

## Dos visiones de la esquizofrenia: Kraepelin y Bleuler

En 1911, Eugen Bleuler publicó su voluminoso estudio sobre el grupo de las esquizofrenias. A decir verdad, *Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien* supuso una fuerte conmoción en la psicopatología de la época, dominada esencialmente por las ideas de Emil Kraepelin. No se trataba sólo de una variación terminológica (sustitución de *Dementia praecox* por *Schizophrenie*) sino de una nueva mirada más penetrante de la locura en la que la evolución y la sintomatología más evidente pasaban ambas a un segundo plano respecto a ciertos trastornos o síntomas «fundamentales»; además, el espectro nosográfico era aún mayor que el atribuido a la demencia precoz; finalmente, la concepción bleuleriana permitía una visión menos trágica y aciaga de las consecuencias de tal patología. Es preciso recordar, no obstante, que las teorías expresadas en 1911 por Bleuler sobre la esquizofrenia fueron posteriormente matizadas, o, para decirlo con más propiedad, exageradas: conceptualización de la esquizofrenia como una «enfermedad», con todo el peso especulativo que entraña ese término; expurgación de la importancia de los aspectos psicológicos, defensa fervorosa de una causalidad indiscutiblemente orgánica. Ni que decir tiene hasta qué punto esta teorización domina aún en nuestro medio<sup>1</sup>. Quizás revisar su soporte conceptual y su correlación clínica nos permita juzgar el grado de consistencia que entraña esta categoría a la que tanto se apela y de tan buen talante se habla y escribe. Animado por esta reflexión, trataré de responder a las dos preguntas que siguen: ¿cuál es el progreso de Bleuler respecto a Kraepelin, de la esquizofrenia respecto a la *dementia praecox*, y ¿cuáles son los fundamentos psicopatológicos con los que Bleuler construye el macroconcepto de esquizofrenia?

Tras un lustro de estancia en la Universidad de Dorpat (Estonia), Emil Kraepelin se instaló provisionalmente en Heidelberg en calidad de director de la clínica y profesor<sup>2</sup>. Fue allí donde publicó la quinta y la sexta ediciones de su *Psiquiatría. Un Tratado para estudiantes y médicos*, y en ellas, especialmente en la sexta, sentará las bases conceptuales de la *dementia praecox*. Su decidido interés por describir auténticas enfermedades mentales lo llevó a proponer, como cuarenta años antes lo había hecho J.-P. Falret, la evolución del cuadro clínico como criterio esencial para la demarcación de éstas. En 1896 (5.<sup>a</sup> edición) agrupó dentro de los «procesos psíquicos degenerativos» a la hebefrenia, la catatonía y la demencia paranoide<sup>3</sup>; esta reunión de cuadros y estados tan diversos, que actualmente parece tan lícita, encontró en aquellos días notables y razonables reticencias, especial-

<sup>1</sup> Incluso desde conclusiones con las que no es fácil estar de acuerdo se coincide en la prevalencia actual de las ideas de Bleuler: «La audacia de Bleuler, al inicio de este siglo, ha consistido en afirmar que no se puede comprender la esquizofrenia si no es interesándose a la vez en el cerebro y el la psique» (P. BOVET; F. SEYWERT, «La schizophrénie et son spectre. Une perspective bleulérienne», *L'Information psychiatrique*, 1995, 71, n.º 5, pp. 447-458 (p. 454).

<sup>2</sup> Cfr. E. KRAEPELIN, *Memoirs*, Berlín, Springer, 1897.

<sup>3</sup> Cfr. E. KRAEPELIN, *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*, Leipzig, J. A. Barth, 1896 (5.<sup>a</sup> ed.), p

mente las provinientes de los clínicos franceses que no podían entender qué relación consustancial guardaba un hebefrénico más o menos estúpido con un delirante paranoide. Tres años después, en la sexta edición, Kraepelin designa directamente la categoría nosográfica *dementia praecox*, en la que reúne los «procesos psíquicos degenerativos» anteriormente descritos más las formas alucinatorias o fantásticas de la paranoia (*phantastische Formen*). Más que la evolución general del cuadro, es el estado terminal de la enfermedad, consistente en una demenciación rápida, el criterio prioritario de organización; hay que añadir a éste la sintomatología intercambiable entre las tres formas clínicas y la herencia calificada de similar.

