sottolineato l'importanza di effettuare una distinzione tra le diverse sfaccettature psicopatologiche del concetto di «immagine corporea». Le più rilevanti sarebbero quella *perceptiva*, che includerebbe lo «schema corporeo» e la «percezione delle dimensioni del corpo», e l'*attitudinale*, che coinvolgerebbe una parte cognitiva («concetto corporeo», inclusi pensieri, credenze e conoscenza del proprio corpo) e una parte affettiva, riferita alla soddisfazione del proprio corpo.

Adottando questa distinzione del concetto di *immagine corporea o corporeità* tra *percezione e atteggiamento*, analizzeremo l'esistenza di alterazioni della corporeità nella fenomenologia psicotica.

Queste alterazioni sono suddivise secondo diverse prospettive, allo scopo di localizzare l'esperienza soggettiva di cambiamento, che si trovi nel corpo, nell'esistenza corporea o nella temporalità. Allo stesso modo, cercheremo di identificare le

en la corporalidad, esto es *anatómicos* (ej. «mis piernas son más cortas»), *funcionales* (ej. «mi cuerpo es débil»; «camino lentamente») o *psicológicos* (ej. «mi cuerpo es defectuoso»; «mi cuerpo es susceptible de estar infectado»).

Fenomenología psicótica y corporalidad

Alucinaciones

«La percepción sin objeto» ha sido descrita en distintas modalidades sensoriales, teniendo la mayoría de las alucinaciones alguna implicación directa o indirecta con la vivencia de la corporalidad. Lanteri-Laura (1994) ha elaborado una clasificación de tipos y modalidades de alucinaciones que se describe a continuación:

Terreno del lenguaje (Psíquicas).

En este tipo de alucinaciones la alteración principal se da en el lenguaje interior del paciente. Si consideramos como las propiedades principales del lenguaje interno que funciona al mismo tiempo como emisión y como recepción, y que es privado y controlable por el sujeto, una alteración del lenguaje interior puede producir alucinaciones psíquicas cuando el

componenti implicate nella corporeità, cioè *anatomiche* (es. «le mie gambe sono più corte»), *funzionali* (es. «il mio corpo è debole»; «cammino lentamente») o *psicologiche* (es. «Il mio corpo è difettoso»; «il mio corpo può essere infetto»).

Fenomenologia psicotica e corporeità

Allucinazioni

L'«assenza di percetto» è stata descritta secondo diverse modalità sensoriali, dal momento che la maggior parte delle allucinazioni ha qualche implicazione diretta o indiretta con l'esperienza della corporeità. Lanteri-Laura (1994) ha elaborato una classificazione dei tipi e delle modalità delle allucinazioni, che è descritta qui di seguito:

Campo semantico (Psichiche).

In questo tipo di allucinazioni, l'alterazione principale si verifica nel linguaggio interiore del paziente. Se consideriamo come proprietà principali del linguaggio interiore, che funziona allo stesso tempo da emittente e da ricevente, e che è privato e controllato dal soggetto, un'alterazione del linguaggio interiore può produrre allucinazioni psichiche quando l'individuo perde la

individuo pierde la simultaneidad entre la emisión y recepción haciendo que se tenga la sensación de que el pensamiento viene de otro lugar (ej. eco del pensamiento), y cuando se pierde el dominio y propiedad del lenguaje interno haciendo que se tenga la sensación de que el discurso interno no es propio (Lanteri-Laura, 1994). Este tipo de experiencias provocan asombro inicial, hasta que el paciente encuentra una explicación, que estará determinada por sus experiencias y expectativas. Lanteri-Laura (1994) distingue dos tipos de alteración en el terreno del lenguaje:

a) *Alucinaciones psicosensores verbales (recepción)*. «Las voces» son la alteración más frecuente en los trastornos psiquiátricos y en las esquizofrenias en particular. En estas alucinaciones el paciente percibe la recepción de palabras que experimenta como ajenas. Las voces están compuestas de elementos del lenguaje portadores de sentido; fonemas, sílabas, palabras, proposiciones, frases, discursos... nunca de ruidos o sonidos. Los caracteres fonéticos (timbre, altura, intensidad, voz de hombre o mujer) son muy variados y pueden ser vividos de

simultaneità tra l'emissione e la ricezione, facendo sì che abbia la sensazione che il pensiero provenga da un altro luogo (es. eco del pensiero), e quando si perde il controllo e il possesso del linguaggio interiore, producendo la sensazione che il discorso interno non sia il proprio (Lanteri-Laura, 1994).

Questo tipo di esperienze provoca uno stupore iniziale, fino a quando il paziente non trova una spiegazione, che sarà definita dalle sue esperienze e dalle sue aspettative.

Lanteri-Laura (1994) individua due tipi di alterazione del campo semantico:

a) *Allucinazioni psicosensores verbali (ricezione)*. «Le voci» sono l'alterazione più frequente nei disturbi psichiatrici e in particolare nelle schizofrenie. In queste allucinazioni, il paziente percepisce la ricezione di parole che sperimenta come estranee. Le voci sono composte da elementi del linguaggio portatori di significato; fonemi, sillabe, parole, proposizioni, frasi, discorsi ... mai rumori o suoni. I caratteri fonetici (timbro, altezza, intensità, voce maschile o femminile) sono variegati e possono essere vissuti molto chiaramente o in modo vago. Queste

forma muy nítida o de forma vaga. En estas alucinaciones auditivas puede darse un interlocutor alucinatorio o múltiples, que puede ser tanto alguien conocido como desconocido o un difunto. Lo más frecuente es que las voces se dirijan al sujeto, aunque puede ser que hablen de él sin dirigirse a él o que el sujeto capte una conversación que no debería escuchar. Así, en los pacientes con alucinaciones auditivas, el habla interna se torna ajena al propio cuerpo, lo cual implicaría un cambio en el *concepto corporal* («mis pensamientos no son míos») y aspectos fundamentalmente funcionales y psicológicos («mi cuerpo es capaz de oír lo inaudible»; «mi cuerpo es susceptible a la influencia externa»).

b) *Alucinaciones psicomotrices verbales (emisión)*. Es una alteración poco habitual en la que el paciente articula con la boca, labios, lengua, campanilla y aparato de fonación palabras que no se atribuye a sí mismo. Un aspecto importante es la intensidad sonora, pues mientras que para algunos estas alucinaciones se reflejan como vociferaciones, otros tan sólo musitan. También es interesante observar las

allucinaciones uditive possono colpire un interlocutore allucinatorio o multiplo, che può essere sia qualcuno conosciuto che sconosciuto o un defunto. Molto spesso accade che le voci siano dirette al soggetto, anche se può essere che parlino di lui senza rivolgersi direttamente a lui o che il soggetto capti una conversazione che non dovrebbe ascoltare. Pertanto, nei pazienti con allucinazioni uditive, il linguaggio interiore diventa esterno al proprio corpo, il che implicherebbe un cambiamento nel *concetto corporeo* («i miei pensieri non sono miei») e aspetti fundamentalmente funzionali e psicologici («il mio corpo è capace di sentire l'inascoltabile»; «il mio corpo è suscettibile all'influenza esterna»).

b) *Allucinazioni psicomotrici verbali (emissione)*. È un'alterazione insolita in cui il paziente articola con la bocca, le labbra, la lingua, l'ugola e l'apparato fonatorio, parole che non attribuisce a se stesso. Un aspetto importante riguarda l'intensità del suono, poiché mentre per alcuni queste allucinazioni si rivelano come vociferazioni, altri si limitano a sussurrare. È anche interessante osservare le altre caratteristiche fonetiche; è frequente che

otras características fonéticas; es frecuente que la alucinación motora no tenga la voz normal del sujeto. Con respecto al contenido son habituales los contenidos estrepitosos, burdos, obscenos y escatológicos que a veces contrastan con el discurso habitual del paciente y que se asemejan a las alteraciones del lenguaje del Gilles de la Tourette. El paciente vive esta experiencia como una posesión de su aparato fonatorio, en la que se perciben cambios en el concepto corporal que implican contenidos del tipo «mi garganta está dominada por algo externo» y la experiencia subjetiva de cambio se situaría en la volición del aparato fonatorio, implicando aspectos fundamentalmente funcionales y psicológicos. Parece en algunos casos que el sujeto tiene cierto grado de control; por ejemplo, algunos pacientes son capaces de reducir la frecuencia de la musitación cuando se le indica o cuando está con desconocidos.

Terreno de la sexualidad. Según Lanteri-Laura (1994), la sexualidad puede volverse alucinatoria cuando el paciente experimenta diversas actividades o sensaciones sexuales como

l'allucinazione motoria non possieda la normale voce del soggetto. Per quanto riguarda il contenuto, sono comuni contenuti forti, rozzi, osceni ed escatologici, che a volte entrano in contrasto con il linguaggio abituale del paziente e che somigliano alle alterazioni del linguaggio di Gilles de la Tourette. Il paziente vive questa esperienza come una possessione del suo apparato fonatorio, in cui si percepiscono cambiamenti nel concetto corporeo che coinvolgono contenuti come «la mia gola è controllata da qualcosa di esterno» e l'esperienza soggettiva di cambiamento si collocherebbe nella volontà di controllo dell'apparato fonatorio, implicando aspetti fondamentalmente funzionali e psicologici. Sembra che in alcuni casi il soggetto detenga un certo grado di controllo; ad esempio, alcuni pazienti sono in grado di ridurre la frequenza della mussitazione quando indicato o in presenza di estranei.

Campo della sessualità. Secondo Lanteri-Laura (1994), la sessualità può diventare allucinatoria quando il paziente sperimenta varie attività o sensazioni sessuali imposte da un

impuestas por un compañero lejano o cercano, identificado o no. En ocasiones el paciente relata estas experiencias al mismo tiempo que se experimenta o considera que han abusado de él durante el sueño. El tipo de experiencia sexual puede variar (penetración anal, vaginal, oral...), puede experimentarse con satisfacción o rechazo, aunque lo más frecuente es que sea considerada como una violación ante la cual el sujeto se indigna, defiende y resiste. Habitualmente, el paciente no describe una sensación localizada aisladamente como en las alucinaciones cenestésicas, sino una experiencia sexual. El paciente tiene una experiencia subjetiva de cambio actitudinal en el cuerpo, en la que estarían implicados componentes corporales tanto funcionales como psicológicos, ya que percibe cambios en sus órganos sexuales y siente que su cuerpo ha sido ultrajado sin su consentimiento.

Terreno de los diversos campos sensoriales. En este tipo de alucinaciones la implicación de la corporalidad es menor, a excepción de las alucinaciones cenestésicas, en las cuales, nos centraremos.

partner lontano o vicino, identificato o meno. A volte, il paziente racconta queste esperienze nello stesso momento in cui sono state vissute o è convinto di aver subito abusi durante il sonno. Il tipo di esperienza sessuale può variare (penetrazione anale, vaginale, orale ...), può essere vissuta con soddisfazione o rifiuto, anche se il caso più frequente è che sia considerata come una violazione davanti alla quale il soggetto si indigna, si difende e resiste. Di solito, il paziente non descrive una sensazione localizzata in maniera isolata come nelle allucinazioni cinestesiche, ma un'esperienza sessuale.

Il paziente vive un'esperienza soggettiva di cambiamento actitudinale nel corpo, nella quale sarebbero implicate componenti corporee tanto funzionali quanto psicologiche, poiché percepisce i cambiamenti nei suoi organi sessuali e sente che il suo corpo è stato violato senza il suo consenso.

Campo delle diverse sfere sensoriali.

In questo tipo di allucinazioni il coinvolgimento della corporeità è minore, tranne che per le allucinazioni cinestesiche, sulle quali ci concentreremo.

El campo cenestésico. Se denominan alucinaciones somáticas o cenestésicas y los pacientes tienen una experiencia subjetiva de cambio en el cuerpo, pudiendo estar implicados cambios corporales perceptivos y actitudinales. En este tipo de alucinaciones, los pacientes experimentan la falsa sensación de que le ocurre algo en su cuerpo o en el interior de su cuerpo, más a menudo con un origen visceral aunque también puede localizarse en las articulaciones, y sin estar relacionada ni con los órganos sensoriales ni con la piel. Entre estas experiencias podemos citar el placer, el dolor, la fatiga, etc., sensaciones, todas ellas, sin objeto. Este tipo de sensaciones han sido consideradas por algunos autores como la base de un "sentido de la existencia". Señalar además el fenómeno de heautoscopia, que hace referencia a la percepción (alucinatoria) de una o varias partes del cuerpo fuera del mismo, en el exterior, como si estuvieran reflejadas en un espejo.

Etimológicamente hace referencia a la observación y examen de los propios órganos. Atendiendo a taxonomías más recientes, la heautoscopia sería autoscopia externa (visión del cuerpo

Il campo cinestesico. Sono chiamate allucinazioni somatiche o cinestesiche e i pazienti vivono un'esperienza soggettiva di cambiamento nel corpo e possono essere coinvolti cambiamenti percettivi e actitudinali del corpo. In questo tipo di allucinazioni, i pazienti sperimentano la falsa sensazione che stia accadendo qualcosa al loro corpo o all'interno di esso, il più delle volte di origine viscerale, sebbene essa possa essere localizzata anche nelle articolazioni e non sia relacionada né con gli organi sensoriali né con la pelle. Tra queste esperienze possiamo citare il piacere, il dolore, la stanchezza, ecc., tutte sensazioni senza oggetto. Questo tipo di sensazioni è stato considerato da alcuni autori come la base di un "senso dell'esistenza". Da notare anche il fenomeno dell'autoscopia, che si riferisce alla percezione (allucinatoria) di una o più parti del corpo al di fuori dello stesso, all'esterno, come se fossero riflesse in uno specchio.

Etimologicamente ciò fa riferimento all'osservazione e all'esame dei propri organi. Secondo tassonomie più recenti, l'autoscopia sarebbe deuteroscopia (visione del corpo esterno o di parti di

exterior o de partes de él) positiva (el paciente se vería a sí mismo). Así, se experimentan vivencias del cuerpo como ajeno, no propio, que producirían alteraciones perceptivas del esquema corporal que implican fundamentalmente componentes anatómicos, aunque también podría producirse cambios actitudinales.

Despersonalización

Alteración en la percepción o en la experiencia del sí mismo, de modo que el individuo se siente ajeno y distante, como si fuera un observador externo de sus propios procesos mentales y de su cuerpo (Sierra-Siegert, 2000). El análisis de los principales componentes de la despersonalización nos ilustra la estrecha relación que éstos tienen en la vivencia del cuerpo:

Sentimientos de irrealidad: relacionados con una pérdida de la resonancia afectiva que acompaña a la actividad mental. Sierra y Berrios (1998) señalan que, en muchos casos, están implicadas funciones mentales aisladas, o modalidades sensoriales aisladas. Generalmente, las funciones sensoriales más comúnmente afectadas

esso; il paziente vedrebbe se stesso). Pertanto, si vivono esperienze del corpo come se fosse di qualcun altro, non il proprio, le quali produrrebbero alterazioni percettive dello schema corporeo e che implicherebbero fundamentalmente componenti anatomiche, sebbene possano verificarsi anche cambiamenti actitudinali.

Depersonalizzazione

Alterazione della percezione o dell'esperienza del sé, in modo tale che l'individuo si senta estraneo e distante, come se fosse un osservatore esterno dei propri processi mentali e del proprio corpo (Sierra-Siegert, 2000). L'analisi delle principali componenti della depersonalizzazione illustra lo stretto rapporto che queste ultime hanno nell'esperienza del corpo:

Senso di irrealità: legato a una perdita della risonanza affettiva che accompagna l'attività mentale. Sierra e Berrios (1998) evidenziano che, in molti casi, sono coinvolte funzioni mentali isolate o modalità sensoriali isolate. In generale, le funzioni sensoriali più comunemente colpite sono le funzioni visiva e uditiva.

son la visual y la auditiva. Respecto a la percepción de dolor, parece que los pacientes afectados de despersonalización suelen mostrar una actitud de indiferencia hacia el dolor más que una incapacidad para manifestarlo. Es probable que ésta sea la razón por la que se relacionen con frecuencia las conductas de automutilación con la despersonalización. En algunos casos, los pacientes se quejan de ausencia total de sensaciones corporales como el hambre, la sed, etc.). En este caso, la experiencia subjetiva de cambio corporal, esto es, la ausencia de sensaciones corporales, afectaría fundamentalmente al concepto corporal, con la implicación de componentes funcionales y psicológicos.

Sentimientos de automatización: sensación de pérdida subjetiva de ser el causante de la actividad mental o motora. Sensación de ser autómatas o robots. Sensación del *como si*: los pacientes finalmente deducen, aunque no lo experimentan como tal, que ellos son los agentes de la acción, a diferencia de las experiencias de pasividad de la esquizofrenia. De nuevo, la experiencia

Per quanto riguarda la percezione del dolore, sembra che i pazienti affetti da depersonalizzazione tendano a mostrare un atteggiamento di indifferenza nei confronti del dolore piuttosto che un'incapacità di esprimerlo. Questo è probabilmente il motivo per cui i comportamenti automutilanti sono spesso associati alla depersonalizzazione. In alcuni casi, i pazienti lamentano una completa assenza di sensazioni corporee come fame, sete, ecc.). In questo caso, l'esperienza soggettiva di cambiamento del corpo, cioè l'assenza di sensazioni legate al corpo, influenzerebbe fundamentalmente il concetto corporeo, con l'implicazione di componenti funzionali e psicologiche.

Senso di automatismo: sensazione di perdita soggettiva di essere il soggetto dell'attività mentale o motoria. Sensazione di essere degli automi o dei robot. Sensazione del *come se*: i pazienti alla fine riescono a capire, sebbene non la sperimentino come tale, che sono essi stessi gli agenti dell'azione, al contrario delle esperienze di passività della

subjetiva de cambio, esta vez en la volición del cuerpo (“no controlo mi cuerpo aunque se que es mi cuerpo”), afectaría al concepto corporal, estando implicados componentes funcionales y psicológicos.

.

Autoobservación: sensación de ser un observador externo, ajeno a la propia conducta y al propio cuerpo. Sierra y Berrios (1998) proponen que la autoobservación sería el resultado de la pérdida de sensación de agencia junto a un aumento del estado de alerta. La experiencia de que «mi cuerpo no es mío” podría estar afectando tanto al esquema corporal como al concepto corporal, con componentes anatómicos, funcionales y psicológicos.

Alteraciones en la imagen corporal. Las respuestas que pueden aparecer son muy diversas. Entre las más comunes están la sensación de extrañeza y de no pertenencia respecto a una de las partes del cuerpo. Una de las hipótesis etiológicas planteadas es que este tipo de experiencias estén relacionadas con

schizofrenia. Anche in questo caso l’esperienza soggettiva di cambiamento, questa volta per quanto concerne il dominio del corpo ("Non controllo il mio corpo anche se so che è il mio corpo"), influenzerebbe il concetto corporeo, dal momento che sono implicate componenti funzionali e psicologiche.

Autosservazione: sensazione di essere un osservatore esterno, ignaro del proprio comportamento e del proprio corpo. Sierra e Berrios (1998) propongono che l'autosservazione sarebbe il risultato della perdita del senso di agentività insieme a un aumento dello stato di vigilanza. L'esperienza «il mio corpo non è mio" potrebbe influenzare sia lo schema che il concetto corporeo, mediante componenti anatomiche, funzionali e psicologiche.

Alterazioni dell'immagine corporea. Le risposte che possono verificarsi sono molto diverse. Tra le più comuni vi sono il senso di estraneità e di non appartenenza rispetto a una delle parti del corpo. Una delle ipotesi eziologiche formulate è che questi tipi di esperienze siano legati al senso di mancanza di

los sentimientos de ausencia de agencia. Otro tipo de experiencias, aunque menos frecuentes, serían las sensaciones de cambio en determinadas partes del cuerpo y cambios referidos al peso corporal.

La sensación de cambio en el esquema corporal (ej. en la coordinación) no suelen estar afectados.

Alteraciones en la vivencia del tiempo:

en el sentido del tiempo y en la perspectiva del tiempo. Así, la experiencia subjetiva de cambio en la temporalidad afectaría al concepto corporal con componentes anatómico, funcional y psicológico.

Delirios

Delirios paranoides. Creencia falsa de que uno es maltratado, perseguido o estafado con intencionalidad. Aunque en este síntoma la sensación subjetiva de cambios en la corporalidad no es central se han encontrado que los pacientes con delirios paranoides tienen alteraciones en la percepción del tamaño del cuerpo. De hecho, los pacientes esquizofrénicos con sintomatología

agentività.

Un altro tipo di esperienze, sebbene meno frequente, sarebbe rappresentato dalle sensazioni di cambiamento in alcune parti del corpo e dalle variazioni relative al peso corporeo.

La sensazione di cambiamento dello schema corporeo (ad esempio della coordinazione) non è solitamente intaccata.

Alterazioni della percezione del

tempo: del senso del tempo e della prospettiva temporale. Pertanto, l'esperienza soggettiva di cambiamento nell'ambito della temporalità influenzerebbe il concetto corporeo per mezzo di componenti anatomiche, funzionali e psicologiche.

Deliri

Deliri paranoidi. Falsa convinzione di essere maltrattati, perseguitati o truffati intenzionalmente. Sebbene la sensazione soggettiva di cambiamenti della corporeità non sia centrale in questo sintomo, è stato riscontrato che i pazienti con deliri paranoidi presentano alterazioni della percezione delle dimensioni del corpo. Infatti, i pazienti schizofrenici con sintomi acuti

aguda parecen presentar importantes alteraciones en la imagen corporal, especialmente en la percepción del cuerpo. Estas alteraciones, disminuirían tras la reducción de la sintomatología, aunque es posible que permanezcan en periodos de remisión (Wagner, 1984). Una de las alteraciones corporalmente más comúnmente encontrada en la literatura es la de subestimar la longitud de las extremidades inferiores, que estaría asociada con altos niveles de ansiedad. Por el contrario, su sobreestimación, estaría ligada a la grandiosidad (Rohricht y Pruebe, 1996). Los pacientes con esquizofrenia paranoide y con trastorno esquizoafectivo tienden a infravalorar el tamaño de las piernas, no así del resto de partes del cuerpo, lo cual podría estar indicando que no existe una distorsión perceptiva generalizada (Pruebe y Röhricht, 2001). Los pacientes experimentan vivencias alteradas de la percepción del tamaño corporal que implicarían fundamentalmente componentes anatómicos, aunque también podría producirse cambios actitudinales implicando componentes funcionales y psicológicos.

sembrano presentare alterazioni significative dell'immagine corporea, soprattutto della percezione del corpo. Queste alterazioni diminuirebbero dopo la riduzione dei sintomi, sebbene sia possibile che perdurino in periodi di remissione (Wagner, 1984).

Una delle alterazioni corporee più comunemente riscontrate in letteratura è quella di sottostimare la lunghezza degli arti inferiori, che sarebbe associata ad alti livelli di ansia.

Al contrario, la sua sovrastima sarebbe ricondotta ai deliri di grandezza (Rohricht e Prove, 1996). I pazienti con schizofrenia paranoide e disturbo schizoaffettivo tendono a sottostimare le dimensioni delle gambe, non le altre parti del corpo, il che potrebbe indicare che non c'è distorsione percettiva generalizzata (Taste & Röhricht, 2001). I pazienti vivono esperienze alterate della percezione delle dimensioni del corpo che coinvolgerebbero fondamentalmente componenti anatomiche, sebbene possano verificarsi anche cambiamenti actitudinali che coinvolgono componenti funzionali e psicologiche.

Delirios de pasividad (robo, inserción y lectura de pensamiento). Este tipo de delirios son muy frecuentes en las esquizofrenias. Tienen la característica común de experiencia subjetiva de falta de volición o de sentido de agencia sobre el propio cuerpo y sus procesos por parte del sujeto que los padece.

Así, el enfermo tiene la falsa creencia de que una fuerza externa u otras personas controlan pensamientos (experiencia subjetiva de cambio en la volición corporal que afectan el *concepto corporal* con componentes funcionales y psicológicos). El paciente puede referir que le extraen los pensamientos de su cabeza (robo de pensamiento), no reconocer los pensamientos como propios, sino como impuestos desde una fuente externa (inserción de pensamiento) o manifestar que otras personas son capaces de leer sus pensamientos. Es posible que subyacente a este tipo de delirios, estén presentes alteraciones del autocontrol como sugiere Frith (1995).

Delirios de control. Los pacientes que experimentan este tipo de delirios manifiestan que sus acciones están

Deliri di passività (furto, inserzione e lettura del pensiero). Questi tipi di deliri sono molto comuni nelle schizofrenie. Hanno la comune caratteristica dell'esperienza soggettiva di mancanza del senso di volontà o di agentività sul proprio corpo e sui processi da parte del soggetto che li soffre.

Pertanto, il paziente sviluppa la falsa convinzione che una forza esterna o altre persone controllino i suoi pensieri (esperienza soggettiva di cambiamento del controllo del corpo che influenza il *concetto corporeo* per mezzo di componenti funzionali e psicologiche). Il paziente può riferire che i suoi pensieri vengano tolti dalla sua testa (furto di pensiero), non riconoscere i pensieri come propri, ma come imposti da una fonte esterna (inserzione del pensiero) o affermare che altre persone siano in grado di leggere i suoi pensieri. È possibile che alla base di questo tipo di deliri vi siano alterazioni dell'autocontrollo come suggerito da Frith (1995).

Delirio di controllo. I pazienti che sperimentano questo tipo di deliri affermano che le loro azioni sono

controladas desde fuera, por una fuerza externa (experiencia subjetiva de cambio en la volición corporal que afecta al *concepto corporal* con componentes funcionales y psicológicos), estando alteradas las percepciones de cambio.

Síndrome de Cotard. En este tipo de delirios, en los que el paciente tiene la creencia falsa de haberlo perdido todo, incluso algún órgano interno, la experiencia subjetiva de ausencia de cuerpo afecta tanto al esquema corporal como al concepto corporal. De hecho, la principal característica de este síndrome es la negación de algunas partes del cuerpo o incluso de la propia existencia, estando involucrados así, componentes anatómicos, funcionales y psicológicos.

Delirios somáticos e hipocondríacos. Experiencia subjetiva de cambio del cuerpo-enfermo/defectuoso- que afecta fundamentalmente al *concepto corporal* con componentes funcionales y psicológicos.

INSIGHT Y PSICOPATOLOGÍA DE LA CORPORALIDAD

controllate dall'esterno, da una forza esterna (esperienza soggettiva di cambiamento nel controllo del corpo che influenza il *concetto corporeo* per mezzo di componenti funzionali e psicologiche), dal momento che la percezione del cambiamento è alterata.

Sindrome di Cotard. In questo tipo di deliri, in cui il paziente ha la falsa convinzione di aver perso tutto, persino qualche organo interno, l'esperienza soggettiva dell'assenza del corpo influisce sia sullo schema che sul concetto corporeo. Infatti, la caratteristica principale di questa sindrome è la negazione di alcune parti del corpo o persino della propria esistenza, essendo così implicate componenti anatomiche, funzionali e psicologiche coinvolte.

Deliri somatici e ipocondriaci. Esperienza soggettiva di cambiamento del corpo-malato / difettoso- che colpisce fundamentalmente il *concetto corporeo* attraverso componenti funzionali e psicologiche.

INSIGHT E PSICOPATOLOGIA DELLA CORPOREITÀ

No podemos concluir este análisis de la relación entre síntomas corporales y psicosis sin aludir a la capacidad de intelección de aquellos por parte del enfermo. Siguiendo las conceptualizaciones contemporáneas del *insight* (Marková, 2005; Osatuke, 2008), esto es, su carácter multidimensional, nos parecen de especial relevancia dos de las dimensiones propuestas por Amador y David (1998) en la medida en que éstas pudieran ser condición necesaria (aunque probablemente no suficiente) para la aparición de las siguientes. Estas dimensiones básicas o germinales a las que hacemos alusión son las que hacen referencia a: 1) la conciencia de signos y síntomas específicos del trastorno y 2) la atribución de estos síntomas al trastorno. Asumiendo la relevancia de estas dos dimensiones e integrando las dos principales teorías sobre el *insight*, analizaremos su implicación en la fenomenología psicótica y en la vivencia de la corporalidad. Las teorías a las que hacemos alusión son por un lado, la falta de insight como «defensa psicológica» en la que asignaría un papel motivacional a la falta de insight. Esta «incapacidad» de percibir y asignar

Non possiamo concludere questa analisi della relazione tra sintomi somatici e psicosi senza alludere alla capacità del malato di comprendere quei sintomi. In accordo con le concettualizzazioni contemporanee sull'*insight* (Marková, 2005; Osatuke, 2008), ossia con la sua natura multidimensionale, consideriamo di particolare rilevanza due delle dimensioni proposte da Amador e David (1998), nella misura in cui queste potrebbero rappresentare una condizione necessaria (anche se probabilmente non sufficiente) per la comparsa di quanto segue. Tali dimensioni di base o germinali, alle quali faremo riferimento, riguardano: 1) la coscienza di segni e specifici sintomi del disturbo e 2) l'attribuzione di questi sintomi al disturbo.

