

CAPÍTULO 25

El grupo de las esquizofrenias en Bleuler

Mercedes Kopelovich y María Romé

La crítica a la definición de Kraepelin

Bleuler se convirtió en el principal crítico de las ideas de Kraepelin, aunque le reconoce que el haber aislado a la demencia precoz como verdadera enfermedad mental fue un progreso mayor incluso al obtenido por Bayle con la PGP. Sus tesis acerca de la superestructura psicógena de la esquizofrenia -construidas en interlocución con el psicoanálisis- produjeron un cambio notable en el modo de concebir la causalidad de estas afecciones.

Eugen Bleuler nació en el año 1857, en Suiza. Estudió psiquiatría con Charcot y Magnan y más tarde con Forel en Zurich, en la clínica Universitaria de Burghölzli. Luego trabajó con Jung en Suiza; es a través de él que conoce las ideas de Freud y que toma algunos de sus desarrollos. Su rol como director del Burghölzli le otorgó un papel político de relevancia en la difusión de las nuevas ideas.

En su libro *La Demencia Precoz. El grupo de las esquizofrenias*, de 1911, cuestiona la definición de Kraepelin y centra su crítica en dos puntos: la idea de un comienzo temprano, y el inexorable deterioro progresivo con culminación en demencia. Sostiene en cambio que algunos casos se recuperan. Hay por lo tanto algunos casos incurables y otros con desenlaces más favorables. De esta manera, Bleuler ataca directamente el nombre que había elegido Kraepelin para la enfermedad al situar que no siempre ésta aparecía a temprana edad, y que no en todos los casos culminaba en demencia. Es decir, que no en todos los casos se comprobaba esa tendencia a un completo deterioro, aunque persistieran síntomas residuales de la enfermedad.

Ni demencia ni precoz, Bleuler advierte la importancia de cambiar el nombre de esta afección, ya que el elegido por Kraepelin no permitía nombrar a la enfermedad ni permitía utilizarlo como adjetivo. Además, la demencia precoz sólo nombra para Bleuler a un conjunto de síntomas, pero no al verdadero proceso patológico de la enfermedad. El nombre que propone Bleuler, en cambio, es “esquizofrenia”. Y da incluso, un paso más: no habla de *la* esquizofrenia en singular, sino que propone “el grupo de las esquizofrenias”, atendiendo a la variedad clínica que comprende la entidad: se trata de un grupo amplio de enfermedades que incluye cuadros muy diversos entre sí. Bleuler da entonces su propia definición, entendiendo que el complejo sintomático actúa como un todo:

Con el término ‘demencia precoz’ o ‘esquizofrenia’ designamos a 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, los sentimientos y la relación con el mundo exterior, que en ninguna otra parte aparece bajo esta forma particular (Bleuler, 1911: 15).

¿De qué forma se trata? De la “esquicia”, la fragmentación, la división, la ***Spaltung***, el desdoblamiento de las funciones psíquicas. La personalidad pierde su unidad interior y las asociaciones quedan a merced de complejos cargados afectivamente, que no logran integrarse para obtener un resultado unificado, sino que dominan a la personalidad y segregan a otros sectores del pensamiento. Este desdoblamiento de las funciones psíquicas sería la consecuencia de un proceso orgánico, un proceso cerebral esquizofrénico.

La esquizofrenia es para Bleuler una ***afección fisiógena*** con una ***superestructura psicógena***. Como se desarrolló en el sexto capítulo de este libro, las elaboraciones de Bleuler inauguran una nueva forma de entender la patología mental a partir de cuestionar el paralelismo psicofísico por la inclusión de hipótesis psicodinámicas, en un intento de resolución de los problemas propios del paradigma de las enfermedades mentales y su delimitación de “verdaderas enfermedades” clínico-evolutivas.

