

J. J. LOPES IBOR

Prof. de Clínica Psiquiátrica del H. P. y Departamento de Medicina
Psicosomática del C. S. I. C. — Madrid

Análisis estructural de la sintoma- tología esquizofrenica

SEPARATA DE "NEUROBIOLOGIA"

Tomo XX — Número 1

MARÇO — 1957 — RECIFE

Análisis estructural de la sintomatología esquizofrenica

J. J. LÓPES IBOR

Prof. de Clínica Psiquiátrica del H. P. y Departamento
de Medicina Psicosomática del C. S. I. C. — Madrid

Casi desde el principio de la delimitación de la esquizofrenia como entidad nosológica se ha postulado la presencia de un *trastorno fundamental* que constituyese la razón de existir de tal cuadro clínico. Este trastorno fundamental puede concebirse en dos planos distintos: como *trastorno fundamental somático*, o simplemente como *trastorno fundamental psicopatológico*. Todavía estamos lejos de poder hablar del trastorno fundamental somático: ni siquiera podemos saber si es único. Ya es mucho que *postulemos su presencia*, como hace K. Schneider, porque muy bien pudiera ocurrir que trastornos somáticos distintos se manifestasen en un coincidente modo de reaccionar psíquico, al igual que ocurre con las psicosis exógenas, según las tesis, hoy universalmente admitidas, de Bonhöffer. Nos debemos limitar, por tanto, a hablar de un trastorno fundamental en el plano psicopatológico. Tampoco en este punto se ha logrado una coincidencia de opiniones. Es más, después del intento de Berze, se ha llegado a una cierta resignación en este punto. La línea extrema de esta actitud resignada se halla representada por K. Schneider (1), el cual, limita los demás modos de enfermar psíquico y deja un gran sector *negativamente caracterizado*. "Lo que queda es esquizofrenia". (*). En ese confuso océano de cuadros se tropieza el clínico con unos síntomas de primer orden, o patognomónicos, cuyo asimiento permite asegurar que se está frente a esa provincia "restante", y otros de segundo orden que, salvo su acúmulo, no nos conceden más que una *relativa seguridad*, o mejor aún, probabilidad.

Esta actitud resignada — pero muy lógicamente construída —

(*) — «Von den Psychosen, deren körperliches Wesen man nicht kennt, zieht man die einigermaßen typische Zyklotyphen ab iden bleibenden Rest heisst man Schizophrenien».

de K. Schneider no es universalmente compartida (*). M. Bleuler dice, por ejemplo que en los últimos quince años hemos aprendido, sin notarlo, a ver la sintomatología de la esquizofrenia de una manera más sencilla y natural. "Al principio del estudio de la sintomatología de la esquizofrenia se situaban la demencia, las ideas delirantes y las alucinaciones". Tal estadio se superó tras la búsqueda de síntomas primarios, de los cuales al principio suscitaron más interés los asociativos, (ataxia intrapsíquica, disociación, disgregación). "Después se agregaron los síntomas afectivos fundamentales, tales como la inadecuación de los sentimientos, la ambivalencia hasta la disociación afectiva de la enfermedad y el autismo. Finalmente se aislaron los síntomas subjetivos, las vivencias de extrañamiento, de fin y de congelación del mundo, la despersonalización en el sentido más amplio de la palabra. "Hoy nos sentimos muy poco inclinados — prosigue M. Bleuler — a considerar estas manifestaciones patológicas de la esquizofrenia como una serie de síntomas alineados uno al lado del otro. Tampoco nos sentimos inclinados a derivar unos de otros. Nos hemos acostumbrado a ver en ellos manifestaciones de un mismo trastorno de la personalidad. El esquizofrénico según pensamos hoy, no es una personalidad enferma porque tiene sus funciones psíquicas alteradas, sino porque su personalidad en conjunto está enferma". Esta es la misma tesis que hemos oído exponer a Wyrsh y que se expresa en el título de su trabajo fundamental: "La persona del esquizofrénico".

Claro es que, en las tesis de K. Schneider, no se niega que sea la persona del esquizofrénico, en conjunto, la que esté enferma, sino que se niega, simplemente, la aprehensión por parte del clínico, *de una manera patente*, de otra cosa que no sean los síntomas resultantes del análisis, de base fenomenológica, del cuadro clínico.