Kraepelin, a diferencia de lo que configurará los planteamientos de Bleuler, se esforzó denodadamente en matizar y describir la sintomatología más visible, sus correlaciones frecuentes, sus posibles variaciones evolutivas. Aunque sus voluntariosas caracterizaciones clínicas se revelan con mucha frecuencia demasiado heterogéneas e inconexas, el autor se arriesgó en favor de éstas antes de preferir lagunas semiológicas en el cuadro clínico. En su visión de la demencia precoz, el síndrome nuclear se constituye a partir de los elementos propiamente deficitarios, tomando indudablemente el modelo de la hebefrenia: debilitamiento afectivo, indiferencia, ausencia de iniciativa voluntaria, apatía, y desorganización del pensamiento y de la psicomotricidad; la configuración y especificidad de las formas clínicas viene dada por los síntomas accesorios: ideas delirantes, alucinaciones, síndrome catatónico, etc. Los tres tipos clínicos (hebefrenia, catatonía y demencia paranoide) no son independientes entre sí, pues se aprecian innumerables formas de transición, si bien el denominador común es la pronta evolución hacia un marcado debilitamiento mental (*Schwachsinn*), aunque lo más frecuente es la franca demenciación (*Verblödung*); hay que hacer notar, además, que en determinados pasajes Kraepelin conviene en aceptar de pasada que algunos dementes precoces pueden alcanzar la curación<sup>4</sup>. Lo dicho hasta aquí permite ya hacerse una idea del retrato que nos presenta el autor de los dementes precoces: en el polo hebefreno-catatónico, sujetos estupidizados, incoherentes, retraídos, disparatados; en el extremo paranoide, sujetos con una marcada debilidad de las facultades que relatan disparates interminables y «monstruosos», que se irritan hasta el insulto cuando se les contradice y se prodigan en un «chaparrón de frases de contenido tan insustancial como uniforme»<sup>5</sup>.

Tras examinar, en 1899, los trastornos característicos de esta enfermedad (psicosensoriales, atención y pensamiento, ideas delirantes, apatía emocional, voluntad, y trastornos somáticos), Kraepelin precisa las tres formas clínicas que se hicieron clásicas. La hebefrenia, descrita anteriormente por Kahlbaum y su alumno Hecker, se caracteriza por el rápido debilitamiento psíquico, que se instaura tras una fase melancólica –aunque en ocasiones se observan estados de excitación–, en la que se dan cita síntomas muy variados: dolores de cabeza, insomnio, sensaciones de cambio profundo de la personalidad, reple-

<sup>4</sup> Cfr. E. KRAEPELIN, *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studien un Ärzte*, vol. II, Leipzig, J. A. Barth, 1899 (6.ª ed.), pp. 167-214. En este texto como otros se aprecia con mucha claridad la repetición innumerable de fórmulas imprecisas («muchas veces», «en ocasiones», «parece que», etc.), pero siempre persiste la voluntad de especificar, recurriendo cuando llega la ocasión a los fragmentos clínicos.

<sup>5</sup> Puede consultarse a este respecto la presentación clínica incluida en la Lección XVI de su texto *Introducción a la psiquiatría clínica*, Madrid, Saturnino Calleja Fernández, 1905, pp. 159-161.

## HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA

gamiento interior, irritación, humor triste y/o expansivo, estados de confusión profunda (*Verworrenheit*) acompañados de excitación psicomotriz, ideas delirantes disparatadas y descoordinadas, etc. Por su parte, la catatonía, descrita anteriormente por Kahlbaum, comprende un grupo de cuadros clínicos en los que se asocian signos melancólicos, maníacos, estuporosos, confusionales y demenciales; se añaden a éstos, además de alucinaciones e ideas delirantes bizarras, determinados fenómenos psicomotores característicos: contracciones, inhibiciones, trastornos catatónicos, negativismo, gesticulaciones y mímicas amañadas, estereotipias, etc. Finalmente, las «formas paranoides de la demencia precoz», con mucho las más frecuentes, se caracterizan por el desarrollo a lo largo de muchos años de ideas delirantes y alucinaciones sensoriales; su inicio es con frecuencia agudo y en la sintomatología general se pueden también apreciar signos de la serie catatónica, fases de estupor y excitación, manierismos, juegos de palabras, neologismos y confusión del lenguaje. Dos son las formas de la demencia paranoide: la demencia paranoide «severa» y las «formas paranoides fantásticas de la demencia precoz». La primera se caracteriza por la presencia constante de ideas delirantes masivas, incoherentes, que alternan la persecución y la megalomanía, pero siempre asociadas a un estado de excitación; al tiempo que los enfermos son presa de sus delirios, se instauran también las alucinaciones auditivas. Lo que sucede más comúnmente es que el estado de excitación de paso a un humor exuberante y a un lenguaje cada vez más oscuro, difícilmente comprensible, con «giros y expresiones fabricadas a base de fragmentos» (uno de sus pacientes daba su dirección de la siguiente forma: «Haut Vaoivaiuxyoviuowauoxyoheco tatio tati»). Al final se imponen el discurso imparablemente digresivo y la debilidad mental (*Schwachsinnige Verwirrtheit*), pero el humor, a veces sobresaltado por momentos de irritabilidad transitoria, permanece jovial y animoso. En segundo lugar, las formas paranoides fantásticas<sup>6</sup>, llamadas con anterioridad *phantastische Verrücktheit der Paranoia* y catorce años después *Paraphrenie*, que se caracterizan por un desarrollo más coherente de las ideas delirantes, las cuales presentan por lo general un cariz novelesco y se asocian a numerosas alucinaciones; este estado puede mantenerse así durante décadas o evolucionar hacia una confusión completa, pero en ese desarrollo tan dilatado Kraepelin aprecia una transformación del delirio persecutorio en megalomaníaco. El humor es esencialmente triste en los inicios, pero después varía hacia la dicha, salpicado por estados de angustia intensa. Dentro de las ideas delirantes, destaca la frecuencia de aquellas que conciernen a la «influencia corporal», llegando en algunos casos hasta la posesión y la invasión corporal. Al igual que en la demencia paranoide severa, transcurridos unos años aparecen las conductas bizarras, el uso prolijo de giros abstrusos y de palabras inventadas, los juegos silábicos y las rimas, el estilo sofista y la sintaxis incomprensible. Finalmente puede instaurarse una remisión o atenuación del delirio, y transitoriamente una remisión del cuadro mórbido.

Resulta evidente, tal como enfatizó Vladimir Serbski<sup>7</sup>, el forzamiento teórico que

<sup>6</sup> Se verá en la somera descripción que se presenta la similitud evidente con el *délire chronique à évolution systématique* descrito por Magnan, en 1981, en sus *Leçons cliniques*.

<sup>7</sup> Cfr. V. SERBSKI, «Contribution à l'étude de la démence précoce I», *Annales médico-psychologiques*, 1903, t. XVIII, nov.-dic., pp. 379-388; (II) *Ann. méd.-psychol.*, 1904, t. XIX ener.-feb., pp. 19-34; (III) *Ann. méd.-psychol.*, 1904, t. XI, mar.-abr., pp. 188-203.

implica la reunión en una misma enfermedad de las formas paranoides con la hebefrenia y la catatonia, por más que Kraepelin pretenda curarse en salud alegando repetidamente la posibilidad de transición e intercambio entre estas formas clínicas. «Más bien aparece como un resurgimiento de la psicosis única de Griesinger, de la paranoia en el sentido antiguo, con su ineluctable evolución hacia una demencia terminal»<sup>8</sup>; se trata, decididamente, de organizar el conjunto de la patología mental delirante en función de los signos deficitarios, de las evidencias supuestamente naturales de las así llamadas enfermedades<sup>9</sup>. Y aunque es respetable esta orientación teórica y los méritos del gran Kraepelin están por encima de toda banalización, conviene siempre verificar en la observación clínica si la demencia y la precocidad son realmente tan marcadas como se pretende en esta teoría nosológica. Citemos únicamente a modo de críticas las palabras de Philippe Chaslin: «Esta palabra 'demencia precoz', elegida por Kraepelin, es desafortunada, pues, tal como se aprecia, la demencia no llega generalmente sino después de muchos años. (...) La demencia, incluso cuando se produce, no parece generalmente muy profunda; se asemeja mucho a la de las locuras sistematizadas en las que lo más frecuente es que falte o sea muy parcial. El 'demente precoz' es siempre menos demente de lo que parece. Si la demencia 'precoz' quiere decir inicio muy temprano de la afección, el término es aún peor (...)»<sup>10</sup>.