La idea rectora común en este paradigma es que el conjunto sintomático requiere de una hipótesis que los unifique en un proceso patológico, en este caso la *Spaltung*. Es decir, “Se opone a la tendencia antigua que buscaba establecer correlaciones estáticas entre los síntomas y las lesiones, conforme al espíritu de la medicina anatomoclínica del siglo pasado” (Ey, 1967: 509). Bleuler incluye un orden de causación que no es solamente orgánico, sino que contempla como factores a los acontecimientos, la situación vital del enfermo y sus reacciones ante los procesos patológicos: factores psíquicos. Esta concepción marca una ruptura con el paradigma de las enfermedades mentales y abre la puerta a las innovaciones venideras del paradigma de las estructuras psicopatológicas.

A diferencia de Kraepelin, Bleuler le otorga especial importancia al ***criterio psicopatológico*** en dos niveles: ***descriptivo*** y ***dinámico***. A nivel descriptivo, retoma los desarrollos del asociacionismo, en tanto supone que las ideas se organizan jerárquicamente en función de una representación-fin a la que se articulan ideas subordinadas. A esto agrega una peculiar lectura de los mecanismos freudianos para describir la dinámica de los fenómenos psicopatológicos y jerarquiza así la importancia causal de los complejos afectivos. De esta forma, se separa del proceder de Kraepelin, quien se valía de un criterio psicopatológico descriptivo, pero que no contemplaba la dinámica psíquica.

La distinción de los síntomas: diagnóstico y causa

Respecto a la descripción clínica de la esquizofrenia, Bleuler conserva la distinción entre **síntomas fundamentales** y **accesorios** realizada por Kraepelin, aunque los redefine, y propone otra entre síntomas primarios y secundarios. Los síntomas fundamentales son específicos de la esquizofrenia, se encuentran en todos los casos, en todas las formas clínicas y en todos los períodos de la enfermedad. Son por lo tanto síntomas permanentes y patognomónicos de la enfermedad, la definen, son aquellos que nos orientan respecto a que se trata de la esquizofrenia y no de otra afección. Los síntomas accesorios, en cambio, no son síntomas cardinales de la enfermedad, sino que pueden estar presentes o no. La distinción entre síntomas fundamentales y accesorios se realiza en función de definir el diagnóstico.

Por otro lado, los **síntomas** pueden ser **primarios** o **secundarios** en función de su relación –directa o indirecta– con la causa de la enfermedad. Al respecto, Bleuler afirma: "distinguímos los síntomas que surgen directamente del mismo proceso patológico, de los síntomas secundarios que sólo comienzan a operar cuando la psique enferma reacciona ante algunos procesos internos o externos" (Bleuler, 1911: 361). Los síntomas primarios son fisiógenos, dependen directamente de la causa orgánica, en cambio los síntomas secundarios son psicógenos. Destacamos la importancia que cobra en esta concepción la incidencia de la **reacción psicológica** como causa de los síntomas. Para explicarlo, Bleuler toma el ejemplo de la osteomalacia, una enfermedad caracterizada por la disminución del calcio en los huesos:

(...) los procesos químicos y fisiológicos, incluyendo la descalcificación de los huesos, constituyen el proceso patológico. La fragilidad de los huesos es una consecuencia directa de los cambios que se producen en ellos. En cambio, una fractura o comba del hueso solamente se producirá debido a la acción directa de fuerzas exteriores. Esas manifestaciones subsiguientes a la enfermedad no son consecuencias del mismo proceso patológico, sino más bien de la respuesta alterada de los huesos ante influencias accesorias. (Bleuler, 1911: 361).

En este sentido, en las esquizofrenias, los síntomas secundarios no guardan relación directa con la causa, ya que se originan por la reacción de la psique ante la incidencia del proceso patológico. Veremos entonces que un mismo síntoma puede ser definido como fundamental o accesorio y, a la vez, como primario o secundario. Pasemos a la descripción de los síntomas para localizar lo que acabamos de decir.

