

EXEMPLE CLÍNIC A

Home de **25 anys** que ingressa al servei d'urgències d'un hospital general. El motiu d'ingrés ha estat l'estat de **gran ansietat** que han observat els seus pares, amb els quals viu. El jove es queixa que **parla lentament perquè li costa pensar**. Finalment, explica que aquest neguit que té és perquè **sap que és Déu**: no ho vol dir a ningú perquè sap que no se'l creuran i el prendran per boig. Diu tenir proves per creure's Déu: **Déu està dins d'ell i li parla**, manté converses amb ell "sense moure la boca, interiorment".

- "Sóc Déu"
- "Qui t'ho ha dit?"
- "Déu"
- "Però no ets Déu?"
- "Bé, està a dins meu"

El pacient diu que no pensa dir res o fer publicitat d'aquesta revelació, sap que el món encara no està preparat per a la notícia.

El clínic també observa **alentiment motriu i pobre resposta als estímuls externs**.

1. Realitza un diagnòstic segons la simptomatologia observada.
2. Realitza el diagnòstic diferencial.

Per respondre la primera pregunta, cal analitzar quins símptomes es troben presents en aquest cas i després pensar a quin trastorn corresponen. És important il·lustrar amb material del cas els símptomes descrits.

Pel que fa al diagnòstic diferencial, cal raonar perquè descartem altres trastorns que presenten una similitud amb el cas presentat. El diagnòstic diferencial cal fer-lo amb aquells trastorns que apareixen en l'apartat de "diagnòstic diferencial" que teniu en el mòdul 2 per al trastorn que heu proposat com a diagnòstic principal.

1. Simptomatologia i diagnòstic clínic.

a) Pensament:

- Trastorns del contingut del pensament: presència d'**idees delirants** ("Sóc Déu"). El deliri és de tipus **místic** o, fins i tot, **megalomaniac**. El deliri està **poc estructurat** ja que, en un moment, diu que és Déu i, en un altre moment, diu que el té a dins. Deliri bastant empobrit, està **poc elaborat**; per exemple, no apareixen idees de salvació de la humanitat.
- Trastorns del curs del pensament: **bradipsíquia**. La persona parla lentament, segurament com a reflex de la lentitud dels seus processos mentals.

b) Percepció:

- **Al·lucinacions auditives**: el pacient sent una veu interior que li parla.

c) Atenció:

- **Hipoprosèxia**: hi ha poca atenció als estímuls exteriors.

d) Motricitat:

- **Alentiment motor**.

e) Afectivitat:

- **Ansietat**.

Diagnòstic: **esquizofrènia, de tipus paranoide** ja que hi són presents deliris i al·lucinacions.

2. Diagnòstic diferencial.

a) Amb **síndromes psicòtiques secundàries a una malaltia mèdica**:

En el cas **no tenim les dades suficients** per a fer aquest diagnòstic diferencial de forma acurada, tanmateix:

- Demència tipus Alzheimer: queda descartada per l'edat del pacient.
- Quadre alcohòlic: en una propera entrevista, es poden explorar els hàbits al respecte o preguntar a la família, encara que aquesta hipòtesi es pot probable perquè no concorda la temàtica del deliri que, en el cas de quadres alcohòlics, acostuma a ser de tipus gelotípic i no místic.
- Altres malalties: per descartar altres malalties, caldria realitzar una exploració mèdica però no hi ha res en la història que faci sospitar que la síndrome psicòtica sigui secundària a alguna malaltia mèdica¹.

¹ Les exploracions mèdiques acostumen a sol·licitar-se quan la simptomatologia no és suficient per a fer el diagnòstic d'esquizofrènia o bé quan hi ha alguna dada en la història clínica que no encaixa amb el diagnòstic al qual semblen apuntar les dades. Per exemple, imaginem el cas d'un púber de 12 anys que, segons l'exploració clínica realitzada, presenta al·lucinacions, gran ansietat, llenguatge poc coherent, juntament amb tot un seguit de conductes estranyes com ara aixecar-se de la cadira contínuament i rascar-se per tot el cos. A més, la família relata

b) Amb una **psicosi tòxica**:

Si alguna dada de la història clínica ens fes sospitar consum de substàncies, caldria explorar aquest punt més.

En l'apartat de diagnòstic diferencial dels trastorns psicòtics del mòdul 2, s'esmenta un quadre del llibre de Jarne i Talarn (2000) per poder fer millor el diagnòstic diferencial amb psicosis d'origen tòxic. El reproduïm a continuació:

Diagnòstic diferencial entre esquizofrènia i psicosis tòxiques	
Esquizofrènia	Psicosi tòxica
Inici insidiós (mesos)	Inici bruscat
Personalitat premòrbida (esquizoide o esquizotípica)	Sense personalitat premòrbida
Mal ajust premòrbid	Sense mal ajust premòrbid
Variada simptomatologia esquizofrènica	Deliris i al·lucinacions exclusivament
Sense antecedents de toxicomania	Amb antecedents de toxicomania
Curs lent	Curs ràpid
Amb consciència	Amb alteracions de consciència

A la vista del quadre, podem **descartar en el pacient de l'exemple una psicosis d'origen tòxic** ja que, a banda dels deliris i les al·lucinacions, presenta altres símptomes característics de l'esquizofrènia. **Tampoc s'han observat alteracions de consciència** en l'exploració.

c) Amb algun **trastorn bipolar**:

Els trastorns bipolars i l'esquizofrènia tenen **en comú la presència de deliris**. Tanmateix, la **temàtica dels deliris és diferent** en el trastorn bipolar:

- En fase depressiva, els deliris giren al voltant de temàtiques relacionades amb la **culpa, la ruïna i la mort**; aquesta temàtica no s'observa en el pacient del cas.
- En fase maníaca, els deliris poden ser de tipus **megalomaniac**. Creure's Déu podria correspondre a un deliri d'aquest tipus però no sembla que aquest pacient es trobi en fase maníaca perquè no en vol fer publicitat del fet que és Déu (la persona en estat maníac li agrada manifestar-ho).

Per altra banda, tampoc s'observa la resta de símptomes d'un trastorn bipolar. Per tant, **descartaríem un trastorn de l'afectivitat**.

d) Amb el **trastorn delirant**:

Descartem que el pacient del cas presenti **paranoia** ja que:

- Hi ha presència d'**al·lucinacions**.
- El deliri està **poc estructurat**, manca la coherència interna característica dels trastorns delirants.

que està molt estrany des de fa unes setmanes, i a l'escola els companys el rebutgen perquè no l'entenen quan parla. La família explica que fins ara tot havia estat normal, un nen que es relacionava amb els altres i sense cap mena de problema. D'entrada, els símptomes apunten a una esquizofrènia (al·lucinacions, llenguatge desorganitzat, aïllament social, conducta extravagant...) però dues dades ens haurien de cridar l'atenció: l'edat del subjecte (només 12 anys; l'edat d'inici de l'esquizofrènia acostuma a ser més avançada l'adolescència i l'esquizofrènia infantil s'inicia molt abans) i la manca d'antecedents personals (la família relata que el desenvolupament ha estat el normal). Això ens hauria d'alertar sobre la possibilitat d'un tumor cerebral que també s'acompanya de simptomatologia psicòtica; en aquest cas, estaria plenament justificada l'exploració neurològica.