

Libros de **Cátedra**

Aportes interdisciplinarios en psicopatología

Tomo I: clínica de las psicosis
en la psiquiatría clásica

Julieta De Battista (coordinadora)

FACULTAD DE
PSICOLOGÍA

S
sociales


Editorial
de la Universidad
de La Plata



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE LA PLATA

APORTES INTERDISCIPLINARIOS EN PSICOPATOLOGÍA

TOMO I: CLÍNICA DE LAS PSICOSIS
EN LA PSIQUIATRÍA CLÁSICA

Julieta De Battista
(coordinadora)

Facultad de Psicología



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE LA PLATA



A los locos de todos los tiempos,
amos en la ciudad del discurso,
con la esperanza de que una escucha más advertida
no se deje embelesar por sus aparentes desatinos,
no ahogue su diferencia,
y reconozca al fin sus aportes.

Agradecimientos

Quiero agradecer a los creadores de la colección Libros de cátedra por esta oportunidad de publicar un material que nos permita mejorar la transmisión docente en la Universidad.

Agradezco especialmente a los docentes, adscriptos y auxiliares de la cátedra de Psicopatología I que se entusiasmaron con la propuesta y trabajaron con compromiso, dedicación y rigurosidad. Gracias por el trabajo, por el intercambio, los cuestionamientos y todo aquello que nos permite mantener viva la transmisión de nuestros propios interrogantes. Gracias especialmente a Julia Martín y Jesuán Agrazar que colaboraron con la revisión final del material.

Quiero agradecer también a la profesora Graziela Napolitano, quien durante muchos años de mi formación y la de mis colegas nos alentó a hacer una lectura sistemática y sostenida de los clásicos de la psiquiatría.

Un agradecimiento también para nuestros alumnos que año a año con sus inquietudes y sus preguntas aparentemente ingenuas nos comprometen a renovar nuestra práctica y a generar nuevas formas de hacerles llegar aquello que nos apasiona. A ellos está dirigido este libro, con la expectativa de que puedan apropiárselo y avanzar en el entendimiento del malestar esencial que aqueja a cada ser humano.

*Me concederán que en la naturaleza del trabajo psiquiátrico
no hay nada que pudiera rebelarse contra la investigación psicoanalítica.
Son entonces los psiquiatras los que se resisten al psicoanálisis, no la psiquiatría.
El psicoanálisis es a la psiquiatría lo que la histología a la anatomía:
ésta estudia las formas exteriores de los órganos;
aquella su constitución a partir de los tejidos y las células.
Es inconcebible una contradicción entre estas dos modalidades de estudio,
una de las cuales continúa a la otra.*

SIGMUND FREUD, CONFERENCIA 16. PSICOANÁLISIS Y PSIQUIATRÍA.

Comité editorial

Este libro fue evaluado y recomendado para su publicación por el siguiente Comité Editorial:

Prof. Dr. Marie-Jean Sauret

Profesor emérito de la Université de Toulouse (Francia). Doctor en Psicología (Université de Toulouse). Psicoanalista (Le Pari de Lacan). Investigador del Pôle Clinique psychanalytique du sujet et du lien social (LCPI). Autor de numerosos libros traducidos en varias lenguas: Croire? Approche psychanalytique de la croyance (Privat, 1982), De l'infantile à la structure (PUM, 1991), La psychologie clinique - histoire et discours (avec Christiane Alberti, PUM, 1993) La psychanalyse (Milan, coll. «Les Essentiels», 1996), Psychanalyse et Politique (PUM, 1998), Freud et l'inconscient (Milan, coll. «Les Essentiels», 1999) Lacan et le retour à Freud (Milan, coll. «Les Essentiels», 2000), L'effet révolutionnaire du symptôme (Érès, 2008), Malaise dans le capitalisme (PUM, 2009), Du divin au divan (avec Pierre Bruno, Érès, 2014), La bataille politique de l'enfant (Erès, 2017). Miembro fundador de la Association de psychanalyse Jacques-Lacan (APJL). Miembro del Comité de redacción de la revista *Psychanalyse Yetu* (Erès), miembro del Comité científico de diversas revistas de psicoanálisis y de clínica, director de colecciones (PUM, Érès.).

Prof. Dr. Antonio Quinet

Doctor en Filosofía (Université Paris-VIII), psiquiatra (Université Paris XIII) y psicoanalista. Profesor e investigador de la Maestría y del Doctorado en Psicoanálisis de la Universidad Veiga de Almeida (UVA) de Río de Janeiro. Editor de la revista francesa En-Jeu y de la revista brasileña Stylus. Autor de varios libros de relevancia en la formación psicoanalítica y universitaria, que han sido traducidos a varias lenguas, entre ellos: As 4 + 1 condições da análise, Os outros em Lacan, Teoria e clínica da psicose, A descoberta do inconsciente, Psicose e laço social, Édipo ao pé da letra, Um olhar a mais - ver e ser visto na psicanálise, Le plus de regard, entre otros.

Prof. Dr. María de los Ángeles Gómez Escudero

Doctora en Medicina (Université de Paris V). Psicoanalista. Consultora de la UNESCO e investigadora asociada del INSERM. Profesora e investigadora del Departamento de Psicología de la University of Puerto Rico. Docente de la Universidad Iberoamericana (México), catedrática

del Programa Graduado de Ciencias de la Conducta de la Universidad Interamericana de Puerto Rico, y del Departamento de Medicina Interna de la Universidad Central del Caribe. Miembro del comité editorial de la revista Intervalo. Coordinadora del libro El psicoanálisis: una experiencia por venir, publicado por Editorial Fundamentos de España. Autora de múltiples presentaciones y publicaciones en revistas especializadas.