Si se compara la descripción psicopatológica de la esquizofrenia en diversos autores se encuentra una cierta correspondencia. Véase, por ejemplo la que hacen K. Schneider, Gruhle y Bumke:

<i>K. Schneider</i>	<i>Gruhle</i>	<i>Bumke</i>
1) Sonoridad del pensamiento.		
2) Voces dialogadas.	1) Alucinaciones.	1) Pseudo - percepciones peculiares ("eigenartige").
3) Voces comentadoras de la propia actividad.		

(*) — No hay enfermedad en toda la patología mental que se mueva entre límites diagnósticos más variados que la esquizofrenia. Y, sin embargo, todos se basan en el deseo de hallar algo común a los diversos síntomas.

- 4) Vivencia de influencia corporal.
- 5) Intervención del pensamiento, divulgación del mismo.
- 6) Percepción delirante.
- 7) Sentimientos y acciones inferidos o interferidos.
- 2) Trastornos del pensamiento.
- 3) Delirio.
- 4) Humor fundamental esquizofrénico.
- 5) Impulsos.
- 2) Trastorno "peculiar" del pensamiento (eigentümliche).
- 3) Conducta afectiva ("sonderbare") peculiar.
- 4) Trastornos catatónicos del querer y obrar.

Aunque sea de pasada, es curioso anotar que Bumke, quien pretendía mantenerse en una descripción clínica alejada del análisis fenomenológico, tuviese que apelar tantas veces al calificativo de "peculiar", "específico". (Sólo una vez lo evita, empleando la palabra "catatónico"). Precisamente esto es lo que se trata de averiguar: en qué consiste lo peculiar, lo característico de la sintomatología esquizofrénica?

Creo que el camino para la investigación del problema debe ser el del análisis de cada uno de los síntomas descritos como primordiales por estos autores, que tan profunda y cuidadosamente han procurado un neto aislamiento de los síntomas esquizofrénicos. El análisis nos permitirá descubrir si en todos ellos *subyace una estructura común* y, problema importante, si ésta es *aprehensible*, porque de lo contrario caeremos en el error repetido de hacer otra "teoría de los síntomas esquizofrénicos", como hicieron Kraepelin, E. Bleuler, Stransky, Berze y tantos otros.

De todos los síntomas podemos tomar como punto de partida el más interesante y específico quizás: la vivencia delirante primaria.

Para el examen de la estructura de las ideas delirantes debemos tomar un punto de partida, y éste debe ser el de Kurt Schneider, quien distingue las siguientes modalidades:

- 1ª — Percepción delirante.
- 2ª — Ocurrencia o intuición delirante.
- 3ª — Reacción delirante.

En la percepción delirante se trata de una percepción real en la que se incluye una significación anómala, sin que exista para ello motivo alguno. Esta ausencia de motivación ha de ser tanto en

el plano de las ideas como en el plano emocional. No hay percepción delirante cuando la idea delirante se inserta en un determinado estado de ánimo, por ejemplo, las ideas delirantes de los melancólicos, derivadas de su estado de tristeza. Sólo la percepción delirante es característica de la esquizofrenia, dentro de los procesos psíquicos que carecen de base somática. La percepción delirante es bímembre ("zweigliedrig"). El primer miembro va desde el sujeto que percibe al objeto percibido, incluyendo las significaciones comunes percibidas por todos. El segundo se extiende desde el objeto percibido, con sus significaciones normales, a la significación anómala. Este carácter bímembre ha sido discutido por Matusseck como exclusivo de la percepción delirante. Sin embargo, para mí el problema se plantea en otros términos. En primer lugar, es posible penetrar algo más en el análisis de la estructura de la percepción delirante? Como he demostrado en otro trabajo, la significación anómala que va incluida en la percepción delirante *tiene un carácter especial*. El sujeto experimenta esa significación, cuando es capaz de analizar bien su cualidad, como venida a él de una manera distinta a como percibe la significación de los objetos habituales. Incluso de una manera distinta a una significación nueva que un sujeto normal pueda hallar en las cosas u objetos que le rodean (*).