Tomando como primera referencia nosológica y nosográfica la detallada por Kraepelin en la 5.<sup>a</sup> y 6.<sup>a</sup> ediciones de *Psychiatrie*, Eugen Bleuler elaboró a lo largo de dos décadas los resultados de su experiencia clínica y docente en Hospital mental de Rheinau y en el Burghölzli zuriqués. Durante los doce años que ocupó la dirección del Hospital de Rheinau (1886-1898), Bleuler compartió muy de cerca los avatares de la vida cotidiana de sus pacientes esquizofrénicos, a muchos de los cuales había trasladado allí con él: «(...) no sólo habló con ellos en su propio dialecto, sino que hizo todos los esfuerzos posibles para comprender el significado de sus expresiones y errores es supuestamente 'insensibles'. Fue así capaz de establecer un 'contacto emocional' (*affektiver Rapport*) con cada uno de ellos»<sup>11</sup>. Instalado en el Burghölzli, prosiguió sus investigaciones centradas en ese mismo tipo de pacientes crónicos; contaba ahora con la ayuda inigualable de C. G. Jung, un joven y prometedor psiquiatra absorbido por aquellos días en las pruebas de asociaciones de palabras y más tarde en una relación ambivalente con Freud y el psicoanálisis.

<sup>8</sup> J. GARRABÉ, *La noche oscura del ser. Una historia de la esquizofrenia*, México, F.C.E., 1996, p. 44.

<sup>9</sup> Como lo hicieron otros muchos clínicos franceses, también Ey y Guiraud criticaron los presupuestos que llevaron a esta reunión tan heterogénea: «Para encontrar en esos síndromes dispares una característica, era necesario apelar a una noción de una generalidad extrema y resultaba imposible encontrar otra que no fuera la evolución hacia la cronicidad o la definición de la alienación mental misma» (H. EY y P. GUIRAUD, en H. EY, *Schizophrenie. Etudes cliniques et psychopathologiques*, Condé-sur-Noireau, Synthelabo (Les empêcheurs de penser en rond), 1996, p. 34).

<sup>10</sup> Ph. CHASLIN, *Éléments de sémiologie et cliniques mentales*, París, Asselin y Houzeau, 1922, p. 829. Puede consultarse nuestra traducción española y nuestro artículo previo en *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 1996, vol. XVI, n.º 58, pp. 297-302 y 303-311, respectivamente. En la misma línea había argumentado ya Régis: la demencia precoz no es una enfermedad exclusiva de la adolescencia; ninguno de los síntomas con la que se define le es propio; el término «demencia» es erróneo pues se producen curaciones (Cfr. E. RÉGIS, *Précis de Psychiatrie*, París, Dion, 1909).

<sup>11</sup> H. ELLEMBERGER, *El descubrimiento del inconsciente. Historia y evolución de la psiquiatría dinámica*, Madrid, Gredos, 1976, p. 333.

## HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA

Se tiene generalmente la impresión de que la teoría bleuleriana de la esquizofrenia está fuertemente afectada por el psicoanálisis, se cree también que en el terreno etiológico concede una determinación prioritaria a los factores psicogenéticos, y que el soporte conceptual psicopatológico está sólidamente orquestado. Veremos hasta qué punto nada de esto es así, como evidencia una y otra vez el artículo que se traduce a continuación<sup>12</sup>.