Entre los **síntomas fundamentales** para el diagnóstico encontramos:

- los trastornos en las asociaciones
- los trastornos de la afectividad
- el autismo

- la ausencia de trastornos en la orientación témporo-espacial, la percepción o la memoria.¹⁵⁰

A diferencia de Kraepelin, Bleuler ya no otorga tanta preponderancia a la afección de la voluntad y se focaliza mucho más en el trastorno de las asociaciones, a cuyas variedades de manifestación dedica gran parte de su libro.

Trastornos de las asociaciones

Los trastornos de la asociación se refieren a una perturbación particular del curso del pensamiento caracterizada por un relajamiento de las asociaciones habituales. Las asociaciones pierden su continuidad: se interrumpen o fluyen excesivamente. Por momentos, los enfermos presentan un "ímpetu ideacional patológico" (Bleuler, 1911: 40), una "insensata compulsión a asociar" (p. 35) que hace que sus mentes se desborden de pensamientos (*premura en el pensar*), no puedan retener nada y tengan la sensación de una influencia ajena que los fuerza a pensar. Un paciente decía "En mi mente se sucedía como el interminable movimiento de un reloj, una compulsiva, torturante e ininterrumpida secuencia de ideas" (Bleuler, 1911: 40).

Se producen asociaciones que resultan extrañas para las personas no esquizofrénicas: **asociaciones ilógicas**, extravagantes, por el sonido o condensación de asociaciones, por ejemplo: "Las montañas delineadas en las dilataciones del oxígeno son hermosas" (Bleuler, 1911: 26), "El orgullo suizo debe estar justificado. Salu K... yo soy la monja. Si eso basta, todavía eres de él. Ese es un bravo caballero, tómalo como esposo. Carolina, bien lo sabes, aunque tú eres mi señor, fuiste sólo un sueño." (Bleuler, 1911: 28). En el caso de la condensación de asociaciones, dos ideas sin relación entre sí pueden contraerse en una sola por acción de los complejos y funcionar al modo de **palabras-percheros**, de las que se "cuelgan" varias asociaciones. Por ejemplo, una paciente que llama al escarabajo "pájaro-escarabajo" porque antes se le mostró un pájaro.

Bleuler insiste en que hay que diferenciar la fuga de ideas maníaca¹⁵¹ del flujo de ideas esquizofrénico o **pseudo- fuga de ideas**. En este último caso, si bien las ideas son correctas, el sentido se pierde porque el esquizofrénico se extravía en asociaciones laterales y no se produce una unificación de las asociaciones en función de la representación fin: "Parece como si las ideas de una cierta categoría (...) fueran arrojadas en una olla, mezcladas y a continuación extraídas al azar, y ligadas entre sí por una forma meramente gramatical." (Bleuler, 1911: 23). En los casos más extremos, tales trastornos en las asociaciones se presentan directamente como "**confusión en el habla**". La misma, "Es el resultado de las diversas perturbaciones mentales elementales, que han alcanzado finalmente tal grado de intensidad, que se han per-

¹⁵⁰ La ausencia de estos síntomas es importante en el diagnóstico diferencial con las psicosis orgánicas y tóxicas. Véase la séptima parte de este libro.

¹⁵¹ Véase el capítulo 20 y 21 de este libro para una descripción de la fuga de ideas maníaca.

dido por completo las conexiones o relaciones, para el paciente, para el observador, o para ambos" (Bleuler, 1911: 39).

Estos trastornos en las asociaciones producen una **disgregación** respecto a la representación fin: las asociaciones aparecen interrumpidas en su hilo y pierden continuidad. Habitualmente, la representación-fin es aquella que está en la base de la cadena asociativa en el pensamiento lógico. No pensamos utilizando ideas aisladas, sino que recurrimos a una compleja jerarquía de ideas compuesta por objetivos menores que se subordinan a la idea del objetivo final. En la esquizofrenia, según Bleuler, se pierde esa jerarquía, esa dirección que ejerce la representación fin. Encontramos entonces una especie de asociación liberada de la jerarquía de ideas y de la representación fin, donde cada complejo se manifiesta de forma autónoma, sin integración suficiente, imantando el hilo de las asociaciones. Así, ante la pregunta "¿En qué se parecen una manzana y una pera?", una paciente responde: "Amarilla y roja, son gigantes. Naranja para el invierno. Manzana roja si se pudre se tira. Ciruela. Me gustan las ciruelas."

