

Las contribuciones de la fenomenología a la comprensión de la esquizofrenia

The contributions of phenomenology to the understanding of schizophrenia

REVISÃO

Otto Doerr-Zegers**Resumen**

El autor realiza primero una revisión de la historia de esta enfermedad, basándose en textos originales de Immanuel Kant, Johann Christian Heinroth, Karl Ludwig Kahlbaum, Emil Kraepelin y Kurt Schneider. Luego hace una exposición crítica del concepto de esquizofrenia en los sistemas actuales de clasificación y diagnóstico de las enfermedades mentales más usados, como los DSMs y el ICD 10. Dentro de los otros sistemas modernos de diagnóstico el autor destaca, por su mayor proximidad a la realidad clínica, la definición de la esquizofrenia propuesta por Peter Berner y col., donde claramente reaparece la idea de los autores clásicos de distinguir entre síntomas fundamentales y síntomas accesorios. Después de una breve introducción sobre el método fenomenológico, el autor revisa la obra relativa a la esquizofrenia de los autores que, en su opinión, han hecho las contribuciones más importantes a su comprensión desde el punto de vista fenomenológico: Karl Jaspers, Ludwig Binswanger, Jürg Zutt, Wolfgang Blankenburg y Thomas Fuchs. De Jaspers destaca su distinción entre proceso y desarrollo, así como su proposición de aplicar a los síndromes psicopatológicos sin base orgánica - entre ellos la esquizofrenia - el diagnóstico por "tipos ideales". En Binswanger, el autor se refiere fundamentalmente a sus profundos estudios biográficos de esta enfermedad y a las conexiones de sentido entre la historia vital y la evolución y los síntomas de ella. De Jürg Zutt destaca sus trascendentales y definitivos estudios sobre las alucinaciones acústicas de los pacientes esquizofrénicos. De Blankenburg analiza su obra capital al respecto, "La pérdida de la evidencia natural" y la introducción de la perspectiva dialéctica en psiquiatría, aplicada en este caso a la comprensión de la esquizofrenia. Por último, este autor se refiere a lo desarrollado por Fuchs sobre la alteración de la intencionalidad en la esquizofrenia y de qué manera esta se encuentra a la base de todos los síntomas de esta. El autor termina mencionando a otros autores franceses, ingleses, italianos, norteamericanos y sudamericanos que también han hecho contribuciones fundamentales al conocimiento de esta enfermedad desde el punto de vista fenomenológico.

Palabras clave: esquizofrenia, historia, fenomenología

Publicado pela Sociedade Brasileira Psicopatologia Fenômeno-Estrutural (SBPFE)

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CC BY nc 4.0.



Psicopatol. Fenomenol. Contemp.
2023, v. 12 n. 2: Edição especial

Publicado Online
31 de agosto de 2023
<https://doi.org/10.37067/rpfc.v12i2.1140>

Otto Doerr-Zegers

Profesor Titular de Psiquiatría de la Universidad de Chile y de la Universidad Diego Portales.
Director del Centro de Estudios de Fenomenología y Psiquiatría de la Universidad Diego Portales.

Las contribuciones de la fenomenología a la comprensión de la esquizofrenia

The contributions of phenomenology to the understanding of schizophrenia

REVISÃO

Otto Doerr-Zegers**Abstract**

This author makes first a review of the history of this illness, basing on original texts by Immanuel Kant, Johann Christian Heinroth, Karl Ludwig Kahlbaum, Emil Kraepelin and Kurt Schneider. Then he makes a critical description of the concept of schizophrenia in the most used current systems of classification and diagnosis of mental diseases, such as the DSMs, and the ICD 10. Within the other modern systems of diagnosis, the author outlines - because of its greater proximity to clinical reality - the definition of schizophrenia proposed by Peter Berner and col., where the idea of the classical authors of distinguishing between fundamental and accessory symptoms clearly reappears. Then, after a brief introduction about the phenomenological method, this author reviews the work referred to schizophrenia from authors, who, in his opinion, have made the most important contributions to its understanding from the phenomenological point of view: Karl Jaspers, Ludwig Binswanger, Jürg Zutt, Wolfgang Blankenburg and Thomas Fuchs. From Jaspers he outlines his distinction between “process” and “development”, as well as his proposition of applying the diagnosis by “ideal types” to the psychopathological syndromes without organic base, among them schizophrenia. In Binswanger, the author fundamentally refers to his profound biographic studies of this illness and to the sense connections between life history and the triggering and the symptoms of it. From Jürg Zutt he outlines his transcendental and definite studies about acoustic hallucinations in schizophrenic patients. From Blankenburg he analyses his capital work, “The loss of the natural evidence”, and the introduction of dialectic perspective in psychiatry, applied in this case to the understanding of schizophrenia. Finally, this author refers to what Fuchs has developed about the alteration of intentionality in schizophrenia and in what manner it constitutes the base of all its manifestations. The author finishes mentioning other French, English, Italian, North and South American authors, who have also made fundamental contributions to the knowledge of this illness from the phenomenological point of view.

Keywords: schizophrenia, history, phenomenology

Publicado pela Sociedade Brasileira Psicopatologia Fenômeno-Estrutural (SBPFE)

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CC BY nc 4.0.



Psicopatol. Fenomenol. Contemp.
2023, v. 12 n. 2: Edição especial

Publicado Online
31 de agosto de 2023
<https://doi.org/10.37067/rpfc.v12i2.1140>

Otto Doerr-Zegers

Professor Titular de Psiquiatria de
la Universidad de Chile y de la
Universidad Diego Portales.
Director del Centro de Estudios
de Fenomenología y Psiquiatria
de la Universidad Diego Portales.

Introducción histórica y los principales aportes de la psiquiatría clásica

A diferencia de la psicosis maníaco-depresiva, hoy llamada enfermedad bipolar, cuyas descripciones se remontan a la medicina hipocrática, pero también a Platón y a Aristóteles (Tellenbach, 1961, 1983, pp. 4-11; Flashar, 1966), la enfermedad esquizofrénica es relativamente reciente. Es universalmente conocido que su completa descripción aparece por primera vez en la sexta edición del Tratado de Psiquiatría de Emil Kraepelin (1899), a la cual nos referiremos en detalle más adelante. Sin embargo, hay algunas descripciones de fines del siglo XVIII y principios del XIX que apuntan claramente a la existencia de síndromes psicopatológicos que corresponden aproximadamente a lo que hoy se entiende por esquizofrenia. En primer lugar, habría que mencionar la obra del gran filósofo alemán Immanuel Kant, quien en su Antropología (1798) define la locura del siguiente modo: “La única característica común a la locura es la pérdida del sentido común y la arbitrariedad que se muestra, en cambio, en su lógica” (Werke, 1838-1839 – Obras Completas – Tomo X, p. 235). Y esto porque autores relevantes de las últimas décadas han coincidido con Kant en cuanto a la importancia capital de la pérdida del common sense en la esquizofrenia (Blankenburg, 1969; Mishara, 2001; Stanghellini, 2004). No cabe sino pensar que con la palabra Verrücktheit (locura) Kant se estaba refiriendo a lo que hoy conocemos como esquizofrenia, puesto que por una parte la perturbación del sentido común no parece ser la característica central de la enfermedad maníaco – depresiva (ya conocida desde mucho antes) ni de la paranoia, que se describiría pocos años después (J. Heinroth, 1818) y por otra, porque la perturbación del pensamiento aludida por Kant, con su mención de la arbitrariedad de la lógica en la locura, ha constituido desde siempre – al menos en la psiquiatría alemana – el síntoma fundamental de esta enfermedad.

La esquizofrenia vuelve a aparecer pocos años más tarde como una forma de la enfermedad que el psiquiatra alemán Johannes Heinroth (1773-1843) describiera como paranoia. Es el primero que usa este término para designar lo que habitualmente se llamaba locura (Verrücktheit) y la describe como una “falta de libertad del espíritu, con exaltación de la facultad de pensar y sin alteraciones de la percepción”. Sin embargo, él va a distinguir dos formas, la paranoia “simple”, que afectaría solo al entendimiento y correspondería más o menos a lo que luego Emil Kraepelin (1856-1926) y antes Ludwig Snell (1817-1892) llamarían “paranoia”, y

una forma “catholica” (universal), a la que se agregaría disgregación, perplejidad, conductas disruptivas y violencia y que podría aproximarse a lo que Kraepelin y antes el francés Bénédict Morel llamaran “demencia precoz”. Morel fue el primero que usó este término en 1856 para designar a un grupo de enfermedades mentales de aparición en la adolescencia y que evolucionaba hacia una suerte de demencia. En 1863 Karl Ludwig Kahlbaum (1828-1899) describió como una entidad nosológica independiente un cuadro que llamó “catatonía”, afectaba fundamentalmente a la psicomotilidad y se presentaba en dos formas contrapuestas, ya sea como estupor o como estado de agitación. En el estupor el paciente adoptaba la actitud de una estatua, no respondía a las preguntas ni seguía ninguna indicación. Con frecuencia presentaban estos pacientes mantención de posiciones impuestas, automatismos en forma de ecolalia, ecopraxia y ecomimia, así como también alucinaciones y alteraciones del pensar. En la forma agitada se presentaban actos de violencia o persistentes movimientos sin sentido que podían llevar al agotamiento. En 1871 su discípulo, Ewald Hecker, describió la hebefrenia, un cuadro que comenzaba en la pubertad y mostraba conductas pueriles, aplanamiento afectivo, disgregación del pensamiento y agitación psicomotora. Para todo el resto de los síndromes psiquiátricos severos emplearon tanto Kahlbaum como Hecker el término “paranoia”. Este era el confuso cuadro con que se encontró Emil Kraepelin en la década de los 90.

La demencia precoz de Emil Kraepelin (1856-1926)

Múltiples son los aportes que hizo Kraepelin a la psiquiatría, muchos de ellos definitivos. Consciente de la carencia de un sustrato que permitiera fundamentar un diagnóstico en la mayor parte de los síndromes psicopatológicos, introdujo el criterio evolutivo como forma de establecer diferentes categorías. Y así es como hizo una primera distinción entre las psicosis (término que empezó a usarse como sinónimo de enfermedad mental severa) que evolucionaban espontáneamente hacia la curación, como era el caso de las melancolías y de las manías - que él reunió en una sola enfermedad que llamó “locura maniaco – depresiva” – y las que evolucionaban hacia algún grado de demenciación. En este grupo incluyó la catatonía de Kahlbaum (1863), la hebefrenia de Hecker (1871), la “demencia paranoide” (una forma deteriorante de lo que en ese momento se llamaba paranoia) y un síndrome que aparentemente él mismo describió (al menos no he encontrado referencias

anteriores a él), que era la “demencia simple”, cuadro caracterizado por un deterioro global, pero sin presencia de delirios, alucinaciones o conductas catatónicas. Pero Kraepelin no fundamentó esta nueva unidad nosológica, la demencia precoz, solo desde el punto de vista de la evolución, sino que estimó que todas estas formas de presentación tenían algunos rasgos en común. En su “Introducción a la psiquiatría clínica” de 1900 (cuya tercera edición, la de 1916, es la que tenemos en su versión alemana original) define a la demencia precoz como “un cuadro clínico caracterizado sobre todo por una desintegración de la personalidad con perturbaciones a nivel de la afectividad y de la voluntad..., a las que se agregan alucinaciones, particularmente del oído... e ideas delirantes de contenido persecutorio o hipocondríaco...” Luego se refiere a la perturbación del curso del pensar (“que se va tornando más y más disgregado”) y al compromiso de la afectividad (“que se manifiesta como falta de participación, indiferencia frente a los familiares, el entorno y el propio destino... y apagamiento de los deseos, esperanzas y temores”) (p. 337). Con respecto al síntoma de la disgregación, es necesario dejar en claro que para Kraepelin era el único síntoma verdaderamente específico de esta enfermedad. Ya en la quinta edición de su tratado (1896), que es la anterior a la sexta, donde describe la demencia precoz como entidad nosológica (1899), Kraepelin ya había hecho mención a este síntoma como un elemento fundamental de la demencia precoz descrita por Morel en 1856, pero sin diferenciarla todavía de la incoherencia propia de los cuadros orgánico-cerebrales. Y así es como habla de este síntoma como de una “confusión con los claros signos del deterioro intelectual” (p. 142). En la sexta edición, en cambio, él la separa de la incoherencia y le atribuye ese rol esencial y específico de la enfermedad al que hacíamos alusión: “Frente a la fuga de ideas queremos contraponer aquí, como segunda forma de aflojamiento del curso del pensamiento, la disgregación, que es lo más específico de la Dementia Praecox... En el marco de un discurso cuya forma exterior está conservada, nos encontramos con una total pérdida de la conexión interna y externa entre las ideas”.