Al contrario que Kraepelin, Bleuler pretende descubrir y nombrar los síntomas fundamentales –no siempre fácilmente captables por la observación directa– que están presentes en este grupo de psicosis, incluso cuando la sintomatología más evidente oscurezca el trasfondo siempre idéntico de la actividad mental. El «desdoblamiento» o «disociación» (*Spaltung*) de las funciones psíquicas sustituye a los criterios kraepelinianos de demencia y precocidad. La esquizofrenia designa «un grupo de psicosis cuyo curso es a veces crónico, y a veces está marcado por ataques intermitentes, y que puede detenerse o retroceder en cualquier etapa, pero que no permite una completa *restitutio ad integrum*. La enfermedad se caracteriza por un tipo específico de alteración del pensamiento, de los sentimientos, y de la relación con el mundo exterior, que en ninguna otra parte aparece bajo esta forma particular»<sup>13</sup>. A tenor de esta caracterización, la extensión nosográfica es aún mayor que la atribuida por Kraepelin a su *dementia praecox*, pues además de los tres tipos clínicos clásicos se incluye una «esquizofrenia simple», y menciones bastantes inespecíficas a la llamada «esquizofrenia latente»; es decir, un conjunto que reúne los siguientes términos de la clínica clásica: la demencia precoz y las parafrenias de Kraepelin, la inmensa mayoría de las psicosis paranoicas, el delirio senil de prejuicio, la mayoría de las melancolías y manías alucinatorias, la mayoría también de las hipocondrías incurables, muchos de los casos de locura moral, muchos casos de *Amentia* o confusión mental, y esto sin considerar los casos incluidos en la forma «latente» que no hay manera de saber cuáles son. Ante un espectro tan amplio y heterogéneo, no les falta razón a Ey y Guiraud cuando comentan sobresaltados: «Nuestro temor es que las mentes demasiado prudentes o demasiado hábiles, en presencia de casos dudosos, (...), se refugien en la esquizofrenia, como ocurría en otro tiempo con la degeneración»<sup>14</sup>.

A primera vista, y contrastando con la imprecisión nosográfica de la que acabamos de hacernos eco, la penetración psicopatológica parece más coordinada, produciendo el efecto de una sólida concepción teórica. Bleuler describió dos órdenes sintomáticos: los síntomas fundamentales (patognomónicos, podríamos decir; presentes en todos los casos y en todos los períodos de la enfermedad) y los síntomas accesorios (no son exclusivos de la esquizofrenia; pueden faltar en algunos períodos o incluso en su totalidad, pero también pueden determinar permanentemente el cuadro clínico). Con los síntomas accesorios estamos muy familiarizados en la clínica, y fueron –así gustaba repetir a Bleuler– el objeto exclusivo de la semiología kraepeliniana: alucinaciones, ideas delirantes, perturbaciones accesorias de la memoria, pérdida de las fronteras temporales y espaciales, trastornos del

<sup>12</sup> E. BLEULER, «La schizophrénie», *Rapport de psychiatrie au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. XXX session*, París, Masson, 1926. El texto original de este informe está escrito en francés.

<sup>13</sup> E. BLEULER, *Demencia precoz. El grupo de las esquizofrenias*, Buenos Aires, Paidós, 1960, p. 15.

<sup>14</sup> H. EY y P. GUIRAUD, *op. cit.*, p. 30.

lenguaje y de la escritura, síntomas somáticos «que sugieren que la enfermedad se basa en una alteración del cerebro más fundamental, o quizás sobre una alteración de todo el organismo»<sup>15</sup>, signos catatónicos, y síndromes agudos.

Mayores son las complicaciones con las que se topa el autor a la hora de matizar los síntomas fundamentales, y es por esta razón que intentaremos detallar bien sus apreciaciones; no se trata ya de fenómenos, sino de conceptos teóricos más o menos arraigados en la fenomenología. Se trata, en primer lugar, de los trastornos de las asociaciones: los enfermos operan con ideas y conceptos que no tienen relación, o, si la tienen, ésta es muy lábil; las asociaciones ilógicas están vehiculadas por condensaciones y desplazamientos, produciendo el efecto de incoherencia formal del contenido; las «obstrucciones» y las «privaciones del pensamiento» caracterizan el curso del pensamiento esquizofrénico. «En esta enfermedad, las asociaciones pierden su continuidad (...). Además, las asociaciones tienden a efectuarse siguiendo nuevas líneas, de las cuales conocemos hasta ahora éstas: dos ideas se encuentran casualmente, se combinan en un pensamiento, cuya forma lógica es determinada por circunstancias incidentales (...). Dos o más ideas son condensadas en una sola. La tendencia al estereotipo produce la inclinación a aferrarse a una idea a la que el paciente retorna una y otra vez. Generalmente hay una marcada escasez de ideas, hasta llegar al monoideísmo. Con frecuencia, alguna idea domina la cadena de los pensamientos bajo la forma de obstrucción, 'poniendo nombres' (*namings*) o ecopraxia (...). Un alto grado de trastornos asociativos tiene por resultado, generalmente, estados de confusión»<sup>16</sup>.