En otros casos, el trastorno en las asociaciones de ideas se manifiesta en **obstrucciones o blocking**, en las que la actividad asociativa se detiene por completo, en forma súbita, y cuando se reanuda frecuentemente el pensamiento que emerge no tiene relación con el anterior. El pensamiento se coagula, se congela y el paciente queda privado de pensar, como si se hubiera cerrado la llave de paso. También pueden presentarse **fenómenos de cesura** o saltos repentinos en las asociaciones que rompen la ilación de ideas al desconectar los hilos asociativos y producir un pensamiento incoherente y disociado. Se aprecia también una **tendencia a la estereotipia** que puede llegar hasta el monoideísmo: el paciente queda fijado a una idea y vuelve una y otra vez sobre ella, como si el pensamiento se volviera adherente, pegajoso y persistente y quedara aprisionado en un círculo vicioso de ideas que insisten. Por ejemplo:

Te deseo un año muy feliz, agradable, saludable, bendito y rico en cosecha de frutos; y luego muchos años también de buena cosecha de vinos, así como años de buena cosecha de papas y años de retoños y años de pepinos y años de nueces y un buen año de huevo y también un buen año de queso (...) (Bleuler, 1911: 35).

Bleuler explica que los procesos mentales de la esquizofrenia se vuelven libremente fluyentes y las asociaciones aparecen accidentalmente dominadas por la acción de los complejos que son "complejos de ideas que están fuertemente cargados afectivamente, de modo que influyen permanentemente sobre el contenido de los procesos psíquicos" (Bleuler, 1911: 31, n.2). Así explica Bleuler las diferencias entre el pensar normal y el pensar esquizofrénico:

En el proceso normal del pensar, las numerosas imágenes presentes y latentes se combinan para determinar cada asociación. En la esquizofrenia, en cambio, pueden volverse ineficaces imágenes aisladas o combinaciones enteras de una

manera aparentemente fortuita. En lugar de ellas, el pensamiento opera con ideas y conceptos que no tienen relación, o tienen una relación insuficiente con la idea principal, y que por lo tanto deberían quedar excluidos del proceso mental. El resultado es que el pensar se vuelve confuso, extravagante, incorrecto, quebrado. Algunas veces faltan todos los hilos asociativos y la cadena de pensamientos se interrumpe totalmente, después de una tal "obstrucción" pueden aparecer ideas que no tienen ninguna relación reconocible con las precedentes. (Bleuler, 1911: 29).

El trastorno de la asociación es un síntoma fundamental para el diagnóstico de esquizofrenia según Bleuler y es también un síntoma primario, es decir que surge directamente de los procesos cerebrales que afectan al esquizofrénico. Por lo tanto, es un síntoma que está presente en todos los casos y en todos los momentos de la enfermedad, desde un máximo que se expresa en la completa incoherencia y confusión hasta un mínimo que resulta apenas perceptible.

En los casos más leves o incluso latentes es muy difícil localizar este trastorno de las asociaciones que se manifiesta por pequeñas irregularidades en el tiempo de las asociaciones (ya sea porque va muy lento o va muy rápido), tendencia a volver sobre respuestas anteriores como si los pensamientos previos ejercieran un efecto retardado, superficialidad y pobreza de las ideas.¹⁵²

Trastornos de la afectividad

Con respecto a los síntomas fundamentales presentes en la esfera afectiva, Bleuler sitúa un significativo **deterioro emocional**, que en los casos más severos se evidencia en que el paciente deja de manifestar emociones y se muestra completamente indiferente: esto marca el inicio de la cronicidad. Es notable una **tendencia al retraimiento** y a apartarse de los demás. La indiferencia es el rasgo más acentuado, junto a la ausencia de respuesta afectiva. Los pacientes parecen autómatas y se muestran indiferentes incluso ante situaciones que tocan sus propios intereses vitales. Al respecto Bleuler afirma:

Los enfermos llevan una vida puramente vegetativa, incluso sin preocuparse de su propio cuidado, de forma que hasta el instinto de conservación parece completamente abolido en ellos. Hay que darles de comer, acostarlos y levantarlos: en caso de incendio se quedan inmóviles en medio de las llamas y se dejarían quemar vivos si no se les socorriese. (Bleuler, 1926: 665).