Otro punto interesante en la concepción kraepeliniana es la forma como clasifica él a la demencia precoz. Él divide las enfermedades mentales en cinco grupos: 1. Psicosis provocadas por un daño corporal (traumatismos cerebrales, intoxicaciones, infecciones, sífilis, etc.). 2. Psicosis provocadas por procesos corporales internos (tumores cerebrales, corea de Huntington, perturbaciones arterioescleróticas, demencias seniles y preseniles, demencia precoz, parafrenias y

epilepsia genuina). 3. Enfermedades psicógenas (agotamiento nervioso, locura inducida, delirio de persecución de los sordos, neurosis traumáticas, perturbaciones psicógenas en los presidiarios, delirio querulante). 4. Enfermedades mentales de origen constitucional (enfermedad maníaco – depresiva, paranoia, histeria, neurosis obsesiva, trastornos impulsivos como la piromanía y la cleptomanía y por último, las perversiones sexuales). 5. Enfermedades congénitas (nerviosismo, trastornos de la personalidad, oligofrenias). No vamos a discutir aquí la relativa arbitrariedad de estas categorías, pero sí debemos recalcar que esta deja en claro que para Kraepelin la esquizofrenia pertenecía a las enfermedades orgánicas, a diferencia de la paranoia y la psicosis maníaco – depresiva, a las que califica como “constitucionales”, vale decir, como endógenas, que fue el adjetivo que se les aplicó poco después de Kraepelin y que imperara hasta el DSM III de 1980.

La esquizofrenia de Eugen Bleuler (1857-1939)

El gran psiquiatra de la Suiza alemana, Eugen Bleuler, publicó en 1911 una monografía titulada “La demencia precoz o el grupo de las esquizofrenias” y algunos años más tarde (1916) su “Tratado de Psiquiatría”, que su hijo Manfred Bleuler ha reeditado en varias oportunidades con distintas actualizaciones. Nosotros nos basaremos fundamentalmente en la décimo tercera edición alemana de 1975, la que en su esencia – sobre todo en lo que se refiere a la esquizofrenia – se ciñe a los textos originales de su padre de 1911 y 1916. La razón que llevó a Eugen Bleuler a proponer un nuevo nombre a esta enfermedad, fue la observación de que muchos enfermos con una sintomatología similar a la de la demencia precoz de Kraepelin no evolucionaban hacia una demenciación o más precisamente hacia un estado residual o “defecto”, sino que mejoraban, de forma análoga a lo que ocurría con los enfermos afectados por una psicosis maníaco – depresiva. Él propuso un nuevo nombre, esquizofrenia, que significa “mente escindida”, porque consideraba que lo esencial de esta enfermedad era una desintegración o división del pensar, el sentir, el actuar y de la experiencia subjetiva de la propia persona. También quiso evitar con ello el empleo de las palabras “demenciación” (Verblödung) o “demencia” (Demenz), porque ellas no correspondían, ni en los casos más graves, a lo que ocurría con la evolución de estos enfermos (1975, p. 398). Eugen Bleuler distinguió tres síntomas fundamentales como “alteración de funciones simples” (pensamiento, afectividad y voluntad) y que son: 1. La alteración del pensamiento, que puede ir desde una mera

laxitud de las asociaciones hasta la disgregación - tan importante para Kraepelin - y la esquizofasia; 2. La alteración de la afectividad, que se manifiesta en algún grado de aplanamiento de las emociones, en falta de modulación de los afectos, en discordancia ideo-afectiva y en falta de contacto. 3. La alteración de la voluntad, que se manifiesta como ambivalencia en el pensar, sentir y actuar. También describió un cuarto fenómeno fundamental como “alteración de funciones complejas”, cual es el autismo, caracterizado por una tendencia a retirarse del mundo en común, de desinteresarse de la realidad y un excesivo ocuparse con sus procesos psíquicos internos. Empleando sus propias palabras: “A este desapego de la realidad, junto con el predominio relativo o absoluto de la vida interior, lo denominamos autismo” (1911/1993, p. 71). Entre los síntomas accesorios Eugen Bleuler consideró a las alucinaciones, las ideas delirantes, las perturbaciones de la memoria y las de la persona (las distintas formas de despersonalización: transitivismo, apersonización, fenómenos de influencia, etc.). Manfred Bleuler hizo tres modificaciones en la forma cómo su padre había distinguido los síntomas fundamentales de los accesorios. En primer lugar, sacó a la ambivalencia de los síntomas fundamentales y la menciona como un elemento de la alteración de los sentimientos (“...la incapacidad de unir sentimientos de tonalidad ambivalente”, 1975, p. 455). En segundo lugar, incorporó como síntoma fundamental todas las formas de despersonalización que Eugen Bleuler había considerado originalmente como “síntomas accesorios”. En tercer lugar, dejó al autismo como el cuarto fenómeno fundamental, pero sin otorgarle un lugar aparte como “alteración de funciones complejas”. En suma, para Manfred Bleuler los cuatro fenómenos fundamentales de la esquizofrenia serían la perturbación del pensamiento y/o lenguaje (hasta el grado de la disgregación), las alteraciones de la afectividad (aplanamiento, falta de modulación, discordancia ideo-afectiva y sentimientos ambivalentes), las múltiples formas de vivenciar subjetivamente la despersonalización y el autismo.

Al igual que Kraepelin, tanto Eugen como Manfred Bleuler distinguen cuatro formas fundamentales, la esquizofrenia paranoide, la catatónica, la hebefrénica y la simple. Respecto a la evolución, Eugen Bleuler distingue entre formas periódicas y formas progresivas, entre formas agudas y crónicas y, por último, le da mucha importancia a la intensidad de las manifestaciones patológicas, distinguiendo entre formas leves y severas (1975, pp. 252-257). Por su parte, Manfred Bleuler establece una serie de formas de evolución de la esquizofrenia sobre la base de un seguimiento

durante muchos años de alrededor de 500 pacientes esquizofrénicos, estudio que terminó en 1967 (1975, p. 437). Él distinguió cursos simples y ondulantes.

I. Los cursos simples los clasifica en:

1. Comienzo agudo, que lleva a estados crónicos, forma que ya no se observa y se encuentra solo en descripciones antiguas.

2. Comienzo lento, que conduce a estados defectuales severos (5% a 10% de los casos).

3. Comienzo agudo, que conduce a estados defectuales leves (5% de los casos).

4. Comienzo lento, que conduce a estados defectuales leves (15% al 25% de los casos).

II. Los cursos ondulantes los clasifica en:

1. Curso ondulante, que conduce a estados defectuales severos (5%).

2. Curso ondulante, que conduce a estados defectuales leves (20% a 25%).

3. Mejoría después de un curso ondulante (35% a 40% de los casos).

III. Otros cursos: 5%.

En suma, si pensamos que esta investigación de Manfred Bleuler terminó en 1967, cuando solo había neurolépticos tradicionales y no de los mejores, podemos concluir que la evolución de la esquizofrenia no es tan negativa como la gente tiende a pensar, puesto que, según este estudio único en su tipo, solo un 10% a 15% de los casos evolucionaría hacia un estado crónico severamente defectual.

La esquizofrenia de Kurt Schneider (1887-1967)

Kurt Schneider es conocido entre otras cosas por su descripción de los “síntomas de primer orden de la esquizofrenia”, que serían los únicos específicos de esta enfermedad: eco del pensamiento, alucinaciones auditivas en la forma de conversaciones entre terceras personas, alucinaciones auditivas que comentan las propias acciones, vivencias de influencia corporal, robo del pensamiento y otras influencias sobre el pensamiento, difusión del pensamiento, percepción delirante y fenómenos de ser influido en el ámbito del sentir, de los impulsos y de la voluntad (sexta edición, 1962, pp. 98-110). Estos síntomas los separó claramente de los de segundo orden, entre los que se encuentran las ideas delirantes, en particular las ocurrencias delirantes, el resto de las alucinaciones, la perplejidad, las distimias de cualquier tipo y la sensación de empobrecimiento emocional. Particular importancia

le otorga Kurt Schneider a la percepción delirante, hasta el punto de llegar a afirmar que “allí donde se presentan percepciones delirantes se trata siempre de una psicosis esquizofrénica y nunca de una reacción vivencial anormal” (op. cit., p. 107). A diferencia de la ocurrencia delirante, ella contiene dos elementos: el objeto realmente percibido y el significado anormal que se le atribuye. Al respecto Schneider afirma: “Dado que no se trata de una alteración de lo percibido, sino de su significado, las percepciones delirantes no pertenecen al ámbito de las perturbaciones de la percepción, sino a las del pensamiento” (p. 105). Las ocurrencias delirantes pueden tener distintos contenidos, como, por ejemplo, religiosos, políticos, persecutorios o, al contrario, erotomaníacos (de ser amados por otra persona), hipocondríacos, etc. y tienen mucho menor valor diagnóstico para la esquizofrenia que la percepción delirante y los otros síntomas de primer orden. Las ocurrencias delirantes pueden presentarse también, según Schneider, en psicosis de otra naturaleza y también es difícil a veces diferenciarlas de ocurrencias no psicóticas, como las ideas sobrevaloradas y las obsesivas (p. 108).

A pesar del gran valor que Kurt Schneider les otorga a los síntomas de primer orden, él considera, sin embargo, que para hacer el diagnóstico de esquizofrenia ellos no tienen que estar necesariamente presentes: “A veces nos sentimos obligados a fundamentar el diagnóstico de esquizofrenia en los síntomas de segundo orden e incluso solo en síntomas relativos a la expresión (del paciente), siempre que se muestren en forma muy clara y contundente” (p. 134). Pero un poco más adelante vuelve Schneider a resaltar la importancia de estos síntomas “de primer orden”, al afirmar: “Para una tipología diferencial entre esquizofrenia y ciclotimia los síntomas de primer orden poseen un peso decisivo, como ningún otro síntoma... En el ámbito de la ciclotimia jamás hemos visto un síntoma que pudiéramos considerar como de primer orden.” (p. 135).

Los síntomas de primer orden de Schneider constituyen el primer intento de una operacionalización del concepto de esquizofrenia. Esto, porque se trata de síntomas que son relativamente fáciles de definir y de captar. Esta es probablemente la razón que tuvo Kurt Schneider para elegir estos síntomas en su afán de separar con claridad las esquizofrenias de los cuadros que él llamó ciclotimias y que en mayor o menor medida corresponden a las distintas formas de enfermedades del ánimo. Ellos tuvieron una gran influencia en todos los sistemas de clasificación y diagnóstico

que vinieron después, incluido el de la Asociación Mundial de Psiquiatría (ICD-10, 1992) y a los que nos referiremos a continuación.