Assumendo la rilevanza di queste due dimensioni e integrando le due principali teorie sull'*insight*, analizzeremo la loro implicazione nella fenomenologia psicótica e nell'esistenza della corporeità. Le teorie a cui ci riferiamo sono, da un lato, la mancanza di insight come «difesa psicologica» alla quale assegnerai un ruolo motivazionale per quanto concerne la mancanza di insight. Questa

un origen interno a los síntomas psicopatológicos respondería a un proceso de auto-protección, negándose así a asumir un rol de enfermo mental (Kravetz *et al.*, 2000; Schwartz, 2001). La teoría opuesta, situaría el origen de la falta de insight en anomalías y déficits neurológicos. En este sentido, son muchos los estudios que ponen de manifiesto una asociación entre déficits neuropsicológicos en la esquizofrenia y limitada capacidad de *insight* (Goodman *et al.*, 2005; Donohoe *et al.*, 2005); Medalia y Thysen, 2008).

Conciencia de signos y síntomas específicos del trastorno

Esta dimensión del *insight* estaría especialmente comprometida en aquellos pacientes psicóticos que experimentan sentimientos de irrealidad, automatización (o pérdida de la sensación de agencia) y alteraciones en la imagen corporal (siendo una posible vía explicativa la ausencia de agencia), manifestando mayores dificultades para tomar conciencia de que precisamente, es esa no percepción de agencia el signo relacionado con la enfermedad. De esta forma, la vivencia

«incapacità» di percepire e assegnare un'origine interna ai sintomi psicopatologici risponderebbe a un processo di autoprotezione, rifiutando così di assumere il ruolo di malato mentale (Kravetz *et al.*, 2000; Schwartz, 2001). La teoria opposta collocherebbe l'origine della mancanza di insight nelle anomalie e nei deficit neurologici. In questo senso, sono molti gli studi che dimostrano un'associazione tra deficit neuropsicologici nella schizofrenia e limitata capacità di *insight* (Goodman *et al.*, 2005; Donohoe *et al.*, 2005); Medalia e Thysen, 2008).

Coscienza di segni e sintomi specifici del disturbo.

Questa dimensione dell'*insight* (*intuizione*) sarebbe particolarmente compromessa in quei pazienti psicotici che provano sentimenti di irrealità, automatismo (o perdita del senso di agentività) e alterazioni dell'immagine corporea (la mancanza del senso di agentività sarebbe una possibile spiegazione), manifestando maggiori difficoltà nell'assumere la consapevolezza che proprio questa e, non il senso di agentività, è il segno della malattia. In questo modo, l'esistenza di

de cambios en la experiencia corporal estaría relacionada con la capacidad de volición.

Despersonalización. En general, resulta de especial interés detenernos en un hecho descrito por distintos autores: los fenómenos de despersonalización suelen aparecer con frecuencia antes de los episodios psicóticos. Se ha apuntado que en muchos casos, los fenómenos de despersonalización están acompañados de alteraciones y fluctuaciones en los niveles de conciencia de enfermedad. Por esta razón, autores como Mayer-Gross sugieren que este tipo de fenómenos estarían en la génesis de determinadas ideas delirantes, como las ideas nihilistas y las experiencias de pasividad. Respecto al análisis de las dimensiones del *insight*, en los pacientes con a) sentimientos de irrealidad; b) automatización (pérdida de la sensación de agencia) y c) alteraciones en la imagen corporal (siendo una posible vía explicativa la ausencia de agencia) sería la dimensión «toma de conciencia de signos y síntomas» la que estaría más estrechamente comprometida.

Atribución de signos y síntomas

cambiamenti nell'esperienza corporea sarebbe collegata alla capacità di volere.

Depersonalizzazione. In generale, è di particolare interesse soffermarsi su un fatto descritto da diversi autori: i fenomeni di depersonalizzazione tendono ad apparire frequentemente prima degli episodi psicotici. È stato sottolineato che in molti casi, i fenomeni di depersonalizzazione sono accompagnati da alterazioni e fluttuazioni nei livelli di coscienza della malattia. Per questo motivo, autori come Mayer-Gross suggeriscono che questo tipo di fenomeni sarebbero all'origine di determinate idee deliranti, come le idee nichiliste e le esperienze di passività. Per quanto riguarda l'analisi delle dimensioni dell'*insight*, nei pazienti con a) senso di irrealità; b) automatismo (perdita del senso di agentività) e c) alterazioni dell'immagine corporea (l'assenza di agentività potrebbe essere una possibile spiegazione), sarebbe proprio la dimensione «presa di coscienza dei segni e sintomi» ad essere la più strettamente coinvolta.

Attribuzione dei segni e sintomi

Alucinaciones. En la actualidad los principales modelos etiológicos sobre la formación y mantenimiento de las alucinaciones aluden a un déficit neuropsicológico relacionado con alteraciones en el autocontrol (Frith, 1992) en la monitorización de la fuente de procedencia de estimulación que el paciente percibiría o de la intrusión de pensamientos (Morrison, Haddock y Tarrier, 1995). Estas hipótesis etiológicas, que cuentan con un sólido cuerpo empírico, nos hacen pensar en la influencia de una de las dimensiones del *insight* posiblemente en su mantenimiento: en el caso de las alucinaciones, cualquiera que fuera su modalidad sensorial, la capacidad para identificar o ser consciente de la estimulación o señal vivenciada por el paciente no estaría alterada; más bien, estaría la dimensión del *insight* relacionada con una atribución adecuada de dichas señales corporales experimentadas por los pacientes.

Los argumentos neuropsicológicos en el área de las alucinaciones auditivas son contundentes. Las dificultades a la hora de integrar las regularidades almacenadas y el input sensorial

Allucinazioni. Allo stato attuale, i principali modelli eziologici sulla formazione e il mantenimento delle allucinazioni alludono ad un deficit neuropsicologico correlato ad alterazioni dell'autocontrollo (Frith, 1992) nel monitoraggio della fonte di origine della stimolazione che il paziente percepirebbe o dell'intrusione di pensieri (Morrison, Haddock & Tarrier, 1995). Queste ipotesi eziologiche, supportate da un solido corpo empirico, ci fanno pensare all'influenza di una delle dimensioni dell'*insight* possibilmente sul suo mantenimento: nel caso delle allucinazioni, qualunque sia la loro modalità sensoriale, la capacità di identificare o di essere consapevoli della stimolazione o del segnale sperimentato dal paziente, non sarebbe alterata; sarebbe piuttosto la dimensione dell'*insight* ad essere correlata ad un'adeguata attribuzione di detti segnali corporei vissuti dai pazienti.

Gli argomenti neuropsicologici nell'ambito delle allucinazioni uditive sono convincenti. Le difficoltà circa l'integrazione delle regolarità immagazzinate e l'input sensoriale

(Hemsley, 1993) pueden estar asociadas a la disfunción de la automonitorización de las intenciones y acciones (Frith, 1992), generando anomalías típicas de la psicosis tanto en la percepción, la experiencia y la acción. No obstante, algunos modelos apuntan que mecanismos psicológicos tales como las creencias metacognitivas, pudieran estar involucradas en la vulnerabilidad y mantenimiento de la psicopatología psicótica, así como en el *insight*. En este sentido, Morrison et al. (1995) han encontrado que las creencias metacognitivas inconsistentes con pensamientos intrusivos favorecen que estos se atribuyan a una fuente externa como alucinaciones auditivas u otras experiencias anómalas y que esta mal-atribución se mantiene al reducir la disonancia cognitiva.

Delirios. En el caso de los *delirios de control y pasividad*, Frith propone alteraciones en el autocontrol, de forma similar a como antes mencionamos en las alucinaciones, pudiendo por tanto ser la ausencia de *insight* no sólo una mera consecuencia de la presencia de la sintomatología, sino estar también

(Hemsley, 1993) possono essere associate a una disfunzione dell'autocontrollo delle intenzioni e delle azioni (Frith, 1992), generando anomalie tipiche tanto nella psicosi quanto nella percezione, nell'esperienza e nell'azione. Nonostante ciò, alcuni modelli suggeriscono che meccanismi psicologici, tali come le credenze metacognitive, potrebbero essere implicati nella vulnerabilità e nel mantenimento della psicopatologia psicotica, così come nell'*insight*. In questo senso, Morrison et al. (1995) hanno scoperto che le credenze metacognitive incoerenti con pensieri intrusivi favoriscono la loro attribuzione a una fonte esterna quali allucinazioni uditive o altre esperienze anomale, e che questa attribuzione errata venga mantenuta, con il ridursi della dissonanza cognitiva.

Deliri. Nel caso di *deliri di controllo e passività*, Frith propone alterazioni dell'autocontrollo, in modo simile a quanto accennato prima sulle allucinazioni, quindi la mancanza di *insight* può non solo essere una mera conseguenza della presenza dei sintomi, ma anche essere coinvolta nella sua

implicado en su formación en la medida en que podrían estar afectadas áreas cerebrales similares implicadas en el autocontrol y la identificación de señales. Frith (1992) argumenta que este tipo de déficits están ligados a una anomalía más general, la meta-representación o habilidad para formar representaciones de las creencias, deseos, intenciones y experiencias de otras personas. Por tanto los pacientes con este tipo de delirios no son capaces de atribuir su sintomatología como parte de la enfermedad en la medida en que también presentan un déficit en la atribución adecuada de la fuente de procedencia (interno vs. externo) de los sucesos.

De forma análoga, en los *delirios somáticos e hipocondríacos* tampoco estarían alteradas las dimensiones de «toma de conciencia de», sino los procesos la atribución de dichas sensaciones corporales como pertenecientes a la sintomatología psicótica. En el caso del *síndrome de Cotard*, anteriormente descrito, donde la ausencia de vivencia de corporalidad es el signo más prominente, es posible que estuvieran alterados no sólo los procesos atribucionales sino aquellos

formazione, nella misura in cui potrebbero essere affette aree cerebrali simili implicate nell'autocontrollo e nell'identificazione dei segnali. Frith (1992) sostiene che questi tipi di deficit sono legati a un'anomalia più generale, la metarappresentazione o capacità di formare rappresentazioni delle credenze, dei desideri, delle intenzioni e delle esperienze di altre persone. Pertanto, i pazienti con questo tipo di deliri non sono in grado di considerare i loro sintomi parte della malattia, nella misura in cui presentano anche un deficit nella corretta attribuzione della fonte di origine (interna vs. esterna) degli accaduti.

Allo stesso modo, nei *deliri somatici e ipocondriaci*, non verrebbero alterate nemmeno le dimensioni di «presa di coscienza di», ma piuttosto l'attribuzione di tali sensazioni corporee come appartenenti alla sintomatologia psicotica.

Nel caso della *sindrome di Cotard*, precedentemente descritta, dove l'assenza di esperienza della corporeità è il segno più evidente, è possibile che siano stati alterati non solo i processi di

implicados en la percepción y toma de conciencia de las señales internas que nos indican nuestro «ser en el mundo». Respecto a la relación entre *insight* y alteraciones en la percepción corporal, en su trabajo Koide *et al.* (2002) indican la existencia de cinco tipos de alteraciones en la imagen corporal: alteraciones en el movimiento, pérdida de poder, función digestiva inusualmente fuerte, pérdida de vida y fragilidad. Entre estos factores, sólo dos de ellos estarían correlacionados con los síntomas positivos: la ausencia/pérdida de poder y la ausencia de vida. Sus resultados muestran que la presencia de *insight* estaría más relacionada con la sensación de imágenes corporales frágiles. Otro de los componentes del *insight* que se mostró relacionado con las alteraciones en la corporalidad fue la fase de doble “contabilidad”:

el grado de esta doble “conciencia” estaría inversamente relacionado con la imagen alterada de la función gastrointestinal. Estos resultados darían cuenta de la estrecha relación existente entre la severidad de la sintomatología psicótica y las alteraciones en la imagen corporal.

attribuzione, ma anche quelli coinvolti nella percezione e presa di coscienza dei segnali interni che ci indicano il nostro «stare nel mondo».

Per quanto riguarda la relazione tra *insight* e alterazioni della percezione corporea, nel loro lavoro Koide *et al.* (2002) indicano l'esistenza di cinque tipi di alterazioni dell'immagine corporea: alterazioni del movimento, perdita di volontà, disturbi alimentari, perdita della speranza di vita e fragilità.

Tra questi fattori, solo due di essi sarebbero correlati a sintomi positivi: l'assenza / perdita di volontà e l'assenza della speranza di vita. I loro risultati mostrano che la presenza di *insight* sarebbe più correlata alla sensazione di immagini corporee fragili.

Un'altra componente dell'*insight* che si è dimostrata correlata alle alterazioni della corporeità è stata la fase del doppio “binario”) il grado di questo doppio “binario” sarebbe inversamente relazionato all'immagine alterata della funzione gastrointestinale.

Questi risultati spiegherebbero la stretta relazione tra la severità dei sintomi psicotici e le alterazioni dell'immagine corporea.

D'altra parte, non sorprende che il

Por otra parte, no es extraño que el paciente tenga dificultades a la hora de atribuir la experiencia alucinatoria o los fenómenos de pasividad o control a una enfermedad propia, ya que el propio síntoma implica que el paciente viva los fonemas, experiencias o acciones como algo ajeno a su persona y generado por alguna entidad externa. Los argumentos neuropsicológicos son contundentes: la incapacidad a la hora de integrar las regulaciones e información sensorial (Hemsley, 1993) están asociadas a la disfunción de la automonitorización de intenciones y acciones (Frith, 1992), generando anomalías típicas de la psicosis tanto en la percepción, experiencia y acción que dan lugar también a una ausencia de conciencia de propiedad de estas anomalías, atribuyendo los signos y síntomas a una fuente externa.

No obstante, como algunos modelos apuntan, mecanismos psicológicos tales como la metacognición también podrían estar involucrados en la vulnerabilidad y mantenimiento de la psicopatología psicótica y en el concepto de enfermedad que el paciente mantiene. En este sentido, Morrison, Haddock y Tarrier (1995) han encontrado que las

paciente abbia difficoltà ad attribuire l'esperienza allucinatoria o i fenomeni di passività o di controllo a una propria malattia, poiché il sintomo stesso implica che il paziente viva i fonemi, le esperienze o le azioni come qualcosa di estraneo alla sua persona e generato da qualche entità esterna. Gli argomenti neuropsicologici sono forti: l'incapacità di integrare regolazioni e informazioni sensoriali (Hemsley, 1993) si associa alla disfunzione dell'autocontrollo delle intenzioni e delle azioni (Frith, 1992), generando anomalie tipiche tanto nella psicosi quanto nella percezione, esperienza e azione che danno luogo anche ad una mancanza di coscienza del possesso di queste anomalie, attribuendone i segni ed i sintomi a una fonte esterna.

Nonostante ciò, come sottolineano alcuni modelli, meccanismi psicologici come la metacognizione potrebbero anche essere coinvolti nella vulnerabilità e nel mantenimento della psicopatologia psicotica e nel concetto di malattia che il paziente detiene. In questo senso, Morrison et al. (1995) hanno scoperto che credenze

creencias metacognitivas inconsistentes con pensamientos intrusivos favorecen que estos se atribuyan a una fuente externa como alucinaciones auditivas u otras experiencias anómalas y que esta mal-atribución se mantiene al reducir la disonancia cognitiva y consecuentemente podrían estar preservando el autoconcepto corporal.

Debemos concluir afirmando que el análisis de las experiencias de corporalidad y la vivencia de la corporalidad de los pacientes psicóticos así como de sus relaciones con el *insight*, entendido este último desde una perspectiva dimensional, resulta de especial interés en la medida en que permitiría intervenciones específicas dirigidas a los distintos procesos y fases implicadas en la «toma de conciencia» y «proceso de atribución de la sintomatología», como por ejemplo, técnicas dirigidas a la toma de conciencia de las sensaciones corporales y entrenamiento en monitorización de las mismas. Aunque, conviene tener en mente que no existe una relación directa entre el nivel de *insight* -concepto de enfermedad- y la calidad de vida, por eso se ha sugerido que el *insight* no es necesario para

metacognitive incoerenti con pensieri intrusivi favoriscono la loro attribuzione a una fonte esterna come allucinazioni uditive o altre esperienze anomale, e che questa attribuzione errata viene mantenuta nel momento in cui si riduce la dissonanza cognitiva e, di conseguenza, potrebbero riuscire a preservare il concetto corporeo di sé.

Dobbiamo concludere affermando che l'analisi delle esperienze corporee e dell'esistenza della corporeità dei pazienti psicotici così come le loro relazioni con l'*insight*, inteso quest'ultimo secondo una prospettiva dimensionale, è di particolare interesse nella misura in cui consentirebbe interventi specifici rivolti ai diversi processi e fasi, coinvolti nella «presa di coscienza» e nel «processo di attribuzione dei sintomi», quali ad esempio, tecniche finalizzate alla presa di coscienza delle sensazioni corporee e all'addestramento per il loro monitoraggio.

Sebbene vada tenuta presente l'esistenza di una relazione diretta tra il livello di *insight* -concetto di malattia- e la qualità della vita, proprio per questo motivo è stato suggerito che l'*insight* non è necessario per sviluppare un

desarrollar un mejor funcionamiento y que los profesionales deberían ser flexibles en el cómo y hasta qué punto centrarse en ayudar a sus pacientes a desarrollar *insight* (Goldberg, Green-Paden Lehman, y Gold, 2001) prestando una atención especial a su experiencia subjetiva.

En este sentido a pesar de las controversias acerca de las consecuencias negativas de la falta de *insight* en pacientes con esquizofrenia (David, 2004), algunos estudios han encontrado que la elevada capacidad de *insight* dentro de un trastorno, podría disminuir el nivel de autoestima y aumentar la desesperanza y el sentimiento de desamparo (Kirmayer y Corin, 1998).

Como han argumentado Roe y Kravetz (2003), tenemos que evaluar las funciones de las narrativas que elabora el paciente pues estas con frecuencia ayudan al enfermo a afrontar la incapacidad psíquica mejor que nuestras descripciones profesionales y científicas. Consecuentemente, se trata de ayudar a los pacientes a construir narrativas psicopatológicas que les ayuden a dar sentido y a tener control

migliore funzionamento e che i professionisti dovrebbero essere flessibili circa le modalità e capire fino a che punto concentrarsi sull'aiuto, per quanto riguarda lo sviluppo dell' *insight* (Goldberg, Green-Paden Lehman e Gold, 2001), prestando particolare attenzione alla loro esperienza soggettiva.

In questo senso, nonostante le controversie sulle conseguenze negative della mancanza di *insight* nei pazienti con schizofrenia (David, 2004), alcuni studi hanno riscontrato che l'elevata capacità di *insight* all'interno di un disturbo, potrebbe diminuire il livello di autostima e aumentare la disperazione e il senso di impotenza (Kirmayer e Corin, 1998). Come hanno sostenuto Roe e Kravetz (2003), dobbiamo valutare le funzioni delle narrazioni che il paziente elabora, poiché queste spesso aiutano il paziente a far fronte alla disabilità mentale meglio delle nostre descrizioni professionali e scientifiche. Di conseguenza, si tratta di aiutare i pazienti a costruire narrazioni psicopatologiche che li aiutino a dare un senso e ad avere il controllo sulle loro biografie, oltre a migliorare la qualità della loro esistenza.

sobre sus biografías, así como a mejorar
la calidad de su existencia.

BIBLIOGRAFIA

AMADOR, X. F. y DAVID, A. S. (1998): *Insight and psychosis*. Oxford University Press.

BLEULER (1911): *Dementia praecox or the group of Schizophrenias*. International Universities

BRÄUNING, P. (1993): Cenesthopathic schizophrenia. On differential diagnosis of chronic hypochondria. *Psychopathology*, 19, 12-16.

CARPENTER, W. C.; BARTKO, J. J.; LANGSNER CARPENTER, C. y STRAUSS, J. S. (1976):

Another view of schizophrenic subtypes. *Archives of General Psychiatry*, 33, 508-516.

CONRAD, K. (1963): *La esquizofrenia incipiente*. Alhambra. Madrid.

DAVID, A. S. (2004): The clinical importance of insight: an overview. En: Amador, X.F., David, A. S. (Eds.): *Insight in Psychosis*, 2nd ed. Oxford University Press. New York, pp. 359-392.

DONOHUE, G.; CORVIN, A.; ROBERTSON, IH. (2005): Are the cognitive deficits associated with impaired insight in schizophrenia specific to executive task performance? *Journal of Nervous and Mental Disease*; 193(12):803-8.

DUPRÉ, E. (1925): *Pathologie de L'Imagination et de L'Emotivité*. Payot.
Paris

EY, H. (1950): Hypochondrie. Étude n.º 17. *Études Psychiatriques*. Tome II. Desclée De Brouwer. Paris. pp. 453-482.,

- FUENTENEbro, F. (2005): Corporalidad y conciencia: historia conceptual. En F. Fuentenebro, A. Rojo y C. Valiente (eds.): *Psicopatología y fenomenología de la corporalidad*. Sociedad de Historia y Filosofía de la Psiquiatría. Madrid. pp. 17-50.
- GIBBS Y DAVIS (2003): Delusion formation and insight in the context of affective disturbance. *Epidemiologia e psichiatria sociale*, 12 (3), 167-74.
- GOLDBERG, R. W.; GREEN-PADEN, L. D.; LEHMAN, A. F. y Gold, J. M. (2001): Correlates of Insight in Serious Mental Illness. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(3):137-145.
- GLATZEL, J. (1972): Trastornos de los sentimientos corporales en las psicosis endógenas.
En Gerd Huber: *Esquizofrenia y ciclotimia. Resultados y problemas*. Ediciones Morata. Madrid.
- GRIESINGER, W. (1861): *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten*. (24 ed.).
Adolph Krabbe. Stuttgart.
- GOODMAN, C.; KNOLL, G.; ISAKOV, V. Y SILVER, H. (2005): Insight into illness in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*; 46(4): 284-90.
- HEMSLEY, D. R. (1993): A simple (or simplistic?) cognitive model for schizophrenia. *Behaviour Research and Therapy*, 31: 633-646.
- HUBER, G. (1971): Cenesthopathic schizophrenia as conciseness type of schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 47, 349-362.
- KALHBAUM, K. (1890): *Über Heboidophrenie* [About Heboidophrenia]. *Allgemeine Psychiatrie*, 46, 461-474.
- KIRMAYER, L. J.; CORIN, E. (1998): Inside knowledge: cultural constructions of insight in psychosis. In: Amador, X. F., David, A. S. (Eds.), *Insight in Psychosis*. Oxford University Press. New York. pp. 193-220.

- KATO, S. e Ishiguro, T. (1994): Clinical courses of hypochondriac-cenesthopathic symptoms in schizophrenia. *Psychopathology*, 30, 76-82.
- KOIDE, R.; IIZUKA, S.; FUJIHARA, K. y MORITA, N. (2002): Body image, symptoms and *wild in hunnin nchi-nalunnin Dali na mail:sal* Nouva rinunno 54 0 15
- KRAFFT-EBING, R. V. (1893): *Lehrbuch der Psychiatrie* (5.2 ed.). Ferdinand Enke. Stuttgart.
- KRAVETZ, S.; FAUST, M.; SHALIT, M. (2000): Accepting the mental illness label. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 23, 324-332.
- LANTERI-LAURA, G. (1994): *Las Alucinaciones*. Fondo de Cultura Económica. México.
- LEONHARD, K. (1986): *Classification of endogenous psychoses and their differentiating aetiology*. Academic. Leipzig.
- LEONHARD, K. (1988): Review. Das Körperschema bei Psychosen. *Zentralblatt Neurologie Psychiatrie*, 250, 521-526.
- LUKIANOWICK, N. (1967): Body image disturbances in psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatry*, 113, 31-47.
- LUYS, J. (1881): *Traité clinique et pratique des Maladies Mentales*. Delahaye et Lecrosnier. Paris
- MARKOVÁ, I. S. (2005): *Insight in Psychiatry*. Cambridge University Press. Cambridge.
- MEDALIA, A. y THYSEN, J. (2008): Insight Into Neurocognitive Dysfunction in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 34(6), 1221-1230.
- MORRISON, A. P.; HADDOCK, G.; TARRIER, N. (1995): Intrusive thoughts and auditory hallucinations: A cognitive approach. *Behavioural and Cognitive*

Psychotherapy, 23, 265-280.

OSATUKE, K.; CIELSA, J.; KASCKOW, J. W.; ZISOOK, S.; MOHAMED S. (2008): Insight in Schizophrenia: a review of etiological models and supporting research. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 70-77.

PRUEBE, S. y RÖHRICHT, F. (2001): Specific body image pathology in acute schizophrenia. *Psychiatry Research*, 101, 289-301.

ROE, D. y KRAVETZ, S. (2003): Different ways of being aware of a psychiatric disability: A multifunctional national approach to *insight* into mental disorder. *Nervous and*

RÖHRICHT, F. y PRUEBE, S. (1996): Body image in patients with acute paranoid schizophrenia. A longitudinal study. *Nervenarzt*, 67, 602-607.

SCHWARTZ, R. C. (2001): Self awareness in schizophrenia: Its relationship to depressive symptomatology and broad psychiatric impairments. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 401-403.

SÉGLAS, J. (1895): *Leçons Cliniques sur les Maladies Mentales et Nerveuses*. Asselin et Houzeau. Paris.

SIERRA-SIEGERT (2000): Despersonalización: Aspectos Psicopatológicos. En Luque, R. & Villagrán, J.M. (Eds.), *Psicopatología Descriptiva: Nuevas Tendencias*. Trotta. Madrid. Pp. 249-263.

SIERRA, M. y BERRIOS, G. E. (1998): Depersonalization: neurobiological perspectives. *Biological Psychiatry*; 44: 898-908

SCHNEIDER, K. (1970): *Patopsicología Clínica*. Paz Montalvo. Madrid.

THOMPSON, J. K.; PENNER, L. A. y ALTABE, M. N. (1990): Procedures, problems, and progress in assessment of body images. En T.F. Cash y T. Pruzinsky (Eds.), *Body Images – Development, Deviance and Change*. The Guilford Press. New York, London. pp. 21-48.

VALIENTE, C.; NIETO M. y FUENTENEbro, F. (2005): Conciencia de cuerpo e insight en la psicosis. En F. Fuentenebro, A. Rojo, C. Valiente (Eds.): *Psicopatología y fenomenología de la corporalidad*. Sociedad de Historia y Filosofía de la Psiquiatría.

Madrid, pp. 159-185.

WAGNER, B. (1984): *Experimental study of body perception of chronic schizophrenic patients with two pencil procedures*. Dissertation. School of Medicine. Mu

CAPÍTULO 11

PSICOSIS AGUDAS Y
TRANSITORIAS: ASPECTOS
EPIDEMIOLÓGICOS, CLÍNICOS Y
NOSOLÓGICOS

Augusto Castagnini, Jorge Carlos Holguín
Lew

INTRODUCCIÓN

La llamada «dicotomía Kraepeliniana» hace referencia a una propuesta nosológica que postula la existencia de una separación tajante entre la esquizofrenia y lo que hoy se conoce como trastorno afectivo bipolar (TAB). Quienes adoptan y defienden la concepción dicotómica, asumen que esquizofrenia y TAB son «especies morbosas» cualitativamente diferentes a todo nivel (clínico, epidemiológico, etiológico, etc). Si bien, como se ha venido repitiendo desde hace varias décadas, hasta el mismo Kraepelin en su momento puso en duda la validez y

CAPITOLO 11

PSICOSI ACUTE E TRANSITORIE:
ASPETTI EPIDEMIOLOGICI,
CLINICI E NOSOLOGICI

Augusto Castagnini, Jorge Carlos Holguín
Lew

INTRODUZIONE

La cosiddetta «dicotomia Kraepeliniana» fa riferimento a una proposta nosologica che postula l'esistenza di una netta separazione tra schizofrenia e quello oggi noto come disturbo affettivo bipolare.