Prof. Mg. Gloria Peláez Jaramillo

Profesora titular e investigadora de la Universidad de Antioquía (Colombia). Psicoanalista. Magister en Filosofía (Instituto de filosofía Universidad de Antioquía, Medellín), Especialista en familia (Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín). Psicóloga (Universidad de San Buenaventura, Medellín); Psicoanalista. Decana de la Facultad de ciencias sociales y humanas de la Universidad de Antioquia 2013-2016. Miembro fundadora del grupo de investigación Psyconex-psicología, psicoanálisis y conexiones, categoría C, grupo reconocido por Colciencias.

Prof. Dr. David Bernard

Maître de conférences en Psicopatología (Université Rennes 2), habilitado para dirigir investigaciones. Responsable del grupo de investigación "Clinique de la langue dans la modernité" (Laboratoire "Recherches en psychopathologie: nouveaux symptôme et lien social", EA4050). Doctor en Psicopatología, Université de Toulouse. Maître de Conférences (Université de Rennes). Autor del libro "Lacan et la honte" y director de la obra colectiva: "Lacan avec Wedekind. Une autre lecture de l'adolescence", Presses Universitaires de Rennes (PUR), 2019. Autor de numerosas publicaciones en revistas de la especialidad, entre ellas: "Adolescence et savoir parental", "A marca do desejo parental», «Schreber et la musique», "Le capitalisme et la honte", "Honte et paranoïa".

Índice

Presentación _____	13
---------------------------	----

Julieta De Battista

PRIMERA PARTE

La medicalización de la locura

Julieta De Battista (Coordinadora)

Capítulo 1

Saber-poder en el origen de la psiquiatría _____	19
--	----

Julieta De Battista

Capítulo 2

Breves apuntes sobre los asilos en Buenos Aires _____	26
---	----

Nicolás Campodónico y Mariana Dinamarca

SEGUNDA PARTE

Paradigmas en la psiquiatría

Sergio Zanassi (Coordinador)

Capítulo 3

Introducción. Una periodización posible _____	39
---	----

Sergio Zanassi

Capítulo 4

Primer paradigma: la alienación mental (1793-1854) _____	44
--	----

Sergio Zanassi, Jesuán Agrazar y Julieta De Battista

Capítulo 5

Segundo paradigma: las enfermedades mentales (1854-1926) _____ 63

Jesúan Agrazar, Martina Fernández Raone y Julieta De Battista

Capítulo 6

Tercer paradigma: estructuras psicopatológicas (1926-1977) _____ 79

Martina Fernández Raone, Mercedes Kopelovich y María Ester Hoggan

Capítulo 7

Aportes, conclusiones y discusión _____ 92

Julieta De Battista, Sergio Zanassi y Jesúan Agrazar

TERCERA PARTE

Fenómenos elementales

Julieta De Battista (Coordinadora)

Capítulo 8

Introducción _____ 97

Julieta De Battista

Capítulo 9

Alucinaciones _____ 101

Mariana Dinamarca y Julieta De Battista

Capítulo 10

Automatismo mental _____ 113

Jesica Varela y Julieta De Battista

Capítulo 11

Interpretación _____ 124

Julieta De Battista

Capítulo 12

Lacan y los fenómenos elementales _____ 137

Julieta De Battista

Capítulo 13

Aportes, conclusiones y discusión _____ 154

Julieta De Battista

CUARTA PARTE

Paranoias

Julia Martin (Coordinadora)

Capítulo 14

Introducción _____ 158

Julia Martin y Nicolás Maugeri

Capítulo 15

La definición clásica de la paranoia _____ 163

Julia Martin, Nicolás Maugeri y Analía Regairaz

Capítulo 16

Formas paranoicas de la experiencia _____ 177

Julia Martin, Jesica Varela y Nicolás Maugeri

Capítulo 17

Aportes, conclusiones y discusión _____ 199

Julia Martin

QUINTA PARTE

Melancolías, manías y formas mixtas

Luis Volta (Coordinador)