A mi modo de ver, lo que caracteriza la percepción delirante, aparte de los datos anteriores, es *que el sujeto experimenta esa significación como impuesta*. Cuando el poeta descubre una metáfora nueva, lo hace poseído de un cierto sentimiento de actividad. En la percepción ordinaria hay siempre una actividad del ser que se halla vertido al mundo, y de la cual el ser tiene una cierta honda y oscura noticia. Si no nos sometemos a ningún autoanálisis vivimos en la creencia errónea de que la percepción es un puro proceso pasivo y no hay tal. En realidad, toda la vida psíquica se caracteriza por ser activa, aunque haya grados tan diversos de actividad como los que median entre la acción voluntaria de mover un brazo y la percepción pasiva del rayo de sol que penetra en la habitación.

En la percepción delirante el sujeto tiene la impresión de que aquella significación que, en el fondo procede de él — de dónde si no? — le es extrañamente impuesta.

La existencia de un estado de ánimo como predecesor de la percepción delirante es evidente, y debemos sospechar que existe siempre. Guiraud habla de un estado tímico desagradable, anideico, más elemental que los sentimientos, más estable que las emociones. "Mais la caractéristique du malaise thymique prédélirant est un

(*) — Vean mi trabajo sobre ideas delirantes en «Actas luso-españolas» — 1953.

cachet d'étrangeté inquiétante, *ne semblant pas provenir de l'activité somatique ou psychique individuelle*" (*).

Cuando el humor precede a la idea, el enfermo nota algo raro y extraño en torno suyo. No puede definir qué, incluso se esfuerza en impedirlo, ya que el humor delirante resulta tan atormentador en la intimidad del propio enfermo, que cuando éste logra rellenarlo con una significación determinada, experimenta un cierto alivio. Este hecho significa que lo característico de la percepción delirante no está sólo en conceder a la percepción un determinado sentido, es decir, en lo que Husserl llama completar o rellenar un acto significativo. La nota distintiva se halla forzosamente antes en esa percepción vaga y difusa de que algo extraño sucede a su alrededor. Naturalmente, que en la mayoría de los casos todos estos fragmentos que aquí trato de exponer como imágenes de una cinta cinematográfica cursan más velozmente, y entonces, súbitamente, el enfermo al ver un objeto o persona, le atribuye una determinada significación simbólica.

En contra del conceder demasiado valor a la presencia del humor delirante en la génesis de las ideas delirantes, se hallan las disparidades que pueden existir entre el estado de humor y el carácter misto de la percepción delirante. Precisamente, se dice, por su indeterminación, el humor no puede determinar el contenido de la percepción delirante. No se puede comprender el contenido determinado de la percepción a partir de la vaguedad e indeterminación del humor. Está incrustado en él, pero no se deriva de él. Ni siquiera coinciden con el color del estado de ánimo. Un humor delirante puede ser siniestro y la percepción delirante inflada de felicidad. (K. Schneider).

Otra objeción considerable consiste en señalar que en muchos enfermos se ve surgir la percepción delirante sin que exista un humor delirante. Es indudable que nos hallamos en plenas fronteras del análisis fenomenológico, pero quizás sea posible desplazarlas algo más profundamente.

Las tesis de Schneider son ciertas y ha llegado con ellas al límite del análisis fenomenológico. El problema, con respecto a nuestras afirmaciones, aparece en el siguiente punto: como observador puedo reconocer muy bien la presencia de una interpretación perceptiva injustificada, pero puedo reconocer esa *calidad de la vivencia* que provisionalmente hemos calificado de "pasividad? No es esto una interpretación por mi parte, más bien que un resultado del análisis fenomenológico? Que existe algo que nos permite percibir un cambio en la calidad de la vivencia perceptiva es indudable en muchos casos. El mismo K. Schneider dice: "Por lo demás,

(*) — A este período vago, indefinido, sólo revelado por un estado especial de ánimo, es al que se refiere Clérambault cuando dice que, en el momento en que aparece el delirio, la psicosis es ya vieja. El delirio es sólo una superestructura.