Coloro che adottano e difendono la concezione dicotómica, presumono che schizofrenia e disturbo affettivo bipolare siano «specie di malattie» qualitativamente diverse a tutti i livelli (clínico, epidemiológico, eziológico, ecc.). Sebbene, come è stato ripetuto per diversi decenni, persino lo stesso Kraepelin all'epoca mise in dubbio la

confiabilidad de esta propuesta, no hay duda que esta concepción ha sido básica para la construcción de los principales sistemas clasificatorios en psiquiatría como la Clasificación Internacional de las enfermedades (CIE-10, WHO 1992), y el Manual estadístico y diagnóstico de trastornos mentales (DSM-IV TR, APA, 2000) (Ver al respecto artículo histórico y conceptual de Berrios, Luque y Villagran 2003). Debido a la existencia de trastornos que no se pueden ubicar en estas dos categorías principales, ha sido necesaria la creación de alternativas para agruparlos. La categoría de la CIE-10 «psicosis agudas y transitorias» (PAYT) cumple esta función e incluye una serie de conceptos diagnósticos de diversas tradiciones europeas como la *bouffée délirante* (Francia) (ver Magnan, 1893; Ey, 1954), psicosis cicloides (Alemania) (ver Kleist, 1928; Leonhard, 1957) y las llamadas psicosis esquizofreniformes y reactivas (Países escandinavos) (Wimmer, 1916; Langfeldt, 1939; Strömgen, 1974).

En este artículo, se examinan los principales aspectos clínicos y epidemiológicos de las PAYT y categorías relacionadas, con énfasis en

validità e l'attendibilità di questa proposta, non c'è dubbio che tale concezione sia stata di fondamentale importanza per l'elaborazione dei principali sistemi di classificazione psichiatrica come l'International Classification of Diseases (ICD-10, WHO 1992) e lo Statistical and Diagnostic Manual of Mental Disorders (DSM-IV TR, APA, 2000) (vedi a questo proposito l'articolo storico e concettuale di Berrios, Luque e Villagran 2003). A causa dell'esistenza di disturbi che non possono essere collocati in queste due categorie principali, è stato necessario creare delle alternative per raggrupparli. La categoria ICD-10 «disturbi psicotici acuti e transitori» (F23) svolge questa funzione e comprende (da F23 a F29) una serie di concetti diagnostici provenienti da varie tradizioni europee come la *bouffée delirante* (Francia) (vedi Magnan, 1893; Ey, 1954), psicosi cicloide (Germania) (vedi Kleist, 1928; Leonhard, 1957) e le cosiddette psicosi schizofreniformi e reattive (paesi scandinavi) (Wimmer, 1916; Langfeldt, 1939; Strömgen, 1974). In questo articolo vengono esaminati i principali aspetti clinici ed epidemiologici del F23

su diferenciación con la esquizofrenia. Además, se discuten las implicaciones que la información derivada de la investigación clínico-epidemiológica puede tener para la investigación y la práctica del psiquiatra.

PRINCIPALES ASPECTOS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICOS

PAYT: aspectos clinicos basicos

Los redactores de la CIE-10 han considerado que los tres principales elementos que constituyen la estructura clínica de las PAYT son: a) inicio agudo; b) remisión rápida y c) polimorfismo del síndrome psicótico. El *inicio agudo* se refiere al paso desde la normalidad clínica a la psicosis florida en un lapso de tiempo que usualmente es de pocos días, pero que puede abarcar desde unas pocas horas hasta un límite máximo de 2 semanas. La *remisión rápida* se define como la desaparición total de la sintomatología en un plazo de tiempo que no exceda los tres meses. El polimorfismo sintomático sería el rápido cambio de manifestaciones clínicas en corto tiempo. Dichos

e delle relative categorie, con particolare enfasi sulla differenziazione rispetto alla schizofrenia. Inoltre, vengono discusse le implicazioni che le informazioni derivate dalla ricerca clinico-epidemiologica possono rappresentare per la ricerca e la pratica dello psichiatra.

PRINCIPALI ASPETTI EPIDEMIOLOGICI CLINICI

F23: basi cliniche

I redattori dell'ICD-10 hanno stabilito che i tre elementi principali che costituiscono la struttura clinica del F23 sono: a) esordio acuto; b) remissione rapida e c) polimorfismo della sindrome psicotica. L'*esordio acuto* si riferisce al passaggio dalla normalità clinica alla psicosi florida in un lasso di tempo che normalmente è di pochi giorni, ma che può variare da poche ore ad un limite massimo di due settimane. La *remissione rapida* è definita come la totale scomparsa dei sintomi entro un periodo di tempo non superiore a tre mesi. Il polimorfismo sintomatico sarebbe il rapido cambiamento delle manifestazioni cliniche in breve tempo. Dette modifiche possono riguardare

cambios pueden ser en el contenido, la modalidad y/o o en el tipo de síntoma. Esto confiere a la presentación clínica una variación sorprendente, incluso a lo largo del mismo día. Finalmente, como es usual en la construcción de síndromes, existen una serie de elementos que en principio (o al menos operativamente) obligan a dudar del diagnóstico de PAYT: se cumplen criterios transversales de otros trastornos (por ej., del estado del ánimo), se considera que el cuadro es el resultado de una enfermedad sistémica y/o neurológica y/o está relacionado con sustancias de abuso. Desde el punto de vista de desencadenantes, la CIE permite que las PAYT sean precedidas o no por estresantes significativos (WHO 1992).

CONFIABILIDAD DIAGNÓSTICA TRANSVERSAL

«Los datos limitados acerca de las categorías tradicionales europeas... no dan origen a conceptos que puedan ser claramente definidos y separados unos de otros» (WHO, 1992: 991).

Los estudios de campo de la CIE 10 (Sartorius et al., 1995) informaron que el grupo F2, esquizofrenia y trastornos

contenido, modalidad e / o tipo de síntoma. Ciò conferisce alla presentazione clinica una variabilità sorprendente, persino nella stessa giornata. Infine, come spesso accade nella costruzione delle sindromi, vi sono una serie di elementi che, al principio, (o almeno operativamente) costringono a dubitare della diagnosi di F23: i criteri trasversali di altri disturbi (ad esempio dell'umore) sono soddisfatti, il quadro clinico è considerato il risultato di una malattia sistemica e / o neurologica e / o è correlato ad abuso di sostanze.

Dal punto di vista dei trigger, l'ICD ammette che i disturbi acuti o transitori siano preceduti o meno da stressor significativi (WHO 1992).

AFFIDABILITÀ DIAGNOSTICA TRASVERSALE

«I dati limitati circa le categorie europee tradizionali ... non generano concetti che possano essere definiti chiaramente separati l'uno dall'altro» (WHO, 1992:991).

Gli studi di campo dell'ICD 10 (Sartorius et al., 1995) hanno riportato che il gruppo F2, schizofrenia e disturbi

relacionados contaban con una alta confiabilidad. Sin embargo, aparte de los «trastornos agudos tipo esquizofrenia», las otras subcategorías que incluidas en las PAYT no muestran una adecuada confiabilidad con valores kappa de 0.42-0.54. Esto sumado a la inestabilidad longitudinal (ver infra), pone en duda la utilidad y validez de la categoría. Se ha planteado que esto sería debido a la inestabilidad sintomática y a la breve duración temporal que hace difícil capturar clínicamente estos trastornos. Sin embargo, otra posibilidad es que como toda agrupación nosológica basada en consensos de opinión, la decisión de no preservar la individualidad de los conceptos tradicionales como *bouffée delirante* o psicosis cicloides, haya sido equivocada. Por ejemplo, los estudios sobre psicosis cicloides tienden a mostrar que este grupo de trastornos constituye una categoría aparte y que existe poca continuidad entre estas y la categoría PAYT. Estudios recientes acerca de la relación entre *bouffée delirante* y PAYT han arrojado resultados similares. (Pillmann et al., 2001-2003; Peralta & Cuesta 2003; van der Heijden et al. 2004; Modestin et al.,

correlati, presentava un'elevata affidabilità. Tuttavia, a parte i «disturbi acuti di tipo schizofrenico», le altre sottocategorie incluse nel modello non presentano un'adeguata affidabilità, registrando un valore kappa (di Cohen) di 0,42-0,54. Ciò, aggiunto all'instabilità longitudinale (vedi sotto), mette in dubbio l'utilità e la validità della categoria. È stato suggerito che ciò sarebbe dovuto all'instabilità sintomatica e alla breve durata temporale che rende difficile collocare clinicamente questi disturbi. Tuttavia, un'altra possibilità è che, come ogni classificazione nosologica basata sul consenso di opinione, la decisione di non preservare l'individualità di concetti tradizionali come la *bouffée delirante* o la psicosi cicloide, non sia stata corretta. Ad esempio, gli studi sulle psicosis cicloidi tendono a dimostrare che questo gruppo di disturbi costituisce una categoria separata e che vi sia poca continuità tra tali sindromi e la categoria F23. Studi recenti sulla relazione tra *bouffée delirante* e F23 hanno apportato risultati simili. (Pillmann et al., 2001-2003; Peralta & Cuesta 2003; van der Heijden et al.2004; Modestin et al., 2002.)

2002.)

PREVALENCIA, INCIDENCIA Y ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Singh et al. (2004) en un estudio sobre 168 casos de primer episodio psicótico, encontró una incidencia de 3.9 por 100.000, con una relación hombre/mujer de 1.9.

La incidencia de PAYT con base en el registro nacional danés en 1996 fue de 9,6 por 100,000 (Castagnini et al. 2008).

La prevalencia también parece ser variable. En el estudio de Sartorius et al (1995) sólo se detectaron 135 casos, lo cual representó el 11,4% del grupo F2. Marneros et al. en un estudio en Alemania reportaron una prevalencia de 4,1% en pacientes tratados por esquizofrenia (el 8,5% del grupo F2). Jäger et al (2003a) encontraron un 7,9% de pacientes con PAYT en aquellos con una primera hospitalización por psicosis.

Estas diferencias pueden ser atribuidas a la inclusión de pacientes provenientes de países en vía de desarrollo, en donde parece ser que las PAYT son más frecuentes (Susser & Wanderling, 1994) o a las dificultades de confiabilidad diagnóstica que afectan el

PREVALENZA, INCIDENZA E ASPETTI SOCIODEMOGRAFICI

Singh et al. (2004) in uno studio condotto su 168 casi del primo episodio psicotico, hanno riscontrato un'incidenza di 3,9 su 100.000, con un rapporto maschi/ femmine di 1,9.

L'incidenza di F23 sulla base del registro nazionale danese nel 1996 era di 9,6 su 100.000 (Castagnini et al. 2008).

Anche la prevalenza sembra essere variabile. Nello studio di Sartorius et al (1995), sono stati rilevati solo 135 casi, che rappresentarono l'11,4% del gruppo F2. in Germania, Marneros et al. in uno studio hanno riportato una prevalenza del 4,1% in pazienti trattati per schizofrenia (8,5% nel gruppo F2). Jäger et al (2003a) hanno individuato un 7,9% dei pazienti con F23, tra quelli che registravano un primo ricovero per psicosi.

Queste differenze possono essere attribuite all'inclusione di pazienti provenienti da paesi in via di sviluppo, dove sembra che i disturbi acuti e transitori siano più frequenti (Susser & Wanderling, 1994) o alle difficoltà di affidabilità diagnostica che influenzano

reconocimiento de estos trastornos. Por ejemplo, un estudio mostró diferencias importantes al aplicar los criterios diagnósticos en hospitales alemanes y daneses con una mayor frecuencia de PAYT diagnosticados en Dinamarca (Lange et al., 2002).

Desde el punto de vista de sexo, las PAYT parecen ser preponderantes en mujeres en la adultez temprana o media (rango de edad 26-42 años Jørgensen et al., 1996; Das et al., 1999; Marneros et al., 2000; Sajith et al., 2002; Suda et al., 2005). Entre los subgrupos de PAYT, aquellos con predominio de características de esquizofrenia mostraron una relación inversa a nivel de sexos, con preponderancia masculina y con un inicio más temprano que el promedio de pacientes con PAYT (31.8 y 27.8 años vs 42.2 años), indicando relación cercana con esquizofrenia (Castagnini et al. 2008).

El análisis de causas de muerte asociadas con las PAYT mostró una mayor mortalidad en mujeres por cualquier causa. El suicidio fue la principal causa de muerte prematura (SMR 30.9), particularmente en sujetos jóvenes (Castagnini and Bertelsen, sometido para publicación).

la loro diagnosi. Ad esempio, uno studio ha evidenziato differenze importanti nell'applicazione dei criteri diagnostici in ospedali tedeschi e danesi con una frequenza maggiore di diagnosi F23 in Danimarca (Lange et al., 2002).

Dal punto di vista del sesso, il modello F23 sembra essere preponderante per le donne nella prima o media età adulta (fascia di età 26-42 anni Jørgensen et al., 1996; Das et al., 1999; Marneros et al., 2000; Sajith et al., 2002; Suda et al., 2005). Tra i sottogruppi F23, i pazienti con predominanza di tratti schizofrenici hanno mostrato una relazione inversa per quanto concerne il sesso, con una preponderanza maschile e con un esordio più precoce rispetto alla media dei pazienti F23 (31,8 e 27,8 anni vs 42,2 anni), dimostrando una stretto legame con la schizofrenia (Castagnini et al. 2008). L'analisi delle cause di morte associate alla categoria F23 ha evidenziato una mortalità più elevata nelle donne dovuta a svariate cause. Il suicidio è stata la principale causa di morte prematura (SMR 30.9) (Rapporto Standardizzato di Mortalità), in particolare nei soggetti giovani (Castagnini e Bertelsen, presentati per la pubblicazione).

FACTORES DE PREDISPOSICIÓN

Un estudio familiar de 40 casos con PAYT, comparando con pacientes con esquizofrenia reportó que (Das et al. 1999): a) Las PAYT fueron 3 veces más frecuentes en familiares de primer grado de pacientes con PAYT que en familiares de pacientes con esquizofrenia; b) el riesgo de esquizofrenia estaba aumentado de manera significativa en familiares de primer grado de pacientes con esquizofrenia; c) el riesgo de trastornos afectivos no excedió lo encontrado en la población general. También se encontró que los familiares de primer grado de los pacientes con trastornos psicóticos tipo esquizofrenia (por ej. trastorno esquizofreniforme) tenían mayor probabilidad de desarrollar esquizofrenia que PAYT. Estos hallazgos sugieren que las PAYT pueden ser un grupo heterogéneo desde el punto de vista genético, compuesto por un subgrupo que se superpone con la esquizofrenia o que está en interfase de ambos trastornos.

Un estudio posterior por Das et al. (2001) mostró que los pacientes con PAYT con historia familiar de

FATTORI PREDISPONENTI

Uno studio familiare di 40 casi di F23, messi a confronto con pazienti schizofrenici, ha riportato che (Das et al. 1999): a) i disturbi acuti e transitori sono stati tre volte più frequenti nei parenti di primo grado di pazienti F23 rispetto ai parenti di pazienti affetti da schizofrenia; b) il rischio di schizofrenia era significativamente più alto nei parenti di primo grado di pazienti con schizofrenia; c) il rischio di disturbi affettivi non ha superato quello riscontrato nella popolazione generale. È stato anche scoperto che i parenti di primo grado di pazienti con disturbi psicotici simili alla schizofrenia (ad es. disturbo schizofreniforme) avevano maggiore probabilità di sviluppare schizofrenia rispetto a F23. Questi risultati suggeriscono che i disturbi acuti e transitori possono rappresentare un gruppo eterogeneo dal punto di vista genetico, composto da un sottogruppo che si sovrappone alla schizofrenia o che è situato a metà tra i due. Uno studio successivo condotto da Das et al. (2001) ha evidenziato che i pazienti F23 con una storia familiare di disturbi psichiatrici, vivevano meno eventi

trastornos psiquiátricos experimentaban menos eventos vitales estresantes y menor estrés acumulado antes del inicio del trastorno que aquellos que no tienen morbilidad psiquiátrica familiar. Estos hallazgos dan soporte a la noción de que los casos de PAYT pueden considerarse como pacientes con una sensibilidad alterada al estrés con un componente familiar que los hace menos aptos para afrontar eventos adversos en relación con la hipótesis de diátesis-estrés de Zubin (1977). Se piensa que la sensibilidad al estrés estaría mediada por una serie de circuitos relacionados con el control emocional que llevaría a los síntomas psicóticos floridos y agudos, mientras que el compromiso cognitivo estaría involucrado en la patogénesis de los trastornos psicóticos de curso insidioso asociados con síntomas negativos y mal pronóstico (Myin Germeys et al., 2001).

Sin embargo estos resultados no han sido replicados en estudios más recientes (ver Marneros et al. 2003).

En cuanto a aspectos de personalidad que predisponen a la PAYT, Jørgensen et al. (1996) observaron que casi 2/3 de los pacientes cumplían criterios de trastorno de personalidad. Un año

stressanti e presentavano meno stress accumulato, prima dell'inizio del disturbo rispetto a coloro i quali non presentavano morbilidad psichiatrica familiare. Questi risultati supportano l'idea che i casi F23 possano essere considerati attribuibili a pazienti con un'alterata sensibilità allo stress, con una componente familiare che li rende meno adatti ad affrontare eventi avversi in relazione al modello di vulnerabilità-stress di Zubin (1977). Si ritiene che la sensibilità allo stress sarebbe mediata da una serie di circuiti relazionati con il controllo emotivo, che porterebbero a sintomi psicotici floridi e acuti, mentre il deterioramento cognitivo sarebbe implicato nella patogenesi dei disturbi psicotici a decorso insidioso associati a sintomi negativi e prognosi infausta (Myin Germeys et al., 2001).

Tuttavia, questi risultati non sono stati replicati in studi più recenti (vedere Marneros et al. 2003).

Per quanto riguarda gli aspetti della personalità che predispongono a F23, Jørgensen et al. (1996) hanno osservato che quasi 2/3 dei pazienti soddisfavano i criteri per il disturbo di personalità. Un anno dopo, tale frequenza si è dimezzata, suggerendo che il disturbo di

después esta frecuencia se reducía a la mitad, lo que sugiere que la disfunción de la personalidad observada podía ser una consecuencia transitoria de la psicosis o incluso consecuencia de los tratamientos con neurolépticos (Jørgensen et al. 1997). De manera relacionada Pillmann et al. (2003) llevaron a cabo una comparación entre pacientes con PAYT y grupos control con esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo subtipo bipolar y sujetos sanos por medio del 5-NEO Factor Inventory (neuroticismo, extraversión, apertura a la experiencia, afabilidad y escrupulosidad). No se encontró una diferencia significativa entre pacientes con PAYT y controles sanos, mientras que los con trastorno esquizoafectivo y en especial en esquizofrenia, mostraron mayor neuroticismo y menor extraversión y escrupulosidad. Estos últimos también tenían menos funcionalidad premórbida en las relaciones sociales y relaciones sociales estables. Estos hallazgos concuerdan con los estudios de Singh et al. (2004) and Suda et al. (2005), que no encontraron que el diagnóstico de PAYT estuviese asociado con disfunción premórbida significativa ni

personalità osservato poteva essere una conseguenza transitoria della psicosis o persino dovuto ai trattamenti neurolettici (Jørgensen et al. 1997). In modo analogo, Pillmann et al. (2003) hanno eseguito un confronto tra pazienti con F23 e gruppi di controllo con schizofrenia, disturbo schizoaffettivo di sottotipo bipolare e soggetti sani per mezzo della Teoria dei Big Five (estroversione, amicalità, coscienziosità, nevroticismo, apertura mentale). Nessuna differenza significativa è stata trovata tra i pazienti con F23 e pazienti di controllo sani, mentre quelli con disturbo schizoaffettivo e soprattutto nel caso della schizofrenia, hanno mostrato maggiore nevroticismo e minore estroversione e coscienziosità. Questi ultimi esibivano anche un minor funzionamento premorbo nelle relazioni sociali e nelle relazioni sociali stabili. Questi risultati sono coerenti con gli studi di Singh et al. (2004) e Suda et al. (2005), i quali non hanno ritenuto riconducibile la diagnosi di F23 a un significativo funzionamento premorbo né a una storia familiare di schizofrenia.

con historia familiar de esquizofrenia.

FACTORES PRECIPITANTES

La CIE 10 define estrés agudo como eventos que serían considerados estresantes por la mayoría de las personas en circunstancias similares (por ej., duelo, pérdida inesperada de la pareja o del trabajo, etc.) y que ocurre menos de 2 semanas antes del episodio psicótico. El estudio de Sajith et al. (2002) mostró que eventos vitales estresantes estaban involucrados en 2/3 de los casos, más frecuentemente con las PAYT de inicio abrupto. Estos resultados son similares a los de Okasha et al. (1994) en pacientes egipcios. Incluso hay indicios de que los eventos estresantes pueden estar más frecuentemente asociados con las PAYT que con la manía (2007). De manera similar, los eventos estresantes han sido encontrados (aunque al parecer con menor frecuencia) en relación con PAYT de inicio abrupto en países industrializados (Jørgensen et al., 1997; Jäger et al., 2003; Marneros and Pillmann, 2003; Singh et al., 2004; Castagnini et al., 2008).

Aparte de las variaciones entre países industrializados y no industrializados,

FATTORI PRECIPITANTI

L'ICD 10 definisce lo stress acuto sulla base di eventi che sarebbero considerati stressanti dalla maggior parte delle persone in circostanze simili (ad es., lutto, perdita inaspettata del partner o del lavoro, ecc.) e che si verificano meno di due settimane prima dell'episodio psicotico. Lo studio di Sajith et al. (2002) ha evidenziato che eventi di vita stressanti erano implicati in 2/3 dei casi, più frequentemente con F23 ad esordio improvviso. Tali risultati sono simili a quelli di Okasha et al. (1994) riscontrati in pazienti egiziani. Vi sono persino prove che gli eventi stressanti possano essere associati più frequentemente al F23 che alla mania (2007). Allo stesso modo, sono stati registrati eventi stressanti (sebbene apparentemente con minor frequenza) in relazione al F23 ad esordio improvviso nei paesi industrializzati (Jørgensen et al., 1997; Jäger et al., 2003; Marneros e Pillmann, 2003; Singh et al., 2004; Castagnini et al., 2008).

Al di là delle differenze tra paesi industrializzati e non industrializzati,

en donde factores culturales y sociales podrían tener un papel en la generación de las psicosis agudas, estos estudios dejan para la discusión la dificultad que existe para definir de manera válida y confiable (es decir más allá de las definiciones operativas y basadas en consensos de opinión) el concepto de estrés agudo y sus relaciones temporales con el inicio de las PAYT. (Manschreck and Petri, 1978; Guinness, 1992; Malhotra and Malhotra, 2003). Por una parte es posible que los «estresantes agudos» no hayan sido adecuadamente registrados por tratarse de un aspecto diagnóstico accesorio. Por otra parte, debido a la heterogeneidad de composición de la categoría PAYT, hace sospechar que probablemente coexisten arbitrariamente trastornos psicóticos más susceptibles de ser precipitados por estresantes con otros que pueden tener mayor «endogenicidad».

En este sentido, la investigación reciente sugiere que el concepto escandinavo de psicosis reactivas tiene poca continuidad con el de PAYT y que debido a su incorporación en esta categoría ha sido dejado de lado (Castagnini et al., 2007). Algunos

dove fattori culturali e sociali potrebbero giocare un ruolo importante nell'origine delle psicosi acute, questi studi aprono il dibattito sull'evidente difficoltà di definire in modo valido e attendibile (cioè, al di là delle definizioni operative e basate sul consenso di opinione) il concetto di stress acuto e le sue relazioni temporali con l'esordio dei disturbi acuti e transitori. (Manschreck e Petri, 1978; Guinness, 1992; Malhotra e Malhotra, 2003). Da un lato, è possibile che gli «stressor acuti» non siano stati adeguatamente registrati perché risultano un aspetto diagnostico accesorio. D'altra parte, a causa dell'eterogeneità compositiva del modello F23, tale fenomeno fa dubitare del fatto che i disturbi psicotici, aventi maggiori possibilità di essere precipitati da stressor, possano coesistere arbitrariamente con altri con una maggiore «endogenicità». In questo senso, recenti ricerche suggeriscono che il concetto scandinavo di psicosi reattive abbia poca continuità rispetto a quello di F23 e che a causa della sua assimilazione a questa categoria, sia stato trascurato (Castagnini et al., 2007). Alcuni fattori che possono influenzarlo

factores que pueden influir en esto son:

a) el mecanismo psicológico llamado «reactividad» en que se basa la psicosis reactiva ha sido descuidado; b) algunos trastornos con prominentes síntomas emocionales que previamente eran identificados como PAYT ahora han sido incluidos en la categoría de trastornos del ánimo; y c) los trastornos con síntomas confusionales prominentes han sido incluidos en los trastornos conversivos, disociativos o incluso considerados como secundarios a enfermedades de tipo sistémico y/o neurológico. Dado que uno de los criterios para considerar que un síndrome o grupo de síndromes constituye una categoría aparte es el curso longitudinal, entonces es de esperar que la estabilidad del diagnóstico se mantenga para que pueda considerarse válida la categoría PAYT. Hasta el momento de redacción de este artículo, trece estudios sobre curso y desenlaces de las PAYT que comprenden una población de 884 casos, con períodos de seguimiento que abarcan entre 1 y 15 años, habían sido publicados. En estudios llevados a cabo en países en vía de industrialización el diagnóstico de PAYT mostró una

sono: a) il meccanismo psicologico chiamato «reattività» su cui si basa la psicosi reattiva è stato trascurato; b) alcuni disturbi con sintomi emotivi floridi che erano stati precedentemente identificati come F23, sono stati ora inclusi nella categoria dei disturbi dell'umore; e c) i disturbi con sintomi confusionali accentuati sono stati inclusi nei disturbi di conversione, nei disturbi dissociativi o addirittura considerati secondari rispetto a malattie sistemiche e / o neurologiche.

Dato che uno dei criteri per stabilire che una sindrome o un gruppo di sindromi costituisca una categoria a parte è il decorso longitudinale, allora ci si aspetta che venga mantenuta la stabilità della diagnosi affinché la categoria F23 sia considerata valida.

Fino al momento della redazione di questo articolo, erano stati pubblicati tredici studi su decorso e sui risultati di F23, comprendenti una popolazione di 884 casi, con periodi di follow-up che vanno da 1 a 15 anni.

In alcuni studi condotti nei paesi industrializzati, la diagnosi di F23 ha mostrato una stabilità relativamente elevata (54% -73% nello studio di Sajith

estabilidad relativamente alta (54%-73% en el estudio de Sajith 2002) con baja frecuencia de recaídas.

Es interesante que en este estudio la ausencia de síntomas esquizofrénicos, el inicio abrupto y la duración breve (menor de un mes) se asociaron a estabilidad del diagnóstico de PAYT a 3 años. Otro estudio que encontró una estabilidad relativamente alta aún en países industrializados fue el de Jørgensen et al. (1995). Sin embargo otros autores han encontrado una alta inestabilidad diagnóstica a lo largo del tiempo, con «conversión» diagnóstica bien sea a trastornos afectivos, la esquizofrenia o a otros trastornos del grupo F2 (Amini et al., 2005, Jørgensen et al., 1997; Marneros and Pillmann, 2003 2004; Singh et al., 2004; Castagnini et al., 2008). En países europeos la frecuencia de recurrencias parece ser mayor que en países no industrializados. (Jørgensen et al., 1997; Jäger et al., 2003; Marneros and Pillmann, 2004; Singh et al., 2004). En general se ha encontrado que pacientes con diagnóstico de PAYT tienen un mejor curso y desenlaces en términos de adaptación social, discapacidad y funcionamiento global, que pacientes

2002) con una bassa frequenza di ricadute.

Da notare che in questo studio, l'assenza di sintomi schizofrenici, l'esordio improvviso e la breve durata (meno di un mese) sono stati associati alla stabilità della diagnosi F23 a 3 anni. Un altro studio che ha riscontrato una stabilità relativamente elevata anche nei paesi industrializzati è stato quello di Jørgensen et al. (1995). Tuttavia, altri autori hanno riscontrato un'elevata instabilità diagnostica nel tempo, con «conversione» diagnostica che si trattasse di disturbi affettivi, schizofrenia o altri disturbi del gruppo F2 (Amini et al., 2005, Jørgensen et al., 1997; Marneros e Pillmann, 2003 2004; Singh et al., 2004; Castagnini et al., 2008). Nei paesi europei, la frequenza di recidive sembra essere maggiore rispetto ai paesi non industrializzati. (Jørgensen et al., 1997; Jäger et al., 2003; Marneros and Pillmann, 2004; Singh et al., 2004). In generale, è stato riscontrato che i pazienti con una diagnosi di F23 presentano un decorso e risultati migliori in termini di adattamento sociale, disabilità e funzionamento globale rispetto ai pazienti con schizofrenia o disturbo

con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo. Sin embargo la tendencia de recurrencias puede ser importante a lo largo del tiempo, siendo más frecuente el curso recurrente que el episodio único de PAYT (Pillmann and Marneros, 2005, Jäger et al. 2003).

Entre los predictivos de un curso favorable se han encontrado: sexo femenino, adecuado ajuste premórbido. La subcategoría por sí misma (por ej. trastorno predominantemente delirante o trastorno psicótico polimorfo) no pareciera tener tanta importancia para definir un curso favorable o desfavorable (Singh et al. 2004, Jäger et al., 2003; Castagnini et al., 2008).