Capítulo 18

Introducción _____ 205

Luis Volta

Capítulo 19

Melancolías sin delirio y melancolías delirantes _____ 209

Selika Ochoa de la Maza y Julieta De Battista

Capítulo 20

Formas alternantes de manía y depresión _____ 230

Anahí Erbetta, Juan Manuel Blanco y Julieta De Battista

Capítulo 21

La temporalidad en manía y melancolía _____ 246

Luis Volta y Anahí Erbetta

Capítulo 22

Aportes, conclusiones y discusión _____ 264

Julieta De Battista

SEXTA PARTE

Esquizofrenias

Mercedes Kopelovich y María Romé

Capítulo 23

Introducción _____ 267

Mercedes Kopelovich y María Romé

Capítulo 24

La demencia precoz en Kraepelin _____ 270

María Romé y Mercedes Kopelovich

Capítulo 25

El grupo de las esquizofrenias en Bleuler _____ 286

Mercedes Kopelovich y María Romé

Capítulo 26

Los aportes fenomenológicos a la esquizofrenia _____ 297

María Romé y Mercedes Kopelovich

Capítulo 27

Aportes, conclusiones y discusión _____ 308

Julieta De Battista

SÉPTIMA PARTE

Psicosis tóxicas

Claudio Fontana y Martín Saltzman

Capítulo 28

Episodios psicóticos causados por tóxicos _____ 310

Claudio Fontana y Martín Saltzman

OCTAVA PARTE

Psicofarmacología clínica

Pedro Damián Gargoloff

Capítulo 29

Introducción _____ 326

Capítulo 30

Antidepresivos _____ 330

Capítulo 31

Antipsicóticos _____ 335

Capítulo 32

Estabilizadores del ánimo _____ 341

Capítulo 33

Ansiolíticos _____ 346

Capítulo 34

Psicoestimulantes, drogas para demencias y adicciones _____ 351

Capítulo 35

Normativas para el tratamiento _____ 355

Glosario de autores de la psiquiatría clásica _____ 373

Los autores _____ 376

CAPÍTULO 26

Aportes fenomenológicos a la esquizofrenia

María Romé y Mercedes Kopelovich

La esquizofrenia como proceso en Jaspers

En el período de entreguerras en Europa, entre principios de la década del veinte y fines de la del treinta, adquieren trascendencia dos corrientes en la psiquiatría. Por un lado, la corriente organicista, que no se resigna a perder su lugar dentro de la ciencia médica, tratando de hacer de la psicopatología una ciencia del cerebro. Esta corriente se basa en el avance de la neurología para abordar la esquizofrenia, que es pensada entonces como una alteración química cerebral. Y por el otro, la corriente psicopatológica, que recurre a los desarrollos de la filosofía y trata de superar el reduccionismo biologicista.

Ante la crisis del paralelismo psicofísico y su imposibilidad de demostrar una base orgánica en todas las enfermedades mentales, empieza a ganar importancia en este período de entreguerras la explicación del surgimiento de los síntomas a partir de factores psicógenos. Junto con esto, así como en el paradigma anterior había predominado el interés por el estudio de la paranoia, en este nuevo período se arriba al apogeo de la esquizofrenia, principalmente a partir de los desarrollos de Bleuler que ya trabajamos en el capítulo anterior. Vamos a abocarnos en este contexto a los aportes de Jaspers en Alemania y de Minkowski en Francia.

Comenzaremos entonces por retomar los desarrollos de Jaspers y sus planteos en torno a la esquizofrenia.

Por su formación en filosofía, Jaspers se inscribe en la corriente fenomenológica, que consiste en un método y en un programa de investigaciones basado en la captación intuitiva de los fenómenos, considerando a todos los contenidos de la conciencia tal como aparecen, tal y como son dados a la experiencia del enfermo. En este contexto, Jaspers propone la comprensión y la explicación como recursos metodológicos para captar y/o explicar la patología mental. Esta metodología le permite organizar el campo clínico en desarrollos de la personalidad (completamente comprensibles) y procesos (incomprensibles y por lo tanto explicables). Entre éstos últimos Jaspers incluye a la esquizofrenia.

En tanto proceso, las esquizofrenias son para Jaspers perturbaciones mentales que no son comprensibles, es decir que, como observadores somos incapaces de representarnos una experiencia psíquica tal, puesto que es expresión de una ruptura en el encadenamiento del sentido. Su curso se caracteriza por brotes, que marcan el comienzo de un conjunto de sínto-

mas de la crisis aguda, pero que persisten sin embargo bajo la forma de una alteración duradera de la personalidad del paciente, de manera que ya no volverá a ser como antes del brote. Como también lo había señalado Bleuler, no hay *restitutio ad integrum*. La esquizofrenia es el ejemplo paradigmático de un comienzo por brote: tras la irrupción en un tiempo corto y localizable del conjunto de síntomas característicos, con frecuencia aparece un deterioro del funcionamiento previo del sujeto, con apatía, abulia, embotamiento afectivo.

Antes de situar los síntomas que Jaspers ubica como propios de la esquizofrenia, recordamos que tanto las fases como los brotes caracterizan a los procesos y que estos últimos escapan en su mayor parte a la comprensión, son incomprensibles y por lo tanto explicables causalmente por mecanismos extra-conscientes. Sin embargo, es preciso mencionar que puede haber manifestaciones comprensibles en el curso de los procesos. Por lo tanto, no sería correcto establecer una equivalencia entre desarrollos y lo comprensible por un lado, y procesos y lo incomprensible por otro.

Si bien los desarrollos son comprensibles y no explicables causalmente, los procesos en cambio son incomprensibles en su inicio, pero en su evolución pueden presentar manifestaciones que sean abordables por la comprensión. Por ejemplo, luego de ocurrido un brote puede suceder que la evolución del cuadro tome una forma delirante, al modo de una elaboración. Para Jaspers, en esta elaboración delirante se pueden establecer relaciones comprensibles de contenido, o bien comprender que alguien que cree ser perseguido, tenga temor. Destacamos entonces que para Jaspers ambos, tanto la comprensión como la explicación, son necesarios en el estudio de las perturbaciones mentales.

¿Cuáles son entonces los síntomas de la esquizofrenia para Jaspers? Al conjunto de síntomas de los procesos de la esquizofrenia Jaspers lo llama "**complejo sintomático de la vida psíquica loca**" (Jaspers, 1913: 665). Retomando a Kraepelin, los divide en: complejo sintomático paranoide y complejo sintomático catatónico.