Los trastornos afectivos, en segundo lugar, se manifiestan paulatinamente en la tendencia al apartamiento y al retraimiento; más que de «labilidad emocional» (Masselon) se trata de «apariciones caprichosas de emociones». En las formas de esquizofrenia más francas ocupan el primer plano en el cuadro clínico.

Por último, la ambivalencia, es decir: «la tendencia de la psique esquizofrénica a otorgar a los psiquismos más diversos un índice positivo y otro negativo al mismo tiempo (...). Es una consecuencia tan inmediata de los trastornos esquizofrénicos de la asociación, que su completa ausencia parece ser altamente improbable»<sup>17</sup>.

Amén de los tres trastornos fundamentales ya mencionados (afectividad, asociación y ambivalencia), Bleuler destaca las alteraciones de ciertas funciones que denomina «compuestas» y entre todas ellas brilla con luz propia el autismo (*Autismus*). Se trata de una lesión propia de esta enfermedad por la cual la vida interior predomina morbosamente sobre la vida de relación. «De modo que debemos distinguir el pensamiento realista del pensamiento autista, que existen yuxtapuestos en el mismo paciente. En el pensamiento realista el paciente se orienta perfectamente bien en el tiempo y en el espacio; adapta sus acciones a la realidad, hasta el punto que parecen normales. El pensamiento autista es la fuente de las ideas delirantes, de las crudas infracciones de la lógica y de la propiedad, y de todos los otros síntomas patológicos. A menudo las dos formas de pensamiento están bastante bien separadas, de modo que el paciente puede pensar a veces de una manera

<sup>15</sup> E. BLEULER, *op. cit.*, p. 171.

<sup>16</sup> E. BLEULER, *op. cit.*, p. 21.

<sup>17</sup> E. BLEULER, *op. cit.*, p. 61.

## HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA

completamente autista, y otras veces muy normalmente. En otros casos las dos formas se mezclan, llegando a la completa fusión (...)»<sup>18</sup>. Aunque es frecuente, y el propio Bleuler lo hace, relacionar el autismo con el término freudiano de autoerotismo, las diferencias son bien evidentes: el primero describe esencialmente una forma de pensamiento y de comportamiento, mientras que el segundo nombra la forma de goce por excelencia en la esquizofrenia.

Tras esta exposición general de los síntomas fundamentales puede apreciarse con más claridad las diferencias entre Kraepelin y Bleuler, entre la demencia precoz y la esquizofrenia. Con ambos términos se trata de nombrar un real de locura que es inapresable. Kraepelin describe con matices fenómenos demasiado deslabazados, cuya única organización se pretende hallar en las nociones teóricas, no ya clínicas, de demencia y de precocidad; esa fue su apuesta: construir verdaderas enfermedades mentales, y para ello nada mejor que enfatizar los aspectos más deficitarios, a riesgo de la artificialidad nosográfica. Bleuler pretende dar un paso más, pero se ve obligado a recurrir a la hermenéutica, pues lo que llama síntomas fundamentales no son más que interpretaciones de los sustratos que se supone que se encuentran tras los síntomas accesorios<sup>19</sup>. Esta labor hermenéutica es sin duda muy loable, pero las conclusiones y extrapolaciones teóricas y clínicas que se pergeñan a partir de estas consideraciones sí merecen una justa ponderación. Me remitiré únicamente a dos de ellas, una etiológica y otra nosográfica: la teoría de la enfermedad y la llamada «esquizofrenia latente».