también resulta la cualidad del estar afectado en la percepción delirante otra, aunque no es posible cogitarla conceptualmente. Es un "numinoso" de una clase especial". Esa cualidad existe, pues, en la vivencia y se halla incrustada en el humor delirante. Realmente, cómo podemos reconocer la existencia de un estado de ánimo? En la vida habitual ésta se manifiesta con palabras. El sujeto nos dice que está alegre, triste, angustiado, eufórico, etc. Algunas veces podemos colegir un estado de ánimo por su expresión. Esto ocurre también en los esquizofrénicos. El llamado "Praecoxgefühl", es decir, en lo que podríamos llamar "olor de esquizofrenia" ("Me huele a esquizofrénico", se dice en el argot clínico, o "Tengo el presentimiento de que estamos ante un esquizofrénico") se apoya, en parte, en la impresión que nos producen los gestos, actitudes y conducta del enfermo.

Pero la expresión hablada de un estado de ánimo puede no resultar tan fácil. El análisis minucioso de muchos enfermos angustiados me ha demostrado con cuánta frecuencia el enfermo no es capaz de decir que está angustiado. Incluso, si se les pregunta directamente, lo niegan. En cambio, en el relato se les enturbia la voz cuando dicen que, al ver en el cine un crimen o al pasar al lado de un enfermo mental, tienen una sensación especial, algo más aguda de lo que es su estado de ánimo habitual. Esa experiencia, interpretada correctamente, significa el miedo a la posibilidad de convertirse en criminales o de volverse locos, etc. Es decir, pura angustia, ya que, según he demostrado en otra parte, la angustia del neurótico es el miedo a la posibilidad de perder el control de su yo.

Pues bien, tales dificultades expresivas de un estado de ánimo, aumentan cuando se trata de algo tan nuevo y desconocido para la experiencia anterior del enfermo como el estado de ánimo delirante. Incluso puede inducir a error al observador y pensar que el estado de ánimo es neutro porque el sujeto así lo afirma. En realidad, no sabe lo que pasa por él. Desde el estado de ánimo puro, vago e indeterminado, a la percepción delirante concreta, existe una gradación espectral. En algunos enfermos observamos que, como residuo de un delirio esquizofrénico, son especialmente sensibles a ciertas percepciones exteriores, que se les *imponen*, con una presión extraña.

Una forma muy mitigada, pero esencial, del trastorno fundamental de la esquizofrenia, consiste en un estado de ánimo en el cual todo impresiona al enfermo. La impresión se produce en el enfermo porque todo va cargado de una cierta significación que no se puede desentrañar. Este mismo carácter secreto de la significación es lo que produce una inquietud.

Kunz dice que lo primario, original, auténtico del delirio primario no es lo delirante — poner se en relación, representación delirante, la nueva conciencia de significado — ni tampoco el humor delirante, sino la *total mutación existencial* ("ganze Existenzum-

wandlung"), el cambio total en el in-der-Welt-sein. Tal mutación existencial la ve él en una retirada radical del mundo coactivo.

A mi modo de ver, esta mutación en el "modo-de-estar-en-el-mundo" del delirante consiste en que *se invierte la flecha intencional*. Nuestros actos psíquicos tienen un carácter intencional. Este carácter se ve reconocido desde fuera, pero también existe en nosotros una difusa conciencia de que las intenciones residen en nosotros y no fuera. En el delirante ocurre al revés, las intenciones se hallan fuera, en los seres externos. Por eso el mundo se puebla de significaciones mágicas. Éstas no tienen que ser precisamente amenazadoras; son simplemente desconocidas.

También en las ocurrencias o inspiraciones delirantes aparece la misma cualidad. K. Schneider dice: "Ciertamente, se tiene la impresión segura de que las ocurrencias delirantes esquizofrénicas son vivencialmente distintas de las ocurrencias no psicóticas, por extrañas y grotescas que sean; pero esta diferencia no es psicológicamente compensable". La diferencia está en este plano de la actividad o pasividad. La inspiración del poeta es activa, la del esquizofrénica es pasiva, impuesta. Lo que ocurre es que la inversión de la flecha intencional se reconoce más fácilmente en la percepción que en la ocurrencia. En la percepción resulta evidente, puesto que lo percibido *viene* cargado de una significación extraña. En la ocurrencia es más difícil establecer esa diferencia; de ahí su menor valor diagnóstico, pero que existe y es obscuramente presentida lo demuestran las mismas palabras de K. Schneider.