Comencemos por situar los síntomas que constituyen el **complejo sintomático paranoide**. Un fenómeno propio de este complejo son las experiencias o "vivencias delirantes primarias" (Jaspers, 1913: 113), las matrices de las ideas delirantes verdaderas.¹⁵⁶ Las vivencias delirantes primarias refieren a la irrupción de una nueva significación del mundo; se trata de un sentimiento de extrañeza que conlleva un gran sufrimiento para quien lo padece: "Aparecen en los enfermos sensaciones primarias, sentimientos vivaces, cogniciones [*Bewusstheiten*]" (Jaspers, 1913: 113). Se trata de un "temple delirante" que supone un "algo", una X mórbida como solía decir Lacan, que en principio es una sensación enteramente oscura, enigmática que sume al enfermo en la perplejidad. Esta vivencia inicial es germen de nuevas significaciones e ideas delirantes que aliviarán al enfermo en tanto abrochan cierto sentido.

Jaspers destaca tres tipos de **vivencias delirantes primarias**: las percepciones delirantes, las representaciones delirantes y las impresiones o cogniciones delirantes (experiencia del fin del mundo, sentimiento de ser seguido). Las percepciones delirantes "van de la significación oscura al claro delirio de observación y autorreferencia" (Jaspers, 1913: 114). Es decir, tales

¹⁵⁶ Cf. con el capítulo 11.

percepciones serían las que están al inicio. Se experimenta directamente la significación, sobre la base de una percepción que no está alterada en su funcionamiento. Por su parte, las representaciones delirantes se presentan como "nuevas coloraciones y nuevas significaciones de los recuerdos de la vida; o como una ocurrencia repentina: yo podría muy bien ser el hijo del rey Luis; lo confirma un claro recuerdo, como el del desfile a caballo, hace decenios, ante el emperador" (Jaspers, 1913: 118).

Finalmente, las cogniciones delirantes refieren a aquellos fenómenos en los que los enfermos poseen el conocimiento de acontecimientos de gran importancia, sin que tal conocimiento esté articulado a vivencias sensibles precisas. Jaspers ilustra tales cogniciones con una viñeta clínica: "(...) una muchacha lee la Biblia. Lee sobre la resurrección de Lázaro. Ella misma se siente enseguida María, Marta es su hermana. Lázaro, el enfermo, su primo. Experimenta con toda vivacidad (sentimiento, no necesariamente vivacidad sensorial) el suceso que lee como vivencia propia." (Jaspers, 1913: 119).

Como dijimos, las vivencias delirantes primarias, son el germen de verdaderas ideas delirantes. Jaspers dice "verdaderas" o "auténticas", en tanto las ideas deliroides no estarían precedidas por vivencias delirantes primarias. Las ideas delirantes se caracterizan por ser juicios patológicamente falseados que se distinguen por: la convicción extraordinaria con una certeza subjetiva incomparable; la condición de no influenciados por la experiencia (con conclusiones irrefutables) y la imposibilidad de contenido. Jaspers señala que:

Por numerosos sucesos en el ambiente, que excitan la atención de los enfermos, son suscitados sentimientos desagradables, apenas comprensibles para nosotros. (...) Finalmente se vuelve enteramente claro esto para los enfermos. "Observan" que se habla de ellos, que se comete con ellos una injusticia. En formulación juiciosa, nace de estas vivencias, el delirio de referencia. (Jaspers, 1913: 664).

Además de las vivencias delirantes primarias y de las ideas delirantes verdaderas, Jaspers destaca como parte del complejo sintomático paranoide, la presencia de ciertas sensaciones corporales indescriptibles, anormales, para las que los esquizofrénicos utilizan términos totalmente nuevos, inventados.

Jaspers subraya también el **fenómeno de "lo hecho" o "lo fabricado"**, que se refiere a la experiencia radical de no pertenencia e imposición de ideas, percepciones y movimientos. A tales fenómenos puede seguirle el delirio de influencia en donde el enfermo afirme, por ejemplo, "ser puesto en un estado de ánimo". Finalmente, a aquellos síntomas destacados por Bleuler como correspondientes a la incidencia de la disociación o *Spaltung* -que se expresan por ejemplo en la incoherencia o la discordancia-, Jaspers los ubica en torno a un rasgo que sitúa en el registro del sentido: lo ininteligible, refiriéndose a la ausencia de la comunicación inmediata del sentido entre el esquizofrénico y los otros.

Por su parte, el **complejo sintomático catatónico** está constituido principalmente por síntomas motores entre los que destaca: el estupor, la excitación psicomotriz, los contrastes entre

movimiento e inmovilidad, las estereotipias y gestos o actitudes extrañas sostenidas; la obediencia automática; las acciones impulsivas repentinas y descargas motrices; y los trastornos del lenguaje como la repetición de palabras. Entre todos estos síntomas el estupor catatónico tiene un lugar destacado. Más precisamente el estupor se refiere a “(...) aquellos estados en que los enfermos, en reposo motor, sin hablar una palabra, y sin dar un signo comprensible de procesos psíquicos, quedan sin reacción ante todo ensayo de entrar en relación con ellos” (Jaspers, 1913: 669). Respecto a la excitación catatónica, es interesante la descripción de una paciente que refiere Jaspers, en la cual se evidencia que se trata de puro movimiento motriz sin articulación alguna con ideas o afectos:

Mi estado de ánimo durante la excitación no era de furor, no había en mí ningún estado de ánimo especial fuera del placer puramente animal del movimiento; no era la excitación maligna, como, por ejemplo, cuando se quiere asesinar a alguien; ¡lejos de ello! Una cosa en absoluto inconsciente (...) Sólo puedo compararlo con un potro salvaje. (Jaspers, 1913: 670).