La esquizofrenia según los sistemas de diagnóstico operacionales

La ausencia de un correlato anátomo- o fisiopatológico en la mayoría de las enfermedades mentales (al menos en las llamadas “endógenas” y “psicógenas”) hace que el diagnóstico en psiquiatría no cumpla con la condición básica del diagnóstico en medicina, cual es la de establecer un nexo entre algo que aparece (síntomas y signos) y algo que se oculta (el proceso patológico), constatable a través de los exámenes de laboratorio y los métodos de imagen (radiografía, tomografía axial computarizada, resonancia magnética, etc.). Con el objeto de superar esta grave limitación y darle un carácter más “científico” a la psiquiatría, en particular la escuela anglosajona, inspirándose en el empirismo lógico y particularmente en la obra de CG Hempel (1965), empezó a tratar de aplicar al diagnóstico psiquiátrico el modelo categorial. Los primeros intentos fueron los llamados “Criterios de Saint Louis” (J. P. Feighner y col., 1972) y los de New Haven (B. M. Astrachan y col., 1972). Poco después apareció el Present State Examination (PSE) CATEGO-System (J. K. Wing, J. E. Cooper, N. Sartorius, 1974) y en 1978 los Criterios de Taylor/Adams. En 1980 irrumpió el DSM-III de la Asociación Americana de Psiquiatras (APA), que difundió los diagnósticos categoriales por el mundo entero y que ha tenido ya varias ediciones, la última el DSM-V del año 2013. En 1982 se publicaron los Research Diagnostic Criteria (RDC) (R. L. Spitzer y col.) y en 1983 los Criterios de Investigación de Viena (P. Berner y H. Katschnig), basados en el “síndrome esquizofrénico axial endógenomorfo” que Berner había descrito como resultado de investigaciones anteriores sobre el curso de la esquizofrenia (1969, 1982).

Los diagnósticos categoriales consisten en confirmar o rechazar la presencia de un trastorno (disorder) mental a partir de la constatación de un determinado número de signos y/o síntomas previamente definidos por consenso. Las listas de síntomas no están jerarquizadas, de manera que síntomas que podrían ser fundamentales se encuentran al lado de otros que no lo son. Esto es más marcado aún en el caso del diagnóstico de las enfermedades del ánimo. Estos sistemas de diagnóstico y clasificación de las enfermedades mentales tienen serias limitaciones metodológicas, señaladas ya tempranamente por M. A. Schwartz y O. Wiggins (1987a

y 1987b) y más tarde por nosotros (O. Doerr-Zegers, 2001; O. Doerr-Zegers y col., 2017) y que ahora solo resumiremos:

1.- Estos sistemas suponen que los síntomas psiquiátricos son “objetivos” y mensurables, como en la medicina somática, cuando en realidad se trata de manifestaciones subjetivas, expresadas en diferentes formas y con distintas palabras según nivel intelectual y el tipo de cultura de la que proviene el paciente.

2. En su intento de ser “objetivos” estos sistemas minimizan - e incluso pretenden excluir - tanto la subjetividad del paciente como la del observador.

3. Ellos reducen la riqueza del cuadro clínico a un número determinado y arbitrario de síntomas, lo que lleva necesariamente a que estas listas de criterios sean siempre incompletas.

4. Se incluyen en estas listas de síntomas que deben estar siempre presentes algunos que varían mucho según las culturas, como es el caso de las ideas y sentimientos de culpa, casi ausentes en la India (Tellenbach, 1987 a, 1987 b), poco frecuentes en los países latinoamericanos (Doerr-Zegers, 1971; Heerlein & Doerr-Zegers, 2015) y muy frecuentes en Alemania y Japón (Tellenbach, 1987 a, 1987 b).

5. Por último, la demostración más palmaria del fracaso de estos diagnósticos categoriales es el creciente aumento en los estudios epidemiológicos de las comorbilidades. Ejemplo: Kessler y col. (1996) demostraron una comorbilidad de 72% entre el trastorno de angustia generalizada (GAD) y la depresión mayor (MD). Frente a tal grado de comorbilidad solo cabe pensar que uno de los constructos no existe.

De todos los sistemas de diagnóstico y clasificación mencionados, nos concentraremos aquí en especial en los DSM y en el ICD-10, con una breve referencia al Present State Examination (PSE) / CATEGO-System, por la importancia que ha tenido en los estudios epidemiológicos llevados a cabo bajo el auspicio de la World Psychiatric Association (Jablensky et al. 1992) y también a los Criterios de Investigación de la Escuela de Viena (P. Berner, 1983), por su originalidad y por su relativa coincidencia con una conceptualización de la esquizofrenia desarrollada por nosotros pocos años después (Doerr-Zegers, 1991, 2009, 2011, 2016).

El cómo los DSM, en particular el último, el DSM-V, conceptualizan y clasifican la esquizofrenia es conocido por todos, por cuanto este sistema se ha impuesto en mayor o menor medida en el mundo entero y es empleado prácticamente en todas las investigaciones para definir los distintos cuadros psiquiátricos. Quizás si lo más interesante sea mostrar los cambios que se han ido produciendo entre la primera

edición en que se aplicaron estos criterios operacionales (la Número 3) y la última (la Número 5). Dejaremos de lado los criterios de exclusión (que el cuadro dure más de seis meses y que no comience después de los 45 años; que los síntomas no se deban a un cuadro orgánico-cerebral o a una enfermedad del ánimo, etc.), para concentrarnos en la forma cómo son expuestos los síntomas en las distintas versiones. En el DSM-III los criterios diagnósticos aparecen en una lista de seis grupos de síntomas, el sexto de los cuales abarca lo que ellos califican como “incoherencia” (y que en rigor debería llamarse “disgregación”, tal como vimos la definió Kraepelin), la laxitud de las asociaciones y la pobreza en el contenido del lenguaje, siempre que esta última se acompañe de afectividad inapropiada, delirios, alucinaciones o conductas catatónicas. Los otros cinco grupos de síntomas se refieren, los tres primeros, a distintos tipos de delirio (según su contenido): primero, “los bizarros..., tales como los delirios de ser controlado, la transmisión, imposición o robo del pensamiento”; segundo, los delirios de grandeza, los religiosos o los nihilistas (siempre que no tengan contenido persecutorio) y tercero, los delirios de persecución y los de celos, acompañados de cualquier tipo de alucinaciones. Los criterios 4 y 5 se refieren a las alucinaciones auditivas. El número 4, a las voces que le comentan al paciente su conducta o sus pensamientos o que conversan entre ellas y el número 5, a repetidas alucinaciones auditivas de una o dos palabras, “no teniendo relación aparente con depresión o euforia”. A estos criterios basados en síntomas positivos agrega el DSM-III, al igual que las siguientes versiones, el deterioro del funcionamiento laboral, social y cuidado de sí mismo.

No es la ocasión de hacer una crítica detallada de esta forma de presentar los síntomas esquizofrénicos, pero sí destacaremos algunos puntos débiles de esta ordenación, cuanto más que a lo largo de las siguientes ediciones los mismos autores de este manual fueron corrigiendo en parte esos errores. Nos limitaremos, sí, a las versiones III, IV y V, saltándonos, por razones de espacio, las dos versiones intermedias, la III-R y la IV-TR. Esto también porque no hay diferencias significativas entre el DSM-IV y el DSM-IV-TR en lo que a la esquizofrenia se refiere. Lo primero que salta a la vista es un total desconocimiento de la psiquiatría clásica alemana y francesa, así como de esa obra fundamental que es la Psicopatología General de Karl Jaspers (1913, 1946; traducción española de Roberto Saubidet, 1955). Entre los errores destaca el haber puesto en el criterio A 1, como ejemplos de delirios bizarros, el delirio de ser controlado junto a la transmisión, imposición y robo del

pensamiento. El delirio pertenece al orden de los juicios y de hecho, los DSMs los definen insistentemente como “erroneous beliefs” (creencias erróneas). Si alguien afirma que está siendo controlado en su conducta por una organización secreta cualquiera, está sin duda haciendo una afirmación delirante. La transmisión o el robo del pensamiento, en cambio, no son delirios, sino experiencias particularísimas de despersonalización, en el sentido que pertenecen al ámbito de las “alteraciones formales del pensar”, las que, como vimos, fueron consideradas por Kurt Schneider como “síntomas de primer orden” de la esquizofrenia. Una segunda crítica apunta a la innecesaria división de los delirios según su contenido, porque no habría razón para considerar como una categoría diferente el que un delirio tenga contenido persecutorio o religioso. Por último, tampoco convence la división que hace el DSM-III entre voces dialogadas y voces aisladas.

En el DSM-IV (1995) hay un cambio llamativo: la sintomatología es explicada en forma algo más detallada y hay una tácita crítica al DSM-III, al considerar este como síntoma característico de la esquizofrenia los “delirios bizarros”, por cuanto “puede ser difícil enjuiciar la bizarrería, especialmente a través de distintas culturas (p. 281). Los síntomas característicos aparecen ordenados en cinco y no en seis categorías y ni los delirios ni las alucinaciones se muestran aquí separadas como constituyendo grupos de síntomas diferentes, como ocurría en el DSM-III. Los síntomas del criterio A son simplemente: delirios, alucinaciones, lenguaje desorganizado, conducta desorganizada o catatónica y síntomas negativos, como el aplanamiento afectivo y la falta de voluntad y para hacer el diagnóstico de la enfermedad se requiere la presencia de dos o más de estos síntomas. El criterio B es, como siempre, la disfunción social y laboral. En el DSM-IV también se habla por primera vez de las diferencias que muestra la enfermedad en el hombre y en la mujer. Es muy probable que los autores hayan tenido ya conocimiento de los trascendentales trabajos de Heinz Haefner y col., que a partir de 1992 y con distintas metodologías, pudieron demostrar este hecho de forma incontrovertible (Haefner y col., 1992, 1993, 1995).