Es interesante anotar que los estudios de seguimiento muestran una tendencia de los pacientes de la subcategoría PAYT con síntomas psicóticos polimorfos a desarrollar con mayor frecuencia trastornos del ánimo y aquellos con trastorno predominantemente delirante o de trastornos tipo esquizofrenia a desarrollar otros trastornos del grupo F2. Jørgensen et al., 1997; Marneros and Pillmann, 2004; Singh et al., 2004; Castagnini et al., 2008).

Como es de frecuente, si bien se han utilizado instrumentos estandarizados

schizoafectivo. Tuttavia, la tendenza alla manifestazione di recidive può risultare significativa nel tempo, dal momento che il decorso ricorrente è più frequente del singolo episodio di F23 (Pillmann e Marneros, 2005, Jäger et al. 2003).

Tra i predittori di un decorso favorevole sono stati trovati: sesso femminile, adeguato adattamento premorbo. La sottocategoria di per sé (ad es. disturbo prevalentemente delirante o disturbo psicótico polimorfo) non sembra essere così importante per la definizione di un decorso favorevole o sfavorevole (Singh et al. 2004, Jäger et al., 2003; Castagnini et al., 2008). È interessante notare che gli studi di follow-up mostrano una tendenza, per i pazienti della sottocategoria F23 con sintomi psicotici polimorfi, a sviluppare più frequentemente disturbi dell'umore e i pazienti con disturbi prevalentemente deliranti o simili alla schizofrenia, a sviluppare altri disturbi del gruppo F2. Jørgensen et al., 1997; Marneros e Pillmann, 2004; Singh et al., 2004; Castagnini et al., 2008). Come al solito, sebbene per questi studi siano stati utilizzati strumenti standardizzati, le differenze nella progettazione, nei tempi di follow-up e nei metodi di raccolta

para estos estudios, las diferencias en el diseño, tiempo de seguimiento, métodos de recolección de la muestra, hacen difícil la comparación entre estos estudios. Adicionalmente estas y otras limitaciones metodológicas hacen que la interpretación de los resultados de los estudios sea tentativa.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS PAYT: SIMILITUDES Y DIFERENCIAS CON LA(S) ESQUIZOFRENIA(S)

Si bien los trastornos agrupados en la categoría de las PAYT comparten al menos 3 características clínicas sobresalientes (instalación rápida, curso autolimitado y sintomatología cambiante de lo que hoy denominamos psicosis), estas similitudes no implican homogeneidad clínica, como tampoco a nivel de fisiopatología ni etiopatogenia. Esta situación a su vez, hace que los datos y conceptos disponibles con respecto de las diferencias entre PAYT como grupo y otros trastornos que cursan con psicosis, tengan un carácter preliminar, tentativo y muy probablemente pasajero. También obliga a que se tenga precaución al

delle coorti, ci rendono difficile il confronto tra questi studi. Inoltre, questi e altri limiti metodologici rendono incerta l'interpretazione dei risultati degli studi.

DIAGNOSI DIFFERENZIALE DI F23: SIMILITUDINI E DIFFERENZE CON LE SCHIZOFRENIE

Sebbene i disturbi raggruppati nel modello F23 condividano almeno tre caratteristiche cliniche eccezionali (installazione rapida, decorso autolimitato e sintomi mutevoli della cosiddetta psicosis), queste somiglianze non implicano omogeneità clinica, né a livello di fisiopatologia né tantomeno di eziopatogenesi. Tale situazione, a sua volta, fa sì che i dati e i concetti disponibili circa le differenze tra il gruppo F23 e altri disturbi associati a psicosis, abbiano un carattere preliminare, provvisorio e molto probabilmente temporaneo. Necessita di particolare cautela fare riferimento a disturbi come psicosis cicloidi, la

hacer referencias a trastornos como las psicosis cicloides, la bouffée delirante, las psicosis reactivas breves, el trastorno esquizofreniforme, etc., pues también se ha mostrado que la inclusión de estos trastornos entre las PAYT no está bien sustentada y, en especial en el caso de las psicosis cicloides, el asimilar el cuadro clínico particular al general de las PAYT, es inadecuado. (Ver sección aspectos nosológicos y también, Castagnini & Berrios, 2009; Luque, 2006; Marneros, 2004).

Clínica transversal

Las PAYT en su conjunto presentan similitudes en su clínica transversal con las manifestaciones psicóticas de la esquizofrenia. Esto en especial en lo relacionado la presencia de los llamados síntomas de primer orden, las alucinaciones y la desorganización de la conducta con alteraciones catatoniformes. Sin embargo las diferencias son marcadas en cuanto a los patrones temporales intra-episódicos (inicio, duración, persistencia, secuencia, etc.). En las PAYT estas manifestaciones son fluctuantes, poco persistentes. Las temáticas delirantes y alucinatorias cambian de un momento a

bouffée delirante, le psicosis reattive brevi, il disturbo schizofreniforme, ecc., poiché è stato anche dimostrato che l'inserimento di questi disturbi nel F23 non è auspicabile, e soprattutto nel caso delle psicosis cicloidi, l'assimilazione del quadro clinico particolare di F23 a quello generale risulta inadeguata. (Vedi la sezione aspetti nosologici e altri, Castagnini & Berrios, 2009; Luque, 2006; Marneros, 2004)

Analisi clinica trasversale

Nell'analisi trasversale, il gruppo F23 mostra somiglianze con le manifestazioni psicotiche della schizofrenia. Ciò soprattutto in relazione alla presenza dei cosiddetti sintomi primari, le allucinazioni e il comportamento disorganizzato con alterazioni catatoniformi. Tuttavia, le differenze sono marcate in termini di pattern temporali intra-episodici (esordio, durata, persistenza, sequenza, ecc.). Nei disturbi acuti e transitori, queste manifestazioni sono fluttuanti, poco persistenti. I contenuti deliranti e allucinatori cambiano di momento in momento. Nelle allucinazioni, anche il

otro. En las alucinaciones el cambio de modalidad también es prominente, y puede ser más llamativo aún que el cambio de temática. Adicionalmente los llamados síntomas negativos no suelen ser prominentes, aunque el mutismo, la perplejidad y algunos fenómenos motores pueden prestarse a confusión. (Marneros, 2004; Pillman, 2003; Castagnini & Berrios, 2009; Luque, 2006).

La perplejidad y la presencia de alteraciones leves del nivel de conciencia merecen una mención especial. La perplejidad es todavía un fenómeno poco entendido, que se ha interpretado tradicionalmente como una suerte de reacción de extrañeza paralizante. Esta vivencia a su vez ha sido inferida por la frecuente observación de expresiones faciales de sorpresa y extrañeza. Si bien quienes tienen experiencia con las PAYT lo consideran un elemento muy característico, no se puede olvidar que también puede presentarse en cuadros diversos tanto primarios, como secundarios (por ej. epilepsias, delirium, efecto de drogas, etc.). Finalmente la perplejidad es un fenómeno en espera de recalibración psicopatológica, pues es

cambio di modalità è importante e può essere ancor più sorprendente del cambio di tema. Inoltre, i cosiddetti sintomi negativi non sono solitamente evidenti, sebbene il mutismo, la perplessità e alcuni fenomeni motori possano indurre in confusione. (Marneros, 2004; Pillman, 2003; Castagnini & Berrios, 2009; Luque, 2006).

Una menzione speciale meritano la perplessità e la presenza di lievi alterazioni del livello di coscienza. La perplessità è ancora un fenomeno poco compreso, tradizionalmente interpretato come una sorta di reazione di smarrimento paralizzante. Questa esperienza, a sua volta, è stata dedotta spesso osservando espressioni facciali di sorpresa e smarrimento. Sebbene chi ha già esperienza con i disturbi acuti o transitori lo consideri un elemento molto caratteristico, non va dimenticato che può presentarsi anche in diversi quadri tanto primari quanto secondari (ad es. epilessia, delirio, effetto farmacologico o di stupefacenti, ecc.). Infine, la perplessità è un fenomeno in attesa di calibrazione, poiché ci si può aspettare che la descrizione clinica

de esperarse que la descripción clínica clásica, no sea suficiente para las necesidades clínicas e investigativas de la psiquiatría actual. Muy probablemente lo anterior influye en que su utilidad clínica sea poco apreciada por los psiquiatras. De manera relacionada, el nivel de conciencia tradicionalmente se ha considerado conservado en las llamadas «psicosis funcionales» y que si se presentan alteraciones, estas son siempre indicativas de una etiología sistémica y/o neurológica.

A pesar de lo arraigado (y clínicamente orientador) de esta idea, sin duda falta mucho por estudiar frente a las alteraciones del nivel de conciencia en pacientes con trastornos psiquiátricos primarios, pues no es infrecuente que en ciertos cuadros (como por ej. las PAYT, ciertos cuadros maníacos, el llamado estupor depresivo, los cuadros disociativos), el nivel de conciencia se encuentre afectado aunque no en el mismo sentido anglosajón del delirium. En efecto, para la tradición continental la confusión es un síndrome caracterizado por fenómenos más sutiles como la disforia y la ineficiencia cognitiva. (McCurdy, 1925; Berrios,

classica non sia sufficiente per le esigenze cliniche e investigative della psichiatria attuale.

Molto probabilmente, quanto detto sopra influisce sul fatto che la sua utilità clinica sia poco apprezzata dagli psichiatri. In modo correlato, il livello di coscienza è stato tradizionalmente considerato preservato nelle cosiddette «psicosi funzionali» e nel caso si verificano alterazioni, tale tipo di psicosi è sempre rivelatore di un'etiologia sistemica e / o neurologica.

Nonostante il radicamento di questa idea (e il fatto che essa rappresenti una linea guida a livello clinico), rimane senza dubbio ancora molto da studiare dinanzi alle alterazioni del livello di coscienza nei pazienti con disturbi psichiatrici primari, in quanto non è raro che in alcuni quadri (come ad es. il modello F23, alcuni quadri maniacali, il cosiddetto stupore depressivo, i quadri dissociativi), il livello di coscienza sia effettivamente influenzato, anche se non nella stessa concezione anglosassone di delirio. Infatti, secondo la tradizione continentale, la confusione è una sindrome caratterizzata da fenomeni più sottili come la disforia e l'inefficienza

2008).

En cuanto a otras dimensiones sintomáticas de la esquizofrenia como la sintomatología negativa y las alteraciones cognitivas estos serían fundamentales para el diagnóstico diferencial, en especial una vez el episodio psicótico remite o si es posible evidenciar que se encontraban presentes desde antes de la psicosis. No hay indicación en la literatura que estas alteraciones estén presentes en los pacientes con PAYT y su presencia pudiera estar en relación más bien con cuadros del espectro de la esquizofrenia o de los trastornos afectivos de tipo crónico/recurrente. (Marneros, 2004; Azorin, 2004; Luque, 2006).

Para resumir, puede afirmarse que se han encontrado bastantes similitudes en las manifestaciones sintomáticas transversales de psicosis entre PAYT y esquizofrenia en cuanto a distorsión de la realidad y desorganización, pero que la diferencia fundamental está en los patrones temporales intra-episódicos (inestabilidad sintomática intra-episódica). Adicionalmente la perplejidad y las alteraciones del nivel de conciencia, podrían presentarse con mayor frecuencia en las PAYT,

cognitiva. (McCurdy, 1925; Berrios, 2008). Per quanto riguarda altre dimensioni sintomatiche della schizofrenia, come i sintomi negativi e le alterazioni cognitive, tali elementi sarebbero fondamentali per la diagnosi differenziale, soprattutto dopo la risoluzione dell'episodio psicótico o nel caso vi fosse la possibilità di dimostrare la loro esistenza, già prima della psicosi. Non vi è alcuna indicazione in letteratura, circa il fatto che queste alterazioni siano presenti in pazienti con F23 e se la loro presenza possa essere correlata piuttosto a quadri dello spettro della schizofrenia o dei disturbi affettivi cronici / ricorrenti. (Marneros, 2004; Azorin, 2004; Luque, 2006).

Per riassumere, si può affermare di aver riscontrato somiglianze sufficienti nelle manifestazioni sintomatiche trasversali di psicosi tra F23 e schizofrenia in termini di distorsione della realtà e disorganizzazione, ma che la differenza fondamentale si trovi nei pattern temporali intra-episodici (instabilità sintomatica intra-episodica). Inoltre, la perplessità e le alterazioni del livello di coscienza potrebbero apparire più frequentemente in F23, mentre il deficit cognitivo persistente e i sintomi negativi

mientras que el déficit cognitivo persistente y los síntomas negativos harían pensar en esquizofrenia. (Garrabe, 2000; Marneros, 2004; Luque, 2006).

Aspectos temporales y evolutivos

Si bien se han descrito cuadros de esquizofrenia con un inicio agudo, estos parecen no ser tan frecuentes ni mucho menos alcanzar un patrón de instalación sintomático tan rápido como en las PAYT. En las PAYT, en especial en la *bouffée delirante*, los fenómenos psicóticos como alucinaciones y delirios parecen surgir de la nada ya formados (de ahí la expresión *délire d'emblée* de los franceses). Con frecuencia se han descrito casos de instalación ultrarápida en minutos o pocas horas. La sintomatología prodrómica tiende a ser escasa y poco prominente con posibles alteraciones menores del ánimo o el sueño. En contraste, lo que con más frecuencia se encuentra en los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, es la instalación lenta, insidiosa, incluso con posibles estadios bien delimitados, previos a la formación de la sintomatología psicótica (por ej. las fases descritas por K. Conrad, ver

farebbero pensare alla schizofrenia. (Garrabe, 2000; Marneros, 2004; Luque, 2006).

Aspetti temporali ed evolutivi

Sebbene sia stata descritta la schizofrenia ad esordio acuto, questi sintomi sembrano non essere così frequenti, né tanto meno raggiungere un pattern di assestamento sintomatico così rapidamente come in F23. Qui, soprattutto nella *bouffée delirante*, i fenomeni psicotici come allucinazioni e deliri sembrano nascere dal nulla già ben definiti (di qui l'espressione francese *délire d'emblée*). Sono stati spesso descritti casi di installazione ultrarapida in pochi minuti o poche ore. I sintomi prodromici tendono ad essere scarsi e poco evidenti con possibili alterazioni minori dell'umore o del sonno. Ciò che invece si riscontra più frequentemente nei pazienti con diagnosi di schizofrenia è l'installazione lenta e insidiosa, persino corrispondente a possibili stadi ben definiti, con formazione dei sintomi psicotici ex ante (ad esempio le fasi descritte da K. Conrad, vedi Conrad, 1997). Tanto

Conrad, 1997). Tanto en los estudios como en la experiencia clínica, en la(s) esquizofrenia(s) se encuentran pacientes que aparentemente tienen un desarrollo agudo o hiper-agudo de fenómenos psicóticos, pero que posteriormente relatan cómo llevan años experimentándolos, solo que estos no habían tenido impacto evidente en la conducta global. Por tanto en las PAYT los patrones temporales de inicio y desaparición, lo que pudiese denominarse la “vida media de los fenómenos psicóticos durante el episodio” es breve. Las manifestaciones clínicas son altamente cambiantes e inconstantes (de ahí el llamado polimorfismo sintomático). También es frecuente la desaparición rápida de la sintomatología (y por esto el término *bouffée*, como una bocanada, como un ventarrón de gran intensidad pero de corta duración). Sin embargo, no hay que olvidar que un número importante de casos, duran varias semanas o incluso unos pocos meses y dada la heterogeneidad intra-clase de las PAYT, otros cuadros pueden no tener este patrón tan dramático de aparición/desaparición, si bien todos parecen conservar la tendencia al

negli studi quanto nell'esperienza clinica, nella/e schizofrenia/e vi sono pazienti che apparentemente manifestano uno sviluppo acuto o iperacuto di fenomeni psicotici, ma che successivamente riferiscono di come tali esperienze siano state vissute per anni, senza aver avuto alcun impatto evidente sul comportamento generale. Pertanto, in F23, i pattern temporali di esordio e scomparsa, che potremmo definire “esistenza media dei fenomeni psicotici nel corso dell'episodio”, sono brevi.

Le manifestazioni cliniche sono altamente mutevoli e incoerenti (di qui il cosiddetto polimorfismo sintomatico). Frequente è anche la rapida scomparsa dei sintomi (e per questo il termine *bouffée*, come un soffio, una tempesta di grande intensità, ma di breve durata). Tuttavia, non va dimenticato che un numero significativo di casi dura diverse settimane o anche pochi mesi e, data l'eterogeneità interclasse dei disturbi acuti e transitori, altri quadri potrebbero non avere questo pattern tanto drammatico di comparsa/scomparsa, sebbene tutte le sindromi sembrano preservare la tendenza al cambiamento interepisodico (o

cambio intraepisódico (o polimorfismo) de las manifestaciones sintomáticas. (Garrabe, 2000; Luque, 2006)

En cuanto a la posible diferenciación de la esquizofrenia con las psicosis reactivas, la identificación del estresante psicológico como *causa eficiente* y su carácter determinante del contenido de los fenómenos psicóticos para esta última serían los aspectos a destacar. Si bien se han descrito precipitantes con carácter de «trauma psíquico» en los primeros episodios psicóticos de la esquizofrenia y en cierto sentido todo contenido psicótico puede ser biográfico, esto es muchísimo más claro en las PAYT de tipo psicosis reactiva. Por una parte la relación temporal entre estresante y el inicio del cuadro es consecutiva y contigua. Por otra parte el contenido de los delirios y alucinaciones observados en estos pacientes harían referencia explícita al estresante psíquico (Marneros 2004).

En las psicosis cicloides, hay que recordar la llamada bipolaridad que como es conocido tiene un sentido diferente al actual (no en el sentido restringido de manía/depresión o de trastorno del ánimo). Se trata de la alternancia de síndromes hacia unos

polimorfismo) delle manifestazioni sintomatiche. (Garrabe, 2000; Luque, 2006).

Per quanto riguarda la possibile differenziazione della schizofrenia rispetto alle psicosi reattive, l'identificazione dello stressor psicologico come *causa efficiente* e la sua natura determinante del contenuto dei fenomeni psicotici, sarebbero gli aspetti da evidenziare per quest'ultima. Sebbene fattori precipitanti con il carattere di «trauma psichico» siano stati già descritti nei primi episodi psicotici di schizofrenia e in un certo senso tutto il contenuto psicotico possa essere biografico, ciò è molto più chiaro nei disturbi acuti e transitori di psicosi reattiva. Da un lato, la relazione temporale tra stressor e l'inizio del quadro è consecutiva e contigua. D'altra parte, il contenuto dei deliri e delle allucinazioni osservati in questi pazienti farebbe riferimento esplicito allo stressor psichico (Marneros 2004). Nelle psicosi cicloidi, bisogna ricordare il cosiddetto bipolarismo che, come è noto, ha un significato diverso da quello attuale (non nel senso ristretto di mania / depressione o di disturbo dell'umore). È l'alternanza di sindromi verso alcuni estremi ben definiti come nel

extremos bien definidos como los de angustia/felicidad, la excitación/inhibición, hipercinesia/acinesia, etc.

Esta alternancia psicomotora y del ánimo no se presentaría en esquizofrenia. (Peralta 2003, 2007).

Siguiendo con los patrones de temporalidad, las otras diferencias fundamentales serían la remisión inter-episódica sin residuo y la tendencia al curso favorable. Como es bien conocido una vez se hace el diagnóstico de esquizofrenia no es tan frecuente la remisión total no solo de síntomas psicóticos, sino en especial de la sintomatología negativa y cognitiva, además del marcado compromiso funcional, si bien esta idea ha sido cuestionada más recientemente y se piensa que hasta un 15 a 20% de los pacientes que cumplen criterios de esquizofrenia pueden tener episodio único. A pesar de esto, la tendencia general de los trastornos considerados como esquizofrenia estaría en claro contraste la de las PAYT hacia la remisión y la evolución favorable tanto sintomática, como funcional y psico-social, incluso cuando hay recurrencia. Frente a este último aspecto, es

caso della depressione/felicità, dell'eccitazione/inibizione, dell'ipercinesia/acinesia, ecc.

Questa alternanza psicomotoria e dell'umore non si presenterebbe nella schizofrenia. (Peralta 2003, 2007). Facendo riferimento ai pattern temporali, le altre differenze fondamentali sarebbero la remissione intra episodica senza residui e la tendenza ad un decorso favorevole. Come è ben noto, una volta effettuata la diagnosi di schizofrenia, la remissione totale non solo dei sintomi psicotici, ma soprattutto dei sintomi negativi e cognitivi, oltre a un marcato compromesso funzionale, non è così frequente, sebbene questa idea sia stata messa in discussione in tempi più recenti e si pensi che persino un 15-20% dei pazienti che soddisfano i criteri per la schizofrenia, possa comunque manifestare un episodio singolo. Nonostante ciò, l'andamento generale dei disturbi considerati schizofrenia sarebbe in netto contrasto con quello di F23 nel segno della remissione e la favorevole evoluzione tanto sintomatica, quanto funzionale e psico-sociale, persino in presenza di recidiva. Di fronte a quest'ultimo aspetto, è

importante mencionar que la tendencia a la recurrencia en las PAYT parece ser mucho menos marcada que en las esquizofrenias. (Garrabe, 2000; Castagnini & Berrios, 2009). Como se enunció anteriormente, los estudios acerca de las características de funcionamiento y personalidad en las PAYT, tomadas en el sentido de evolución longitudinal pre-psicosis han arrojado dos resultados principales: No existe un patrón o perfil de personalidad propio de las PAYT. Los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia (como grupo) tienen claramente una serie de antecedentes de funcionamiento previo que difieren de la población general. Esto tanto a nivel de desempeño intelectual, relacional (tendencia al aislamiento, a pocos contactos cercanos, relaciones de pareja, etc.), académico y laboral. Adicionalmente en el año antes de la primera psicosis se encuentra en un porcentaje importante un deterioro funcional marcado. Lo anterior no se encuentra en los pacientes con PAYT. (Ver Pillman, 2003)

Respuesta al tratamiento

Es común la idea que algunos cuadros

importante ricordare che la tendenza alla recidiva in F23 sembra essere molto meno marcata che nelle schizofrenie. (Garrabe, 2000; Castagnini e Berrios, 2009).

Come precedentemente affermato, gli studi circa le caratteristiche di funzionamento e di personalità in F23, intesi nel senso di evoluzione longitudinale della pre-psicosi, hanno portato a due principali risultati:

Non vi è alcun modello o profilo di personalità proprio del F23.

I pazienti con diagnosi di schizofrenia (come gruppo) registrano chiaramente un numero di precedenti nel funzionamento ex ante che differisce dalla popolazione generale. Ciò accade sia a livello di attività intellettuale, relazionale (tendenza all'isolamento, ad avere pochi stretti contatti, relazioni di coppia, ecc.), scolastico e lavorativo. Inoltre, nell'anno che precede la prima psicosi, si riscontra una percentuale significativa di marcato deterioramento funzionale. Questo non è riscontrato nei pazienti con F23 (Vedi Pillman, 2003).

Risposta al trattamento

L'idea comune è che alcuni quadri,

que forman parte del grupo de las PAYT, especialmente los de tipo *bouffée delirante* y las psicosis reactivas, con frecuencia remiten espontáneamente sin necesidad de tratamiento. Sin embargo, la mayoría de las veces los pacientes reciben tratamientos inespecíficos de tipo ansiolítico (benzodiazepinas), antipsicótico, antidepresivo o estabilizador del ánimo. Lo importante a resaltar en este capítulo es que la respuesta al tratamiento no es de ayuda para el diagnóstico o la distinción entre las PAYT y otros cuadros que cursan con psicosis. Esto en parte se debe a la poca información que se tiene al respecto y en parte a que muchos de los tratamientos existentes en la actualidad tienen un «amplio espectro» de respuesta trans-nosológica (por ej. los antipsicóticos de segunda generación se utilizan en trastornos del ánimo, ansiedad, delirium, trastornos del sueño, etc), lo cual les resta valor para asuntos diagnósticos. (Marneros, 2004).

ASPECTOS NOSOLÓGICOS

La información derivada de los estudios epidemiológicos tiene interesantes

apartenenti al gruppo F23, specialmente quelli di tipo *bouffée delirante* e le psicosi reattive, regrediscono spesso spontaneamente senza alcun bisogno di trattamento. Tuttavia, il più delle volte i pazienti ricevono trattamenti non specifici di tipo ansiolitico (benzodiazepine), antipsicotico, antidepressivo o stabilizzanti dell'umore. Ciò che è importante evidenziare in questo capitolo è che la risposta al trattamento non è d'aiuto per la diagnosi o la distinzione tra F23 e altri quadri somiglianti a psicosi. Ciò è in parte dovuto alle poche informazioni in possesso sulla materia e in parte anche al fatto che molti dei trattamenti oggi esistenti presentano «uno spettro ampio» di risposta trans-nosologica (ad es. gli antipsicotici di seconda generazione sono usati nei disturbi dell'umore, ansia, delirio, disturbi del sonno, ecc.), e ciò riduce l'importanza della diagnosi. (Marneros, 2004).

ASPETTI NOSOLOGICI

L'informazione derivata dagli studi epidemiologici presenta interessanti

implicaciones para la nosología de los trastornos que cursan con psicosis. A continuación se enuncian algunos de ellos.

Concordancia entre CIE 10 y el DSM-IV

Los estudios comparativos han arrojado resultados variados a este respecto. Por una parte Los estudios de Jørgensen et al. (1997), Van der Heijden et al. (2004), mostraron que existe muy poca concordancia entre las categorías PAYT de la CIE 10 y las psicosis breves del DSM-IV; con porcentajes muy bajos de pacientes (menores del 40%) que cumplen criterios para ambas categorías. Sin embargo los estudios de Pillmann et al. (2002) y de Pitta & Blay, (1997), mostraron una concordancia alrededor del 60%. Esta falta de concordancia es probablemente resultado de factores tanto conceptuales, como del diseño operativo de los criterios. Desde el punto de vista conceptual, esta situación permite reiterar que las clasificaciones no son el resultado del descubrimiento de las enfermedades como si se tratara de especies naturales (como plantas o metales). Se trata de convenciones y

implicaciones nell'ambito della nosologia dei disturbi associati alla psicosis. Qui di seguito se ne elencano alcuni.

Somiglianze tra l'ICD-10 e il DSM-IV

A tale riguardo, gli studi comparativi hanno apportato vari risultati. Da un lato, gli studi di Jørgensen et al. (1997), Van der Heijden et al. (2004), hanno dimostrato che vi è poca concordanza tra il modello F23 dell'ICD-10 e le psicosis brevi del DSM-IV; con percentuali molto basse di pazienti (sotto il 40%) che soddisfano criteri in entrambe le categorie. Tuttavia, gli studi di Pillmann et al. (2002) e di Pitta & Blay, (1997) hanno mostrato una concordanza del 60% circa. Questa discordanza è probabilmente il risultato di fattori tanto concettuali quanto del disegno operativo dei criteri diagnostici.

Dal punto di vista concettuale, questa situazione permette di ribadire che le classificazioni non sono il risultato della scoperta delle malattie come se si trattasse di specie naturali (come le piante o metalli). Si tratta invece di convenzioni e come tali, comprendono

como tales, incluyen aspectos teóricos, psicológicos y sociopolíticos que determinan sus contenidos y estructura, por fuera de las manifestaciones observables en los pacientes. El contenido de las clasificaciones (qué trastornos existen y cuales no, cuales son sus criterios, etc.) es definido por medio de acuerdos entre clínicos (con mayor o menor respaldo de información proveniente de la investigación) y su utilidad práctica (utilidad para resolver problemas percibida por la comunidad de usuarios de la clasificación). (Cooper, 2004; Luque y Villagrán, 2001)

Relaciones entre las PAYT, la bouffée délirante y las psicosis cicloides

Debido a que la categoría PAYT comparte elementos con categorías tradicionales europeas como la *bouffée délirante* y las psicosis cicloides, se tiende a pensar que se trata de trastornos que tienen una continuidad tanto clínica como nosológica y fisiopatológica. (Ver Kleist, 1928; Leonhar, 1957; Perris, 1972-1981 y 1986, Azorin et al., 2004; Weibel and Metzger, 2005).

Sin embargo, los estudios más recientes

aspecti teorici, psicologici e sociopolitici che determinano i loro contenuti e le loro strutture, al di là delle manifestazioni osservabili nei pazienti. Il contenuto delle classificazioni (quali disturbi esistano e quali no, quali sono i criteri diagnostici, ecc.) è definito per mezzo di accordi tra dottori (con sostegno maggiore o minore di informazioni derivanti dalla ricerca) e l'utilità pratica (utilità relativa alla risoluzione dei problemi percepiti dalla comunità degli utenti della classificazione). (Cooper, 2004; Luque e Villagrán, 2001)

Relazioni tra i disturbi acuti e transitori, la bouffée delirante e le psicosis cicloidi

Poiché il modello F23 condivide alcuni elementi con le categorie tradizionali europee come la *bouffée delirante* e le psicosis cicloidi, si tende a pensare che si tratti di disturbi con una continuità tanto clinica quanto nosologica. (Ver Kleist, 1928; Leonhar, 1957; Perris, 1972-1981 e 1986, Azorin ET a., 2004; Weibel e Metzger, 2005).