A continuación, veremos qué recepción tuvieron las ideas de Bleuler en la escuela francesa de psiquiatría, con los aportes fenomenológicos de Minkowski y la novedad de la introducción de una concepción ya no sólo psicógena, psicodinámica y reaccional de la patología, sino también estructural.

La esquizofrenia como estructura psicopatológica

Como mencionamos en un apartado anterior, a partir de la década del veinte y sobre todo durante la del treinta del siglo XX, surgen en Europa -principalmente en Francia y Alemania, ciertas corrientes críticas con respecto a la semiología psiquiátrica clásica, a la que se oponen en diferentes puntos.

Por un lado, critican el carácter excesivamente fragmentario de su análisis, focalizado en síntomas concebidos como índices de procesos patológicos de fundamento orgánico. La psicología de las facultades retomada por los autores del paradigma de las enfermedades mentales implicaba cierta concepción atomista de lo mental que deja en un segundo plano el análisis del funcionamiento de un sujeto desde una perspectiva más holística e integradora. Por otro lado, estas corrientes critican la teoría de la constitución, al reivindicar la importancia de la historia individual, el valor de los acontecimientos vividos y considerar a la psicopatología a partir de la noción de estructura.

La noción de estructura fue introducida en la historia de la psicología por la teoría de la Gestalt o teoría de la forma, cuyos referentes demostraron inicialmente con sus estudios sobre la percepción humana que la misma no respondía a la noción clásica de la asociación de elementos más simples en unidades más complejas, sino que funcionaba como una totalidad organizada, cuyos elementos pueden definirse únicamente en sus relaciones de interdependencia.

"El todo es mucho más que la suma de las partes" fue el sintagma clásico de la teoría de la Gestalt que habría de incidir en la reconceptualización de la psicopatología.

Si bien estas corrientes críticas rescatan los aportes de la semiología psiquiátrica, al mismo tiempo buscan complementarla con un análisis psicopatológico, entendiendo por psicopatología "una disciplina que trascienda el análisis descriptivo, y llegue a determinar aquello que lo condiciona, el trastorno fundamental, la perturbación generadora, que no depende de facultades o funciones alteradas, sino que contempla la totalidad del funcionamiento psíquico del paciente" (Napolitano, 2000: 57).

Entre los representantes de este grupo, se destacan Minkowski y Biswanger.¹⁵⁷ A continuación, presentaremos los principales desarrollos de Eugène Minkowski con respecto a la esquizofrenia.

Minkowski, representante de la corriente fenomenológica de la psicopatología en el período de entreguerras, produjo una transformación en el campo de las psicosis al introducir la noción de esquizofrenia de Bleuler en la psiquiatría francesa. La conferencia sobre la esquizofrenia que Bleuler pronuncia en Francia en 1926 es el hito que Lantéri-Laura señala como la bisagra del cambio del paradigma de las enfermedades mentales al de las estructuras psicopatológicas. Como discípulo de Bleuler, Minkowski recuperó algunos de sus aportes clínicos y etiopatogénicos, y al mismo tiempo cuestionó su enfoque atomista y asociacionista, por perder de vista la organización estructural de la patología.

Crítico de toda concepción fragmentaria del hombre, sostuvo siempre que lo esencial para su conocimiento reside en considerarlo a través de la noción de totalidad. Tal perspectiva fenomenológica y estructural implica la descripción de estructuras fundamentales de la patología mental, entendida como un todo organizado a partir de una alteración generadora, que condiciona la semiología. En sus propios términos:

El síntoma extrae su sentido del fondo mental del que surge (...) La naturaleza y la significación de los fenómenos psicopáticos no pueden ser buscados únicamente en las perturbaciones de las funciones aisladas, ellas dependen aún más de fenómenos fundamentales a los que dichas perturbaciones se refieren directamente; por ello mismo, desbordan el plano constituido por estas perturbaciones y permiten sondear un trastorno subyacente mucho más profundo, que se refiere a la personalidad toda, afectada en su estructura y en su modo de existencia, de la que estas perturbaciones sólo serían la expresión, un revestimiento. (Minkowski, 1966: 23, 26).

A diferencia de los psiquiatras clásicos, Minkowski no se interesa por la etiología en términos anatomopatológicos, sino por el proceso que está a la base de las manifestaciones psicopatológicas. Se trata entonces, más allá de la perspectiva causal, de buscar los "fenómenos fundamentales", el trastorno generador:

¹⁵⁷ Los aportes de Binswanger y Minkowski con respecto a manía y melancolía se trabajan en el capítulo 21 de este libro.

La fenomenología nos invita a “demorarnos” en los fenómenos a fin de precisar sus rasgos fundamentales. Antes de conocer el origen, queremos saber en qué consisten esos fenómenos, cuáles son sus elementos que, cada uno en su especificidad, aportan a la estructura general de la existencia. La fenomenología se ubica así, de entrada, del otro lado de la perspectiva causal. (Minkowski, 1966: 42).