Las emociones carecen de profundidad, se muestran superficiales y falta la coherencia entre la mímica y la manifestación afectiva. Los enfermos pueden llegar a describir los ma-

¹⁵² En 1981, Maleval publicó su estudio sobre las locuras histéricas y las psicosis disociativas, en el cual sostiene que el diagnóstico de esquizofrenia se expandió tan notablemente que llegaron a diagnosticarse como casos de esquizofrenia muchas pacientes que presentaban formas enloquecidas de la histeria. La idea de la esquizofrenia latente contribuyó, en parte, a esta extensión desmesurada.

yores sufrimientos mientras esbozan una leve sonrisa o los detallan como si se tratara de un asunto físico. Por momentos, pareciera que los afectos quedan rezagados con respecto a las ideas o que no llegan a adaptarse a los cambios en los contenidos de las asociaciones. En ocasiones los enfermos presentan **fenómenos de paratimia**: reaccionan con alegría ante noticias tristes, es frecuente que ante la información de la muerte de un ser querido se reaccione con una risotada.

Los trastornos de la afectividad se manifiestan también en la **ambivalencia**, en la que dos sentimientos opuestos se presentan frente a la misma idea. Cabe destacar que la ambivalencia no es sólo afectiva, sino que suele presentarse también en la voluntad y en la esfera intelectual. Respecto a la ambivalencia volitiva, Bleuler da el ejemplo de un paciente que le dice que no intentará escaparse más de la internación porque eso sólo conlleva desventajas; luego de estos dichos el mismo Bleuler le advierte al asistente que el paciente va a tratar de escaparse, cosa que ocurre muy pronto (Bleuler, 1911: 389). Se trataría entonces de querer y no querer hacer algo al mismo tiempo. Por su parte, la ambivalencia intelectual supone que se puede afirmar algo y su contrario a la vez, por ejemplo, "soy joven y viejo" o "estoy en La Plata, pero no estoy en La Plata".

La **rigidez afectiva** caracteriza el cuadro con frecuencia "(...) parece como si toda la mímica estuviera teñida del mismo color. Estas personas parecen reír y llorar con el mismo tono de voz" (Bleuler, 1911: 51). También pueden presentar labilidad afectiva -cambios afectivos bruscos, saltos de una emoción a otra, aparición súbita de emociones que no se corresponden con el contexto: "Un paciente hebefrénico se agita desesperadamente, aúlla que él ha arruinado todas las cosas, repentinamente dice en tono tranquilo 'Ahora me río' y se ríe secamente. Poco después anuncia 'Voy a dar alaridos' y nuevamente grita y forcejea". (Bleuler, 1911: 52). Sin embargo, para Bleuler la labilidad afectiva no es esencial y los esquizofrénicos no han perdido la capacidad de emocionarse.

Esta falta de coherencia de las manifestaciones afectivas se ha descrito como **discordancia** o incluso como emociones carentes de profundidad. Es habitual en los casos de equizofrenia que se muestren alegres ante la muerte de un familiar otrora querido, o que lloren desconsoladamente ante un suceso que aparentemente no tiene importancia. Por ejemplo "Un hebefrénico habla de la muerte de su padre: 'Dado que en esa época yo estaba en casa fui al funeral, y me alegré de que no era yo a quien enterraban; ahora estoy enterrado vivo.'" Otro ejemplo: "Un catatónico a quien le pregunté por qué bebía su propia orina, me respondió con una expresión de extasiado arrobamiento 'Querido director, si usted la probara una sola vez, no querría beber otra cosa'" (Bleuler, 1911: 48).