El DSM-V mantiene los cinco criterios del DSM-IV, pero con una diferencia aparentemente formal, pero que podría estar señalando un cambio de actitud de los autores con respecto a la forma de aplicar estos diagnósticos operacionales. Aquí los cinco síntomas que componen el criterio A en el DSM-IV y en el DSM-IV-TR no aparecen simplemente descritos en la introducción del capítulo junto a otras

manifestaciones posibles de la enfermedad, sino claramente destacados con letra negrita desde la primera página. Se trata de una descripción más clara y precisa de cada uno de ellos (delirios, alucinaciones, pensamiento desorganizado, conducta desorganizada y síntomas negativos). Sin embargo, los autores insisten en considerar las alteraciones formales del pensar como delirios (p. 87). El destacar tanto estos cinco fenómenos, recuerda la tendencia de los clásicos a buscar “síntomas fundamentales” o específicos, como es el caso de la disgregación en Kraepelin o la laxitud de las asociaciones, el aplanamiento afectivo, la ambivalencia o el autismo en Bleuler. Hay una clara diferencia, entonces, entre esta forma de describir la esquizofrenia y la que emplearon los autores del DSM-III. Hay dos particularidades más que vale la pena destacar. Una es el hecho que el DSM-V no titula el capítulo ya como “Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos”, como lo hacen las ediciones anteriores, sino como “Espectro esquizofrénico y otros trastornos psicóticos”. El hablar de “espectro” está apuntando a una visión dimensional que de alguna manera aliviana la rigidez de los sistemas puramente categoriales. Esto explica también el hecho que por primera vez aparezca dentro del capítulo de la esquizofrenia la personalidad esquizotípica. Ahora bien, no podemos estar de acuerdo con el hecho que el DSM-V y las versiones anteriores, con excepción del DSM-III, incluyan el trastorno delirante o “trastorno paranoídeo” - como se llama en el DSM-III -dentro del capítulo de la esquizofrenia, por cuanto se trata de dos enfermedades absolutamente diferentes que ya fueron distinguidas la una de la otra en las primeras descripciones científicas de la psicosis. Como vimos en la introducción, Johann Heinroth (1818), el primero que usó el término “paranoia” para designar a lo que vulgarmente se llamaba “locura” (Verrücktheit), distinguió claramente una paranoia “simple” que solo afectaba el entendimiento y una “universal” (catholica) en la que se agregaban disgregación, perplejidad y conductas disruptivas. Esta diferencia fue definitivamente sellada con las descripciones de Kraepelin (1899), Krüger (1917) y Gaupp (1924) de la paranoia. Todos estos autores destacaron también la ausencia de alucinaciones auditivas y deterioro social y laboral en la paranoia. Una última particularidad del DSM-V quisiéramos destacar y es el hecho que este manual prescinde de la distinción de las clásicas formas evolutivas: paranoide, hebefrénica, catatónica y simple y dedica un párrafo aparte a la catatonía como un síndrome inespecífico que podría ser provocado por la esquizofrenia la depresión profunda o por una enfermedad orgánica. Este es otro

punto con el cual no podemos estar de acuerdo, por cuanto la semiología de la catatonía esquizofrénica es completamente distinta a la del estupor melancólico.

Junto a la esquizofrenia y el trastorno delirante el DSM-V describe otros trastornos relativamente independientes, como serían el trastorno psicótico breve, el trastorno esquizofreniforme y el trastorno esquizoafectivo.

El ICD-10, quizás si por haber surgido en Europa, muestra casi siempre una mayor proximidad a los autores clásicos que los DSM. Sin embargo, en el ámbito de la esquizofrenia este manual renuncia a buscar fenómenos básicos o fundamentales que pudieran algún día vincularse con un proceso patológico subyacente y procede a hacer una enumeración de nueve síntomas que tendrían “especial importancia para el diagnóstico” (p. 87):

1. Eco, imposición, robo o transmisión de pensamientos.
2. Delirios de control, influencia o pasividad referidos al cuerpo o a los pensamientos; percepciones delirantes.
3. Voces alucinadas que comentan la conducta del paciente o voces que proceden de alguna parte del cuerpo.
4. Delirios persistentes de contenido imposible y no adecuados a la cultura del paciente.
5. Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad que se acompañan de ideas delirantes poco estructuradas y sin contenido afectivo.
6. Interceptación del pensamiento, de lo que resulta incoherencia, discurso irrelevante o neologismos.
7. Conductas catatónicas, como agitación, posturas impuestas, flexibilidad cérea, negativismo, mutismo, estupor.
8. Síntomas negativos como apatía, empobrecimiento del lenguaje, incongruencia en las respuestas emocionales, tendencia al aislamiento, dificultad en la socialización.
9. Cambio significativo en la totalidad del comportamiento, lo que se manifiesta como falta de interés, de proyectos, actitud autista y aislamiento social.

El ICD distingue claramente entre las clásicas formas paranoide, hebefrénica, catatónica e indiferenciada (que debería corresponder a las formas simples de Kraepelin) de la esquizofrenia. En la forma paranoide los síntomas más frecuentes son los delirios de persecución, de autorreferencia, de grandeza o de cambio corporal; las alucinaciones auditivas con carácter amenazador y las alucinaciones

olfatorias y gustatorias y a nivel sexual y otras sensaciones corporales. En la forma hebefrénica predominan los síntomas afectivos, aunque son frecuentes también los delirios y las alucinaciones, la conducta irresponsable, impredecible y algún tipo de amaneramiento. El afecto es inapropiado y se acompaña a menudo de risas inmotivada, muecas, quejas hipocondríacas y frases reiteradas. El pensamiento es desorganizado y el discurso, incoherente. Hay cierta tendencia al aislamiento y la conducta en general impresiona como vacía y sin propósitos. En la forma catatónica las perturbaciones psicomotoras son las predominantes y pueden alternar entre los extremos de hiperkinesia y estupor o automatismo al mandato y negativismo. Las posturas pueden ser mantenidas por largos períodos y pueden producirse episodios de agitación con violencia. En este punto el ICD-10 hace una interesante observación epidemiológica, a saber, la baja frecuencia que tiene la catatonía esquizofrénica en los países industrializados, manteniéndose, en cambio, en los países en vías de desarrollo. Este fenómeno no tendría todavía una explicación. En la forma indiferenciada se trata de pacientes que cumplen con los criterios diagnósticos para esquizofrenia, pero no se dejan adscribir a ninguno de los otros seis subtipos.

Poco después de aparecido el DSM-III (1983) y los Research Diagnostic Criteria (RDC) (1982), P. Berner y H. Katschnig, de Viena, propusieron una nueva forma de definir los criterios para el diagnóstico tanto de las esquizofrenias como de las enfermedades del ánimo, que encontramos del mayor interés y que, sin embargo, no ha tenido ni difusión ni tampoco aplicación en las investigaciones realizadas durante las últimas décadas. La originalidad de estos criterios radica en el hecho que, superando varias de las debilidades de los sistemas categoriales, busca apoyar el diagnóstico en solo tres fenómenos fundamentales de esta enfermedad (y que como veremos, se pueden reducir a dos), los cuales - aunque en mayor o menor medida coinciden con las visiones clásicas de Kraepelin, Bleuler y Schneider - son mucho más simples y esclarecedores, razón por la cual nos detendremos brevemente en ellos.

Para estos autores los síntomas fundamentales (y al mismo tiempo, los criterios para su diagnóstico) serían:

A. Alteraciones formales del pensar, entre las cuales destacan el bloqueo o interceptación, el descarrilamiento (con respecto a la corriente principal del pensar) y la laxitud de las asociaciones (en alemán, Faseln).

B. Presencia de neologismos (siempre que el paciente no explique espontáneamente su significado).

C. Aplanamiento afectivo (pobreza afectiva, indiferencia emocional, apatía y, en general, una disminución de la capacidad de responder afectivamente).

El compromiso de la afectividad fue destacado siempre por los autores clásicos y está presente en prácticamente todos los sistemas de clasificación y diagnóstico modernos, como Criterio B, dejando como Criterio A la enumeración de los llamados “síntomas productivos” (delirios, alucinaciones, etc.). En esa medida, este criterio no significa ninguna novedad. Sí, en cambio, los dos primeros, que, como decíamos antes, se pueden reducir a uno, puesto ambos representan perturbaciones del pensamiento/lenguaje. Con otras palabras, para estos autores, fuera del compromiso de la afectividad, que ha sido universalmente aceptado, el único fenómeno verdaderamente específico de la esquizofrenia lo constituirían las alteraciones del pensamiento y/o lenguaje. En esto coincidirían con Kraepelin, quien, como vimos, consideraba a la disgregación el único síntoma específico de la demencia precoz. En un trabajo de 1991 nosotros planteamos, sobre bases clínicas y filosóficas, que la perturbación central válida para todos los casos de esquizofrenia era la perturbación del lenguaje y, más específicamente, “la pérdida del carácter dialógico de la palabra”. En trabajos posteriores (2009, 2011, 2016) hemos desarrollado esta hipótesis más en detalle en los fundamentos clínicos y filosóficos, agregando también argumentos históricos y evolutivos. En este último punto remitimos a las interesantes investigaciones de Timothy Crow (1995, 1996, 1997, 1998, 2006), quien, entre otros hallazgos trascendentales, ha podido establecer el vínculo existente entre la esquizofrenia y ese salto en la evolución que significó el acceso del homo erectus al lenguaje racional y con ello, a la condición de homo sapiens.

Aportes de la fenomenología al conocimiento de la esquizofrenia

La fenomenología y el movimiento fenomenológico fueron fundados por el filósofo alemán Edmund Husserl (1859-1938) a principios del siglo XX. Husserl estudió primero matemáticas y luego filosofía con Franz Brentano (1838-1917), de quien adoptó el concepto de la intencionalidad de la conciencia, que él define del siguiente modo: “En los simples actos de percibir estamos dirigidos a las cosas percibidas, en el recordar, a las recordadas, en el pensar, a los pensamientos, en el

evaluar, a los valores, en el desear, a los objetivos y perspectivas...” (1962, p. 237). La realidad está dada en primer lugar como ‘noema’ de una ‘noesis’, como el contenido de nuestros actos conscientes. La fenomenología pretende aproximarse en forma directa e inmediata a los objetos y evitar los muchos prejuicios que han caracterizado a la historia y al conocimiento humano. El mandato de Husserl “A las cosas mismas” no significa simplemente rechazar todos los dogmas tradicionales, sino más bien una invitación a sumergirse totalmente en las cosas. Ahora bien, la fenomenología no se limita a investigar los datos de la experiencia sensorial, sino que acepta igualmente datos no sensoriales (como los valores y las relaciones) que son captados por la intuición en forma directa.

La experiencia fenomenológica no es por cierto una experiencia natural, aunque procede de ésta. En la vida diaria uno se encuentra en una actitud natural ingenuamente orientado hacia el mundo de los objetos. Esto no nos lleva, sin embargo, ni al conocimiento ni menos aún al conocimiento científico. Para que esta actitud natural nos conduzca al conocimiento científico, necesitamos reducir el objeto a uno solo de sus aspectos. Así, por ejemplo, cuando el químico se aproxima al agua, él reduce todos sus significados a la mera composición molecular: dos átomos de hidrógeno y uno de oxígeno. En su aproximación al objeto el químico no considera la capacidad del agua para saciar la sed o para hacer que los campos produzcan frutos y nunca tomará en cuenta los simbolismos de la profundidad del mar, la importancia de las nubes o la belleza de un lago. En contraste, cuando el fenomenólogo adopta una actitud reflexiva dirige su atención a la totalidad de las muchas formas en que un objeto es percibido en la conciencia.

La actitud fenomenológica intenta, como lo formula Blankenburg (1962), “ser lo más abierta posible a las diferentes formas de ser del objeto, es decir, intenta ser (aún) ‘más natural’ que la propia experiencia natural. Pero, por otra parte, también intenta ser ‘más científica’ que la experiencia científica, en la medida en que no se limita a un aspecto particular, sino que transforma en su objeto (la totalidad de) las formas de ser de lo que nos enfrenta” (p. 413). En otras palabras: en toda experiencia real experimentamos más de lo que la percepción del mero objeto nos proporciona. Esto fue formulado en forma brillante cien años antes de Husserl por Goethe (1966) en uno de sus aforismos: “La experiencia es siempre sólo la mitad de la experiencia”. Siempre vivimos más de lo que vivimos, experimentamos más de lo que experimentamos y explorar esta otra parte es la gran tarea de la fenomenología.