Desde esta propuesta, el autor aborda el estudio de la patología mental, especialmente de la esquizofrenia, en la que se propone encontrar un signo patognomónico, que sea al mismo tiempo un dato de la semiología que tenga significación a nivel de este proceso patológico global. Si bien formula críticas a la psiquiatría clásica, Minkowski no abandona la importancia de la semiología, sino que la considera como parte del proceso diagnóstico. El diagnóstico semiológico debe estar acompañado entonces, según el autor, de un “**diagnóstico ideo-afectivo**”, que tenga en cuenta el papel de los conflictos en la historia singular del enfermo, y de un “**diagnóstico estructural**”, que permita situar el trastorno fundamental generador de los síntomas.

Cabe señalar que Minkowski inicia su recorrido en un momento de expansión del psicoanálisis freudiano, del que recibió cierta incidencia que resulta visible por las críticas que le dirige. Entre sus críticas al psicoanálisis está su cuestionamiento al determinismo y sus diferencias con respecto a la teoría pulsional, que reformula en términos del “impulso vital”, destacando el papel de la dimensión irracional que condiciona la relación del hombre con el medio. Por otro lado, como buen discípulo de Bleuler, Minkowski critica a su maestro la extrapolación de los mecanismos freudianos para conceptualizar la compensación propia de la esquizofrenia.

Desde esta perspectiva fenomenológica, Minkowski aborda el estudio del cuadro al que consagra su texto de 1927, *La esquizofrenia*. Tomando el término propuesto por Bleuler para su denominación, Minkowski emprende un abordaje psicopatológico que corre del centro a la dimensión etiológica y clínico-evolutiva para interesarse por el proceso, el análisis psicológico y el comportamiento singular del sujeto.

Para el análisis psicológico, atiende por un lado al contenido de los síntomas, a partir de aportes que toma del psicoanálisis, como por ejemplo los conflictos psíquicos y los impulsos vitales en determinada situación. Al mismo tiempo, desde su enfoque fenomenológico de la estructura, se interesa por el estudio de la personalidad viviente y de su respuesta al medio a partir de sus funciones psíquicas.

De esta manera, Minkowski se interesa por el proceso que subyace a los síntomas de la esquizofrenia. Además de tal denominación, rescata de Bleuler la idea de la existencia de un trastorno generador y de una pérdida de la unidad interior, para conceptualizar la alteración inicial de la esquizofrenia que sitúa a nivel de la voluntad y de la afectividad, apreciación que comparte con Kraepelin y Bleuler. Tomando de Bergson la noción del “tiempo vivido”, elabora su concepción de una alteración fundamental de la esquizofrenia en términos de una “**pérdida del contacto vital con la realidad**”: perturbación esencial que no pretende nombrar la altera-

ción de una función aislada, sino un “eclipse subjetivo” que se produce a partir de cierto encuentro con el ambiente.

En su texto consagrado a la esquizofrenia de 1927, Minkowski introduce tal alteración, precisando los principales aportes en que se basa para conceptualizarla:

Respecto de muchos puntos me separo de Bleuler y, más particularmente, bajo la influencia de Bergson, veo la perturbación inicial de la esquizofrenia no en un relajamiento de las asociaciones, sino en la pérdida del contacto vital con la realidad; precisamente de esa pérdida de contacto trato de deducir los síntomas cardinales y las manifestaciones más características de la esquizofrenia. Pero no obstante esta divergencia, he seguido siendo un “discípulo” de Bleuler: marcho en el surco trazado por él. (Minkowski, 1927: 14).

Tal “contacto vital con la realidad” refiere, según el autor, al dinamismo de la vida del ser humano, a cierta dimensión de lo vivido que escapa al pensamiento racional, sino que depende de los “factores irracionales de la vida” (Minkowski, 1927: 59), de los impulsos vitales. En tal alteración convergen lo que Bleuler había concebido como consecuencia del trastorno asociativo: la ausencia de ideas directrices y de fines que orienten la acción, la falta de contacto afectivo -plasmada en la noción de autismo-. En términos de Minkowski (1927), “gracias a la noción de autismo los factores referentes a las relaciones con el ambiente comenzaron a desempeñar un papel cada vez más importante en su concepción” (p. 59). Es por esto que Minkowski le critica a Bleuler la consideración del autismo como un síntoma secundario, que no incluye al contacto vital con la realidad como un factor regulador esencial de la vida, al cual podrían subordinarse las otras funciones psíquicas.

La pérdida de contacto vital con la realidad, así como la disociación que la acompaña, están para Minkowski en la base del relajamiento asociativo y de los consecuentes síntomas propios de la esquizofrenia, que surgen de manera secundaria como respuesta al trastorno generador de la *Spaltung*. He aquí un ejemplo que da el autor de esta pérdida del contacto vital con la realidad que resulta fundamental en la esquizofrenia:

Todo está inmovilizado en torno a mí. Las cosas se presentan en forma aislada, cada una para sí, sin evocar nada. Algunas cosas que deberían formar un recuerdo, evocar una inmensidad de pensamientos, dar una descripción, permanecen aisladas. Son más bien comprendidas que experimentadas. Son como pantomimas, pantomimas que se harán mover en torno a mí, pero no me incluyo en ellas, permanezco fuera. Tengo mi juicio, pero me falta el instinto de la vida. Ya no logro dar mi actividad de una manera lo bastante vívida. Ya no puedo pasar de los sentimientos dulces a los sentimientos tensos y, sin embargo, no estamos hechos para vivir en el mismo tema. Perdí el contacto con todo tipo de cosas. Desapareció la noción de valor, la de la dificultad de las cosas. Ya no hay corriente entre ellas y yo, ya no puedo dedicarme a ellas. En torno a mí hay una fijeza absoluta. Tengo aún menos movilidad para el porvenir que para el presen-

te y el pasado. Hay en mí una especie de rutina que no me permite considerar el porvenir. El poder creador está abolido en mí. Veo el porvenir como una repetición del pasado. (Minkowski, 1927: 101).