Los trastornos de la afectividad son para Bleuler síntomas fundamentales para el diagnóstico, pero no son síntomas primarios. Son síntomas secundarios, dado que son una consecuencia de los trastornos de la asociación.

Autismo

Respecto al síntoma fundamental del autismo, Bleuler describe la prevalencia del repliegue sobre sí mismo, la importancia de la vida interior por sobre la de relación y la no influencia del ambiente en sus estados. El autismo responde a una perturbación en la relación entre el mundo interno y el mundo externo. Nótese que aquí la expresión “autismo” se refiere a un síntoma y no al trastorno descrito por Leo Kanner en la década del cuarenta, quien sitúa el autismo infantil precoz, como el extremo repliegue al inicio de la vida.¹⁵³

Bleuler da el ejemplo de una mujer que “había construido en torno suyo un muro que la aprisionaba tan estrechamente, que a menudo sentía como si estuviera en una chimenea” (Bleuler, 1911: 72). Por supuesto que no siempre este síntoma se presenta de forma tan prevalente, muchas veces se trata de pacientes que con el tiempo es evidente cómo “(...) buscan siempre su propia senda y cuan poco permiten a su medio ambiente influirlos.” (Bleuler, 1911: 173). He aquí un ejemplo:

Una paciente que todavía conservaba buenas maneras y era capaz de trabajar, se hizo una muñeca de trapo a la que consideraba la hija de su imaginario amante. Cuando este ‘amante’ viajó a Berlín, quiso enviar tras él a ‘la niña’, como medida de precaución. Pero primero fue a la policía, para preguntar si no sería ilegal enviar a ‘la niña’ como equipaje y no con un boleto de pasajero. (Bleuler, 1911: 75).

Los trastornos de la asociación, los trastornos de la afectividad y el autismo son entonces los síntomas fundamentales o cardinales de la enfermedad, en tanto no faltan en ningún caso de esquizofrenia, son permanentes en su evolución y permiten definir el diagnóstico. Respecto a los **síntomas accesorios**, es decir, aquellos que pueden presentarse transitoriamente, sólo en algunos períodos de la enfermedad o en ningún momento de la misma; Bleuler ubica las ideas delirantes, las alucinaciones (sobre todo auditivas y corporales) y los síntomas catatónicos (la catalepsia, el estupor, la hiperkinesia, las estereotipias, el negativismo, la ecopraxia, los automatismos, la obediencia automática). Estos síntomas rara vez se presentan reunidos en el mismo paciente. Es necesario señalar aquí que el carácter “accesorio” no hace a estos síntomas menos importantes. De hecho, Bleuler afirma:

No sucede con frecuencia que los síntomas fundamentales se manifiesten tan marcadamente como para ocasionar la internación del paciente en un hospital para enfermos mentales. Son primordialmente los fenómenos accesorios los que hacen imposible su permanencia en su hogar, o los que ponen de manifiesto la psicosis e inducen a requerir el auxilio de la psiquiatría. (Bleuler, 1911: 104).

¹⁵³ Kanner, L. (1943) Trastornos autistas del contacto afectivo. *Revista Española de Discapacidad Intelectual Siglo Cero*. Siglo Cero. www.feaps.org

La *Spaltung*

Bleuler destaca que Kraepelin definió a la demencia precoz basándose ante todo en síntomas accesorios. Ahora bien, ¿cuál es la marca característica de esta enfermedad para Bleuler?, ¿cuál es aquel rasgo que llevan los síntomas fundamentales e incluso –cuando están presentes– los síntomas accesorios de la esquizofrenia? Lo dijimos al inicio, el sello característico de esta afección es para Bleuler la esquizia, la *Spaltung*: ésta es la perturbación que está en la base de la distribución de los síntomas.