Fruto de la diferenciación efectuada entre síntomas primarios y secundarios surge un concepto de enfermedad según el cual, los síntomas fundamentales son directamente producidos por un «proceso», mientras los síntomas secundarios son, en parte, funciones psíquicas que operan en condiciones alteradas, y, también en parte, los resultados de intentos de adaptación, más o menos exitosa a las perturbaciones primarias. El «proceso» aludido no aparece del todo clarificado en el texto de 1911, aunque: «Sólo se puede hacer completa justicia a todos estos factores mediante un concepto de la enfermedad que postule la presencia de perturbaciones cerebrales (anatómicas o químicas); el curso del trastorno cerebral es crónico, en su mayor parte (...); el trastorno cerebral determina los síntomas primarios (...). En las exacerbaciones más severas, los síntomas psíquicos, tales como ciertos estados de confusión y estupor, son consecuencias directas del proceso cerebral. El resto de los síntomas psíquicos se desarrolla indirectamente, a modo de mecanismos anormales de la psique primariamente alterada, en cuanto, en especial, la afectividad obtiene primacía sobre las funciones lógicas debilitadas»<sup>20</sup>. En el informe de 1926, Bleuler no vacila en afirmar, sin aportar prueba alguna para ello, que la esquizofrenia es una única enfermedad tanto desde el punto de vista clínico como del heredo-biológico, etiológico y anatómico. Estas afirmaciones y otras que podrán encontrarse en sus textos alejan decididamente a Bleu-

<sup>18</sup> E. BLEULER, *op. cit.*, p. 76.

<sup>19</sup> Una visión bien distinta del mismo problema es la desarrollada por Clérambault. Su Automatismo Mental se despliega únicamente a partir de los trastornos primarios del pensamiento. Diverge así de Bleuler, que considera los trastornos asociativos como uno de los tres síntomas fundamentales, y se aleja enormemente de Kraepelin, que se interesa por la psicosis cuando ya han irrupido y se han cronificado.

<sup>20</sup> E. BLEULER, *op. cit.*, p. 477.

ler de cualquier pretendida contaminación freudiana; su posición es la más común dentro del discurso psiquiátrico y la encontramos en autores de muy diversas raigambres: siempre los síntomas primarios son consecuencia directa del proceso orgánico generador, y los síntomas secundarios que colorean el cuadro clínico dependen de la «personalidad», la «psique», y otras expresiones similares, todas ellas inespecíficas.

Finalmente, la esquizofrenia «latente» aparece insustancialmente bosquejada al final del epígrafe referido a la esquizofrenia simple: «Hay también una esquizofrenia latente, y estoy convencido de que es la forma más frecuente (...). En esta forma podemos ver, en germen, a todos los síntomas y a todas las combinaciones de síntomas que están presentes en los tipos manifiestos de la enfermedad. Suscitan la sospecha de esquizofrenia personas que son irritables, extrañas, caprichosas, solitarias o exageradamente puntuales»<sup>21</sup>. Ante esta afirmación es fácil imaginar la pléyade de esquizofrénicos con los que nos codeamos a diario, y las consecuencias funestas que pudieran de ello derivar: sanitarias, políticas, judiciales, etc. Pero no vale la pena enfatizar estos aspectos que a más de uno le harán esbozar una sonrisa. Quizás importa más el desaguisado clínico que introduce cualquier patología sin límites precisos. Basta entretenerse un buen rato en tratar de dialogar con un psicótico para saber definitivamente que ni todo el mundo delira o alucina, ni todo el mundo tiene más o menos esquizofrenia. La psicopatología debe ser en esto absolutamente taxativa e intransigente, es decir: debe buscar las demarcaciones, las discontinuidades, las fronteras, las oposiciones entre estructuras y entre cuadros clínicos; el segundo paso, para no perderse y estancarse en filigranas nosotáxicas, es precisar las fronteras y las oposiciones mínimas con las que se pueda edificar un saber psicopatológico.

Consejo de Redacción (J. M.<sup>a</sup> A.)

<sup>21</sup> E. BLEULER, *op. cit.*, p. 252.