El aporte de Karl Jaspers (1883-1969)

El primero que aplicó el método fenomenológico a la psiquiatría fue el médico y filósofo alemán Karl Jaspers. En la perspectiva de Jaspers la fenomenología es una “psicología descriptiva”. Ésta está firmemente relacionada con hechos y entrega una descripción imparcial de las experiencias de los pacientes. Jaspers combinó un llamado a la empatía (Einfühlen) junto con la inmediata comprensión (Verstehen) de la otra persona, sin explotar técnicas propiamente fenomenológicas como la reducción, la variación libre o la intuición de esencias (1963, 1963). Sin embargo, sus diferencias con Husserl no son tan grandes como ha sostenido el autor peruano-británico German Berríos (1989). Su obra está llena de afirmaciones que demuestran lo que estamos afirmando, entre otras: “La fenomenología tiene que ver solo con lo verdaderamente experimentado, con lo que es evidente a la intuición y no con cualquier cosa pensada como subyacente a lo psíquico y construida teóricamente” (1963, p. 326). En todo caso, su contribución al conocimiento de la esquizofrenia es enorme y está distribuida en los distintos capítulos de su *Psicopatología General* (1913/1959; edición en español, 1955), ya sea en la forma de acuciosas descripciones de sus síntomas, como en la introducción de conceptos fundamentales atinentes a la esquizofrenia, como los de “proceso” y “desarrollo” (ver O. Doerr-Zegers y H. Pelegrina, 2013). Un aporte fundamental de Karl Jaspers, que tiene que ver indirectamente con la esquizofrenia y, en rigor, con todas las enfermedades antiguamente llamadas endógenas, es el del diagnóstico por “tipos ideales”. Las enfermedades mentales sin fundamento orgánico no serían entes reales, según Jaspers, sino configuraciones ideales que se han venido formando en la mente de los psiquiatras a través de la experiencia con sus pacientes. Cada paciente particular se aproxima más o menos a ese tipo ideal “esquizofrenia”, “paranoia”, “melancolía”, etc. Fuera del hecho de que este tipo de diagnóstico se aproxima mucho más allá realidad clínica que la rigidez de los diagnósticos operacionales, tiene el diagnóstico por tipo ideal la ventaja de que obliga a dar razón de lo que sobra y de lo que falta en el caso concreto con respecto al tipo ideal. Los autores norteamericanos M. Schwartz y O. Wiggins (1987 a, 1987 b) han resucitado y difundido esta hipótesis jaspersiana, la que poco a poco va ganando adeptos, sobre todo frente los repetidos fracasos de los diagnósticos operacionales.

El aporte de Ludwig Binswanger (1881-1966)

El segundo psiquiatra que aplicó el método fenomenológico a la psiquiatría es el suizo-alemán Ludwig Binswanger (1881-1966). En su artículo “Sobre la fenomenología” (1947) ya sugiere que “la intuición de las esencias es el proceso fundamental del método fenomenológico (en psiquiatría)” (p. 19). Luego la influencia de “Ser y tiempo” de Heidegger (1963) se hizo irresistible y causó su conversión al existencialismo. A través de él la forma de ser y la biografía de los pacientes psiquiátricos se colocaron dentro del dominio de la descripción que hace Heidegger de la existencia humana como “ser-en-el-mundo”, de modo que “No decimos que ‘las enfermedades mentales sean enfermedades del cerebro’, sino que en las enfermedades mentales encontramos modificaciones de la estructura esencial y elementos estructurales del ser-en-el-mundo como trascendencia.” (1947, p. 194). El análisis existencial explora por lo tanto en qué formas un “Dasein” “descubre”, “proyecta” o “se abre” hacia un mundo (1957). Ahora intentaremos resumir sus hallazgos pertenecientes a la historia vital y el mundo de los pacientes esquizofrénicos.

1. En primer lugar, el desarrollo de una existencia esquizofrénica se caracteriza por “la ruptura de la coherencia de la experiencia natural”. Binswanger persigue este patrón de ‘incoherencia’ hasta la misma infancia de sus pacientes. Por esta razón sus vidas son a menudo dolorosas y difíciles, pues ellos están permanentemente buscando la forma cómo restablecer ese orden perdido en forma tan temprana.

2. Otro elemento esencial de la existencia esquizofrénica es la escisión en alternativas irreconciliables. La alternativa dominante es generalmente un ideal excéntrico. Esta tendencia a la escisión aparece a menudo en el período previo a la enfermedad en los diferentes ámbitos de la vida, incluida la relación con el propio cuerpo.

3. El tercer rasgo característico es el ocultamiento del lado rechazado de la alternativa a favor de la absoluta supremacía del ideal excéntrico. En esta perspectiva uno podría entender la relación entre esquizofrenia y manierismo, porque el ocultamiento de la alternativa temida se logra por medio de modos de expresión arbitrarios, desfigurados e innecesariamente detallados, v. gr., en el lenguaje, en el dibujo, etc.

4. La última característica es su tendencia al ‘aniquilamiento’, que se hace manifiesta como la culminación de tensiones conflictivas y la retirada del mundo. Este es el ansiado fin, que puede consumarse ya sea en la forma de un autismo pasivo, un delirio crónico o el suicidio.

El aporte de Jürg Zutt (1893-1980)

Otro autor que ha hecho una gran contribución a la orientación fenomenológica en psiquiatría y en particular a la esquizofrenia, es Jürg Zutt. Sus análisis del síndrome paranoídeo desde esta perspectiva son simplemente magistrales (1958, pp. 3-16). Sin embargo, no nos referiremos a ellos, sino a su análisis del fenómeno alucinatorio en la esquizofrenia (1963, p. 389), al que consideramos como uno de los más claros ejemplos de cómo una aproximación fenomenológica puede contribuir al conocimiento de la esencia de un fenómeno psicopatológico. Muchos enfermos escuchan voces, las que tradicionalmente han sido interpretadas como “percepciones engañosas del oído”. Si el órgano sensorial “engañado” es el oído, se piensa que la función alterada es la vía acústica y de hecho se realizaron en la primera mitad del siglo XX muchas investigaciones empíricas orientadas a descubrir esta alteración, obviamente sin éxito. Por otra parte, ya a los autores clásicos les llamaba la atención el que los esquizofrénicos escuchen voces, pero no vean visiones. ¿Por qué esta discrepancia? Esta aproximación a la alucinación y su discrepancia es coherente con la teoría del ser humano como organismo, en el sentido de la anatomía y la fisiología. Pero existen otras teorías, como la psicoanalítica, en la cual la alucinación no es vista como perturbación auditiva, sino como producto del repliegue de un Yo débil frente a contenidos angustiosos de la conciencia. En ambos casos, tanto en la teoría organicista como en la psicoanalítica, el síntoma “oír voces” no es estudiado en sí mismo, sino más bien ‘encubierto’, al no dejarlo hablar desde y por sí mismo. Nosotros hemos intentado hacer una contribución al análisis de Zutt (Doerr-Zegers, 1992), al comparar la alucinación esquizofrénica con la del paciente alcohólico. Éste escucha hablar a personas inexistentes que de pronto se presentan en el espacio real (“ahí”, “detrás de la puerta”, “en la calle”, etc.) y frente a las cuales él reacciona, mientras que el paciente esquizofrénico al escucharlas se siente paralogizado y avasallado y no actúa de acuerdo a lo escuchado. La alucinación del alcohólico es un activo percibir, porque su percepción implica un identificar (“es la policía”), un localizar (“ya

atravesaron la puerta”) y un actuar (el paciente se esconde debajo de la cama). En cambio, la alucinación del esquizofrénico es pura pasividad e indefensión, por cuanto él, propiamente, no escucha voces (como el alcohólico), sino que es hablado. Y no bien hemos llegado a esta fórmula, caemos en la cuenta que la mencionada discrepancia ha desaparecido, porque el esquizofrénico, así como es hablado, es mirado y es tocado; vale decir, la correspondencia no es voz-visión, sino voz-mirada (Zutt, 1963, p. 392). La perturbación fundamental en esta enfermedad no radica entonces en la percepción, sino en ese fenómeno mucho más complejo y abarcador que es la interpersonalidad.

El aporte de Wolfgang Blankenburg (1928-2002)

Una de las más importantes contribuciones de Blankenburg es su concepto de “la pérdida de la evidencia natural” (der Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit) en la esquizofrenia. Él observó este fenómeno en una serie de pacientes con un elevado nivel intelectual y gran capacidad de auto-reflexión. Una de sus pacientes decía: “me falta algo, algo pequeño ... pero tan importante que sin ello no se puede vivir...” (21, p. 60 de la versión alemana y 108 de la castellana). Otro pensaba que la salud y la felicidad sólo eran posibles porque había un “algo” del que habitualmente no se está consciente. El mismo paciente terminaba diciendo que “este misterioso ‘algo’ parece resistirse tenazmente a la conciencia...” (p. 61). Las personas sanas no reflexionan sobre el common sense y la comprensión de la vida diaria, pero los esquizofrénicos se preocupan de ello porque lo han perdido. Sin embargo, hay una situación – la epojé fenomenológica – en la cual las personas sanas están muy cerca de lo que les ocurre a los esquizofrénicos. La epojé consiste justamente “en un desprenderse de las evidencias de la vida cotidiana, de ese vivir, actuar y opinar simple e ingenuamente, en el que estamos enraizados en el mundo de la vida” (p. 64), para adoptar una actitud reflexiva y distante. La resistencia que el fenomenólogo experimenta al adoptar esta actitud es aquello de lo cual carece el paciente esquizofrénico. Se podría decir que éste vive, en contraste con el fenomenólogo, en una epojé descontrolada y permanente.

Otro de los grandes méritos de Blankenburg es el haber incorporado la perspectiva dialéctica en la psicopatología y en la psiquiatría (1965, 1974, 1981), aunque, en rigor, fue Karl Jaspers (1959) quien hizo las primeras contribuciones a la perspectiva dialéctica. Así, él pudo mostrar cómo en “el automatismo al mandato”

de los pacientes esquizofrénicos lo que ocurre es que una tendencia se emancipa, impidiendo el juego armónico con la contratendencia. Otro ejemplo de falla en la unión de los contrarios, mencionada por Jaspers, es la ambivalencia esquizofrénica (p. 283). Pero fue Blankenburg el que desarrolló este pensamiento a cabalidad. Su punto de partida fue la hipótesis de que en todo lo negativo, una anormalidad psíquica, por ejemplo, era posible encontrar una cierta positividad y que, a la inversa, en lo positivo (en la hiper-normalidad, por ejemplo) podía encerrarse una cierta negatividad. Así, él describió los elementos positivos de las personalidades histéricas (p. ej., su adaptabilidad y capacidad de entretener), de las depresivas (su confiabilidad y su preocupación por el otro) y de las esquizoides (su autenticidad y su originalidad), etc., pero también los elementos negativos de personalidades tan “virtuosas” como las depresivas (v.gr. la falta de elasticidad del *typus melancholicus* de Tellenbach, 1961/1983) o lo que ocurre en un tipo de psicosis epiléptica aguda, donde la normalidad de las funciones cerebrales responsables del trazado electroencefalográfico (fenómeno positivo) se transforma en el factor determinante de la irrupción de una psicosis paranoídea (fenómeno negativo). Ahora bien, el interés de este planteamiento no es sólo teórico, sino también práctico. Al no tomar lo negativo simplemente como tal el psiquiatra se verá obligado a ampliar su horizonte de comprensión, a cambiar marcos de referencia y a cuestionar el concepto tradicional de enfermedad.