Se trata de la pérdida del poder regulador de la síntesis consciente, y de la instancia directriz de la personalidad, que se encuentra en el fundamento de las perturbaciones asociativas características de esta enfermedad. Estas perturbaciones asociativas constituyen un síntoma primario –en tanto es consecuencia directa y necesaria del proceso patológico predisponente– y son fundamentales para el diagnóstico.

Detengámonos entonces en tal perturbación y en su relación con la etiología de la esquizofrenia. En cuanto a la causa, Bleuler no duda en afirmar el origen orgánico de la esquizofrenia: en todos los casos severos se podrían constatar modificaciones patológicas en el cerebro, distintas de las que se encuentran en otras psicosis. Tales lesiones cerebrales determinan el síntoma primario, a saber, el trastorno esquizofrénico de las asociaciones, la fragmentación y el desdoblamiento. Nótese entonces que este trastorno es el único que deriva de manera primaria de la causa orgánica.

El **trastorno de las asociaciones** es entonces un **síntoma primario y fundamental**. Los otros síntomas fundamentales para el diagnóstico mencionados, el trastorno de la afectividad y el autismo, son síntomas secundarios y se generan por la reacción de la psique ante el proceso patológico, no son consecuencia directa de éste, sino que surgen como respuesta ante las condiciones alteradas.

A nivel de la causa, Bleuler no se limita a ubicar lo anatomopatológico, sino que sitúa una “superestructura psicógena”. En clara ruptura con el paradigma de las enfermedades mentales y el paralelismo psicofísico afirma que “la gran mayoría de los síntomas manifiestos de esta enfermedad (...) se derivan de factores y mecanismos psicológicos” (Bleuler, 1926: 672-673).

Los síntomas fisiógenos, de causa orgánica, son primarios e indican la persistencia o la evolución del proceso morboso. Los síntomas psicógenos son reacciones secundarias a los primeros, que persisten mientras opera la causa orgánica, “Sin embargo, si la causa se perpetúa, tales síntomas pueden volverse crónicos, como es el caso, por ejemplo, de un delirio de persecución desarrollado sobre la base de ciertos complejos”. (Bleuler, 1926: 674). Finalmente, Bleuler afirma que muchos síntomas pueden ser de origen mixto.

Asistimos así al surgimiento en el campo de la psiquiatría de otro orden de causalidad heterogéneo al orgánico: las causas psíquicas. Estos desarrollos, fuertemente influidos por las innovadoras ideas de Freud, contribuyen a poner en jaque las concepciones organicistas del segundo paradigma, el de las enfermedades mentales, y conducen a la constitución de un pen-

samiento propiamente psicopatológico, que no soslaya los factores orgánicos en la etiología, pero que incluye también las causas psíquicas.¹⁵⁴

Ahora bien, la recepción que Bleuler hace de los conceptos freudianos tiene sus particularidades. Dijimos previamente que Bleuler tomó los desarrollos psicoanalíticos en el marco de lo que situamos como criterio psicopatológico dinámico. Bleuler recurre a la noción de “complejos afectivos”, inspirada en la teoría freudiana, para dar cuenta de los “factores y mecanismos psicológicos” que participan en la producción de los síntomas fundamentales y secundarios. Dice que, en la esquizofrenia, los complejos psíquicos no se combinan en función de un resultado unificado, sino que “un conjunto de complejos, son los que dominan a la personalidad durante un tiempo” (Bleuler, 1911: 15).

Bleuler toma así conceptos de la teoría psicoanalítica y afirma que, si bien los lazos asociativos de las ideas se ven afectados, esto no ocurre de cualquier modo: son los mecanismos de condensación y desplazamiento propios del proceso primario, los que estarían en juego allí. Ahora bien, las nociones de “complejos” y de “mecanismos” le permiten a Bleuler comprender el sentido de algunos síntomas de la esquizofrenia, pero se trata de una reinterpretación de los conceptos freudianos despojada de toda etiología sexual. He aquí el mayor punto de debate y disidencia con Freud. Mientras que en la teoría de Freud esos mecanismos psíquicos tienen un valor causal, Bleuler sólo los utiliza en un sentido meramente descriptivo.