Tuttavia, studi più recenti sono soliti

tienden a mostrar que dicha continuidad es por lo menos dudosa. Estudios como los de Pillman et al. (2001) y Modestin et al. (2002), encontraron que solo en la mitad de los casos existe superposición entre las categorías de PAYT, psicosis cicloides y otras como las psicosis reactivas. Como ha sido señalado por Peralta y Cuesta (2003), existe muy poca continuidad entre las psicosis cicloides, que solo aumenta ligeramente cuando se dejan solo casos que cumplen con criterios para «trastorno psicótico polimorfo» o cuando se descartan casos con trastornos del afecto prominentes. Estos resultados se comparan favorablemente con los reportes de Van der Heijden et al. (2004). De igual manera a los estudios de Pillmann et al. (2003) encontraron que solo 29% de los pacientes que cumplen con criterios de PAYT tienen superposición con los criterios de *bouffée delirante* propuestos por Pull et al. (1983).

La propuesta «NARP» (non-affective acute remitting psychoses)

(Dadas las limitaciones de las categorías PAYT y de psicosis breves del DSM, se han venido explorando otras

segnalare che questa continuità non è del tutto certa. Studi come quelli di Pillman ET a. (2001) e Modestin ET a. (2002), hanno riscontrato che solo nella metà dei casi esistono sovrapposizioni fra le categorie in F23, le psicosi cicloidi ed altre, come ad esempio le psicosi reattive. Come è stato indicato da Peralta e Costa (2003), vi è poca continuità fra le psicosi cicloidi, che aumentano solo di poco all'abbandono di singoli casi che soddisfano i criteri per il «disturbo psicótico polimorfo» o quando se ne scartano altri di disturbo affettivo primario.

Questi risultati sono valutati positivamente in confronto agli apporti di Van der Heijden ET a. (2004). In modo analogo agli studi di Pillmann ET a. (2003), è stato riscontrato che solo il 29% dei pazienti che soddisfa i criteri di F23, manifesta una sovrapposizione con i criteri di *bouffée delirante* proposti da Pull et al (1983).

Proposta «NARP» (sindrome Neuropatia, Atassia e Retinite Pigmentosa)

A causa delle limitazioni del modello F23 e di psicosi brevi del DSM, sono state vagliate altre alternative e proposte

alternativas y propuestas para el estudio de los trastornos de breve duración que cursan con psicosis. Las llamadas psicosis remitentes no afectivas ('non-affective acute remitting psychoses' o NARP) tienen una serie de características clínicas y epidemiológicas que las distinguen de la esquizofrenia y los trastornos del ánimo (Menuck et al., 1989; Remington et al., 1990; Susser et al., 1994). Hasta el momento la investigación acerca de este grupo de trastornos se deriva de proyectos de colaboración entre la OMS y el concejo de investigación médica de la India. (Jablenski et al., 1992; Varma et al., 1996; Malhotra & Malhotra, 2003).

El estudio de la OMS sobre psicosis agudas efectuado en 14 centros y más de 1000 casos reportó que: 1) un número importante de pacientes con psicosis agudas mostraban síntomas «típicos» de la esquizofrenia. 2) Sólo en la mitad se encontró estrés precipitantes. 3) La recuperación rápida (con frecuencia en pocas semanas) y la no recurrencia en 2/3 de los casos luego de un año de seguimiento (Cooper, Jablensky and Sartorius, 1990). De la mayor importancia fue el nuevo análisis de

di studio dei disturbi a breve termine somiglianti a psicosi. Le cosiddette psicosi remittenti non affettive ('sindrome Neuropatia, Atassia e Retinite Pigmentosa' o NARP) presentano una serie di caratteristiche cliniche ed epidemiologiche che le distinguono dalla schizofrenia e dai disturbi dell'umore (Menuck ET a., 1989; Remington ET a., 1990; Susser ET a., 1994). Fino a questo momento, la ricerca su tale gruppo di disturbi è indirizzata verso progetti di collaborazione tra l'OMS e il consiglio di ricerca medica dell'India. (Jablenski ET a., 1992; Varma ET a., 1996; Malhotra).

Lo studio dell'OMS sulle psicosi acute condotto in quattordici centri e più di mille casi ha segnalato: 1) un numero importante di pazienti con psicosi acute mostrava sintomi «tipici» della schizofrenia. 2) Soltanto nella metà dei casi è stato riscontrato stress precipitante. 3) Il recupero rapido (spesso in poche settimane) e l'assenza di recidiva in 2/3 dei casi dopo un anno di follow-up (Cooper, Jablensky e Sartorius, 1990). Di maggior importanza è stata la nuova analisi dei

datos del famoso estudio de la OMS de los «10 países» por parte de Susser and Wanderling (1994), quienes encontraron que la incidencia de las NARP era 10 veces mayor en países no industrializados y el doble en mujeres frente a hombres. El diagnóstico de NARP se fundamentó en: a) Inicio agudo (2 semanas), b) Curso remitente (duración menor de 6 meses y no recurrencia en 2 años) y c) presencia de síntomas psicóticos de cualquier tipo (Susser et al., 1996). Más recientemente, un estudio de seguimiento de 98 pacientes con diagnóstico de NARP, reportó que muy pocos cumplían con los criterios diagnósticos de PAYT (Mojtabai et al., 2000).

dati del famoso studio dell'OMS sui «10 paesi» da parte di Susser e Wanderling (1994), coloro i quali hanno riscontrato che l'incidenza delle NARP era dieci volte superiore nei paesi non industrializzati e corrispondente al doppio delle donne rispetto agli uomini. La diagnosi di NARP si basò su: a) Esordio acuto (due settimane), b) decorso remittente (durata minore a sei mesi e assenza di recidiva in due anni) e c) presenza di sintomi psicotici di qualsiasi tipo (Susser et al. 1996). Più recentemente, uno studio longitudinale su 98 pazienti con diagnosi di NARP, riportò che solo una piccola parte di loro soddisfaceva i criteri diagnostici di F23. (Mojtabai et al., 2000).

LIMITACIONES Y DIFICULTADES RELACIONADAS CON LA CATEGORÍA PAYT Y OTROS ASPECTOS CONCEPTUALES DE LAS PSICOSIS

a) La noción de psicosis reactivas abre el debate acerca de si estas deben ser o no consideradas psicosis en un sentido estricto o si corresponden a lo que

LIMITAZIONI E DIFFICOLTÀ RELATIVE AL MODELLO F23 E AD ALTRI ASPETTI CONCETTUALI DELLE PSICOSI

a) La nozione di psicosis reattiva apre il dibattito circa il fatto che tali sindromi debbano essere o meno considerate psicosis in senso stretto o se

Schneider llamaba reacción psicológica. La inclusión de las psicosis reactivas en el grupo de las PAYT ha llevado a que coexistan en una misma categoría trastornos reactivos y no reactivos, lo cual complica aún más la heterogeneidad clínica y fisiopatológica de esta categoría. A su vez esta heterogeneidad, producto de la agrupación arbitraria de trastornos, sin duda influye negativamente en la investigación tanto con fines clínicos como teóricos. Adicionalmente esto va en contra de la supuesta neutralidad etiológica de las clasificaciones oficiales como la CIE-10 y el DSM.

b) El tema de la reactividad psicológica sigue siendo un tema de capital importancia en psiquiatría, pero paradójicamente ha sido relegado en las últimas décadas. Es probable que esto se deba a una visión simplista de la causalidad neurobiológica de los trastornos mentales, en donde la noción de psicogénesis es considerada: a) incompatible con mecanismos neurobiológicos y por tanto eliminada; o c) los psiquiatras consideran que existe una necesidad de «traducir» neurobiológicamente cualquier evento psicológico. Una posible solución es la

corrispondano a ciò che Schneider definiva formazione reattiva. L'assimilazione delle psicosi reattive nel gruppo F23 ha fatto sì che coesistano in una stessa categoria disturbi reattivi e non reattivi, il che complica ancor di più l'eterogeneità clinica e fisiopatologica al suo interno. A sua volta tale eterogeneità, risultato della categorizzazione arbitraria dei disturbi, influisce senza dubbio negativamente sulla ricerca sia clinica che teorica. Oltretutto, ciò è in contrasto con la supposta neutralità eziologica delle classificazioni ufficiali come l'ICD-10 e il DSM.

b) Il tema della formazione reattiva continua ad essere di capitale importanza in psichiatria, ma è stato paradossalmente relegato solo alle ultime decadi. E' probabile che questo sia dovuto a una visione semplicistica della causalità neurobiologica dei disturbi mentali, in cui la nozione di psicogenesi è considerata: a) incompatibile con meccanismi neurobiologici e pertanto esclusa; o c) gli psichiatri considerano la possibilità che esista una necessità di «tradurre» neurobiologicamente qualsiasi evento psicologico. Una

de considerar la alternativa de que en la psicogénesis y los trastornos llamados reactivos, el sustrato cerebral no es específico y funciona como sustrato de implementación de los síntomas más no como sustrato de origen de los síntomas.

d) Otro importante tema relacionado con la reactividad psicológica es el de los estresantes agudos. Los estresantes agudos son definidos de manera restrictiva y aunque se mencionan eventos cuyo contenido es comúnmente considerado altamente ansiogénico (por ej. muerte de un ser querido), el asunto del significado personal (que puede en ciertos individuos ser fundamental) no es contemplado. Qué es un estresante adecuado para desencadenar una psicosis y cuál es la relación temporal máxima con el inicio del cuadro son aspectos que requieren clarificación adicional.

f) Aunque la propuesta de las PAYT ha despertado de nuevo el interés en conceptos que habían sido puestos de lado, esta categoría no es claramente compatible con tradiciones y culturas que no tienen el principio dualista/dicotómico como base de la

posible solución è quella di considerare l'alternativa che nella psicogenesi e nei cosiddetti disturbi recidivi, il substrato cerebrale non sia specifico e funzioni come sustrato di implementazione dei sintomi più che come sustrato di origine dei sintomi.

d) Un altro importante tema in relazione con la formazione reattiva riguarda gli stressor acuti. Gli stressor acuti sono definiti in modo restrittivo e sebbene con essi si faccia riferimento ad eventi il cui contenuto è comunemente considerato altamente ansiogeno (ad es. morte di un caro), il significato a livello personale (che può essere fondamentale in certi individui) non è contemplato. Quale possa essere uno stressor adeguato a far insorgere una psicosi e quale la relazione temporale massima con l'inizio del quadro, sono aspetti che richiedono una classificazione aggiuntiva.

f) Sebbene la proposta F23 abbia risvegliato nuovamente l'interesse verso concetti che erano stati messi da parte, questa categoria non è chiaramente compatibile con tradizioni e culture che non contemplano il principio dualista/dicotómico come base della

clasificación. La propuesta NARP podría ofrecer una alternativa, pues parece lidiar mejor con la heterogeneidad de estos trastornos. Se ha sugerido que se puede mejorar la estabilidad diagnóstica de las PAYT si se excluyen las manifestaciones afectivas (Mojtabai, 2000).

Sin embargo, esto traería dificultades adicionales pues obviamente requeriría recalibrar los conceptos de esquizofrenia y trastorno delirante (Bertelsen, 2002).

De lo expuesto hasta el momento, puede concluirse que la identificación de casos y el seguimiento son difíciles por la heterogeneidad y baja frecuencia de los fenómenos clínicos que se agrupan en las PAYT. La información disponible sugiere que se trata de una categoría especulativa. Su poder de predicción bajo refleja el desconocimiento acerca de sus características definitorias. Todo esto sugiere que la pertinencia de seguir manteniendo la categoría PAYT sea discutible.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Los siguientes puntos resumen los principales hallazgos de investigación epidemiológica y clínica sobre las

classificazione. La proposta NARP potrebbe offrire un'alternativa, poiché sembra occuparsi meglio dell'eterogeneità di questi disturbi. E' stato suggerito di migliorare la stabilità diagnostica di F23 escludendo le manifestazioni affettive (Mojtabai, 2000).

Tuttavia, ciò comporterebbe difficoltà aggiuntive poiché richiederebbe ovviamente di riconsiderare i concetti di schizofrenia e disturbo delirante. (Bertelsen, 2002).

Secondo quanto esposto finora, si può concludere che l'identificazione di casi e il follow-up sono difficili a causa dell'eterogeneità e la bassa frequenza dei fenomeni clinici raggruppati nel modello F23. L'informazione disponibile suggerisce che si tratti di una categoria speculativa. Il suo potere predittivo riflette l'ignoranza circa le sue caratteristiche principali. Tutto ciò suggerisce che il mantenimento del modello F23 sia una scelta discutibile.

RIASSUNTO E CONCLUSIONI

I seguenti punti riassumono i principali risultati della ricerca epidemiologica e clinica sul modello F23: I disturbi acuti

PAYT: Las PAYT son condiciones infrecuentes que predominan en mujeres y cuyo inicio es en la adultez joven, a diferencia de la esquizofrenia que tiende a ocurrir en hombres jóvenes; El cuadro clínico está caracterizado por inicio agudo, remisión rápida, polimorfismo sintomático y un buen funcionamiento premórbido; a pesar de su pobre estabilidad diagnóstica (30-60% de los pacientes cambian de diagnóstico bien sea a esquizofrenia o trastornos afectivos) y alta frecuencia de recurrencias, los pacientes con diagnóstico de PAYT tienen mayor probabilidad de un curso y desenlaces más favorables a todo nivel que los pacientes con esquizofrenia, en especial en países no industrializados; El riesgo de morbilidad asociado con las PAYT está significativamente aumentado en familiares de primer grado. No hay exceso de esquizofrenia en los familiares, con excepción de aquellos pacientes con predominio de síntomas de tipo esquizofrénico. Existe poca continuidad entre categorías tradicionales europeas como *bouffée délirante*, psicosis cicloides y psicosis reactivas. Esto sugiere que es simplista el tratar de desechar estos conceptos en

e transitori son condizioni rare che predominano nelle donne e che hanno inizio nell'età adulta emergente, a differenza della schizofrenia che tende a manifestarsi nei giovani uomini;

Il quadro clinico è caratterizzato da esordio acuto, remissione rapida, polimorfismo sintomatico e un buon funzionamento premorbo; nonostante la sua scarsa stabilità diagnostica (30-60% dei pazienti passa per una diagnosi che può essere di schizofrenia o di disturbi affettivi) e l'alta frequenza di recidive, i pazienti con diagnosi di F23 hanno maggiori probabilità di presentare un decorso più favorevole e risultati a tutti i livelli rispetto ai pazienti con schizofrenia, soprattutto nei paesi non industrializzati;

Il rischio di morbilità associato a F23 è significativamente più grande nei parenti di primo grado. Non c'è eccesso di schizofrenia nei membri della famiglia, ad eccezione di quei pazienti con predominanza di sintomi schizofrenici.

C'è poca continuità tra le categorie tradizionali europee come la *bouffée delirante*, la psicosi cicloide e la psicosi reattiva. Ciò suggerisce che è semplicistico cercare di scartare questi

favor del paradigma diagnóstico de las PAYT. Otras opciones como la propuesta NARP merecen atención.

Las implicaciones de lo revisado en este artículo son particularmente importantes al momento de comunicar el diagnóstico, tratamiento y pronóstico a los pacientes y familiares, pues dada la heterogeneidad de los trastornos que cursan con psicosis, sería prudente que el diagnóstico nosológico de un primer episodio fuera considerado tentativo mientras se observa la evolución longitudinal.

Las PAYT y otros trastornos relacionados con frecuencia son subestimados como alternativas diagnósticas, en parte por las limitaciones de validez y confiabilidad mencionadas, en parte por el arraigado hábito de pensar en términos de la dicotomía esquizofrenia/trastorno bipolar. En psiquiatría el pronóstico sigue siendo, paradójicamente, retrospectivo. Las categorías diagnósticas actuales permiten tener en mente tendencias frente a la evolución longitudinal, pero estas son difícilmente trasladables de manera efectiva al paciente individual que consulta por un primer trastorno psicótico.

concetti a favore del paradigma diagnóstico F23. Altre opzioni come la proposta NARP meritano d'attenzione.

Le implicazioni di ciò che è stato esposto in questo articolo acquisiscono particolare importanza al momento di comunicare diagnosi, trattamento e prognosi, ai pazienti e ai familiari, poiché data l'eterogeneità dei disturbi somiglianti a psicosi, sarebbe prudente che la diagnosi nosologica di un primo episodio possa essere considerata provvisoria durante l'osservazione dell'evoluzione longitudinale. I disturbi acuti e transitori e altri disturbi correlati spesso non vengono presi in considerazione come alternative diagnostiche, in parte a causa dei limiti di validità e affidabilità di cui sopra, in parte a causa dell'abitudine radicata di ragionare in termini di schizofrenia/disturbo bipolare.

In psichiatria, la prognosi rimane, paradossalmente, retrospettiva. Le attuali categorie diagnostiche mantengono dei criteri fissi per l'osservazione dell'evoluzione longitudinale, ma tali criteri sono difficilmente applicabili al singolo paziente che richiede consulenza per un primo disturbo psicotico. Il problema

El problema de la psicogénesis y los conceptos relacionados como estresante, estrés agudo, reacción psicológica, etc., es que son áreas de estudio fundamentales, no solo en lo relacionado con los cuadros psicóticos agudos, sino en general para la mejor comprensión y explicación de los trastornos mentales.

della psicogenesi e dei concetti correlati come stressor, stress acuto, formazione reattiva, ecc., è che sono aree fondamentali di studio, non solo in termini di quadri psicotici acuti, ma in generale per una migliore comprensione e spiegazione dei disturbi mentali.

RIFERIMENTI

ABE, T.; OTSUKA, K.; KATO, S. (2006) Long-term clinical course of patients with acute

polymorphic psychotic disorder without symptoms of schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosci* 60: 452-457.

ALAGHBAND-RAD, J.; BOROUMAND, M.; AMINI, H. SHARIFI, V.; OMID, A.; DAVARI

ASHTIANI R. (2006) Non-affective Acute Remitting Psychosis: a preliminary report from Iran. *Acta Psychiatr Scand* 113:96-101.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994) Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth ed (DSM-IV). American Psychiatric Press, Washington (DC).

AMIN, S.; SINGH, S. P.; BREWIN, J.; JONES, P. B.; MEDLEY, I.; HARRISON, G. (1999)

Diagnostic stability of first-episode psychosis. Comparison of ICD-10 and DSM-III R systems. *Br J Psychiatry* 175:537-543. AMINI, H.; ALAGHBAND-RAD, J.; OMID, A.; SHARIFI, V.; DAVARI-ASHTIANI, R.;

MOMENI, F. (2005) Diagnostic stability in patients with first-episode psychosis. *Austral Psychiatry* 13:388-392.

AZORIN, J. M.; KALADJIAN, A.; FAKRA, E. (2004) Les psychoses breves. *Ann*

Med Psychol 162: 457-462.

BECKMANN, H.; FRANZEK, E. (2001) Cycloid psychoses and their differentiation from affective and schizophrenic psychoses. In: Henn F, Sartorius N, Helmchen H, Lauter H. (eds.) Contemporary Psychiatry (vol.1). Springer, Berlin-Heidelberg-New York, pp 387-398.

BERRIOS, G. E.; LUQUE, R.; VILLAGRÁN, J. M.; SCHIZOPHRENIA: A Conceptual History [Esquizofrenia: Una Historia Conceptual] *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* volume 3, num. 2 - December, 2003, pp. 111-140

BERTELTSEN, A. (2002) Schizophrenia and related disorders: experience with current diagnostic systems. *Psychopathology* 35:89-93.

BROCKINGTON, I. F.; PERRIS, C.; KENDELL, R. E.; HILLIER, V. E.; WAINWRIGHT, S.

(1982) The course and outcome of cycloid psychosis. *Psychol Med* 12:97-105.

CASTAGNINI, A.; BERTELSEN, A.; MUNK-JORGENSEN, P.; BERRIOS, G. E. (2007) The

relationship of reactive psychosis and F23 ICD-10 Acute and transient psychotic disorders: a register-based comparison. *Psychopathology* 40:47-53. CASTAGNINI, A.;

BERTELSEN, A.; BERRIOS, G.E (2008) Incidence and diagnostic stability of ICD-10 acute and transient psychotic disorders. *Compr Psychiatry* 49:255-261. CASTAGNINI,

A.; BERRIOS, G.E (2009) acute and transient psychotic disorders F23 ICD 10: a review from a European perspective. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* published online ahead of print 21/04/2009.

CASTAGNINI, A.; BERTELSEN, A. Mortality and causes of death of acute and transient psychotic disorders. Submitted to *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*.

CHAKRABORTY, R. Chatterjee A, Choudhary S, Singh AR, Chakraborty PK (2007) Life events in acute and transient psychotic disorders: a comparison with mania. *Ger J Psychiatry* 10:36-40.

CONRAD, K. La esquizofrenia incipiente, Triacastela, España, 1997.

COOPER, B. (1987) Mental disorder as reaction: the history of a psychiatric concept. In: Katsching H (ed) *Life events and psychiatric disorders*. Cambridge University Press, Cambridge, pp 1-32.

COOPER, J. E.; JABLENSKY, A.; SARTORIUS, N. (1990) WHO collaborative studies on acute psychoses using the SCAAPS schedule. In Stefanis CN et al (eds.) *Psychiatry: a world perspective* (vol. 1). Elsevier, Amsterdam, pp 185-192.

COOPER, R. What is wrong with the D.S.M.? (2004) *History of Psychiatry*. 15:5-25

CUTTING, J.; CLARE, A. W.; MAN, A. (1978) Cycloid psychosis: an investigation of the concept. *Psychol Med* 8:637-648.

DAS, S. K.; MALHOTRA, S.; BASU, D. (1999) Family study of acute and transient psychotic disorders: comparison with schizophrenia. *Soc Psychiatr Psych Epidem* 34:328-332.

DAS, S. K.; MALHOTRA, S.; BASU, D.; MALHOTRA, R. (2001) Testing the stress-vulnerability hypothesis in ICD-10-diagnosed acute and transient psychotic disorders. *Acta Psychiatr Scand* 104:56-58.

EY, H. (1954) Les bouffées délirantes et les psychoses hallucinatoires aiguës. Étude n. 23.

In: *Etudes psychiatriques* (vol. 3). Desclée de Brouwer, Paris, pp 203-324.

GARRABÉ, J.; COUSIN, F. R. (2000) Acute and transient psychotic disorders. In: Gelder M,

Lopez-Ibor JJ, Andreasen NC (eds) *Oxford textbook of psychiatry* (2nd ed.). Oxford University Press, New York Oxford, pp 644-649.

Guinness, E. A. (1992) Patterns of mental illness in the early stages of urbanisation. *Br J Psychiatry* 160 (suppl 4): 4-11, 24-41.

HATOTANI, N. (1996) The concept of 'atypical psychoses': special reference to its devel

opment in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci* 50:1-10. JABLENSKY, A. (2001) Classification of nonschizophrenic psychotic disorders: a historical perspective. *Current Psychiatry Reports* 3:326-331.

JÄGER, M. D. M.; BOTTLENDER, R.; STRAUSS, A.; MÖLLER, H.J. (2003) Course and outcome of first-admitted patients with acute and transient psychotic disorders (ICD-10: F23). Focus on relapses and social adjustment. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 253:209-215.

JÄGER, M. D. M.; BOTTLENDER, R.; STRAUSS, A.; MÖLLER, H. J. (2003) On the descriptive validity of ICD-10 schizophrenia: empirical analyses in the spectrum of non-affective functional psychoses. *Psychopathology* 36:152–159.

JÄGER, M. D. M.; BOTTLENDER, R.; STRAUSS, A.; MÖLLER, H. J. (2004) Klassifikation der funktionellen Psychosen: Die Bedeutung der ICD-10-Diagnosen (Forschungskriterien) für die Vorhersage des Langzeitverlaufes. *Fortschr Neurol Psychiatr* 72:70-78.

JÄGER, M. D. M.; RIEDEL, M.; MÖLLER, H. J. (2007) Akute vorübergehende psychotische Störungen (ICD-10: F23). Empirische Befunde und Implikationen für die Therapie. *Nervenarzt* 78:749-752.

JORGENSEN, P. (1995) Comparative outcome of first admission patients with delusional beliefs *Eur Psychiatry* 10: 276-281.

JORGENSEN, P. BENNEDSEN, B.; CHRISTENSEN, J.; HYLLESTED, A. (1996) Acute and transient psychotic disorder: comorbidity with personality disorder. *Acta Psychiatr Scand* 94: 460-464.

JORGENSEN, P.; BENNEDSEN, B.; CHRISTENSEN, J.; HYLLESTED, A. (1997) Acute and transient psychotic disorder: a 1-year follow-up study. *Acta Psychiatr Scand* 96:150-154.

- KANT, O. (1941) A comparative study of recovered and deteriorated schizophrenic patients. *J Nerv Ment Dis* 93: 616-624.
- KLEIST, K. (1928) Über zyklische und epileptische Psychosen und über die Frage der Degenerationspsychosen. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr* 23: 3-37.
- KRAEPELIN, E. (1896) *Psychiatrie*. Aufl 5. Barth, Leipzig.
- LANGE, W.; MUNK-JØRGENSEN, P.; BERTELSEN, A. SCHURMANN, A.; MICHELS. R.;
- MALCHOW, C. P.; DILLING, H. (2002) Comparison of psychiatric ICD-10 diagnoses in Denmark and Germany. *Psychopathology* 35: 36-47.
- LANGFELDT, G. (1939) *The schizophreniform states*. Munksgaard, Copenhagen.
- LANGFELDT, G. (1982) Definition of 'schizophreniform psychoses'. *Am J Psychiatry* 139: 703.
- LEONHARD, K. (1957) *Aufteilung der endogenen Psychosen*. Akademie, Jena (translation by Berman E. *The classification of endogenous psychoses*, Irvington, New York, 1979).
- LUQUE, R.; VILLAGRÁN, J. Aspectos filosóficos y conceptuales del diagnóstico y las clasificaciones. En Luque, R. y Villagrán, J. (Eds.) *Psicopatología descriptiva nuevas tendencias*. Ed Trotta, España, 2001.
- LUQUE, R. Psicosis agudas y transitorias. En Diez P. y Luque R. (Eds) *PSICOPATOLOGIA DE LOS SINTOMAS PSICOTICOS*. Asociación Española de Neuropsiquiatría, Madrid 2006
- MCCURDY, J. T. *The psychology of Emotion, Morbid and Normal*. Harcourt, Brace, 1925, pp. 383-433
- MAGNAN, V. (1893) *Leçon cliniques sur les maladies mentales*. 2 ed, Bataille,

Paris.

Maj, M. (1990) Cycloid psychotic disorder: validation of the concept by means of a follow-up and a family study. *Psychopathology* 23:196-204.

MALHOTRA, S.; MALHOTRA, S. (2003) Acute and transient psychotic disorders: comparison with schizophrenia. *Current Psychiatry Reports* 5:178-186.

MANSCHRECK, T. C.; PETRI, M. (1978) The atypical psychoses. *Cult Med Psychiatry* 2:233-68.

MARNEROS, A.; PILLMANN, F.; HARING, A.; BALZUWEIT, S.; BLOINK, R. (2002) The relation of acute and transient psychotic disorder (ICD-10 F23) to bipolar schizoaffective disorder. *J Psychiatr Res* 36: 165-171.

MARNEROS, A.; PILLMANN, F.; HARING, A.; BALZUWEIT, S.; BLOINK, R. (2003) Features of acute and transient psychotic disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 253: 167-74.

MARNEROS, A.; PILLMANN, F. (2004) *Acute and transient psychoses*. Cambridge University Press, Cambridge.

MCGRATH, J. SAHA, S. WELHAM, J.; EL SAADI, O.; MACCAULEY, C.; CHANT, D. (2004) A systematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. *BMC Med* 2:13.

MENUCK, M.; LEGAULT, S.; SCHMIDT, P.; REMINGTON, G. (1989) The nosologic status of the remitting atypical psychoses. *Compr Psychiatry* 30: 53-73.

Mitsuda H. (1965) The concept of «atypical psychoses» from the aspect of clinical genetics. *Acta Psychiatr Scand* 41: 372-377.

MOJTBAI, R.(2000) Heterogeneity of cycloid psychoses: a latent class analysis.

Psychol Med 30: 721-726.