Además, a esta mirada se nos presentan los distintos cuadros patológicos ordenados en polaridades (esquizofrenia-depresión; histeria-obsesión), con múltiples transiciones entre ellas, lo que corresponde mucho más a la experiencia clínica que el empleo de categorías nosológicas absolutas. El ver a una estructura psicopatológica como el lado positivo de la otra nos abre un camino de acción terapéutica privilegiado, cual es el evitar una mera adaptación a ese inexistente término medio, procurando hacer tomar conciencia al paciente de la positividad de sus rasgos pretendidamente anormales, pero de tal modo que empiece un camino en la dirección contraria, hacia su polo opuesto, v. gr. desde el polo esquizofrénico al depresivo y viceversa. Al hacerlo, la actitud fenomenológica ayuda al paciente a acercarse a la medida griega, pues, como dice la vieja sabiduría de Heráclito (1967): “Lo que se opone se une; de las cosas diferentes nace la más bella armonía” (Fragmento N° 8). A partir de 1990 hemos intentado nosotros (Doerr-Zegers, 1990 a, 1990 b, 1993, 2013 y 2015) avanzar en la aplicación de la perspectiva dialéctica

a la totalidad de los síndromes psicopatológicos y en particular a la polaridad esquizofrenia/enfermedades del ánimo.

Con Blankenburg termina lo que podríamos llamar la “época clásica” de la fenomenología psiquiátrica y sus aportes en todos los ámbitos de la psicopatología, muy en particular en el de la esquizofrenia, que es el que nos interesa en estos momentos. En Francia se desarrolló a partir de los años 60 y por la influencia de filósofos tan determinantes como Maurice Merleau-Ponty, Jean Paul Sartre y Michel Henry, un interesante movimiento de psiquiatría fenomenológica vinculado a los nombres de Yves Pelicier, Jean Sutter, Arthur Tatossian, Jean Naudin, Philippe Forget y Georges Charbonneau, entre otros. Sin embargo, sus principales aportes han sido no en el campo de la esquizofrenia, sino de las enfermedades del ánimo, las adicciones y las personalidades anormales. La excepción es Jean Naudin, quien realizó un extraordinario estudio fenomenológico sobre las alucinaciones auditivas en la esquizofrenia (1997). En todo caso, un buen resumen de los aportes franceses al estudio de las psicosis se encuentra en el libro de Arthur Tatossian, “Psychiatrie Phénoménologique” (2014).

A partir de los 80 y quizás como reacción al imperio casi absoluto que empezó a tener el DSM-III en la psiquiatría occidental, se empezaron a formar grupos de orientación fenomenológica en Dinamarca, Estados Unidos, Austria, España, Holanda, Inglaterra, Italia, Sudáfrica, Argentina, Brasil y Chile. Se creó primero la “European Conference on Philosophy and Psychiatry”, que organizó reuniones anuales hasta 1996, cuando este grupo se unió a otro similar de los Estados Unidos y formaron el “International Network for Philosophy and Psychiatry”, que realiza congresos anuales hasta el día de hoy. La Oxford University Press ha ayudado mucho a la difusión de los estudios llevados a cabo por los distintos centros de investigación a través de una serie que ella publica, llamada “International Perspectives in Philosophy and Psychiatry”. Ahí han aparecido libros tan importantes como “One Century of Karl Jaspers’ General Psychopathology”, editado por G. Stanghellini y Th. Fuchs (2013), “Disembodied Spirits and Deanimated Bodies”, de Giovanni Stanghellini (2013) y el “Oxford Handbook of Phenomenology and Psychopathology” (2020), entre otros. Es naturalmente imposible detallar aquí todo lo que estos autores de la nueva generación de fenomenólogos han descrito y/o descubierto acerca del mundo de la esquizofrenia. Quisiera destacar, eso sí, algunos autores que han hecho contribuciones fundamentales al respecto, como por ejemplo el alemán

Thomas Fuchs (2007, 2020), el italiano Giovanni Stanghellini (2004), los norteamericanos Michael Schwartz & Osborne Wiggins (1987 a, 1987 b), Louis Sass (2015) y Aaron Mishara (2001), los daneses Joseph Parnas (2002) y Dan Zahavi (2005), el británico Matthias Radcliffe (2015) y el español Héctor Pelegrina (2006, 2017). En lugar de ir autor por autor, que sería una tarea interminable, hemos decidido concentrarnos en un contexto temático específico, el de las perturbaciones del lenguaje y la intencionalidad, al cual han contribuido en una u otra forma algunos de los autores citados y que, a nuestro modo de ver, representa un problema central de la esquizofrenia, y a su vez un ejemplo de los avances que puede lograr la fenomenología en el conocimiento de esta misteriosa enfermedad.

Esquizofrenia, lenguaje, intencionalidad y perspectiva

Según Husserl, más allá de la intencionalidad activa y consciente, gracias a la cual estamos siempre dirigidos hacia las cosas, existe un estrato básico que él llama síntesis pasiva, lo que significa que frente a cualquier objeto debemos “sintetizar una multiplicidad de aspectos particulares para lograr constituir una imagen coherente y durable” (Fuchs, 2007). El caso más ilustrativo de la importancia de la intencionalidad es la percepción de un objeto o de una persona. Toda percepción es necesariamente perspectivística, vale decir, que uno percibe siempre solo ciertos aspectos del objeto y “apercibe” el resto. La “apercepción” es una forma particular de “apresentación” (Husserl, 1963). A través de la intencionalidad y por medio de los procesos de percepción/apercepción o de presentación/apresentación, el Yo constituye el objeto en su totalidad y con ello el mundo común o *koinos cosmos*. Hay distintos tipos de síntesis: espacial, temporal, identificatoria, causal, gestáltica, etc. Todas estas síntesis ocurren en forma automática, lo que permite al sujeto intencionar el o los objetos, enfocarse hacia ellos y actuar sobre ellos. Merleau-Ponty (1945) acuñó el término “arco intencional” para denotar el estrecho nexo existente entre el sujeto como agente y el mundo. Un ejemplo sencillo de cómo funciona la “intencionalidad operativa” es lo que ocurre cuando leemos un texto o escuchamos una melodía. Las letras particulares, así como en otro momento los sonidos de un discurso están presentes en mi percepción solo en forma implícita, porque yo estoy dirigido siempre hacia el significado. Las síntesis pasivas (o implícitas) son el medio a través del cual percibimos el mundo e interactuamos con él.

En la capa más profunda o básica de la vida mental se encuentra lo que Husserl llamara “la conciencia del tiempo interior o inmanente” (1966). La corriente de la conciencia no es una mera sucesión de “ahoras” o momentos, sino un proceso de auto-organización dinámica que se va desarrollando a medida que se escucha una conferencia o una melodía. Esa persistencia en mí del pasado la llamó Husserl *retentio* y a la anticipación del porvenir la llamó *protentio*. Husserl ejemplificó la *protentio* con el caso de la música: mientras escuchamos una melodía estamos constantemente conscientes de las notas recién tocadas y tenemos una determinada expectativa sobre cómo va a continuar la melodía. Lo mismo vale para la secuencia de un discurso: no podría decir lo que estoy diciendo si no supiera lo que voy a decir ni lo que ya dije. En rigor, todo proceso mental tiene esta estructura temporal. El arco intencional es lo que conecta el comienzo y el final de la frase o de la melodía, o del discurso completo o de la pieza musical. Ahora bien, cuando hablo no solo tengo conciencia de lo que digo, sino también del hecho que soy yo el que habla o actúa. Ese es el sentido o la sensación de ser agente del proceso mental. La estructura *protentiva-retentiva* hace que el proceso consciente implique necesariamente un saber de sí mismo y esto es lo que constituye la unidad de la conciencia a través del tiempo.

Dentro de la estructura temporal de la vivencia, el momento que más se relaciona con la intencionalidad es la *protentio*. Esta es una anticipación de eventos externos o internos: objetos en movimiento, música sonando, pensamientos emergiendo. Aunque no tenemos certeza de lo que viene, nos movemos por lo general en el marco de lo probable. Lo que es probable para mí está determinado por mis retenciones, mis impresiones presentes y mis intenciones. El arco intencional se mantendrá más tenso mientras mayor sea la potencia de la meta de mi discurso y mi capacidad de excluir las asociaciones inadecuadas. Fuchs (2007) ha comparado esta función *protentiva* con un cono cuyo punto de partida es el ahora. En el caso de un pensar o un hablar muy ordenado, este cono es muy delgado y las ideas fluyen una detrás de la otra, siempre orientadas hacia el fin. Hay otros estados, en cambio, como la asociación libre o el soñar, donde el cono de la intencionalidad se amplía enormemente y entonces las ideas y las imágenes se desordenan y toman cualquier dirección. En el caso del sueño la situación es extrema, porque no hay vector del tiempo, no hay anticipación, ni tampoco identidad. Las cosas suceden antes o

después, una persona se transforma en otra e incluso se altera el carácter de agente del sujeto.

¿Y qué sucede a este respecto en la esquizofrenia? Ya Eugen Bleuler (1911, 1966), en su descripción de esta enfermedad, plantea, como vimos, que uno de los síntomas fundamentales es la alteración del curso del pensar, que puede ir desde la laxitud de las asociaciones hasta la disgregación. Según él, esas primeras etapas de la alteración del pensamiento esquizofrénico estarían caracterizadas por tres elementos: la falta de una idea meta, la falta de referencia al contexto correspondiente y el “irse por las ramas” (Vorbeireden). Años más tarde el autor norteamericano N. Cameron (1944, 1968) describió otros cuatro rasgos fundamentales del pensamiento esquizofrénico: la asindesis (falta de eslabones causales), la metonimia (metáforas desviadas), la sobre-inclusión (incapacidad para mantener el pensamiento dentro de ciertos límites) y, por último, la excesiva tendencia a la generalización. Uwe Peters describió en 1973 otro rasgo novedoso del pensamiento esquizofrénico, que él llamó “la perturbación del campo de la palabra o de la frase” (Wortfeld-Störung und Satzfeld-Störung) y que consistiría en lo siguiente: una palabra o una frase pueden contener un número casi indefinido de significaciones y su significación exacta va a estar determinada por el contexto en el cual la palabra o la frase es pronunciada; el paciente esquizofrénico tendría dificultades para captar este contexto propuesto por el otro.

Un autor que se ha ocupado bastante con el tema es Blankenburg (1976, 1984), quien plantea que las perturbaciones centrales serían tres: proximidad y “contactos en cortocircuito” entre las significaciones literales y metafóricas; inseguridad con respecto a la subordinación semántica o referencia al contexto (similar a lo descrito por Peters) y, por último, debilitamiento del pensamiento en alternativas, algo que caracteriza a la conciencia cotidiana de la persona normal. Esta estaría capacitada para no confundir los niveles literal y metafórico, de manera que siempre se encuentra o en un nivel o en el otro. El paciente esquizofrénico, en cambio, confundiría estos niveles semánticos, siendo además muy sensible y vulnerable frente a las ambigüedades resultantes. Nosotros mismos nos preocupamos hace algunas décadas de estudiar este problema (1987) y planteamos que las distintas características del pensamiento esquizofrénico descritas por los autores mencionados tenían un denominador común y que podía ser considerado como la perturbación basal, cual es “la pérdida del carácter dialógico del lenguaje”.

Por cuanto contexto significa “co-texto”, texto en común, convención, acuerdo. No reconocer el contexto o no implicarlo o confundir un nivel o contexto con otro o mezclarlos, etc., significaría mucho más que una alteración del lenguaje en el sentido de una deficiencia instrumental. Lo que aquí ocurriría sería un quiebre de una estructura básica del existente humano, del “ser-en” de Heidegger (1927, § 34), caracterizada por dos “existenciales”: la *Befindlichkeit* (“estar en su cuerpo”, “hallarse”, disposición afectiva) y el *Verstehen* (comprensividad), siendo el habla o lenguaje inseparable de esta última, pues el habla es la “articulación de la comprensividad”. Ahora bien, a la articulación significativa de la comprensividad del ser-en-el-mundo pertenece también el Otro. No hay hablar sin escuchar. Heidegger dice: “El ser-uno-con-otro (*Miteinandersein*, inter-personalidad, el “entre”) se mueve en el hablar-se y en el ocuparse de lo hablado” (§ 34, p. 168).