Bleuler nunca aceptó el papel de la etiología sexual en la esquizofrenia y si bien recurrió a los mecanismos freudianos, es importante tener en cuenta que la hipótesis etiológica de Bleuler sobre la esquizofrenia sigue siendo orgánica. Los síntomas primarios son expresión de un proceso patológico cuya sede es el organismo, aunque probablemente no se pueda localizar la lesión que la origina o se trata de un proceso metabólico, autotóxico. Los factores psicógenos tienen un rol causal secundario.

Formas clínicas de la esquizofrenia

Para concluir, revisemos ahora las formas clínicas de la esquizofrenia. Bleuler retoma la distinción inicial de Kraepelin -hebefrenia, catatonía, demencia paranoides- y propone cuatro subgrupos dentro de la esquizofrenia: la forma paranoide -en la que las alucinaciones y las ideas delirantes dominan el cuadro-; la catatonía, caracterizada por síntomas de estupor, mutismo, estereotipia, obediencia automática, rigidez muscular o posturas forzadas durante períodos largos de tiempo; la hebefrenia, en la que predominan las alucinaciones y la desorganización en el lenguaje.

A estas tres formas clásicas agrega la esquizofrenia simple, en la que sólo aparecen los síntomas básicos específicos. Bleuler aclara, sin embargo, que a pesar de esta distinción “Todas las formas clínicas que hemos reunido bajo el nombre de esquizofrenia constituyen realmente

¹⁵⁴ Cf. capítulo 6 de este libro.

una misma y única enfermedad y eso tanto desde el punto de vista clínico, como hereditario, etiológico y anatomopatológico” (Bleuler, 1926: 668-669). El grupo de las esquizofrenias conforma entonces una variedad clínica que presenta síntomas comunes y factores semejantes en su evolución y su etiología.

Posteriormente, agrega otra forma clínica poco especificada, a la que llama “esquizofrenia latente”. La misma es descripta como una modalidad de psicosis no desencadenada, que se manifiesta en ciertos rasgos de carácter que pueden presentarse en personas solitarias, extrañas, caprichosas, etc. y en las que el trastorno de la asociación de las ideas puede ser muy sutil.

La esquizofrenia latente no evoluciona hacia los síntomas propios de la esquizofrenia, sino que se mantiene en sus formas prodrómicas. Esta forma clínica resultó en un uso abusivo del diagnóstico de esquizofrenia, ya que la poca especificidad que comporta posibilitó la inclusión en esta categoría de casos que no presentaban siquiera los mencionados síntomas fundamentales.¹⁵⁵

Referencias bibliográficas

- Bleuler, E. (1911). *La Demencia Precoz. El grupo de las esquizofrenias*. Buenos Aires: Editorial Lumen, 1993.
- Bleuler, E. (1926). La esquizofrenia. *Revista de la Asociación española de Neuropsiquiatría*, 16 (60), 1996: 663-676.
- Ey, H. (1967). Naturaleza y clasificación de las enfermedades mentales. Esbozo de una historia natural de la locura. *Revista de psicoanálisis, psiquiatría y psicología*, México, 5: 68-82.
- Garrabé, J. (1996). *La noche oscura del ser: una historia de la esquizofrenia*. México: FCE
- Lantéri-Laura, G. (2000). *Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna*, Madrid: Editorial Triacastela.
- Maleval, JC. (1981). *Locuras histéricas y psicosis disociativas*. Buenos Aires: Paidós.

¹⁵⁵ Garrabé (1996) comenta alguno de los usos que se hicieron de este diagnóstico de esquizofrenia latente en el período de entreguerras. En su libro sobre las locuras histéricas y las psicosis disociativas, Maleval da cuenta de la expansión notable del diagnóstico de esquizofrenia y de la necesidad de diferenciarla de las presentaciones enloquecidas de la histeria.