Para poner a prueba este trastorno generador de la pérdida del contacto vital con la realidad, el autor recurre a la oposición fundamental, desarrollada por Bergson, entre “la inteligencia” y “el instinto” (Minkowski, 1927: 62). El autor considera que tales dimensiones de la vida psíquica funcionan en condiciones normales de manera armoniosa. Esta “armonía” o “consonancia” aparece entonces como su idea de normatividad. En palabras del autor:

En la vida, la inteligencia y el instinto, en otros términos, los factores de nuestro psiquismo referentes a lo sólido, a lo inerte, al espacio, por una parte, y aquellos referentes a la duración vivida, al dinamismo, por la otra, se penetran recíprocamente y forman un todo armonioso. (Minkowski, 1927: 63)

A diferencia de la perspectiva de Kraepelin, que pone el acento en el estatuto demencial y deficitario de esta entidad, Minkowski sostiene que en la esquizofrenia aparecen **mecanismos compensatorios** y que la inteligencia contribuye a los mismos.

La perturbación esencial no aparece en el plano intelectual o estático, sino en la dimensión instintiva o dinámica, que implica el contacto vital con la realidad. Al no encontrarse perturbada de manera primaria, la dimensión intelectual vendría a paliar el déficit de la vida instintiva. Para ello el sujeto recurre a criterios que en condiciones normales pertenecen al campo de la lógica y de las matemáticas, pero que, en estas condiciones patológicas, los llevan a incurrir en el absurdo y en el error. Minkowski da cuenta de esta concepción no deficitaria a través de diversas viñetas clínicas, algunas de las cuales reproducen los dichos de los pacientes, como las que siguen:

Aparte de la razón, que no ha sufrido y está intacta, todo el resto está en un desorden completo. He suprimido la afectividad, como lo he hecho con toda la realidad. Existo en cuanto cuerpo, pero no tengo ninguna sensación interna de la vida. Ya no siento las cosas. Ya no tengo sensaciones normales. He suplido esa falta de sensaciones por la razón (...) Desde mi enfermedad me ha sucedido suprimir la impresión del tiempo. El tiempo no cuenta para mí. Pongo un tiempo infinito en realizar el menor acto de la vida corriente (...) Siento que razono bien, pero en el absoluto, porque he perdido el contacto con la vida (Minkowski, 1927: 119).

Esta relación perturbada entre las dimensiones instintiva e intelectual implica para este autor el surgimiento de dos fenómenos característicos del pensamiento esquizofrénico, que actuarían como compensaciones de esta pérdida del contacto vital con la realidad: **el racionalismo y el geometrismo mórbido**.

Se trata en ambos de formas puras de la inteligencia que implican un uso abusivo del orden espacial, para tratar de compensar el déficit del orden dinámico o instintivo, producto de la pérdida del contacto vital con la realidad. Ante la perturbación del dinamismo, el sujeto se encuentra sometido, en su pensamiento y en sus acciones, a criterios rígidos de la lógica y de la matemática: "Cierta deficiencia del factor intuitivo-afectivo podrá ser compensada en alguna medida por la inteligencia." (Minkowski, 1966: 95).

Este tipo de compensación intelectual da al pensamiento un aspecto pseudo-obsesivo y llama la atención porque parece haberse perdido "esa fibra sensible que nos permite vibrar al unísono con nuestros semejantes, que nos vincula con la personalidad íntima de cada uno de ellos, que permite compenetrarnos con ellos y sentirnos uno con ella. El contacto personal está roto." (Minkowski, 1927: 111). Sin embargo, una diferencia importante con los obsesivos es que los enfermos no quieren liberarse de estas obsesiones, sino que las aceptan, quieren mantenerlas y justificar ante los otros su necesidad y legitimidad.

Para ejemplificar tales fenómenos, resultan ilustrativas las viñetas clínicas presentadas por Minkowski: "Una esquizofrénica avanzada se entretiene en hacerse sombreros. Su forma extravagante permite por sí sola dar el diagnóstico. Tiene dieciséis de ellos. Un día, no puede encontrar dos de sus sombreros. Decide entonces romper, como medida de represalia, los 2/16 de la vajilla de su madre". (Minkowski, 1927: 119).

O el siguiente:

Un 'pequeño' racionalista mórbido gasta mucho tiempo y energía para establecer un programa que regule el empleo del tiempo estrictamente, hasta el minuto. Tanto es así que decide acordarse dos minutos para componer su arreglo personal antes de cada comida. Este programa peca de exceso de precisión. Es imposible realizarlo. Nuestro enfermo se muestra seriamente contrariado por ello. El mismo enfermo prefiere conservar las botellas de los medicamentos empleados, para tener así una huella de las cosas que desaparecen con el tiempo. Igualmente está fastidiado por sentirse mejor un día en que, según sus cálculos, habría debido estar fatigado. 'Esto no es lógico', nos dice. (Minkowski, 1927: 120).