MOJTBAI, R.; VARMA, V. K.; SUSSER, E. (2000) Duration of remitting psychoses with

acute onset. Implications for ICD-10. Br J Psychiatry 176: 576-580.

MOJTBAI, R.; SUSSER, E.; BROMET, E. J. (2003) Clinical characteristics, 4-year course and DSM-IV classification of patients with nonaffective acute remitting psychosis. Am J Psychiatry 160: 2108-2115.

MOJTBAI, R. (2005) Acute and transient psychotic disorders and brief psychotic disorder. In Kaplan VA, Sadock BJ (eds) Comprehensive textbook of psychiatry (8th ed).

Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia (PA), pp. 1512-1522. MODESTIN, J.;

RAUSCH, A.; SONDEREGGER, P.; BACHMANN, K. M.; ERNI, T. (2002)

Clinical study on cycloid psychosis. Eur J. Psychiatry 16:95-101.

MUNRO, A. (1999) Delusional disorders. Cambridge University Press, Cambridge

MYIN-GERMEYS, I.; VAN OS, J.; SCHWARTZ, J. E. (2001) Emotional reactivity to daily

life stress in psychosis. Arch Gen Psychiatry 58: 1137-1144.

OKASHA, A.; EL DAWLA A. S.; KHALIL, A. H.; SAAD, A. (1993) Presentation of acute psychosis in an Egyptian sample: a transcultural comparison. Compr Psychiatry 34:4-9.

PERALTA, V.; CUESTA, M. J. (2003) Cycloid psychosis: a clinical and nosological study. Psychol Med 33:443-453.

PERALTA, V.; CUESTA, M. J.; ZANDIO, M. (2007) Cycloid psychosis: an examination of the validity of the concept. Curr Psychiat Rep 9:184-197.

PERRIS, C. (1974) A study of cycloid psychoses. Acta Psychiatr Scand Suppl 253: 1-77.

PERRIS, C.; BROCKINGTON, I. F. (1981) Cycloid psychoses and their relation to the major

psychoses. In: Perris C, Struwe G, Jansson B (eds.) Biological Psychiatry 1981 (vol. 1)

Elsevier, Amsterdam, pp. 447-450.

Perris, C. (1986) The case for the independence of cycloid psychotic disorder from schizoaffective disorders. In: Marneros A, Tsuang MT (eds.) Schizoaffective Psychoses. Springer, Berlin-Heidelberg, pp. 272-308.

PERRIS, C. (1995) Leonhard and the cycloid psychoses. In: Berrios GE, Porter R (eds) A history of clinical psychiatry. Athlone, London-New Brunswick (NJ), pp. 421-430.

PILLMANN, F.; HARING, A.; BALZUWEIT, S.; BLOINK, R.; MARNEROS, A. (2001)

Concordance of acute and transient psychoses and cycloid psychoses. *Psychopathology* 34:305-311.

PILLMANN, F.; HARING, A.; BALZUWEIT, S.; BLOINK, R.; MARNEROS, A.; (2002) The concordance of ICD-10 acute and transient psychosis and DSM-IV brief psychotic disorder. *Psychol Med.* 32:525-533.

PILLMANN, F.; BLOINK, R.; BALZUWEIT S.; HARING, A.; MARNEROS, A. (2003). Personality and social interactions in patients with acute brief psychoses. *J. Nerv Ment Dis* 191:503-508.

PILLMANN, F. HARING, A.; BALZUWEIT, S.; BLOINK, R.; MARNEROS, A. (2003) Bouffée délirante and ICD-10 acute and transient psychoses: a comparative study. *Aus NZ J Psychiatry* 37:327-333.

PILLMANN, F.; MARNEROS, A. (2005) Longitudinal follow-up in acute and transient psychotic disorders and schizophrenia. *Br J Psychiatry* 187:286-287.

PITTA, J. C.; BLAY, S. L. (1997) Psychogenic (reactive) and hysterical psychoses: a cross system reliability study. *Acta Psychiatr Scand* 95:112-118.

PULL, M. C.; PULL, C. B.; PICHOT, P. (1987) Des critères empiriques français per les psychoses. II: consensus des psychiatres français et definitions provisoires. *Encephale* 13: 53-57.

SAJITH, S.G.; CHANDRASEKARAN, R.; SADANANDAN UNNI, KE.; SAHAI, A.

(2002) Acute polymorphic psychotic disorder: diagnostic stability over 3 years. *Acta Psychiatr Scand* 105:104-109.

SARTORIUS, N.; ÜSTUN, T. B.; KORTEN, A.; COOPER, J. E. VAN DRIMMELEN, J. (1995) Progress toward achieving a common language in psychiatry, II: Results from the international field trials of the ICD-10 diagnostic criteria for research for mental and behavioural disorders. *Am J Psychiatry* 152:1427-1437.

SCHNEIDER, K. (1958) *Klinische Psychopathologie*. Aufl 5. Thieme, Stuttgart (translated by Hamilton MW, Anderson EW, *Clinical psychopathology*, Grune & Stratton, New York-London, 1959).

SINGH, S. P.; BURNS, T.; AMIN, S.; JONES, P. B.; HARRISON, G. (2004) Acute and transient psychotic disorders: precursors, epidemiology, course and outcome. *Br J Psychiatry* 185:452-459.

STRÖMGREN, E. (1974) Psychogenic psychoses. In: Hirsh RS, Shepherd M (eds.) *Themes and variations in European Psychiatry*. Wright, Bristol, pp. 101-125.

SUDA, K.; HAYASHI, N.; HIRAGA, M. (2005) Predicting features of later development of schizophrenia among patients with acute and transient psychotic disorder. *Psychiatry Clin Neurosci* 59:146-150.

SUSSER, E.; WANDERLING, J. (1994) Epidemiology of nonaffective acute remitting psychosis vs schizophrenia. Sex and sociocultural setting. *Arch Gen Psychiatry* 51:294-301.

SUSSER, E.; FINNERTY, M. T.; SOHLER, N. (1996) Acute psychoses: a proposed diagnosis for ICD-11 and DSM-V. *Psychiatr Quat* 67:165-176.

SUSSER, E.; VARMA, V. K.; MATTOO, S. K.; FINNERTY, M.; MOJTABAI, R.; TRIPATHI, B. M.; MISRA, A. K. WIG, N. N. (1998) Long-term course of acute brief psychosis in a developing country setting. *Br J Psychiatry* 173:226-230.

TAYLOR, M. (1994) Madness and Maastricht: a review of reactive psychoses from a European perspective. *JRS Med* 87:683-686.

THANGADURAI, P.; GOPALAKRISHNAN, R.; KURIAN, S.; JACOB, K. S.

(2006) Diagnostic stability and status of acute and transient psychotic disorders. *Br J Psychiatry* 188:293.

THORUP, A.; WALTORF, B. L.; PEDERSEN, C. B.; MORTENSEN P.B.; NORDENTOFT, M. (2007) Young males have a higher risk of developing schizophrenia: a Danish register study. *Psychol Med* 37:479-484.

LAS PSICOSIS ATÍPICAS O TRANSITORIAS. DE LA EPISTEMOLOGÍA AL TRATAMIENTO

UNGVARI, G. A.; MULLEN, P. E. (1999) Reactive psychoses. In: Bhugra, D.; Munro, A. (eds.) *Troublesome disguises*. Blackwell, Oxford, pp. 52-90.

VAILLANT, G. E. (1962) The prediction of recovery in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 135:534-543.

VAN DER HEIJDEN, FMMA; Tuinier, S.; Kahn, R. S.; Verhoeven WMA (2004) Nonschizophrenic psychotic disorders: the case of cycloid psychoses. *Psychopathology* 37: 161-167.

WEIBEL, H.; METZGER, J. Y. (2005) Psychoses délirantes aiguës. *EMC Psychiatrie* 21:40 61. Wimmer, A. (1916) *Psychogene Sindssygdomsformer*. In *Sct. Hans Hospital 1816-1915 Jubilaums-skrifts*. Gad, København, pp. 85-216 (Edited and translated by Schioldann

J, *Psychogenic psychoses*. Adelaide Academic Press, Burnside, 2003). WORLD HEALTH ORGANIZATION (1992) *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. World Health Organization, Geneva.

ZUBIN, J.; SPRING, B. (1977) Vulnerability: a new view of schizophrenia. *J Abnor Psychol* 86: 103-126.

CAPÍTULO 3

En esta sección, se tratarán los principales problemas encontrados en el desarrollo de la presente tarea de traducción y las estrategias elegidas para solucionarlos.

En primer lugar es oportuno presentar unas definiciones de los problemas de traducción y su clasificación. De hecho, en la fase de análisis del texto de partida es indispensable para el traductor profesional saber detectar los distintos tipos de problemas e identificar las mejores estrategias para solucionarlos.

Hurtado Albir (2001: 286) define los problemas de traducción como dificultades de carácter objetivo con que puede encontrarse el traductor a la hora de realizar una tarea de traducción; dichos problemas pueden ser representados principalmente por el desconocimiento de la materia, el desconocimiento de las unidades terminológicas y fraseológicas, y el desconocimientos del índice de variación formal y conceptual de las unidades terminológicas. En palabras de Hurtado Albir:

el problema de traducción guía la elaboración de objetivos de aprendizaje, así como la comparación de la traducción con el texto original (p.279)

Hay varias clasificaciones en la base del tipo de problema de traducción. Por ejemplo, Nord (1991) propone la siguiente división:

- Problemas lingüísticos: problemas relacionados con el código lingüístico, fundamentalmente en el plano léxico (léxico no especializado) y en el morfosintáctico.

- Problemas textuales: problemas relacionados con cuestiones de coherencia, progresión temática, cohesión, imágenes, tipologías textuales (convenciones de género), perspectiva, estilo, tono.
- Problemas culturales: problemas que remiten a cuestiones culturales (presuposiciones), relacionadas con valores, mitos, percepciones, creencias y comportamientos y sus representaciones textuales, así como con las diferencias culturales de estos.
- Problemas pragmáticos: problemas relacionados con la función del texto (escopo), la intención con la que se produce el texto, con los derivados del encargo de traducción, las características del receptor del texto, del contexto en el que se efectúa la traducción o del espacio y/o formato del texto.

Otras categorías de problemas según el grupo PACTE (2001) son:

- Problemas lingüísticos: léxico y morfosintaxis, comprensión / expresión.
- Problemas textuales: coherencia, progresión temática, cohesión, tipologías textuales (género), estilo comprensión / expresión.
- Problemas extralingüísticos: temas (conceptos especializados); conocimientos enciclopédicos y culturales comprensión reformulación
- Problemas de intencionalidad: información del texto original (intencionalidad, intertextualidad, actos de habla, presuposiciones, implicaturas) comprensión reformulación
- Problemas pragmáticos: encargo de la traducción; destinatario; contexto reformulación.

A continuación, Hurtado Albir individua cinco niveles de análisis: lingüístico, extralingüístico, morfosintáctico, textual y pragmático; en el análisis del presente trabajo, se acoge a la estructura propuesta por parte de Hurtado Albir con el objetivo de presentar los principales problemas encontrados en el presente trabajo de investigación y las estrategias elegidas para solucionarlos. En particular, se tratarán tres macro dificultades

(dificultades léxicas, textuales y pragmáticas) que se consideran más representativas en relación con la LE técnico-científico y con la tipología textual del manual didáctico.

En lo que se refiere al nivel lingüístico (3.1 *Dificultades léxicas*), primero se ha elegido explicar las estrategias para la búsqueda de los equivalentes de los tecnicismos y de las colocaciones, ya que la abundante terminología específica representa la característica más distintiva del lenguaje técnico-científico. A continuación, se tratarán las estrategias adoptadas para la búsqueda de los equivalentes de neologismos y extranjerismos; en particular, nos centraremos en la traducción del término “saliencia” y del trastorno de “desregulación de saliencia”. De hecho, he encontrado bastante dificultades, ya que la comunidad italiana de referencia debate sobre la posibilidad de cambiar el nombre de este trastorno, a pesar de que todavía no se ha llegado a una solución definitiva.

A continuación, desde el punto de vista textual y pragmático, se tratará el uso de las reformulaciones (3.2 *Dificultades textuales*) y de las nominalizaciones (3.3 *Dificultades pragmáticas*), ya que son los procedimientos más utilizados en el género del manual didáctico, puesto que permiten la simplificación de los contenidos y la explicación necesarias en la práctica didáctica.

3.1 Dificultades léxicas:

Los tecnicismos

En lo que atañe al nivel léxico, el problema central cuando se desarrolla una tarea de traducción de este ámbito está representado ciertamente por la traducción de los tecnicismos.

Por esta razón, en esta sección se quiere ilustrar métodos y estrategias que se han empleado para encontrar los términos equivalentes en la lengua de llegada.

Primero, en la fase de preparación a la traducción, se ha utilizado la funcionalidad de Sketch Engine “Keywords”, con el objetivo de comprobar la densidad del léxico específico .

En cuanto a la temática tratada, el manual objeto de nuestra investigación trata de las psicosis atípicas, fijándose en particular sobre sus manifestaciones, curso y regresión. En la presente investigación me he ocupado de la traducción de cuatro capítulos, 5 (*Saliencia y otras explicaciones psicológicas en las psicosis*) y 6 (*Psicosis y trauma craneal*), 9 (*Psicosis y psicopatología de la corporalidad*), 11 (*Psicosis agudas y transitorias: aspectos epidemiológicos, clínicos y nosológicos*).

Primero he buscado informaciones sobre la psiquiatría general, en particular sobre el concepto de psicosis unitaria, nosología y taxonomía, sobre el criterio anatómico-patológico que es una subcategoría en nosología, los tipos de análisis psiquiátrica, el valor de la comorbilidad, la Teoría de la Mente, etc.

Sucesivamente, he buscado informaciones más específicas, a través de la consulta de documentos comparables, sobre el curso de la esquizofrenia, la relación entre trauma craneal y psicosis, la relación entre psicosis y corporalidad, sobre la diferencia entre las psicosis agudas y transitorias con respecto a las psicosis clásicas, que son los objetos específicos de los presentes capítulos.

De hecho, en la fase de documentación, es indispensable para un traductor profesional saber utilizar los recursos adecuados. Los criterios de clasificación de las fuentes documentales (Anna Polo, 2018-2019) reúnen los recursos en fuentes de información lexicográfica y terminológica.

A fin de realizar la presente tarea de traducción, he consultado:

- diccionarios generales donde se encuentra terminología especializada tanto como de divulgación (Garzanti, Treccani);
- diccionarios especializados, diccionarios bilingües (Hoepli) o glosarios terminológicos que incluyen informaciones sobre los términos de una determinada materia;
- diccionarios visuales;
- diccionarios especializados de ciencia (Psiquiatria.com, Dicciomed, Dizionario degli Psicologi italiani online, DLE diccionario de términos médicos);

- bancos de datos terminológicos (DLE, REALITER, Red Panlatina de terminología, Termcat); bancos de datos bilingües (IATE, Lexicool, Linguee, Wordreference Unesco-Tesaurus, Reverso).
- ensayos, portales (ScienzaperTutti), redes académicas (RedIRIS), bibliotecas de referencia en línea (academia.edu., researchgate, biblioteca de Padua Proxy Docile, Google Scholar etc). Por lo que se refiere a la traducción de los términos técnicos, se presentarán a continuación, en el marco de una mayor claridad expositiva, los términos en contexto relativos al TO y al TT:

TO	TT
Figura 2: <i>Comorbilidad afectiva</i>	Figura 2: <i>Comorbilità affettiva</i>
La <i>severidad</i> del TCE mismo se valoró en función de la duración de la amnesia postraumática (Long, 1992):	La <i>severità</i> del TCE stesso è stata valutata in base alla durata dell'amnesia post traumatica (Long, 1992):
c) Aquellas basadas en la <i>Teoría de la mente</i> ;	c) Teorie che si basano sulla <i>Teoria della Mente</i> ;
lo que viene mediado por una notable heterogeneidad de las muestras y una duración de <i>los periodos de seguimiento</i> muy variables.	che viene mediato dalla loro considerevole eterogeneità e una durata dei <i>periodi di follow up</i> molto variabili.
La incidencia de psicosis varía entre las <i>muestras</i> , desde 0.07% hasta 9.08%.	L'incidenza di psicosi varia tra le <i>coorti</i> , dallo 0,7% fino al 9,08%.
El número de pacientes con epilepsia era menor en el <i>grupo con psicosis</i> aunque las diferencias no eran significativas.	Il numero dei pazienti con epilessia era minore nel <i>gruppo sperimentale</i> anche se le differenze non erano significative.

<p>La disminución de la saliencia permitiría la resolución de los síntomas por extinción y <i>olvido</i>.</p>	<p>La diminuzione della salienza permetterebbe la risoluzione dei sintomi per estinzione o <i>dimenticanza</i>.</p>
<p>Explicaciones basadas en un <i>estilo atribucional característico</i>.</p>	<p>Teorie basate sullo <i>stile attributivo caratteristico</i>.</p>
<p>Sin embargo, y pese a estas insuficiencias, algunos autores propugnan, como ya se ha dicho, sustituir el término esquizofrenia por el de «<i>Síndrome de disregulación de la saliencia (SDS)</i>»</p>	<p>Tuttavia, nonostante tali inesattezze, alcuni autori nella letteratura spagnola propongono, come si è precedentemente affermato, di sostituire il termine schizofrenia con quello di «<i>Sindrome da alterazione della salienza (SDS)</i>»</p>
<p>De manera relacionada Pillmann et al. (2003) llevaron a cabo una comparación entre pacientes con PAYT y grupos control con esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo subtipo bipolar y sujetos sanos por medio del <i>5-NEO Factor Inventory</i> (neuroticismo, extraversión, apertura a la experiencia, afabilidad y escrupulosidad).</p>	<p>In modo analogo, Pillmann et al. (2003) hanno eseguito un confronto tra pazienti con PAYT e gruppi di controllo con schizofrenia, disturbo schizoaffettivo di sottotipo bipolare e soggetti sani per mezzo della <i>Teoria dei Big Five</i> (estroversione, amicalità, coscienziosità, neuroticismo, apertura mentale).</p>

Cuando hay términos de sólo una palabra, utilizando un diccionario técnico de ámbito médico o simplemente IATE, es muy fácil encontrar la traducción en la lengua de llegada

de forma inmediata. Por ejemplo, en el caso de “comorbilidad”, escribiendo en IATE, tenemos inmediatamente la traducción técnica del ámbito médico.

Por lo tanto, en la mayoría de los casos, he utilizado primeramente el banco de datos bilingües IATE para comprobar una primera traducción fiable e inmediata. Luego, cabe destacar la importancia de consultar otros diccionarios, sobre todo el de la RAE (diccionario general y diccionario de términos médicos), y la búsqueda de ejemplos en contextos a través de Wordreference, Linguee o Sketch Engine con todas sus funcionalidades: Word Sketch, Thesaurus, Word Sketch Difference, Concordance, Keywords. En todos los casos en los que estaba en duda entre dos variantes, se ha elegido utilizar la funcionalidad de Google Ngram con vistas a encontrar el término mayormente utilizado. Al final, se ha buscado a través de los documentos en línea y mis libros una correspondencia entre los términos, en la lengua de partida y en la lengua de llegada.

El concepto de “Teoría de la Mente” procede del trabajo de Premack y Woodruff *Does the chimpanzee have a theory of Mind?* (1978), que ya conocía debido a mi experiencia traductora; en este ensayo se presenta el concepto la “Theory of Mind”, que se traduce al italiano con “Teoria della Mente”. La Teoría de la mente es la habilidad cognitiva que nos permite explicar por qué un individuo comprende y predice los pensamientos e ideas de otra persona.

Igualmente, en el caso de la clasificación sobre “el estilo atribucional característico”, en el manual de *Psicologia della Motivazione e delle Emozioni* de Angelica Moé, profesora de la Universidad de Padua, se trata de lo “stile attributivo” e delle “attribuzioni”:

Il terzo livello di influenza delle *attribuzioni* sulla motivazione si riferisce proprio al loro confluire in *stili attributivi*. Questi consistono in modalità di risposta ai successi e agli insuccessi che tendono a stabilizzarsi nel tempo, tanto da diventare delle modalità preferenziali di interpretare gli eventi e in particolare di spiegare i propri risultati. (2010, p.99)

En pocas palabras, con este concepto se hace referencia a las explicaciones de causas que cada uno de nosotros atribuye a los eventos cotidianos, y estas explicaciones dependen de varios factores. En la sección del manual de la UNED que se ha elegido traducir, se

explica la manera cómo estas elaboraciones se modifican en los pacientes que sufren de psicosis.

A continuación, por lo que se refiere a las clasificaciones y a las enumeraciones de términos, que son muy abundantes en la tipología textual del manual didáctico, por ejemplo, sobre los tipos de explicaciones (psicodinámicas, conductistas, cognitivas, socioculturales) del *capítulo 5*, con la finalidad de encontrar la misma clasificación en la lengua de llegada, he consultado revistas y foros técnicos de neurociencia sobre la esquizofrenia y sus metodologías de clasificación en italiano.

Lo mismo se verifica en el caso de las clasificaciones cognitivas; además, este caso representa un ejemplo de progresión temática, de la que ya hemos hablado. Tras haber enumerado los tipos de clasificaciones del trastorno de la disregulación de la saliencia, hay otra microcategorías dentro de las explicaciones cognitivas:

- a) las explicaciones en las que el razonamiento no está alterado, b) las explicaciones en las que el razonamiento está alterado; c) explicaciones basadas en la Teoría de la Mente; d) explicaciones basadas en un estilo atribucional característico; e) modelos integrativos. (p 170)

Pasando del tema al rema, el discurso se convierte en algo más específico. No se debe olvidar que en este trabajo, se ha intentado mantener todos los procesos que contribuyen a alcanzar el objetivo comunicativo práctico de la enseñanza y de la claridad expositiva. Para solucionar este tipo de problema, no se puede traducir de manera literaria, sino se debe encontrar la clasificación exacta correspondiente en lengua de llegada.

El "estudio de seguimiento" que se ha traducido con "studio longitudinale", denota un estudio desarrollado para evaluar las reacciones del paciente durante un tiempo determinado; la documentación consultada ha demostrado que este tipo de investigación se utiliza sobre todo en los casos de pacientes que sufren depresión. Tras un atento trabajo de documentación en textos comparables italianos llegué a la conclusión que la traducción correcta de "grupo control" es "gruppo di controllo" y en este texto se define "grupo con psicosis" el "gruppo sperimentale". Por esta razón, cada vez que se habla de "grupo con psicosis" he elegido traducir con "gruppo sperimentale". Los expertos indagan las reacciones de los pacientes del grupo con psicosis después de la intervención,

comparando los efectos con los de pacientes de control que no sufren ninguna intervención.

Asimismo, por lo que se refiere a la traducción de “muestra” o para referirse en particular al grupo con psicosis, he utilizado muy a menudo al italiano el término “coorte”. De hecho, cuando se habla de estudio de seguimiento en particular en el ámbito psiquiátrico he encontrado mucha documentación en línea en la que se utiliza el término “coorte”. En efecto, en el manual *La psicologia positiva nei contesti formativi* (Santilli, 2014) se expone el mismo concepto y cada vez que se presentan los resultados de las investigaciones siempre se utiliza “coorte”:

Questi autori sono partiti dalla constatazione che si conosce poco della continuità tra i livelli di benessere nel primo periodo della vita e i risultati che si raggiungono nella vita adulta e si sono chiesti cosa accade ai giovani che sono felici e adattati nella vita adulta? Hanno quindi analizzato *una coorte* di 5362 giovani inglesi nati nel 1946 a partire dai tredici anni e in vari momenti della vita adulta (Santilli, 2014, p.26).

Buscando la definición, se desarrolla este tipo de estudio de seguimiento en particular para el estudio de los factores de riesgo. Puesto que en el capítulo 6 del manual objeto de mi trabajo de tesis, se desarrollan investigaciones centradas en el descubrimiento de las relaciones entre psicosis y TCE a través del análisis de los factores predisponentes, el estudio desarrollado es exactamente lo que en italiano se define “studio delle coorti”.

Por esta razón y para garantizar el respeto de la coherencia, de acuerdo con la ley de traducción de la simplificación (Hurtado Albir, 2001) he utilizado “coorte” para referirme a “muestra” y a los grupos con psicosis (gruppo sperimentale). De hecho, ya sabemos que en una traducción es mejor utilizar siempre la misma variante, más que muchos sinónimos, dado que no se trata de una traducción de ámbito literario, sino de una traducción técnico-científica en la que se tiene que privilegiar la claridad expositiva y la monosemia.

Las colocaciones

En el primer capítulo, ya se ha tratado la necesidad de que el traductor sepa distinguir entre un término aislado y una unidad lingüística. Por esta razón, en el caso de que se

encuentre una unidad lingüística y se deban traducir dos o más palabras relacionadas, se presenta otro problema, que pertenece a la dimensión de la morfosintaxis, o sea la traducción de las colocaciones. Para solucionar este tipo de problema, he utilizado particularmente la funcionalidad de Sketch Engine, “Word Sketch”.

TO	TT
<p><i>los seguimientos</i> se hicieron por períodos de entre 1 y 10 años y se diagnosticaron 18 psicosis lo que suponía un 3,4% de la muestra.</p>	<p><i>i follow up</i> furono realizzati in periodi tra 1 e 10 anni e furono diagnosticate 18 psicosi, che equivale a circa il 3,4% della coorte.</p>
<p>frecuentemente con comienzo brusco tras un estresante externo, <i>de corta duración</i> y con tendencia a la regresión.</p>	<p>con un brusco manifestarsi molto spesso in seguito a uno stressor esterno, <i>a breve termine</i> e con tendenza alla regressione.</p>
<p>Se trataba de una muestra de pacientes jóvenes (media de edad cuando <i>sufrieron un TCE</i>, 21 años).</p>	<p>Si trattava di un gruppo di pazienti giovani (di età media di 21 anni, quando <i>subirono un TCE</i>).</p>
<p>Estos resultados <i>se comparan</i> favorablemente con los reportes de van der Heijden et al. (2004)</p>	<p>Questi risultati <i>sono paragonati</i> favorevolmente agli apporti di van der Heijden ET a. (2004)</p>
<p><i>Alteraciones en</i> la vivencia del tiempo: en el sentido del tiempo y en la perspectiva del tiempo</p>	<p><i>Alterazioni della</i> percezione del tiempo: del senso del tiempo e della prospettiva temporale.</p>

<p>mientras que el compromiso cognitivo estaría involucrado en la patogénesis de los trastornos psicóticos de <i>curso insidioso</i> asociados con síntomas negativos y mal pronóstico.</p>	<p>mentre il deterioramento cognitivo sarebbe implicato nella patogenesi dei disturbi psicotici a <i>decorso insidioso</i> associati a sintomi negativi e prognosi infausta.</p>
<p>Dado que uno de los criterios para considerar que un síndrome o grupo de síndromes constituye una categoría aparte es el <i>curso longitudinal</i>.</p>	<p>Dato che uno dei criteri per stabilire che una sindrome o un gruppo di sindromi costituisca una categoria a parte è il <i>decorso longitudinale</i>.</p>
<p>Sin embargo la tendencia de recurrencias puede ser importante a lo largo del tiempo, siendo más frecuente el <i>curso recurrente</i> que el episodio único de PAYT.</p>	<p>Tuttavia, la tendenza alla manifestazione di recidive può essere significativa nel tempo, dal momento che il <i>decorso ricorrente</i> è più frequente del singolo episodio di F23.</p>
<p>La subcategoría por sí misma (por ej. trastorno predominantemente delirante o trastorno psicótico polimorfo) no pareciera tener tanta importancia para definir un <i>curso favorable o desfavorable</i>.</p>	<p>La sottocategoria di per sé (ad es. disturbo prevalentemente delirante o disturbo psicotico polimorfo) non sembra essere così importante per definire un <i>decorso favorevole o sfavorevole</i>.</p>
<p>Si bien los trastornos agrupados en la categoría de las PAYT comparten al menos 3 características clínicas sobresalientes (instalación rápida, <i>curso autolimitado</i> y sintomatología cambiante de lo que hoy denominamos psicosis).</p>	<p>Sebbene i disturbi raggruppati nella categoria PAYT condividano almeno tre caratteristiche cliniche eccezionali (installazione rapida, <i>decorso autolimitato</i> e sintomi mutevoli di ciò che oggi chiamiamo psicosi).</p>
<p>b) <i>curso remitente</i> (duración menor de 6 meses y no recurrencia en 2 años)</p>	<p>b) <i>decorso remittente</i> (durata minore a sei mesi e non recidiva in due anni)</p>

Por ejemplo, en el caso de "estudio de seguimiento de ..." no sabía si traducir el "de" con "su" o "di", pero buscando documentación en línea me he dado cuenta de que siempre se utiliza "studio longitudinale di..." cuando se hace referencia al tiempo y "su" en relación con el objeto de la investigación.