En qué consiste esa "alteridad"? Como nos enseña el análisis de la experiencia delirante, el "estar" del esquizofrénico, la estructura referencial a su circunstancia se halla cambiada en el sentido de la pasividad, de la entrega. Algo le viene de fuera que está plagado de significaciones especiales para él. Lo que para los demás es indiferente para él es significativo. La flecha intencional ha cambiado; el mundo resulta plagado de *segundas intenciones*.

La vida psíquica es siempre dirigida. Se considera que parte de un centro de actividad, al cual se llama "yo", y de ahí se irradia al entero. El pensamiento, la percepción se dirigen a algo, tienen carácter intencional. La intencionalidad aboca a un contenido. Pero la vida psíquica, por su propia intencionalidad, aparece organizada. *Normalmente cada acto cursa discriminadamente*. Esta discriminación se pierde en la vida psíquica alterada del esquizofrénico, en el cual los actos psíquicos anómalos ofrecen el carácter de una especial *permeabilidad*. El pensamiento sonoro es un modo especial de vivenciar distinto del pensar y del oír. Los propios pensamientos se oyen, la acción va acompañada de comentarios, etc..

Lo primario es, pues, para mí, el *estado de ánimo esquizofrénico*. Esta expresión rebasa el perímetro que define un "sentimiento" cuando esta palabra se usa en el sentido de la psicología clásica, lo cual supone ya una división en compartimientos de la

vida psíquica. Lo primario en la experiencia psíquica es la del "estar-en-el-mundo". A ese estar es al que se refiere la expresión "estado de ánimo". En el esquizofrénico hay un modo especial de estar en el mundo, un "disestar" o una *distesia* que es primario y del cual el resto de los síntomas que apreendemos en la clínica. En el lenguaje de la filosofía existencial se emplean los vocablos "Befindlichkeit" y "Stimmung" para designar lo que en la psicología clásica se llaman sentimientos. Pero Heidegger rechaza, y con razón, el uso de estos vocablos, porque evoca una clasificación rígida que en el hombre opone el alma al espíritu, introduciendo una dualidad en lo que es unidad primaria. Por ese "estar en" (Befindlichkeit) el hombre no sólo se da cuenta de lo que es, sino de lo que debe ser, es decir, de lo que debe asumir su existencia como tarea a realizar. El esquizofrénico se plantea esa tarea desde un "estar" distinto. Los síntomas derivan de esa nueva situación, *que tiene además carácter evolutivo*.

No soy muy amigo de introducir neologismos, pero de alguna manera hay que expresar los hechos. Podríamos evitarlo, por ejemplo, diciendo *estado de ánimo esquizofrénico*, y esta expresión se usa más arriba. Claro es que usamos en la expresión el mismo vocablo que se trata de definir, como cuando se dice "alucinaciones o pseudo-percepciones peculiares. Pos eso, podría quizás utilizarse esa expresión de *distesia* (malestar o inquietud de los enfermos). Gruhle habla de la "Schizophrenie Grundstimmung". Se trata de un estado de ánimo ("eine Stimmung") que el proceso esquizofrénico inserta de una manera primaria, no derivable; pero Gruhle no refiere el resto de los síntomas primarios esquizofrénicos a esta alteración, como yo trato de realizar. También se emplean por los psiquiatras de lengua alemana las expresiones de "Benommenheit" (Wyrsh), que suele traducirse en español por "embotamiento". Esta traducción es incorrecta, a mi juicio, el estado de ánimo del esquizofrénico a que se refieren aquí los diversos autores no es el que corresponde a esa expresión española. En todo caso podríamos decir que el ánimo del esquizofrénico está *embargado* por esa tensión netamente morbosa que trata de describir.