La dinámica de la vida mental se rigidiza en rutinas y procedimientos que deben cumplirse al detalle y que pueden confundirse con ceremoniales, por ejemplo:

Practicaba, hasta junio pasado, una disciplina impersonal, pero muy firme y confiada en la autoridad que confiere la dignidad de la conducta, resultante de la dignidad de los pensamientos. Apasionado por la lógica, había acallado durante un año mis tendencias idealistas, para emplear una disciplina militar, que me parecía un deber profesional y consistente en la imposición de severas sanciones. (Minkowski, 1927: 109).

Otro enfermo descrito por Minkowski, compensa el trastorno esencial de la pérdida del contacto vital con la realidad a través de un pensamiento con las características del geometrismo mórbido. El paciente está muy preocupado por las construcciones desde la adolescencia, comienza a volverse obsesivo con ellas, duda de la solidez de las paredes:

Me atormentaba - escribe en su biografía, a propósito de las bóvedas de las iglesias, no aceptaba que se hiciera cargar todo el peso sobre las nervaduras y los pilares, al igual que sobre una piedra angular. Todo esto sólo podía fallar. Tampoco aceptaba el cemento entre las piedras talladas, porque constituía para ellas un punto de apoyo frágil que aplastaban. Me decía que las casas se sostenían sólo debido a la atracción terrestre. Y llegué a dudar de mis sensaciones. (Minkowski, 1927: 114).

Más adelante, este mismo paciente se ve embargado por una "manía de la simetría" que toma toda su actividad: se mira al espejo hasta obtener una posición de simetría absoluta para su cuerpo, investiga la diferencia entre meter las manos en bolsillo rectos o bolsillos al bies, concluyendo que en los primeros el cuerpo puede establecer una relación de paralelismo. Este enfermo afirma:

El plan lo es todo para mí en la vida (...) Por ninguna razón quiero alterar mi plan, preferiría perturbar la vida que el plan. Es la afición por la simetría, por la regularidad lo que me atrae hacia mi plan. La vida no muestra ni regularidad, ni simetría y por eso fabrico la realidad (...) Busco la inmovilidad - nos declara-. Tengo tendencia al reposo y a la inmovilización. También tengo en mí la tendencia a inmovilizar la vida a mi alrededor. Por ello me gustan los objetos inmutables, las cajas y los cerrojos, las cosas que están siempre ahí, que jamás cambian. La piedra es inmóvil; en cambio, la tierra se mueve; no me inspira ninguna confianza. Doy importancia sólo a la solidez. (Minkowski, 1927: 115-116).

Vemos entonces que Minkowski va más allá de una concepción deficitaria de la psicosis, en tanto identifica ciertos mecanismos de compensación, que se activan ante el proceso disociativo. En sus palabras:

Compensar quiere decir balancear una pérdida con una ganancia, un mal con un bien. La compensación desborda de este modo lo patológico; no todo mal ni toda pérdida son de naturaleza mórbida. Un fracaso en un dominio de la vida puede ser contrabalanceado por un éxito en otro; en ocasiones incluso, el individuo concentrará sobre éste toda su atención en detrimento de aquél. (Minkowski, 1966: 93).

Sin embargo, tal compensación puede llevarse al extremo de resultar exagerada hasta el absurdo, de manera tal que puede tornarse ella misma fuente de padecimiento. "En todos los casos, cuando un aspecto de la vida se deja de lado de modo excesivo en provecho de otro, el

damnificado puede tomarse su revancha. La compensación es un factor positivo, un factor de equilibrio; la sobrecompensación presenta escollos.” (Minkowski, 1966: 93). Así, Minkowski destaca que esta compensación de la falta de contacto vital puede hipertrofiarse, dificultando aún más las relaciones con los demás.

Aun así, diferenciándose del pesimismo de Kraepelin con respecto al tratamiento de la demencia precoz, Minkowski desarrolla una terapéutica posible para la esquizofrenia, basada en el supuesto de la posibilidad de restitución de la pérdida del contacto vital con la realidad, a partir de la relación del paciente con la figura del médico. En palabras del autor:

El tratamiento tendrá por objetivo conducir al enfermo a darse cuenta de que vive y reacciona bajo el signo de lo falso y de lo artificial. Allí el médico tropezará necesariamente con la resistencia del enfermo, quien, llegado el caso, recurrirá a su tendencia a la depreciación. (...) El tratamiento tendrá por objetivo actualizar todos esos factores, revisar el plan de vida, liberar así al individuo no solamente de algo, sino incluso y sobre todo a la vista de algo. Las asociaciones libres y los sueños serán utilizados, pero su interpretación se hará bajo el signo de un intento más o menos fallido al comienzo de la toma de posición frente al porvenir inmediato. (Minkowski, 1966: 111).

Referencias bibliográficas

- Bercherie, P. (1981). *Los fundamentos de la clínica: historia y estructura del saber psiquiátrico*, Buenos Aires: Manantial, 2009.
- Jaspers, K. (1913). *Psicopatología general*. México: Ed. Fondo de cultura económica, 1993.
- Lantéri-Laura, G. (2000). *Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna*, Madrid: Editorial Triacastela.
- Minkowski, E. (1966). *Tratado de psicopatología*. En G. Napolitano et al. *Perspectivas fenomenológicas en Psicopatología*. La Plata: De la campana, 2007, p. 17-116.
- Minkowski, E. (1927). *La esquizofrenia*. Buenos Aires: Paidós, 1960.
- Napolitano, G. (2000). *El nacimiento de la psicopatología en la historia de la Psiquiatría*. La Plata: De La Campana, 2004.