Otro ejemplo es “de corta duración” que se podría traducir al italiano con “a breve termine” o “di breve termine”. Al comienzo, habría pensado en traducir con “di breve termine”, pero a lo mejor, en IATE la traducción de ámbito médico utiliza “di breve durata”. Con vistas a comprobar este resultado, he utilizado la funcionalidad de “Google N-grams” y he encontrado que se utiliza “a breve termine” más que “di breve durata”. De manera análoga, en el caso de “paragonato con” o “paragonato a”, Google N-grams Viewer ha demostrado la prevalencia de “paragonato a”.

A continuación, resulta particularmente interesante la colocación española “sufrir un TCE” que se traduce al italiano con “subire un TCE”. He solucionado este problema utilizando la funcionalidad de Sketch Engine “Word Sketch”. Tras haber seleccionado el corpus *Italian Web 2016*, escribiendo “trauma cranico” se presentaba la colocación “subire un trauma cranico” entre los primeros resultados.

En lo que atañe a los varios tipos de cursos “curso insidioso, curso recurrente, curso longitudinal, curso favorable, curso desfavorable, curso autolimitado” (*capítulo 11*), la traducción del término “curso” ha causado bastante dificultad, ya que puede referirse tanto al término italiano “corso, sviluppo della malattia” o al español “evolución”, como a su remisión. Sin embargo, cuando se trata de esquizofrenia se hace referencia casi siempre al comienzo de la enfermedad, curso (entendido como remisión) y psicopatología. Buscando simplemente la palabra “curso” la traducción correcta sería “sviluppo”; sin embargo, si se considera en el ámbito de la esquizofrenia, donde lo que interesa mayormente es la manera de la que el síndrome remite, el término “curso” adquiere otro valor. Además, se habla poco en italiano de “corso insidioso, corso remittente”, sino si se considera la unidad lingüística “curso remitente”, la traducción será “decorso remittente”.

Además, dado que se están tratando las psicosis transitorias, el objetivo del capítulo es justamente el reconocimiento de la patología y de las técnicas para su resolución, por medio de la modalidad de remisión de este tipo de síndromes.

Neologismos y extranjerismos

El abundante uso de neologismos y extranjerismos representa otra característica típica de la LE técnico-científica:

TO	TT
<p>A lo largo de la historia han sido descritas como un síndrome psicótico benigno, frecuentemente con comienzo brusco tras un <i>estresante externo</i>, de corta duración y con tendencia a la regresión.</p>	<p>Nel corso della storia sono state considerate come una sindrome psicotica benigna, con un brusco manifestarsi molto spesso in seguito a uno <i>stressor esterno</i>, di breve termine e con tendenza alla regressione.</p>
<p>Siguiendo a Frith, los pacientes presentan unos <i>déficits</i> cognitivos que les impedirían distinguir entre las acciones que son provocadas por fuerzas externas y aquellas generadas internamente.</p>	<p>Secondo Frith (1992), i pazienti presenterebbero alcuni <i>deficit</i> cognitivi che gli impedirebbero di distinguere tra azioni provocate da forze esterne e quelle generate dall'interno.</p>
<p>El sistema dopaminérgico mesolímbico controla la «atribución de <i>saliencia</i>», es decir, el proceso que hace que prestemos atención al estímulo y module la respuesta</p>	<p>Il sistema dopaminérgico mesolímbico controlla «l'attribuzione della <i>saliencia</i>», cioè, il processo che fa sì che si presti attenzione allo stimolo, modulando la risposta che gli diamo. La psicosi sarebbe,</p>

que le demos. La psicosis sería pues, como un trastorno de «saliencia aberrante».	dunque un disturbo della «saliencia aberrante».
En las Psicosis Esquizofrénicas la remisión no es <i>ad-integrum</i> , suelen cursar con un residuo (estado residual).	Nelle Psicosi Schizofreniche la remissione non è <i>ad integrum</i> , sembra rimanere residuale.
Arciniegas <i>et al.</i> 2003; Nielsen <i>et al.</i> , 2002; McAllister, 1998; Guerreiro <i>et al.</i> 2009)	Arciniegas <i>et al.</i> 2003; Nielsen <i>et al.</i> , 2002; McAllister, 1998; Guerreiro <i>et al.</i> 2009)
<i>El rango</i> es muy amplio, de dos semanas a 17 años y los autores señalan que se excluyeron aquellos síntomas psicóticos que aparecieron en el contexto de un delirium.	<i>Il range</i> è molto ampio, da due settimane a 17 anni, e gli autori segnalano di aver escluso quei sintomi psicotici comparsi in presenza di un delirio.
...que aparecieron en el contexto de un <i>delirium</i>quei sintomi psicotici comparsi in presenza di un <i>delirio</i> .
Los autores destacan también la alta proporción de antecedentes de enfermedad neurológica congénita o trauma cerebral <i>previo</i> :	Gli autori sottolineano anche l'elevato numero di precedenti di malattia neurologica congenita o trauma cerebrale <i>ex ante</i> :
Hasta el momento de redacción de este	Fino al momento della redazione di questo

<p>artículo, trece estudios sobre curso y desenlaces de las PAYT que comprenden una población de 884 casos, con <i>periodos de seguimiento</i> que abarcan entre 1 y 15 años, habían sido publicados.</p>	<p>articolo, erano stati pubblicati tredici studi sul corso e sui risultati di F23, comprendenti una popolazione di 884 casi, con <i>periodi di follow-up</i> che vanno da 1 a 15 anni.</p>
<p>Desde el punto de vista de <i>desencadenantes</i>, la CIE permite que las PAYT sean precedidas o no por estresantes significativos</p>	<p>Dal punto di vista dei <i>trigger</i>, l'ICD consente che i disturbi acuti e transitori siano preceduti o meno da stressor significativi</p>
<p>La categoría de la CIE-10 «psicosis agudas y transitorias» (PAYT) cumple esta función e incluye una serie de conceptos diagnósticos de diversas tradiciones europeas como la <i>bouffée délirante</i>.</p>	<p>La categoria ICD-10 «disturbi psicotici acuti e transitori» (F23) svolge questa funzione e comprende una serie di concetti diagnostici di varie tradizioni europee come la <i>bouffée delirante</i>.</p>
<p>Sin embargo, las diferencias son marcadas en cuanto a los <i>patrones temporales</i> intra-episódicos.</p>	<p>Tuttavia, le differenze sono marcate in termini di <i>pattern temporali</i> intra-episodici.</p>
<p>Asumiendo la relevancia de estas dos dimensiones e integrando las dos principales teorías sobre el <i>insight</i>, analizaremos su implicación en la fenomenología psicótica y en la vivencia de la corporalidad.</p>	<p>Assumendo la rilevanza di queste due dimensioni e integrando le due principali teorie sull'<i>insight</i>, analizzeremo la loro implicazione nella fenomenologia psicotica e nell'esistenza della corporeità.</p>
<p>(de ahí la expresión <i>délire d'emblée</i> de los franceses).</p>	<p>(di qui l'espressione francese <i>délire d'emblée</i>).</p>

Existen casos en los que el italiano y el español eligen utilizar el latinismo, por ejemplo, ambas lenguas utilizan “ad integrum”, “et al.” para indicar “et alii”.

Por el contrario, existen otros casos en que en italiano se emplea el latinismo, mientras que en español no: “previo” que se traduce al italiano con “ex ante” o viceversa, cuando en español se utiliza “delirium” y en italiano se encuentra más frecuentemente “delirio”.

Por lo que se refiere a los préstamos del inglés, que son muy frecuentes en los textos técnicos-científicos, se debe tener en cuenta que no siempre los préstamos se adaptan de la misma manera en todas las lenguas. Por ejemplo, en ambas lenguas se utiliza el término "deficit", pero en español se trata de un latinismo adaptado porque sigue las reglas gramaticales de la lengua española; en efecto, he encontrado en mi trabajo "déficit, déficits". Sin embargo, en la traducción al italiano he utilizado siempre "deficit", dado que durante mi trabajo de consulta, no he encontrado ninguna adaptación.

De hecho, ya sabemos que en italiano se suele adoptar préstamos más que en español (Capuz, 1998). En efecto, en casi todos los casos el español prefiere traducir o adaptar la palabra inglesa según su propia gramática, mientras que el italiano acepta el préstamo: “estresante” se traduce al italiano con el término inglés “stressor”, “desencadenante” con “trigger”; en lo que atañe a “los seguimientos”, o sea los periodos de observación relativos al estudio de seguimiento, en italiano se elige adoptar el término inglés “follow-up” y “il range” para “el rango”.

Por el contrario, en el caso de “insight”, ambas lenguas adoptan el préstamo:

Insight es un término utilizado en psicología proveniente del inglés que se puede traducir al español como "visión interna" o más genéricamente "percepción" o "entendimiento". Mediante un **insight** el sujeto "capta", "internaliza" o comprende, una "verdad revelada". (Wikipedia)

Insight (letteralmente "**visione interna**") è un termine di origine inglese usato in psicologia, e definisce il concetto di "intuizione", nella forma immediata ed improvvisa. L'insight consiste nella comprensione improvvisa e subitanea della strategia utile ad arrivare alla soluzione di un problema o della soluzione stessa - colloquialmente conosciuto come lampo di genio. (Wikipedia)

Además, el inglés no es la única lengua de referencia, ya que se ha comprobado también la presencia de préstamos del francés, como por ejemplo en el caso del síndrome “bouffé delirante” o del “delire d’emblée”.

Las siglas

Otro aspecto lingüístico se refiere al utilizo de las siglas. Las siglas también son característica principal de la LE técnico-científica y por lo tanto, es fundamental mantenerlas en el texto de llegada, cuando sea posible.

TO	TT
DSM-IV/V	DSM IV/V
CIE 10	ICD 10
TCE	TCE
SCH	SCH
TAC	TAC
ECG	ECG
PAYT	(F23) Disturbi acuti e transitori
TAB	Disturbo affettivo bipolare
NARP (non-affective acute remitting psychoses)	NARP (sindrome Neuropatia, Atassia e Retinite Pigmentosa)

En este caso, ha sido muy fácil, ya que se trata de trastornos contenidos en el DSM o en el CIE-10; de hecho, todas las siglas quedan casi siempre sin cambios o cambian poco porque vienen de las traducciones en varias lenguas del término inglés, que es la lengua de referencia en ámbito científico. El DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) y el ICD (*International Classification of Diseases*) o CIE-10 (*Clasificación internacional de enfermedades*), son manuales diagnósticos y estadísticos de los

trastornos mentales de la Unión Europea, que reúnen todos los trastornos existentes. Existen muchas versiones actualizadas, en el manual objeto de la presente tesis se hace referencia al DSM-IV o DSM-V y al CIE-10, mientras que el italiano adopta la sigla inglés ICD-10. Por razones extralingüísticas, conocer la fecha de la versión a la que se hace referencia es fundamental, puesto que, por ejemplo, entre el DSM-IV y el DSM-V hay una estructura muy diferente.

En el DSM-IV los trastornos se reúnen sobre todo en la base de los síntomas. En cambio, el DSM-V establece cinco áreas para la observación del curso de la enfermedad, es más descriptivo; el DSM-V está menos centrado en la etiquetación y más en la individuación de estrategias para solucionar los problemas. Hay muchísima documentación existente sobre este tema, ya que las críticas al DSM son numerosas.

Por el contrario, ha sido un poco más compleja la búsqueda de la sigla PAYT. Esta categoría se adopta en español también con el mismo acrónimo inglés. En cambio, en italiano no se adopta ninguna sigla y por lo tanto, he elegido hacer una generalización y referirme al modelo F23 (“psicosi acute e transitorie”) que tanto en el ICD-10 como en el CIE-10, se utiliza para indicar las psicosis agudas y transitorias. De hecho, leyendo el ICD-10 italiano, a partir del número F20 hasta el F29, se enumeran todas las síndromes a las que se hace referencia con la sigla PAYT:

CIE-10	ICD-10
F23.0	F23.0
Trastorno psicótico agudo polimorfo, sin síntomas de esquizofrenia	Disturbo psicotico acuto polimorfo senza sintomi schizofrenici
F23.1	F23.1
Trastorno psicótico agudo polimorfo, con síntomas de esquizofrenia	Disturbo psicotico acuto polimorfo con sintomi schizofrenici
F23.2	F23.2
Trastorno psicótico agudo de tipo	Disturbo psicotico acuto schizofreniforme

esquizofrénico F23.3 Otro trastorno psicótico agudo, con predominio de ideas delirantes F23.8 Otros trastornos psicóticos agudos y transitorios F23.9 Trastorno psicótico agudo y transitorio, no especificado	F23.3 Altri disturbi psicotici acuti prevalentemente deliranti F23.8 Altri disturbi psicotici acuti e transitori F23.9 Disturbo psicotico acuto e transitorio non specificato
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Como ya se ha mencionado en otros lugares del texto, el carácter universal del lenguaje técnico-científico es una de las características fundamentales de esta variación lingüística; dicho aspecto puede representar una dificultad particularmente importante a la hora de realizar una tarea de traducción de un contexto a otro, ya que cada país adapta los contenidos de manera diferente por medio de varias etiquetas.

Es precisamente por esta razón que traducir al italiano el nombre del trastorno en relación con la saliencia ha sido muy complicado; de hecho, la traducción del término *saliencia* puede observarse desde el punto de vista lingüístico, sino también extralingüístico. En efecto, se trata de la traducción de un término técnico; sin embargo, como señalan los autores, *saliencia* representa un neologismo, mejor dicho, un mecanismo de formación de nuevas palabras, ya tratado en el primer capítulo, puesto que se trata de una palabra que viene del inglés y que hoy en día forma parte de la lengua española de dominio neurológico.

TO	TT
El sistema dopaminérgico mesolímbico controla la «atribución de <i>saliencia</i> », es decir, el proceso que hace que prestemos	Il sistema dopaminergico mesolimbico controlla «l'attribuzione della <i>salienza</i> », cioè, il processo che fa sì che si presti

<p>atención al estímulo y module la respuesta que le demos. La psicosis sería pues, como un trastorno de «saliencia aberrante».</p>	<p>attenzione allo stimolo, modulando la risposta che gli diamo. La psicosi sarebbe, dunque un disturbo della «saliencia aberrante».</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Para solucionar este problema, he buscado la versión italiana del DSM-V y he observado que existe en italiano el término “saliencia dello stimolo” y que se emplea con frecuencia. De hecho, el italiano también adopta el préstamo adaptado del inglés. Sin embargo, aunque existe en italiano el término “saliencia” que es fundamental en la definición del trastorno de “disregolazione della salienza”, el problema más grande ha sido encontrar la nueva definición de este trastorno en italiano. El DSM-V todavía presenta el término clásico “esquizofrenia”. Sin embargo, al leer artículos y ensayos italianos en línea, efectivamente en Italia también se debate sobre la posibilidad de cambiar el nombre de este trastorno por razones de tipo morales e ideológicas, y en la *Rivista di psicoterapia nazionale*, Pereira (2020), se presenta la propuesta de Van Os que está traducida al italiano con “disturbo da disregolazione della salienza” o en el *Giornale di psicopatologia* (2015) se define “disturbo da alterazione della salienza”. En España tampoco, todavía no se ha cambiado la definición en el DSM, pero los autores del manual proponen esta nueva etiqueta de “disregulación de saliencia”, presentando sus razones.

Para llegar a la traducción correcta, ha sido fundamental realizar un trabajo de documentación relativo a los debates sobre este cambio, en Italia y en España, ya que el nivel lingüístico (cambio del nombre del trastorno) representa la concretización de las conceptualizaciones teóricas (se debería efectuar el cambio por razones de tipo moral e ideológico). De hecho, desde el punto de vista teórico, la etiquetación es una práctica que en los últimos años, se critica muchísimo desde varios puntos de vista: psicológico, sociológico, en ámbito médico, escolástico; por lo tanto, ha sido posible encontrar mucha documentación en línea sobre eso. El problema teórico, presentado por parte de los autores del presente manual, se sitúa en la evidencia de que un diagnóstico de esquizofrenia puede condicionar la actitud de vida del paciente durante toda su vida, ya

que afecta a su manera de relacionarse con los demás y también influye en el juicio de los demás. Por ejemplo, los estudios demuestran que en el ámbito escolar un diagnóstico de retraso mental puede crear distancia entre un niño y sus compañeros y consecuencias perdurables. Por el contrario, un diagnóstico de “disregulación de saliencia” o “alterazione della salienza”, determina un impacto diferente porque se centra más en la descripción de su funcionamiento que en el efecto. Otra estrategia utilizada, en otros lugares del texto, es la de la adaptación:

Antes de nada, conviene señalar que el término «Saliencia» no existe *en español* (p.122)

se ha elegido traducir de la siguiente manera:

prima di tutto, è necessario segnalare che il termine «Saliencia» non è ancora stato registrato *in italiano*.

De hecho, otro problema encontrado en el desarrollo de la presente tarea de traducción, es que en el texto original se afirma que el término “saliencia” no existe; pero, se ha comprobado que en los foros y sitios oficiales se utiliza muy frecuentemente, así que esta afirmación podría referirse a que el término (procedente del inglés) todavía no está actualizado en el DLE.

Asimismo, ya que se debe realizar un manual didáctico que tenga la misma función comunicativa que el original y que esté dirigido a estudiantes italianos, se ha considerado trasladar los mismos problemas en el contexto italiano. En efecto, en italiano tampoco el término “saliencia” se encuentra en todos los diccionarios oficiales, mientras que el inglés sí que lo tiene.

Es este el caso de:

En inglés, el Oxford English Dictionary define «salience» como aquello «notable o importante», siendo utilizado comúnmente, no sólo en neurociencias sino en otros campos como la economía o la política. Curiosamente, sí existe la definición en español de la «saliencia de un estímulo» en el Diccionario de Autores de la Asociación Mundial de Educadores (AMEI-WAECE, 2003). (p.122)

Primero he buscado el Oxford English Dictionary en línea y he comprobado la definición de “salience”: ”The quality of being particularly noticeable or important; prominence.”

En español se elige utilizar la traducción “más notable o importante” entre comillas para referirse a “noticeable or important”. Por el contrario, en el texto de llegada he decidido utilizar la definición inglesa original; como se está traduciendo al italiano, no tendría sentido hacer una citación en español, puesto que la definición original viene del inglés. Además, todos los estudiantes italianos deberían conocer el inglés mejor que el español.

Sin embargo, en la misma página, se presenta otra definición del diccionario de Autores de la Asociación Mundial de Educadores (AMEI-WAECE, 2003):

Dicha definición es extremadamente precisa, y muy adecuada para entender lo que se va a explicar a continuación.

Se define así: «Particularidad de un estímulo, que por ser más significativo o llamativo con relación al contexto, determina una mayor probabilidad de aprendizaje, que depende de las modalidades sensoriales del estímulo, de su función en el contexto, y del estado emocional del individuo» (p.175)

En este caso, se ha decidido seguir adaptando al italiano, y he buscado un diccionario correspondiente:

Effettivamente, l’Associazione Nazionale degli Educatori Professori (ANEP) utilizza l’espressione “saliencia dello stimolo”. Inoltre, la definizione fornita dal dizionario online degli Psicologi Italiani è estremamente precisa, e particolarmente adatta a comprendere ciò che verrà spiegato qui di seguito.

È definita così:

Importanza che un soggetto assume rispetto ad un contesto. Nell’attenzione visiva la salienza di uno stimolo è il fattore principale che modula il processo attenzionale e offre precise priorità nella ricerca visiva.

El diccionario AMEI-WAECE, 2003 es un diccionario español. He buscado un posible diccionario en lengua italiana, que puede ser el diccionario degli “Psicologi Italiani” y he utilizado la definición que he encontrado en Italiano, adaptando el texto para un público

de estudiantes que viven en Italia. L'ANEP italiana que desarrolla el mismo papel de la organización de Educadores española parece no tener un diccionario, pero sí que la Asociación existe en Italia también y en sus textos en línea se habla a menudo de “saliencia”, por lo que, puedo afirmar que efectivamente el italiano también adopta el término inglés convirtiéndolo en “saliencia”.

3.3 Dificultades textuales:

Las nominalizaciones

Típico del lenguaje técnico-científico es el uso de las nominalizaciones. Nadal Palazón (2006) define la nominalización como el proceso de formación de sustantivos o nombres a partir de una base perteneciente a otra categoría gramatical. Generalmente, en el lenguaje técnico-científico la base está constituida por un verbo que se convierte en sustantivo.

TO	TT
Los autores, en su valoración ponderada de los datos, estiman que <i>la expectativa de desarrollar</i> esquizofrenia en la población general en edad de riesgo (15 a 40 años) es del 0.8%.	Gli autori, nella loro valutazione ponderata dei dati, stimano che <i>l'aspettativa per lo sviluppo</i> della schizofrenia nella popolazione generale in età a rischio (tra i 15 e i 40 anni) è dello 0,8%.
que sugieren que <i>puede hablar un continuum</i> entre las dos psicosis tradicionales	che suggeriscono <i>l'esistenza</i> di un continuum tra le due psicosi tradizionali.
Esta es la razón por la cual ha sido una excelente idea <i>organizar</i> un simposio sobre	Questa è la ragione per cui <i>l'organizzazione</i> di un convegno su questa tematica, da parte

este tema por parte del Dr. Luis J. Fernández de la UNED (introducción, p.7)	del Dottor Luis J. Fernández della UNED, è stata una brillante idea.
Por ejemplo, un estudio mostró diferencias importantes <i>al aplicar</i> los criterios diagnósticos en hospitales alemanes y daneses con una mayor frecuencia de PAYT diagnosticados en Dinamarca.	Ad esempio, uno studio ha evidenziato differenze importanti <i>nell'applicazione</i> dei criteri diagnostici in ospedali tedeschi e danesi con una frequenza maggiore di diagnosi PAYT in Danimarca.
Sería prudente que el diagnóstico nosológico de un primer episodio fuera considerado tentativo <i>mientras se observa</i> la evolución longitudinal.	Sarebbe prudente che la diagnosi nosologica di un primo episodio possa essere considerata provvisoria <i>durante l'osservazione</i> dell'evoluzione longitudinale.

3.4 Dificultades pragmáticas:

Reformulaciones

Por el contrario, las reformulaciones son principalmente características peculiares de la tipología textual del manual didáctico (Parodi, 2010). De hecho, la necesidad de que el texto (dirigido a semiespecialistas) sea más claro que un texto dirigido a expertos justifica el abundante uso de reformulaciones del mismo concepto o las frecuentes explicaciones de los términos claves.

TO	TT
<p>La atribución de la saliencia, es decir, el proceso que hace que prestemos atención al estímulo y module la respuesta que le demos. La psicosis sería pues, como un trastorno de «saliencia aberrante». <i>Es decir</i>, previamente a presentar síntomas psicóticos, el paciente presenta aumento de dopamina a nivel mesolímbico, independientemente del contexto.</p>	<p>L'attribuzione della salienza, cioè, il processo che fa sì che si presti attenzione allo stimolo, modulando la risposta che gli forniamo. La psicosi sarebbe dunque, come un disturbo della «saliencia aberrante». <i>Ciò significa</i> che prima di presentare i sintomi psicotici, il paziente mostra un aumento della dopamina a livello mesolimbico, indipendentemente dal contesto</p>

Primero, se presenta la definición de saliencia y sucesivamente la reformulación de lo que se ha dicho antes, y de inmediato se introduce en progresión temática el concepto más específico de “saliencia aberrante”, con otra reformulación en la que se le otorga una explicación.

El utilizo de formas como “es decir” y “o sea” indica el comienzo de las reformulaciones, y en todos estos casos, se ha decidido mantener en la traducción la misma estructura con vistas a obtener la misma claridad expositiva.

En otros casos se utiliza la conjunción “en el sentido de” para introducir la explicación, por ejemplo:

TO	TT
<p>Su proyección en la concepción holística de la psicosis, <i>en el sentido de</i> otorgar a estos síntomas la misma valencia sintomatológica</p>	<p>La sua proiezione nella concezione olistica di psicosi, <i>ossia</i> l'attribuzione a questi sintomi della stessa valenza sintomatologica di quelli «psicologici», è di ampio respiro.</p>

que a los «psicológicos», tiene una larga trayectoria.	
Asimismo, trataremos de identificar cuáles son los componentes implicados en la corporalidad, <i>esto es</i> anatómicos (ej. «mis piernas son más cortas»), funcionales (ej. «mi cuerpo es débil»; «camino lentamente») o psicológicos (ej. «mi cuerpo es defectuoso»; «mi cuerpo es susceptible de estar infectado»).	Allo stesso modo, cercheremo di identificare le componenti implicate nella corporeità, <i>cioè</i> anatomiche (es. «le mie gambe sono più corte»), funzionali (es. «il mio corpo è debole»; «cammino lentamente») o psicologiche (es. «Il mio corpo è difettoso»; «il mio corpo può essere infetto»).

En conclusión, el objetivo de este capítulo consiste en comentar la tarea de traducción desarrollada, a partir de los problemas y dificultades encontradas; de hecho, saber detectar el tipo de problema es fundamental para elegir la estrategia de resolución. En particular, se ha utilizado la clasificación de Hurtado Albir (2001) que distingue los problemas en los niveles lingüístico, extralingüístico, morfosintáctico, textual y pragmático. Al final, se ha decidido tratar las dificultades distintivas desde el punto de vista la LE técnico-científica (tecnicismos, traducción del término *saliencia* y del trastorno de *Disregulación de saliencia*) y de la tipología textual del manual didáctico técnico-científico (nominalizaciones y reformulaciones).

RIASSUNTO

In questo lavoro di tesi magistrale, mi sono occupata dell'analisi e della traduzione di alcuni capitoli del manuale di psichiatria *Las psicosis atípicas y transitorias. De la epistemología al tratamiento* di Luis Jesús Fernández, Germán Berrios y Blanca Yániz. Si tratta di un manuale didattico, di ambito tecnico-scientifico, realizzato per gli studenti universitari del corso di Psichiatria dell'Università di Tudela, Navarra, 2012.

La tesi è strutturata in tre capitoli:

- nel primo, si presenta l'analisi del testo originale;
- nel secondo, la proposta di traduzione;
- nel terzo, l'analisi della traduzione concentrandosi, in particolar modo sui problemi di traduzione riscontrati e le strategie utilizzate per risolverli.

Per quanto riguarda il primo capitolo, inizialmente sono state individuate le caratteristiche principali del linguaggio tecnico-scientifico. Successivamente, sono state presentate alcune definizioni circa il concetto di *lingua speciale* secondo diversi approcci. Tutti i maggiori esperti sembrano convenire sul fatto che una lingua possa essere considerata speciale, nel momento in cui si differenzia dal linguaggio comune ed è condivisa da un ristretto gruppo di specialisti, nell'ambito di una determinata materia e/o attività.

Per esempio, il professore Moreno Fernández (1999) introducendo il concetto di *jerga*, individua diversi linguaggi settoriali, quali il linguaggio medico, economico, giuridico, militare, giornalistico, informatico e il linguaggio tecnico-scientifico, che si distingue dagli altri soprattutto dal punto di vista terminologico, per l'abbondante presenza di tecnicismi.

Inoltre, l'autore sostiene che non tutte le lingue speciali condividono le stesse caratteristiche, ma possono essere individuati alcuni tratti comuni:

1. sono varietà di comunicazione, dal punto di vista formale e funzionale, tra specialisti di uno stesso ambito.
2. Utilizzano la grammatica della lingua comune.
3. Sono utilizzate in contesti formali.

4. Si caratterizzano per obiettività ed efficacia comunicativa.

Da un'altra prospettiva, Blanco Canales (2010) afferma che abbracciare il criterio lessicale e soffermarsi solo sulla dimensione del lessico, sarebbe riduttivo. Infatti, secondo il criterio funzionale, la dimensione più rilevante, riguarda invece la pragmatica: la finalità comunicativa sembra essere l'elemento costitutivo del linguaggio settoriale.

Un altro approccio nel tracciare le peculiarità di tale variazione linguistica (Piñero Alcalá y García Antuña, 2009) è la distinzione tra componente tematica (la materia trattata e la terminologia) e componente sociale (contesto e fine comunicativo, pragmatico), che permettono l'analisi della lingua attraverso due dimensioni, orizzontale e verticale. Infatti, Hoffman (1987) afferma che la dimensione orizzontale si riferisce alla tematica e ai ricorsi linguistici utilizzati, mentre la dimensione verticale permette di identificare i testi specializzati in base al grado di specializzazione.

Rodilla (2005) afferma che per quanto riguarda il linguaggio tecnico-scientifico, le caratteristiche principali da individuarsi sono la precisione, la neutralità, l'economia, ottenute tramite l'uso di sigle e simboli, grafici e tabelle. Altre caratteristiche, secondo Mena Lorenzo (2008), sono poi, l'obiettività, la precisione, la chiarezza e l'universalismo.