La dinámica situativa de la persona en el mundo se halla alterada en el esquizofrénico. Esta dinámica es distinta, es "otra". No se trata de una diferencia cuantitativa: de ahí la "alteridad" de los síntomas esquizofrénicos.

Los síntomas de segundo orden son menos patognomónicos. En ellos se incluyen el resto de las alucinaciones, la ocurrencia o intuición delirante, la perplejidad, las distimias depresivas y alegres, la pobreza de sentimientos vivenciada (percebida) y algunos otros. Según Gruhle, los síntomas de primer orden son vivencias cualitativamente distintas de las normales, en tanto los de segunda se diferencian sólo cuantitativamente. K. Schneider se adhirió a esta distinción, rectificando su adhesión en ediciones posteriores de su

Psicopatología clínica. En realidad, los síntomas son de primero o segundo orden según dejen translucir más o menos lo que puede considerarse estructura específica del esquizofrénico: la modificación de un "estado de ánimo" fundamental. Cualitativamente son lo mismo, lo que varía es el grado de su *transparencia vivencial*.

Ese "disestar" tiene un carácter angustioso. Se puede discutir si todo lo que se llama en clínica humor delirante es un humor angustioso. Todo depende del perímetro significativo que se atribuya a la palabra angustia. Si por angustia entendemos un sentimiento bien definido, *percibido como tal*, es evidente que el humor delirante no es siempre angustioso. De todos modos, con hablar de humor angustioso no hemos ganado nada, porque resulta evidente que la angustia del esquizofrénico no es igual que la angustia normal. Ahora bien, si aceptamos que la angustia es la estructura básica del "estar", en este sentido sí que podría hablarse del humor angustioso. Lo cierto es que el mundo aparece "de otra manera", con otros contornos. Nuevas referencias le hacen perder a una parte de él su glacial indiferencia. En la angustia del ser normal o del neurótico la circunstancia se despliega en una gran radiación de posibilidades. Él vive la posibilidad como próxima a la realidad, pero todavía distingue entre ambos planos. Esta discriminación ya no tiene lugar en el esquizofrénico: no es que sea posible que llame la atención por tal cosa, sino que le llame sin saber por qué: ese es el hecho curioso al cual busca explicación si no la tiene ya.

Arieti, en un libro reciente que ha tenido gran éxito en los EE. UU., trata de lograr una visión sintética de la sintomatología esquizofrénica. La esquizofrenia consiste en un "proceso básico", no entendido como proceso orgánico sino psicológico, y así llega a la siguiente conclusión: la esquizofrenia es una reacción específica a un estado de ansiedad, originado en la infancia, revivido y acrecido en un período ulterior de la vida. Lo específico de esa reacción consiste en el uso teleológico o motivado de una afectación más o menos grave de la actitud abstracta (en el sentido de Goldstein). Dejando aparte la aseveración de que la esquizofrenia es una enfermedad "básicamente" psicógena, lo cierto es que Arieti trata de lograr un común denominador a toda la sintomatología: la defensa contra la ansiedad en la que ve la clave del trastorno fundamental del esquizofrénico.

No es la ansiedad, en el sentido habitual de la palabra, ni tampoco la angustia, también en el sentido psicológico habitual, el estado de ánimo del esquizofrénico. Es algo más hondo, según hemos visto antes, cuya expresión se niega a entrar en los cauces del lenguaje habitual. *Lo que sí es cierto es que muchos síntomas, ya claros y vivenciados, tienen un carácter reactivo.* Una objeción — ya consignada — contra el intento de derivar la idea delirante del humor es la no paridad que existe entre ambas desde un punto de vista vivencial; la imparidad puede tener una explicación más honda.

La ruptura de la estructura referencial que liga al sujeto con el mundo, la quiebra de su habitualidad, la revelación de un conjunto de significaciones, de un mensaje especial, pueden producirle un sentimiento de exaltación que no es contradictorio, a pesar de la paradoja de la profunda estructura angustiosa del que emerge, quizás no primariamente, sino reactivamente.

La estructura del "estar" es abierta. Un estado de ánimo es una apertura a determinadas posibilidades del existir, posibilidades que tienen que ser comprendidas. De ahí la elevación al plano de la ideación de todo estado de ánimo. Ideación que es resolutive de sus tensiones interiores. De ahí el carácter *explicativo* que tiene el delirio para el propio enfermo: le describe el sentido de la nueva situación en que le ha colocado la enfermedad.