Sin cuestionar la propiedad de las formas descritas de concebir lo esencial del pensamiento esquizofrénico, uno podría comprenderlo también desde la perspectiva de la intencionalidad que estamos tratando. Así, los tres elementos que, según Bleuler (1911), constituirían el fenómeno más abarcador del “aflojamiento de las asociaciones”: la falta de una idea meta, la falta de referencia al contexto y el “irse por las ramas” aparecen como directa expresión de una debilitación del arco intencional. Lo mismo ocurre con la asindesis y la overinclusion de Cameron (1947), la perturbación del “campo de la palabra” de Peters (1973) y “los contactos en cortocircuito” entre significaciones literales y metafóricas de Blankenburg (1976, 1984). Si volvemos a la imagen del cono que emplea Fuchs (2007), en la esquizofrenia ocurriría una ampliación de éste, aunque no tan exagerada como en la actividad onírica o bajo el efecto de la mescalina. Los pensamientos mantienen todavía un vector del tiempo - a diferencia de lo que ocurre en el sueño - pero ellos no se siguen el uno al otro en forma ordenada hacia un fin, como sucede en el pensar normal, sino que se desvían, se contaminan con otros que no tienen relación con la idea-meta y se pueden dar también varias líneas de pensamiento simultáneas.

Un ejemplo impresionante de esta perturbación del lenguaje en la esquizofrenia y que muestra todos los fenómenos señalados, es el de un paciente mío, Alejandro, quien al preguntarle cómo ha estado, me contesta: “Ayer me trajeron un sandwich y se me vino la idea de compraterizarlo (¿compartirlo?) ... es que yo tengo problemas con mi hermano mayor, me siento inferior, él tiene más heroísmo, más orgullo ... a mí me hizo falta una profesora que me ensañara materias más

trascendentorias (¿trascendentales?) en cuanto a la formación de lo viril ... mi hermano es más ambicioso, sabe pensar mejor que yo ... hemos avanzado mucho en cuanto a la medicina, la enfermería, los medios de comunicación y el transporte, pero no en cuanto a lo cultural, a lo hablado ...". Aquí se observa claramente el aflojamiento de las asociaciones de Bleuler, la falta de referencia al contexto del mismo Bleuler y de Peters, la overinclusion de Cameron y la confusión de niveles de lenguaje de Blankenburg. Pero en estricto rigor, este extraño lenguaje podría entenderse todo como una alteración de la intencionalidad, como un debilitamiento, a lo que habría que agregar por cierto otros síntomas específicos, como los neologismos y las para-respuestas.

Ahora, volviendo al planteamiento de Fuchs, lo interesante es que él interpreta no solo la alteración del pensamiento, sino casi todos los síntomas de esta enfermedad como consecuencia de una perturbación de la intencionalidad (2005, 2007). En el humor delirante del comienzo de la enfermedad, cuando el paciente está muy perplejo, bloqueado e invadido por significaciones, se habría producido una suerte de "retracción" del arco intencional y el pensamiento y la vida misma dejan de fluir. Pero no solo los bloqueos y la sensación de estar paralizado se explicarían por esta desintegración temporal, sino también las alucinaciones auditivas, pues al estar fragmentado el arco intencional el sujeto pierde el sentido de ser agente de sus propias vivencias y acciones y entonces los pensamientos no deseados que aparecen en la conciencia son vividos como ajenos. Pero también la auto-referencia y el delirio de persecución pueden ser comprendidos como consecuencia de esta perturbación de la intencionalidad, pues en el extremo de ésta se puede llegar a producir no sólo una detención y fragmentación de la actividad intencional, sino una inversión de ella y entonces el paciente, en lugar de estar activamente pensando, percibiendo y actuando, empieza a ser víctima pasiva de percepciones y acciones ajenas y anónimas.

También podrían interpretarse estos fenómenos como una perturbación del armónico intercambio de intencionalidades y perspectivas entre el Yo y el otro en el sentido de Blankenburg (1991). Según este autor, ello ocurre de la siguiente manera: el paciente no es capaz de ponerse en la perspectiva del otro para mirar la realidad y entonces el otro, al desequilibrarse las intencionalidades, se transforma necesariamente en perseguidor e invasor, puesto que él "intenciona" al esquizofrénico, mientras este no está en condiciones de "intencionarlo" a él. Dicho

ahora con nuestras palabras, el “dirigirse a” del paciente esquizofrénico está tan debilitado que no es capaz de contrarrestar la fuerza del “dirigirse a” o intencionalidad del otro. Jean Naudin (1997) ha hecho también un aporte fundamental al tema de la alucinación esquizofrénica desde el punto de vista fenomenológico, demostrando que también este importante fenómeno psicopatológico tiene su origen en una profunda alteración de la intencionalidad: “La alucinación no corresponde a una perturbación de la percepción, sino más bien a una metamorfosis del sentir, verdadera alteración de la comunicación con el mundo ... es una deshumanización sin límites que pone al desnudo la fenomenalidad misma del proceso intencional. Que se asimile o no la alucinación al noema, la desnaturalización propia de la experiencia alucinatoria, actualiza la correlación noético-noemática, invirtiéndola radicalmente. Esta inversión la hemos llamado ‘inversión del camino hacia el eidos’...” (p. 323).

Por último, este debilitamiento de la intencionalidad, que se encuentra en la base tanto de la constitución de la intersubjetividad como de la temporalidad objetiva del paciente esquizofrénico, viene a explicar también el entorpecimiento del “camino de la vida” que los caracteriza. Todo psiquiatra experimentado que haya visto pacientes graves en los departamentos de agudos de un hospital psiquiátrico o seguido la evolución de otros por décadas, tendrá que recordar el vacío y la tristeza de estas vidas, donde falta el impulso y la iniciativa, donde los objetos del mundo no atraen, sino más bien invaden desde la multiplicidad de sus significaciones, donde no hay perseverancia ni, por ende, logros. Pero sería un error interpretar esto como producto de la falta de voluntad, de la pereza o la apatía. El paciente esquizofrénico no puede hacer otra cosa, porque el motor mismo de la vida, que es la intencionalidad, ha fallado en la constitución del otro y del mundo común y compartido.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association. (1980). DSM-III. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Third Edition). Washington, D. C.: APA.
- American Psychiatric Association. (1995). DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fourth Edition). Washington, D. C.: APA.
- American Psychiatric Association.(2000). DSM-IV-TR. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fourth Edition). Washington, D. C.: APA.
- American Psychiatric Association (2013). DSM-V. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth Edition). Washington, D. C.: APA.
- Astrachan, BM et al. (1972). "A checklist for the diagnosis of schizophrenia". *Brit. J. Psychiatry*, 21: 529-539.
- Berner, P. (1969). *Der Lebensabend der Paranoiker*. Wien Z. Nerv. Heilk. 27: 115-161.
- Berner, P. (1982). "Unter welchen Bedingungen lassen weitere Verlaufsforschungen noch neue Erkenntnisse über die endogenen Psychosen erwarten?" *Psyhiatria Clinica*, 15(3): 97-123.
- Berner P et al. (1983). *Diagnosekriterien Für Schizophrene Und Affektive Psychosen*. Geneva: Weltverband für Psychiatrie.
- Berríos, G.E. (1989) "What is phenomenology?" *Journal of the Royal Society of Medicine* 82: 425-428.
- Binswanger, L. (1947). "Über Phänomenologie". In: *Angewandte Vorträge und Aufsätze I*. Bern: Francke, pp. 13-49.
- Blankenburg, W. (1962). "Aus dem phänomenologischen Erfahrungsfeld innerhalb der Psychiatrie". *Schweizer Archiv für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie*, 90: 412-421.
- Blankenburg, W. (1965). "Zur Differentialphänomenologie der Wahrnehmung". *Der Nervenarzt*, 36 Jahrg., Heft 7: 285-298.
- Blankenburg, W. (1969). "Ansätze zu einer Psychopathologie des Commos Sense". *Confinia Psychiatrica*, 12: 144-163.
- Blankenburg, W. (1971). *Der Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit*. Stuttgart: Enke Verlag.
- Blankenburg, W. (1974). "Hysterie in anthropologischer Sicht". *Praxis der Psychotherapie*, 19: 262-273 (1974).

- Blankenburg, W. (1976). "Zur Abwandlung der Funktion der Sprache bei Schizophrenen". In: *Die Sprache des Anderen. Bibliotheca psychiat.* Nº 154, pp. 111-117. Karger: Basel.
- Blankenburg, W. (1981). "Wie weit reicht die dialektische Betrachtungsweise in der Psychiatrie?" *Zeitschr. für Klin. Psychol. u. Psychother.*, Heft 1, 29: 45-56.
- Blankenburg, W. (1984). "Störungen von Auffassung und Sprache bei Schizophrenen". In: Bocvnik HJ, Richtberg W (Hrs.). *Sprache, Sprechen, Verstehen*. Erlangen: Perimed.
- Blankenburg, W. (1991). "Perspektivität und Wahn". En: W. Blankenburg (Ed.). *Wahn und Perspektivität*. Stuttgart: Enke Verlag.
- Blankenburg, W. (2013). *La pérdida de la evidencia natural* (Traducción de Otto Dörr y Elvira Edwards). Santiago: Ediciones Universidad Diego Portales.
- Bleuler, E. (1975). *Lehrbuch der Psychiatrie*. 13a. Edición, revisada por Manfred Bleuler. Berlin-Heidelberg-New York: Springer Verlag.
- Bleuler, E. (1993). *Demencia Precoz*. Trad. Daniel Wagner. Buenos Aires: Ediciones Hormé, S. A. E.
- Bleuler, M, Huber G, Gross G und Schüttler R. (1976). "Der langfristige Verlauf schizophrener Psychosen". *Nervenarzt* 47: 477-481.
- Cameron, N. (1968). "Análisis experimental del pensamiento esquizofrénico". En: Kasanin, J.A. (Ed). *Lenguaje y pensamiento en la esquizofrenia*. Buenos Aires: Editorial Hormé.
- Crow, T.J. (1995). "Constraints on concepts of pathogenesis: language and the speciation process as the key to the etiology of schizophrenia". *Arch. Gen. Psychiatry*, 52, 1011-1014.
- Crow, T.J. (1996). "Language and psychoses: common evolutionary origin". *Endeavour* 20, 105-109.
- Crow, T.J. (1997 a.). "Is schizophrenia the price that homo sapiens pays for language?" *Schizophr. Res.* 28, 127-141.
- Crow, T.J. (1998). "Nuclear schizophrenic symptoms as a window on the relationship between thought and speech". *British Journal of Psychiatry* 173, 303-309.
- Crow, T.J. (2006). "March 27, 1827 and what happened later – the impact of psychiatry on evolutionary theory". *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 30: 785-796.
- Doerr-Zegers, O. (1987). "Fenomenología del lenguaje y esquizofrenia". En: *Psiquiatría Antropológica*. D. Barcia (ed.). Murcia: Secretariado de Publicaciones de la Universidad, pp. 124-154.