Per quanto riguarda la terminologia, considerata da molti autori l'elemento distintivo nel linguaggio tecnico-scientifico, essa rappresenta anche il mezzo linguistico attraverso cui si manifesta in maniera più evidente la tematica trattata. Cabré (1997) attribuisce valori differenti al concetto di terminologia. Per esempio, spesso con questo termine si fa riferimento alla disciplina che si occupa dello studio dei termini e delle unità terminologiche.

Tuttavia, come sottolinea l'autrice, lo stesso termine si utilizza spesso anche in terminografia, ed assume particolare importanza in relazione alla realizzazione di glossari specializzati, detti anche vocabolari tecnici o di lessico specializzato. Inoltre, lo stesso termine è utilizzato in una terza accezione, per fare riferimento all'insieme delle unità terminologiche che costituiscono una disciplina o un settore specializzato.

Per quanto riguarda i tecnicismi, molto spesso si tratta di termini utilizzati solo in un determinato settore e non nel linguaggio comune o il contrario, oppure in entrambi, ma con significati differenti. A questo proposito, sono stati evidenziati due meccanismi di formazione: la banalizzazione e la tecnicizzazione.

- La banalizzazione è quando un termine inizialmente di ambito specializzato, inizia ad essere utilizzato anche nella lingua comune, in maniera ironica o degradazione semantica.
- La tecnicizzazione al contrario, quando un termine della lingua comune si trasforma in un termine specializzato.

Al contrario, Ahmad et al. (1985) individuano ben tre meccanismi di formazione:

1. Un termine della lingua speciale estende il suo uso alla lingua comune, per esempio: “parameter/ parámetro” (matematica) o “paranoid/ paranoico” (psicologia);
2. Un’unità lessicale della lingua generale inizia ad essere utilizzata in una lingua speciale, ad esempio “window/ventana” o “mouse/ ratón”.
3. Un linguaggio di specialità adotta un termine proveniente da un altro ambito di specialità, per esempio “virus” (microbiologia) è utilizzato oggi anche in ambito informatico.

Conoscere i meccanismi alla base della formazione dei tecnicismi è di fondamentale rilevanza per il traduttore, poiché gli permette di identificare i termini tecnici specifici di quel linguaggio settoriale ed elaborare le strategie di ricerca per il raggiungimento dell’equivalenza terminologica nella lingua di arrivo.

Tuttavia, se conoscere la dimensione orizzontale è particolarmente importante ai fini della comprensione della struttura di una lingua speciale, alla stessa maniera, lo è lo studio della dimensione verticale. Infatti, conoscere la finalità e il tipo di pubblico a cui il testo è rivolto, è indispensabile per il raggiungimento dell'equivalenza funzionale.

Infatti, nel caso del nostro manuale di studio, il contesto comunicativo è rappresentato dalla comunicazione tra specialisti (professori) e semispecialisti in formazione (studenti universitari) e lo scopo è, dunque, di tipo didattico.

Per la stessa ragione, è quindi ancor più importante, comprendere la tipologia testuale di riferimento e la struttura del testo originale, prima di iniziare il lavoro traduttologico. A questo proposito, per la classificazione delle tipologie testuali si cita il modello di Sabatini (1999), che riunisce le varie tipologie a partire dai concetti di patto e di vincolo comunicativo, tra emittente e destinatario: mentre il patto si riferisce all'atto di comunicazione tra i due, il vincolo rappresenta le possibilità di interpretazione del lettore.

Sulla base del suddetto vincolo l'autore distingue tra testi molto vincolanti, mediamente e poco vincolanti. Compito del traduttore è riprodurre nel testo di arrivo lo stesso patto e lo stesso vincolo del testo originale, al fine di raggiungere l'equivalenza terminologica e funzionale.

I testi molto vincolanti sono testi in cui è necessario che l'interpretazione del lettore corrisponda esattamente a quella dell'emittente (è il caso dei testi con funzione prescrittiva, quali testi tecnico-operativi e di regolamentazione, testi giuridici, scientifici e tecnici).

I testi mediamente vincolanti invece, di cui fa parte il manuale da me tradotto, sono testi espositivi con funzione esplicativa e argomentativa, e i testi di studio e divulgazione.

Infine, i testi poco vincolanti, sono i testi letterari dove l'interpretazione è più libera, perché il lettore può maturare una propria interpretazione, non necessariamente vicina a quella dell'emittente.

Successivamente, in merito a tale distinzione, l'autore individua alcuni tratti tipici per ogni tipologia di vincolo. In generale, i testi molto vincolanti sono caratterizzati da frasi

brevi, ben organizzate, obiettività e impersonalità, utilizzo di tecnicismi e ripetizioni frequenti degli stessi, che vengono preferiti alla sostituzione sinonimica; tuttavia, la caratteristica fondamentale è che questi tipi di testi, per raggiungere il loro obiettivo comunicativo privilegiano la chiarezza; è per tale ragione, che risultano essere particolarmente espliciti, i nessi logici e le spiegazioni ben palesati in ogni passaggio.

Il manuale oggetto della presente traduzione è, dunque, un testo specializzato che utilizza un linguaggio tecnico-scientifico di tipo mediamente vincolante, con funzione didattica. Pertanto, soffermandosi sulla tipologia testuale di manuale didattico, le caratteristiche principali di tale tipologia e che sono state individuate nel manuale oggetto di studio, sono senza dubbio l'abbondante utilizzo di grafici e tabelle, la presenza di spiegazioni e frequenti riformulazioni dei termini chiave al fine di facilitare la spiegazione per gli studenti, un'attenta strutturazione del paratesto, attraverso l'utilizzo di note bibliografiche, titoli e sottotitoli e l'impostazione di ogni capitolo secondo uno schema ben preciso (introduzione, sviluppo e conclusione).

Per quanto riguarda la disciplina della traduzione specializzata, che ho avuto modo di affrontare traducendo un testo di questo tipo, si ribadisce ancora una volta l'importanza per il traduttore, di raggiungere l'equivalenza terminologica e funzionale nel testo di arrivo. Infatti, una traduzione di qualità può essere realizzata solo qualora le caratteristiche testuali e la finalità comunicativa, siano rispettati nel testo di arrivo. Al fine di ciò, il traduttore specializzato deve sviluppare un quadro di competenze variegato, tra cui un'adeguata competenza linguistica in entrambe le lingue, la capacità di saper distinguere i tecnicismi e le unità terminologiche dalla lingua comune e una competenza nella documentazione. Infatti, la più grande difficoltà in traduzione specializzata, è che il traduttore non avendo conoscenze tecniche sulla materia trattata, oltre a saper utilizzare gli strumenti traduttologici a sua disposizione (dizionari generali e specializzati, banche di dati terminologiche generali e bilingui, CAT TOOLS etc.), deve formarsi soprattutto dal punto di vista dei contenuti, consultando continuamente monografie, saggi, trattati, forum, riviste, in ambo le lingue, ed esperti nel settore, in modo da aggiornare sempre più le sue conoscenze enciclopediche e specializzate.

Per quanto riguarda la traduzione specializzata di tipo tecnico-scientifico, ne sono state evidenziate le principali caratteristiche e poi individuate nel testo di riferimento.

Dal punto di vista morfologico sono stati presentati prefissi, suffissi, tempi verbali tipici del genere tecnico-scientifico, significativi nel guidare il traduttore nel riconoscimento dei tecnicismi e delle unità terminologiche.

Dal punto di vista semantico sono stati trattati il lessico, la terminologia, le sigle proprie del genere.

Dal punto di vista sintattico, le ripetizioni e il fenomeno della progressione tematica, procedimenti utilizzati sovente in ambito didattico, per facilitare la spiegazione e per introdurre in maniera graduale gli studenti ai concetti della materia. Infatti, la progressione tematica consiste nel partire dalla teoria generale per arrivare gradualmente a questioni sempre più specifiche, tramite ripetizioni e continue riformulazioni dello stesso concetto.

Nel secondo capitolo, è stata presentata la proposta di traduzione dei capitoli 5 (*Saliencia y otras explicaciones psicológicas en las psicosis*),⁶ (*Psicosis y trauma craneal*), 9 (*Psicosis y psicopatología de la corporalidad*) e 11 (*Psicosis agudas y transitorias: aspectos epidemiológicos, clínicos y nosológicos*).

Nel terzo capitolo l'analisi della proposta di traduzione. L'analisi si è basata sull'individuazione dei principali problemi di traduzione incontrati, assumendo come punto di riferimento la suddivisione di Hurtado Albir (2011), il quale li distingue in livello linguistico, extralinguistico, morfosintattico, testuale e pragmatico. Nel presente lavoro è stato scelto di trattare tre difficoltà maggiormente rappresentative, in relazione alla lingua speciale di tipo tecnico-scientifico e alla tipologia testuale del manuale didattico.

Pertanto, dal punto di vista lessicale è stato scelto di presentare la metodologia di ricerca degli equivalenti, per quanto concerne i tecnicismi, collocazioni, neologismi e forestierismi, le sigle.

Dal punto di vista testuale si tratta l'uso delle nominalizzazioni e infine, dal punto di vista pragmatico l'utilizzo delle riformulazioni.

Per quanto concerne le strategie di risoluzione dei problemi incontrati, nell'ambito della ricerca terminologica, di fondamentale rilevanza è stata la consultazione di dizionari generali (Garzanti, Treccani); bilingui (Hoepli), dizionari visuali (Google Immagini); dizionari specializzati di scienza (Psichiatria.com, Dicciomed, Diccionario de la Real Academia española, dizionario degli Psicologi Italiani online), banche di dati terminologiche (REALITER, Termcat), banche di dati bilingui (IATE, lexicool, Linguee, Wordreference, Reversocontext, Unesco-tesauro), saggi, forum, portali (ScienzaperTutti, psichiatriyonline), reti accademiche, biblioteche online (academia.edu., researchgate, biblioteca de Padua Proxy Docile, Google Scholar etc).

Nella maggior parte dei casi, ho scelto di consultare la banca dati terminologica dell'Unione Europea IATE o il dizionario bilingue Hoepli, per avere una prima traduzione affidabile, e Wordreference e Linguee per cercare esempi in contesto e verificare l'attendibilità della traduzione. Ma particolarmente decisiva è stata la ricerca di testi tecnici, articoli, saggi, forum online che attestassero il numero di occorrenze per quel preciso termine.

Nel caso delle collocazioni si è scelto molto spesso di usare il motore di ricerca Google N-gram per visualizzare quale fosse, in termini numerici, la collocazione maggiormente utilizzata, o la funzionalità di Sketch Engine "Word Sketch".

In altri casi, la consultazione di esperti nel settore della psicologia e della psichiatria è stata fondamentale, come nel caso di "studio delle coorti" e "periodi di follow up".

L'abbondante presenza di prestiti dalle altre lingue ad esempio dal francese, ma soprattutto dall'inglese, fornisce prova concreta dell'universalità del linguaggio scientifico, come è stato dimostrato nel primo capitolo, e rappresenta una notevole difficoltà di traduzione, al momento di valutare come ogni lingua adatti in maniera differente definizioni, sigle (PAYT e NARP), questioni teoriche (come nel caso della traduzione del "disturbo da alterazione della salienza").

Per quanto riguarda il livello testuale, ho scelto di trattare l'utilizzo delle nominalizzazioni. La ricerca del Bollettino di Linguistica (2016) ha dimostrato nel suo

studio condotto su 126 manuali tecnici, come le nominalizzazioni rappresentino uno dei procedimenti più utilizzati in un manuale tecnico, e per quanto concerne la tipologia tecnico-scientifica, ancor più frequenti sono le nominalizzazioni deverbali (da base verbale a sostantivo), di cui il manuale tradotto presenta numerosi esempi.

Infine, dal punto di vista pragmatico, relazionate sempre alla tipologia di manuale didattico e individuati nel testo oggetto del nostro studio, sono le riformulazioni (Parodi, 2010), per le quali i nessi maggiormente utilizzati, individuati nel manuale oggetto di studio, sono “en el sentido de, o sea, es decir”. Come già ribadito più volte, le frequenti spiegazioni e riformulazioni dei termini chiave sono fondamentali per garantire agli studenti esplicitzza e chiarezza espositiva (così come il fenomeno della progressione tematica).

BIBLIOGRAFÍA

- Aixelá J.F., *La traducción científico-técnica: aportaciones desde los estudios de traducción*, España, 2013: 1-24
- Alexopoulou A., *Tipología textual y comprensión lectora en E/LE*, Revista Nebrija de Lingüística Aplicada a la Enseñanza de las Lenguas, 2010
- Arbulu B., *Metodologías de Análisis de traducciones*, Padova, 2018-2019
- Barbero, J.C, Bernejo F.E San Vicente, F. *Contrastiva*. Bologna: Clueb, 2015.
- Blanco Canales, A., *Características lingüísticas, pragmáticas y funcionales de las lenguas de especialidad. Implicaciones didácticas y metodológicas*, Revista Electrónica de Lingüística Aplicada, Alcalá, 2010: 72-85
- Borgna E., *Noi siamo un colloquio*, Feltrinelli, Milano, 2000
- Cabré M.T., *La terminología en la traducción especializada, Manual de documentación y terminología para la traducción especializada*, Arco/Libros, Madrid, 2004:89-122
- Castillo Bernal M.P, *Introducción a la traducción científico-técnica, Lenguaje científico-técnico, géneros y fuentes documentales*, Ediciones Don Folio, Córdoba, 2016.
- Castillo Fadic M.N., *El préstamo léxico y su adaptación: un problema lingüístico y cultural*, 2002: 469-496
- Classificazione delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali, ICD-10*, Masson editore, 1996
- Cuesta S., *La traducción científico-técnica y sus desafíos*, Academic Bulletin, 2014,127-142
- Fernández, L.J.; Berrios, G; Yániz, B. *Las psicosis atípicas de la epistemología al tratamiento*, Ciencias de la Salud, 2012
- García Izquierdo I., *Competencia textual para la traducción*, Barcelona: Tirant Humanidades, 2012
- García Izquierdo I., *El español neutro y la traducción de los lenguajes de especialidad*, Universitat Jaume I, Sendebarr, 2006, 149-167
- García Izquierdo I., Monzó Nebot, E., *Una enciclopedia para traductores. Los géneros de especialidad como herramienta privilegiada del traductor profesional*, Granada, Asociación Ibérica de Estudios de Traducción e Interpretación, 83-97

García Yebra C.G.C.V, *Manual de documentación y terminología para la traducción especializada*, Lavel Industria Gráfica, Madrid, 2004

Godini L., *Salienza: clinica, psicopatologia e neurobiologia*, Il pensiero scientifico editore, 2020

Gregorio Cano, A., *Problemas de traducción, detección y descripción: un estudio longitudinal en la formación de traductores*, Revista Digital de Información en docencia universitaria, 2017: 25-49

Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5, American Psychiatry Association, 2006

Gutiérrez Couto U.; Blanco Pérez A.; Casal Acción B., *Cómo realizar una comunicación científica. Estructura de la comunicación científica*, Revista Gallega de Terapia Ocupacional, Madrid, 2004

Gutiérrez Rodilla B., *El lenguaje de las ciencias*, Gredos, 2005

Hurtado Albir A., *Traducción y traductología*, Cátedra Lingüística, 2012: 90-91

Hurtado Albir, A., *Traducción y Traductología*, Madrid, Catédra, 2001.

Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, DSM-5, Raffaello Cortina Editore, 2014

Marini M, *Traducción española-curso avanzado II*, Sapienza Università di Roma, 2019-2020

Moè A., *La motivazione*, Il mulino, Bologna, 2010, p.99

Moé A., *Motivati si nasce o si diventa?*, Editori Laterza, Bari, 2011

Moreno Fernández F., *Lenguas de especialidad y variación lingüística*, S.Barrueco, E. Hernanández y L.Sierra (eds.), Alcalá de Henares, 1999: 3-14

Pacifico, R.; I. Riccardi; P. Stratta; A.Rossi, *Psicopatologia delle allucinazioni verbali uditive*, Università d'Aquila, 2008:413-424

Parodi, G., *La organización retórica del género Manual a través de cuatro disciplinas: cómo se comunica y difunde la ciencia en diferentes contextos universitarios?*, Boletín de Linguística, Venezuela, 2010, 43-69

Pastor, G; Amaya Galvan, M. C.; Bautista Zambrana, R.; Castillo Rodriguez, C.; Leiva Rojo, J.; Seghiri Dominguez, M.; Toledo Baéz, C., *Introducción al inglés científico: redacción, traducción y revisión de artículos de investigación*, Campus Andaluz Virtual, 2007-2008

- Pérez I.S., *La terminología y la comunicación especializada*, Grupo Epa, Alicante
- Plato G., *Disturbo schizofrenico e disturbo psicotico*, Università di Bologna, 2006-2007.
- Post M., *Un análisis de los usos diferenciales del condicional en el lenguaje periodístico y científico*, Nijmegen, 2015
- Redacción de documentos científicos*, Centro provincial de Información de ciencias médicas, Matanzas, 2019
- Renzi et al., *Grande grammatica italiana di consultazione*, 3 vols, Bologna: Il Mulino, 1995
- Rubio S., *Estructura lógica y paratextual de las reseñas*, Registro y Organización de Materiales Editoriales, 2012
- San Vicente, F., *GREIT: gramática de referencia de español para italofonos*, Bologna Clueb, Salamanca: Ediciones universidad de Salamanca, 2015.
- Santamaria Pérez I, *La terminología y la traducción especializada*, Grupo Epa, Alicante
- Scarpa, F: *La traduzione specializzata. Un approccio didattico professionale*, Milano, Hoepli, 2008.
- Simonetta E., *Trauma e disturbi di apprendimento. La disnosia quale adattamento al trauma*, Armando Editore, 2012
- Soresi S.; Nota L., *La psicologia positiva a scuola e nei contesti formativi*, Hogrefe Editore, Firenze, 2014, p.26
- Suau Jiménez F., *El género y el registro en la traducción del discurso profesional: un enfoque funcional aplicable a cualquier lengua de especialidad*, eds, Aleza, 1999
- Tejedor Martinez, C.; De la Cruz Cabanillas I.; Cabellos Castilla M.R.; Cerdá Redondo E.; Díez Prados, M., *La presencia de préstamos ingleses en las lenguas de especialidad*, BIBLID, Alcalá, 2006: 347-382
- UNE-EN ISO 17100, *Requisitos para los servicios de traducción*, AENOR, Madrid, 2015
- Zucchini, L., *La didattica della traduzione specializzata dallo spagnolo in italiano: competenza traduttiva, genere testuale e nuove tecnologie*, Bologna, 2012

SITOGRAFÍA:

24 Tipi di allucinazioni visive, uditive e viscerali: cause e sintomi, 2015

Ampliamento del concetto di *Insight* nella terapia del disturbo schizofrenico:

<https://www.jpsychopathol.it/wp-content/uploads/2015/07/04Vender1.pdf>

Cambiare il termine Schizofrenia può aiutare la lotta allo stigma?, Società Italiana di

Epidemiologia Psichiatrica, [https://siep.it/cambiare-il-termine-schizofrenia-puo-aiutare-](https://siep.it/cambiare-il-termine-schizofrenia-puo-aiutare-la-lotta-allo-stigma/)

[la-lotta-allo-stigma/](https://siep.it/cambiare-il-termine-schizofrenia-puo-aiutare-la-lotta-allo-stigma/)

Cos'è la sindrome di Cotard: la rara patologia dell' "uomo morto": sintomi e cura, 2018

[https://scienze.fanpage.it/cose-la-sindrome-di-cotard-la-rara-patologia-mentale-](https://scienze.fanpage.it/cose-la-sindrome-di-cotard-la-rara-patologia-mentale-delluomo-morto-sintomi-e-cura/)

[delluomo-morto-sintomi-e-cura/](https://scienze.fanpage.it/cose-la-sindrome-di-cotard-la-rara-patologia-mentale-delluomo-morto-sintomi-e-cura/)

Di Petta G., *Fenomenologia psicopatologia e clinica dell'esperienza psicotica "statu nascendi"*,

<http://www.psychomedia.it/pm/modpsy/psypat/dipetta.htm>

Disturbi psicotici, 2017

http://www.med.unipg.it/ccl/Materiale%20Didattico/Psichiatria_Tortorella/PSICOPAT

[OLOGIA/disturbi%20psicotici.pdf](http://www.med.unipg.it/ccl/Materiale%20Didattico/Psichiatria_Tortorella/PSICOPAT)

Disturbo da sintomi somatici, 2019

[https://www.harmoniamentis.it/enciclopedia/disturbo-da-sintomi-somatici-disturbo-](https://www.harmoniamentis.it/enciclopedia/disturbo-da-sintomi-somatici-disturbo-somatoforme/)

[somatoforme/](https://www.harmoniamentis.it/enciclopedia/disturbo-da-sintomi-somatici-disturbo-somatoforme/)

Disturbo delirante, 2017, [https://www.terzocentro.it/disturbi-psicotici/disturbo-](https://www.terzocentro.it/disturbi-psicotici/disturbo-delirante/)

[delirante/](https://www.terzocentro.it/disturbi-psicotici/disturbo-delirante/)

Disturbo dell'Immagine Corporea, cos'è e come si può trattare, 2020,

[https://www.ospedalemarialuigia.it/disturbi-comportamento-alimentare/disturbo-](https://www.ospedalemarialuigia.it/disturbi-comportamento-alimentare/disturbo-dellimmagine-corporea-cose-si-puo-trattare/)

[dellimmagine-corporea-cose-si-puo-trattare/](https://www.ospedalemarialuigia.it/disturbi-comportamento-alimentare/disturbo-dellimmagine-corporea-cose-si-puo-trattare/)

Disturbo di depersonalizzazione/derealizzazione, 2019,

[https://www.msmanuals.com/it-it/casa/disturbi-di-salute-mentale/disturbi-](https://www.msmanuals.com/it-it/casa/disturbi-di-salute-mentale/disturbi-dissociativi/disturbo-di-depersonalizzazione-derealizzazione)

[dissociativi/disturbo-di-depersonalizzazione-derealizzazione](https://www.msmanuals.com/it-it/casa/disturbi-di-salute-mentale/disturbi-dissociativi/disturbo-di-depersonalizzazione-derealizzazione)

Evoluzione del ruolo di schizofrenia, Psichiatria Online Italia, 2019,

<http://www.psychiatryonline.it/node/1189>

Formazione reattiva, un meccanismo di difesa, 2019

<https://lamenteemeravigliosa.it/formazione-reattiva-meccanismo-di-difesa/>

Galmonte A., *Psicologia Generale*,
<https://www.dcuci.univr.it/documenti/OccorrenzaIns/matdid/matdid781074.pdf>
Giornale di psicopatologia, 2015:
<https://www.jpsychopathol.it/wp-content/uploads/2015/07/congresso-2012.pdf>
 Gomez I., Prieto F., *Diccionario médico, definiciones y terminos de psiquiatria*, 2010,
<https://psiquiatria.com/glosario/>
<https://www.igorvitale.org/24-tipi-di-allucinazioni-visive-uditive-viscerali-cause-sintomi/>
[https://www.news-medical.net/health/Neuropathy-Ataxia-and-Retinitis-Pigmentosa-\(NARP-Syndrome\)-\(Italian\).aspx](https://www.news-medical.net/health/Neuropathy-Ataxia-and-Retinitis-Pigmentosa-(NARP-Syndrome)-(Italian).aspx)
Il ruolo dell'Emotività espressa nell'esordio della psicosi, 2016:
<https://www.stateofmind.it/2016/12/emotivita-espressa-esordio-psicosi/>
Il ruolo della salienza nel delirio schizofrenico, Bologna,
<https://www.unicusano.it/blog/didattica/corsi/sitografia-tesi/>
Immagine Corporea: definizione e caratteristiche,
<https://www.stateofmind.it/tag/immagine-corporea/>, State of Mind, Il giornale delle scienze psicologiche
Interrelazioni tra ipocondria e paranoia, 2013:
<http://www.psychiatryonline.it/node/1201>
 Janiri L., *Delirio*, Università di Roma
<https://www.lumsa.it/sites/default/files/UTENTI/u474/lezione1.pdf>
L'Emotività espressa (EE), cos'è?, <https://www.sospicche.it/malattia-mentale-disturbi-ansia-schizofrenia-depressione/i-disturbi-mentali/la-schizofrenia/cause-e-teorie/lemotivita-espressa-ee-cose.html>
La bouffé delirante, 2006, <https://www.riflessioni.it/forum/psicologia/8756-la-bouffee-delirante.html>
La Teoria dei Big Five, Innovation Club, <http://www.innovationclub.it/bigfive/>
Le patologie più comuni: SCHIZOFRENIA DOC GENERICI, 2020
<https://www.docgenerici.it/patologie/schizofrenia/sintomi-e-segni>
Le psicosi acute: una catamnesi a 10 anni, Acute psychoses: a 10-year follow-up, 2005,
<https://www.jpsychopathol.it/article/le-psicosi-acute-una-catamnesi-a-10-anni/>
 McWilliams N., *Lo spettro della psicosi: implicazioni cliniche del considerare la psicosi*

dimensionalmente, 2016 <https://www.spi-firenze.it/mcwilliams-n-2016-lo-spettro-della-psicosi-implicazioni-cliniche-del-considerare-la-psicosi-dimensionalmente/>

Neuropatia, atassia e retinite pigmentose (sindrome di NARP), 2018

Psicosi acute remittenti, 2019, <https://www.cliccascienze.it/psichiatria/psicosi-acute-remittenti/>

Psicosi e schizofrenia, Triathl On, 2016
https://www.ondaosservatorio.it/ondauploads/2016/02/4_Scheda_Patologia_edt_finale.pdf

Rebecca Farsi M., *Le fonti delle allucinazioni uditive nello psicotico*, 2020,
<https://ormesvelate.com/2020/05/11/la-fonte-delle-allucinazioni-uditiv-nello-psicotico-recenti/>

Salienza: clinica, psicopatologia e neurobiologia, Rivista di Psichiatria, 2015,
<https://www.rivistadipsichiatria.it/archivio/2098/articoli/22680/>

Schema corporeo e immagine corporea: cosa sono?, 2018,
<https://vivavoceinstitute.com/schema-corporeo-e-immagine-corporea/>

Studio longitudinale di follow up, 2012, <http://www.psychiatryonline.it/node/2437>

Sul concetto di “Anastrophè”, 2010: <http://www.psychiatryonline.it/node/1200>

Tipi di schizofrenia, <https://www.schizofrenia24x7.it/tipi-di-schizofrenia>

Trauma cranico e patologie psichiatriche, 2018,
<https://www.cooperativaprogettazione.it/trauma-cranico-patologie-psichiatriche/>

Uso di sostanza e comorbilità per disturbi d’ansia in pazienti con schizofrenia e disturbo bipolare, 2008, <https://etd.adm.unipi.it/t/etd-10012008-004919/>

Vender S.; Poloni N., *L’insight è un fattore prognostico favorevole nella cura della malattia mentale?*, recenti progressi in Medicina, 2006,
https://www.recentiproggressi.it/allegati/00183_2006_10/fulltext/11%20565-570.pdf

Wordfast Anywhere: <https://www.freetm.com/>

FUENTES DOCUMENTALES

Academia Nacional de Medicina de Colombia:

<http://dic.idiomamedico.net/index.php?title=campanilla>

Academia.edu: <https://www.academia.edu/>

Biblioteca digitale Padova: <http://bibliotecadigitale.cab.unipd.it/>

Buscador CIE-10, <https://cpockets.com/cie10>

Diccionario de la Real Academia española: <https://dle.rae.es/>

Dizionario medico Corriere della sera:
<https://www.corriere.it/salute/dizionario/ebefrenia/index.shtml>

Enciclopedia Treccani: https://www.treccani.it/enciclopedia/emotivita-espressa_%28Dizionario-di-Medicina%29/

Enclave de Ciencia: <https://enclavedeciencia.rae.es/inicio>

Google N-gram Viewer: <https://books.google.com/ngrams>

Google Scholar: <https://scholar.google.com/>

Hoepli, Dizionario Spagnolo-Italiano:
https://www.grandidizionari.it/Dizionario_Spagnolo-Italiano/parola/E/extrao.aspx?query=extra%c3%b1o.
<https://www.academia.edu/>

IATE, <https://iate.europa.eu/home>

Oxford English Dictionary: <https://www.oed.com/>

Jstor: <https://www.jstor.org/>

Real Academia de Medicina Nacional de España:
http://dtme.ranm.es/buscador.aspx?NIVEL_BUS=3&LEMA_BUS=cataniforme

Researchgate: <https://www.researchgate.net/>

Reversocontext, <https://context.reverso.net/traduzione/italiano-spagnolo/>

Sketch Engine: <https://www.sketchengine.eu/>

Wordreference: <https://www.wordreference.com/iten/spagnolo>