En la serie de síntomas citados como patognomónicos nos hallamos con muestras distintas de esta alteración *cualitativa* de la actividad psíquica. Las vivencias de influencia corporal, de intervención del pensamiento, etc., son *elaboraciones* de esa misma alteridad en la tensión de los actos psíquicos. Cuando la experiencia adquiere caracteres más profundos los actos parecen cada vez más ajenos al propio *yo ejecutante*. Así llega a sentirse influenciada desde fuera toda la actividad psíquica. Hay, pues, un *extrañamiento* de la misma frente a su *entrañamiento* normal. Y este extrañamiento ocurre en todos sus planos: pensamiento, sentimiento y acción. (Pensamientos intervenidos, robados, comentados, sentimientos interferidos, acciones interferidas, impulsivamente extrañas o sea catimicas en sentido estricto).

Todo esto no es sino otra forma de describir la sintomatología esquizofrénica como trastorno de la actividad del yo. Y así es. Como he dicho antes, la flecha de la actividad del yo está invertida. Las cosas, con sus nuevos significados, invaden el campo de la conciencia. Pero hablar del "yo" es insuficiente e incorrecto. Deberíamos decir de "conciencia del yo", pero tampoco es una expresión demasiado afortunada. Los sentimientos son estados del yo; pero al formular de esta manera la dinámica de los síntomas se deja fuera algo que es su atmósfera, pero su esencia misma. Se dirá que esta atmósfera en que se hallan envueltos no es captable. Yo creo que sí; en primer término, unas veces se acepta directamente a través de su estructura, por ejemplo, la idea delirante primaria, la sonoridad del pensamiento, etc., y otras a través del contacto. La atmósfera esquizofrénica envuelve cada síntoma, y sólo puede ser aprehendida de un modo especial. Müller, al hablar del desmantelamiento de los síntomas tras los tratamientos biológicos, emplea esta misma expresión de "atmósfera esquizofrénica".

Este análisis estructural corresponde al período de formación de la psicosis. Del mismo modo que hay una "natura naturans" y una "natura naturata", existe en la esquizofrenia una fase de fermentación y otra en que los síntomas ya aparecen hechos, cuajados, cris-

talizados. El proceso esquizofrénico consiste en la marcha de una a otra fase. Existe una transformación en la sintomatología: los síntomas de comienzo, que se despliegan en el plano subjetivo, tienen tendencia a objetivarse. La alteración en las funciones psicológicas cristaliza en alteridad de los contenidos. La personalidad se transforma. A esa fase del proceso, en la que la personalidad aparece ya transformada, propongo llamarla *esquizosis*. En clínica se habla habitualmente de defecto esquizofrénico.

Su característica fundamental es la convivencia que se establece entre los dos planos de contenido, los que proceden de la actividad normal y los que se han engendrado durante la actividad del proceso esquizofrénico. Esta dualidad, este doble origen de los contenidos de la vida psíquica, es la vida psíquica escindida, dividida, del esquizofrénico.

La conversión del proceso agudo en esquizosis va acompañada de una *alotropía* (*) de los síntomas. Existe un desplazamiento en la manifestación del síntoma que cada vez se enriquece más de contenidos. A medida que la personalidad se desubstancializa los síntomas se rellenan de substancia.

Al final de este trabajo, me doy clara cuenta de sus defectos. No podía ser de otra manera, cuando se trata de un intento de aprehender de un modo más esencial la realidad del mundo esquizofrénico. La esquizofrenia es un modo de enfermar. Igual da que hablemos de una o de múltiples esquizofrenias. Los problemas clínicos — curso, pronóstico y valor de los tratamientos — no se resolverán mientras no contemos con un nuevo modo de comprender la realidad clínica más profundo y al mismo tiempo más humildemente ingenuo que los que poseemos hasta ahora.

(*) — Alotropía. — Variación que ofrece un cuerpo en cuanto a sus propiedades físicas sin cambiar de composición química.

1911