- Doerr-Zegers, O. (1990 a). "Hacia una concepción dialéctica en psiquiatría". *Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr.* 18 (4), 244-257.
- Doerr-Zegers, O. (1990 b). "Dialéctica y psiquiatría". *Acta Psiquiát. Psicol. Amér. Lat.* 36, Nrs. 3-4: 111-123.
- Doerr-Zegers, O. (1991). "Die Destruktion von Sprache zur schizophrenen, Logopathie". In: Schizophrenie und Sprache. Alfred Kraus und Christoph Mundt (Hrsg.). Stuttgart-New York: Georg Thieme Verlag S. 97-104.
- Doerr-Zegers, O. (1992). "Fenomenología diferencial de las psicosis paranoides en la epilepsia y en la esquizofrenia". *Acta Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr.* 20(3): 120-129.
- Doerr-Zegers, O. (2001). "El Diagnóstico del Trastorno Obsesivo-Compulsivo en el marco del Espectro de los Síntomas Obsesivos". *Folia Psiquiátrica*, 6(2): 23-33.
- Doerr-Zegers, O. (2009). "Logopatías y timopatías: hacia una nueva conceptualización de las enfermedades endógenas en psiquiatría. Primera parte." *Gaceta de Psiquiatría Universitaria (GPU)* 5, 71-79.
- Doerr-Zegers, O. "Die Schizophrenie als Logopathie". In: Festschrift zum 80. Geburtstag von Uwe Henrik Peters. Andreas Marneros, Anke Rohde (Eds.). Cologne: ANA Publishers (2011), pp. 352-372.
- Doerr-Zegers, O., Pelegrina H. (2013). "Karl Jaspers' General Psychopathology in the framework of clinical practice". In: *One Century of Karl Jaspers' General Psychopathology*. Oxford University Press, pp. 57-75.
- Doerr-Zegers, O. (2014). "Hermeneutical and Dialectical Thinking in Psychiatry and the Contribution of Karl Jaspers". In: *Karl Jaspers' Philosophy and Psychopathology*. Ed. By Thomas Fuchs, Thiemo Breyer, Christoph Mundt. New York: Springer.
- Doerr-Zegers, O. (2015). "Hermeneutics, dialectics and psychiatry". *Philosophical Anthropology*, 1(1), 37-49.
- Doerr-Zegers, O. (2016). "The group of schizophrenias as logopathies". *Journal of Psychopathology*, 22, 4461.
- Doerr-Zegers et al. (2017). "Disturbances of Embodiment as Core Phenomena of Depression in Clinical Practice". *Psychopathology* 50 (4): 273-281.
- Feighner, JP et al. (1972). "Diagnostic Criteria for Use in Psychiatric Research". *Arch. Gen. Psychiatry* 26,57-63.
- Flashar, H: *Melancholie und Melancholiker*. Berlin: W. de Gruyter (1966).
- Fuchs, T. (2005). "Delusional Mood and Delusional Perception – A Phenomenological Analysis". *Psychopathology*, 38, 133-139.

- Fuchs, T. (2007). "The Temporal Structure of Intentionality and Its Disturbance in Schizophrenia". *Psychopathology* 40(4): 229-235.
- Fuchs, T, Pallagrosi, M. (2018). "Phenomenology of Temporality and Dimensional Psychopathology". In: *Dimensional Psychopathology*. M. Biondi et al. (eds.). Berlin: Springer.
- Fuchs, T. (2020). "Delusion, reality and intersubjectivity: A phenomenological and enactive analysis". *Philosophy, Psychiatry & Psychology* 27 (1): 61-79.
- Gaupp, R. (1924). "Paranoia". *Klinische Wochenschrift* 3: 1201.
- Goethe, W. (1966). *Naturwissenschaftliche Schriften II. Sprüche in Prosa* (No. 172). Zürich und Stuttgart: Artemis, p. 687 ff.
- Häfner, H. et al. (1992b) "IRAOS: an instrument for the retrospective assessment of the onset of schizophrenia". *Schizophr Res*; 6: 209-23.
- Häfner, H. et al.(1993). "The influence of age and sex on the onset and early course of schizophrenia". *Br J Psychiatry*, 162: 80-6.
- Häfner, H. et al. (1995a). "Onset and early course of schizophrenia". In: Häfner H, Gattaz WF (eds.). *Search for the Causes of Schizophrenia*. Vol III: Springer, pp. 43-66.
- Hecker, E. (1871). "Die Hebephrenie". *Der Herrenfreund* 13: 1.
- Heerlein, A & Doerr-Zegers, O. (2015). "Transkulturelle Aspekte der depressiven Erkrankungen". In: *Die vielen Gesichter der Depression*. R. Holm-Hadulla & A. Draguhn (Hrsg.). Heidelberg: Universitätsverlag Winter, pp. 157-293.
- Heidegger, M: *Sein und Zeit*. Tübingen: Niemeyer (1927/1963). Parágrafo 34, p. 168.
- Heinroth, J.C.A. *Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens oder der Seelenstörungen und ihrer Behandlung. Vom rationalen Standpunkte aus entworfen*. 2 Bde. Leipzig, Friedr. Chr. With. Vogel (1818). (English translation: Schmorak): *Textbook of Disturbances of Mental Life or, Disturbances of the Soul and Their Treatment*, 2 vols. Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1975).
- Hempel, C.G (1965). *Aspects of scientific explanation and other essays in the philosophy of science*. New York: Free Press.
- Henriksen, MG, Nilsson, L.S. (2017). "Intersubjectivity and Psychopathology in the Schizophrenia Spectrum: Complicated We, Compensatory Strategies, and Self-Disorders". *Psychopathology*, 50, 321-333.
- Heráclito. (1967). "Fragmento N° 8". En: *Textos de los grandes filósofos – Edad Antigua*. R. Verneaux (Ed.). Barcelona: Editorial Herder, p. 8.
- Husserl, E (1962). *Husserliana*, Band IX, *Phänomenologische Psychologie*. Den Haag: Martinus Nijhoff, p. 237.

- Husserl, E. (1963). "Cartesianische Meditationen und Pariser Vorträge". In: *Husserliana*, Band I. S. Strasser (Hrsg.). Den Haag: Martinus Nijhoff.
- Jablensky, A. et al. (1992). "Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organization Ten Countries Study." *Psychol. Med. Suppl.* 20, 1-97.
- Jaspers, K. (1963) "Die phänomenologische Forschungsrichtung in der Psychopathologie". In: *Gesammelte Schriften zur Psychopathologie*. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer, pp. 314-328.
- Jaspers, K. (1963). *Allgemeine Psychopathologie*. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer, p. 45 p. 45 ff.
- Kahlbaum, K.L. (1874). *Die Katatonie oder das Spannungsirresein*. Berlin: Springer Verlag
- Kant, I.: Werke. Sorgfältig revidierte Gesamtausgabe in zehn Bänden. Mit einer Vorrede v. G. Hartenstein. Leipzig 1838-1839, X: 235.
- Kessler, R.C. et al. (1996). "Comorbidity of DSM-III-R Major Depressive Disorder in the General Population: Results from US National Comorbidity Survey". *Br. J. Psychiatry*, 168, Supp. 30: 17-30.
- Kraepelin, E. (1896). *Lehrbuch der Psychiatrie*. 5. Ausgabe. Leipzig: Johann Ambrosius Barth
- Kraepelin, E. (1899). *Lehrbuch der Psychiatrie*. 6. Ausgabe. Leipzig: Johann Ambrosius Barth
- Krüger, H. (1917). *Die Paranoia*. Berlin: Julius Springer Verlag.
- Merleau-Ponty, M. (1945). *Phénoménologie de la perception*. Paris: Librairie Gallimard.
- Merleau-Ponty, M. (1966). *Phänomenologie der Wahrnehmung*. Berlin: Walter de Gruyter & Co.
- Mishara, A.L. "On Wolfgang Blankenburg, Common Sense, and Schizophrenia". *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 8(4), December 2001, pp. 317-322.
- Morel, B-A. (1856). *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espece humaine*. Paris, 1857.
- Naudin, J. (1997). *Phénoménologie et Psychiatrie : Le voix et la chose*. Toulouse: Presses Universitaires du Mirail.
- Parnas, J. and Zahavi, D. (2002). "The Role of Phenomenology on Psychiatric Diagnosis and Classification". In: *Psychiatric Diagnosis and Classification*. Edited by Mario Maj, Wolfgang Gaebel, Juan José López-Ibor and Norman Sartorius. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.

- Parnas, J. (2002). "Anomalous self-experience in early schizophrenia: a clinical perspective. In: *Self and Schizophrenia: A Neuropsychological Perspective*. (Eds T. Kircher, A. David). Cambridge University Press.
- Pelegrina, H. (2006). *Fundamentos antropológicos de la psicopatología*. Madrid: Editorial Polifemo.
- Pelegrina, H. (2017). *Psicopatía Regional*. Buenos Aires: Editorial Polemos.
- Peters, U.H. (1973). "Wortfeld-Störung und Satzfeld-Störung". *Arch. Psychiat Nervenk.* 217: 1-10.
- Radcliffe, M. (2015). "The interpersonal world of psychosis". *World Psychiatry*, 14, 178-178.
- Sass, L., Byrom, G. (2015). "Phenomenological and neurocognitive perspectives on delusions: a critical overview". *World Psychiatry*, 14: 164-173.
- Schifferdecker, M., Peters, U.H. (1995). "The Origin of the Concept of Paranoia". In: Mark J. Sedler (Ed.). *The Psychiatric Clinics of North America. Delusional Disorders*. Saunders: Philadelphia-London-Toronto-Montreal-Sydney-Tokyo. 18(2), pp. 231-250.
- Schneider, K. (1962). *Klinische Psychopathologie*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Schwartz, M.A., Wiggins, O.: "Typifications. The First Step for Clinical Diagnosis in Psychiatry." *The Journal of Nervous and Mental Diseases* 175: 65-77 (1987 a).
- Schwartz, M.A., Wiggins, O. (1987 b). "Diagnosis and Ideal Types: A Contribution to Psychiatric Classification". *Comprehensive Psychiatry* 28(4): 277-291.
- Spitzer, R.L., Endicott, J., Robins, E. (1982). *Forschungs-Diagnose Kriterien (RDC)*. Deutsche Bearbeitung: HE Klein. Weinheim und Basel: Beltz-Verlag.
- Stanghellini, G. (2004). *Disembodied spirits and deanimated bodies: the psychopathology of common sense*. Oxford University Press.
- Stanghellini, G. and Fuchs, T. (eds.). (2013). *One Century of Karl Jaspers' General Psychopathology*. Oxford University Press.
- Tatossian, A. (2014). *Psychiatrie Phénoménologique*. Paris : MJW Fédition.
- Taylor, M.A. & Abrams, R. (1978). "The Prevalence of Schizophrenia: A Reassessment Using Modern Diagnostic Criteria". *Amer. J. Psychiatry* 135(8): 945-948.
- Tellenbach, H. (1961). *Melancholie*. Berlin-Heidelberg-New York: Springer Verlag, 4. Auflage (1983), pp. 4-11.
- Tellenbach, H. (1987 a). "Transkulturelle Physiognomien der Melancholie". In: *Psychiatrie als geistige Medizin*. München: Verlag für angewandte Wissenschaften, S. 169-181.

- Tellenbach, H. (1987 b). "Die Frage nach dem Massstab in der transkulturellen Psychopathologie". In: *Psychiatrie als geistige Medizin*. München: Verlag für angewandte Wissenschaften, S. 182-185.
- Wing, J.K., Cooper, J.E., Sartorius, N. (1974). *Measurement and classification of psychiatric syndromes*. Cambridge: Cambridge University Press.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*. Geneva: World Health Organization.
- Zahavi, D. (2005). *Subjectivity and Selfhood*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Zutt, J. & Kulenkampff, C. (Hrsg.). (1958). *Das paranoide Syndrom in anthropologischer Sicht*. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer Verlag, pp. 3-16.
- Zutt, J. (1963). *Auf dem Wege zu einer anthropologischen Psychiatrie*. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer.