

ALGUNAS OBSERVACIONES SOBRE LA CONCEPCIÓN DE BLEULER DE LA DEMENCIA PRECOZ.



John N. Rosen M. D.

La demencia precoz o el grupo de esquizofrenias, de Eugen Bleuler,¹ fue publicado originalmente en Alemania en 1911. Parece increíble que este trabajo que revolucionó el pensamiento psiquiátrico pueda haber sido negado a los psiquiatras de habla inglesa por más de cuarenta años. Estamos en deuda con todos los que contribuyeron a su publicación, especialmente al doctor Joseph Zinkin, el traductor.

Bleuler, un observador sensitivo y cuidadoso, comenzó sus investigaciones en el año de 1880, cuando la investigación psiquiátrica estaba principalmente limitada a la patología del cerebro y los criterios diagnósticos estaban sólo en el proceso de formulación. En 1899, Kraepelin clasificó las llamadas “psicosis deteriorantes” bajo el encabezamiento de demencia precoz, subdividiendo este grupo de acuerdo con su sintomatología predominante en catatónica, hebefrénica o paranoide. Estos diagnósticos estaban basados en lo que más tarde Bleuler vino a llamar síntomas accesorios: delirios, alucinaciones, expresiones motoras, conducta disparatada, etc. Muchos pacientes que mostraban estos síntomas sufrían de alcoholismo, enfermedades infecciosas, senilidad u otras complicaciones orgánicas que sólo tenían una conexión incidental con las psicosis funcionales, pero que estaban agrupadas con ellas debido a la aparente similitud de la sintomatología. La gran contribución de Bleuler fue el descubrimiento de que sólo en la demencia precoz verdadera estaban lo que él llamó los síntomas fundamentales que debían encontrarse: perturbaciones de la asociación y la afectividad, intensa ambivalencia y una predilección por la fantasía como contraria a la realidad. También señaló que en ciertos casos de alcoholismo en donde los síntomas accesorios eran atribuidos usualmente al alcohol consumido, los síntomas fundamentales estaban también presentes. En estos casos, sintió que el mismo alcoholismo podía entenderse como una manifestación secundaria del proceso fundamental (esquizoide). Esto era igualmente verdadero para otros síndromes predominantemente orgánicos en donde los síntomas fundamentales subyacentes debían ser encontrados. Aislando por primera vez la sintomatología específica del grupo de psicosis de la demencia precoz, Bleuler acercó una considerable distancia tocante a poner de manifiesto un orden en la poco menos que irremediable confusión existente en esa época. En lugar del término engañoso de “demencia precoz”, que se había convertido en algo sin sentido, puesto que estos pacientes no mostraban ni la demencia, ni los accesos precoces anteriormente asociados con la enfermedad, Bleuler acuñó la palabra “esquizofrenia” para enfatizar la incongruencia fundamental o la “ruptura” en la personalidad, que era específica para esta enfermedad y para ninguna otra.

Aunque Bleuler entendió y nunca perdió el interés en el origen posiblemente orgánico de la esquizofrenia (como se evidencia, por ejemplo, en el hecho de que usa el término deterioración, algunas veces en un sentido orgánico y otras en uno no orgánico), dirigió principalmente su atención hacia la psicología de la esquizofrenia. Para promover su comprensión de esta enfermedad, hizo algo que muy pocos psiquiatras han hecho jamás. Durante doce años, aproximadamente desde 1885 hasta 1897, desembarazado de los

1.- Traducido al inglés por Joseph Zinkin, doctor en Medicina. Nueva York, International Universities Press, 1950, 548 págs

lazos familiares o fuera de interés, se dedicó a estudiar los pacientes esquizofrénicos en el hospital mental de Rheinau, Suiza. Vivió en el hospital y pasó casi todo el tiempo con los pacientes, prestándoles una atención simpática y dirigiendo cada esfuerzo a entender qué estaban ellos diciendo o haciendo. Abandonó Rheinau para convertirse en director de Burghülzli, con Jung como primer asistente. Durante la siguiente década, hizo un estudio intensivo de los trabajos de Freud, conoció a Freud personalmente, y trabajó en estrecha colaboración con muchas mentes psicoanalíticas geniales. El gran conocimiento de Bleuler sobre la esquizofrenia, alcanzado por medio de su experiencia en Rheinau y en Burghülzli, más las intuiciones logradas por medio de su estudio del psicoanálisis, hicieron posible que creara una nueva escuela de psiquiatría dinámica. Burghülzli se convirtió en una Meca, atrayendo estudiantes de todo el mundo. Nuestra deuda con este pequeño grupo de hombres que tuvieron tan tremenda influencia en el desarrollo de la psiquiatría dinámica es incalculable. Nuestra deuda especial a un hombre en particular es reconocida por Bleuler en la página 389 de su texto, donde dice: “Aún le debemos solamente a Freud el que se haya hecho posible explicar la sintomatología especial de la esquizofrenia.”

Para los psiquiatras modernos que trabajan activamente con pacientes esquizofrénicos, el libro resultará decepcionante en algunos aspectos. Porque la Influencia de Bleuler en la psiquiatría moderna ha sido tan grande, que mucho de lo que parece nuevo e inspirador en 1911, es ahora un lugar común. La brillante reclasificación de Bleuler de las categorías diagnósticas, su refinamiento de la terminología y su enfoque dinámico de la enfermedad mental, se han convertido en parte de nuestro *curriculum* psiquiátrico. Entonces, en un sentido, ese libro está pasado de moda, porque ya ha hecho la tarea que se intentó hacer. En nuestros días, aquellos de nosotros que favorecen un enfoque dinámico dan por descontado que Bleuler se tomó el trabajo de explicar. Lo que los psicoterapeutas del momento buscan y que falta claramente en ese libro es el método de psicoterapia de Bleuler. Es un reflejo de la época más bien que del autor, el que en 500 páginas de texto sólo 18 estén dedicadas a la terapia. Por el hijo de Bleuler, por el presente profesor de Psiquiatría en la Universidad de Zurich y director de Burghülzli, así como también por el doctor H. Nunberg, el doctor A. A. Brill y otros, yo sé que Bleuler hizo mucha psicoterapia sobre una base experimental. Es infortunado que no nos dijera nada de su enfoque terapéutico y de sus resultados.

No obstante, ese libro debe exigirse que se lea por cualquier psiquiatra que quiera entender y tratar pacientes esquizofrénicos. Como un estímulo para el pensamiento dinámico, el material del caso y la discusión teórica son incomparables. El mismo concepto de los síntomas fundamentales obliga al lector a pensar: ¿Son ellos evidencia de una predisposición orgánica como Bleuler creía, o son ellos más bien las manifestaciones no reprimidas del inconsciente que existen en todos nosotros? ¿No es verdad que estos síntomas fundamentales también se encuentran en las personas normales? ¿Hay algún individuo libre de la ambivalencia, de la afectividad y asociación perturbadas y de una predisposición a la fantasía? En el esquizofrénico, seguramente el inconsciente no está controlado por las resistencias saludables de la persona normal y estalla en delirios, alucinaciones, etc. ¿No es esta diferencia entre el normal y el esquizofrénico una diferencia de grado más bien que de clase? Es mi creencia que cualquiera puede convertirse en esquizofrénico, sin importar cuán saludables puedan haber sido sus años de desarrollo. No existe tal cosa como la salud mental que pueda resistir a todas las influencias destructivas del medio ambiente. Comprendo que, naturalmente, hay grados de susceptibilidad y que a un trauma dado un sujeto pueda responder con síntomas esquizofrénicos y otro con neuróticos. Creer, sin embargo, que nada podría transformar al neurótico en esquizofrénico, me parece una quimera. Una vez que las defensas vacilantes neuróticas se aflojan, el inconsciente se derrama, o en la terminología de Bleuler, los síntomas fundamentales y accesorios se manifiestan. La desaparición de los síntomas accesorios y la disminución de la intensidad de los síntomas fundamentales indican que el inconsciente ha sido devuelto a donde él pertenece, traicionando su presencia sólo en ocasiones de tensión y en la vida del sueño. Pero no significa, como indica Bleuler, que el paciente esté todavía esquizofrénico. Ello implica más bien que está potencialmente esquizofrénico, como todos lo estamos. Lo que constituye la cura, la recuperación, o aun la mejoría, en cuanto a eso, es todavía discutible.

El libro está repleto de numerosos ejemplos de producciones esquizofrénicas, que retan a la imaginación analítica del lector y podrían suministrar un material fascinante para su discusión en seminarios. Por ejemplo, el siguiente:

En un cierto caso de éxtasis abortivo, el paciente, después de comulgar, se sintió “bañado por dos días enteros en una felicidad infinita, celestial, de modo que todo lo que pudo hacer fue llorar con una alegría pura”. El humor del éxtasis esquizofrénico puede también ser transferido a cosas totalmente insignificantes. De este modo, una catatónica con una expresión de éxtasis repite sin sentido: “Yo he tejido, yo he tejido, yo he tejido, sí; en realidad, yo he tejido. (Ella nunca, hasta entonces, había hecho ningún trabajo en el hospital.) ¡Fue hermoso, maravilloso! ¡Estas cortinas bellamente bordadas! (No había cortinas en absoluto.) Cuando las cortinas fueron separadas, ¡cómo cantaron ellos! (¿Quién estaba allí?) Madre estaba allí, todos estaban allí, etc. ¡Yo sigo a mi Señor Dios!”

Interpretado en el nivel oral, siguiendo el análisis de la pantalla del sueño de B. D. Lewin, las cortinas bordadas podrían representar la ropa interior de la madre, y cuando la paciente dice: “Madre estaba allí”, se refiere al pecho, es decir, a la pantalla del sueño. El éxtasis experimentado por la paciente es la satisfacción dichosa oral del infante. Ahora, siguiendo el análisis de Abraham en su ensayo sobre el nivel primero, pregenital, el énfasis sería colocado en el tejer (masturbación); las cortinas abiertas serían interpretadas como los labios y los genitales expuestos, a los que el inconsciente equipara con el pecho, proporcionando el medio por el cual la paciente puede revivir el éxtasis oral que una vez conoció y anhela volver a experimentar. En ambos casos hay una completa fusión del ego con el superego (la madre con la niña).

Pido la indulgencia del lector por mis especulaciones personales sobre aquellas partes del libro más interesantes para mí. El material del caso de Bleuler es inusualmente rico en contenido y se presta fácilmente a la comprensión dinámica. Encontré esta parte del libro muy estimulante y a la larga puede ser de la mayor utilidad para los estudiantes modernos.

NOTA AL ARTÍCULO 9.

La amplia aceptación y utilidad de la clasificación de la esquizofrenia de Bleuler me hace dudar el añadir esta nota, por temor de enturbiar, más que de afirmar, su contribución de asistirnos en avanzar más allá de la mezcolanza kraepeliniana de la demencia precoz. Escribiendo los artículos contenidos en este volumen, se hizo cada vez más difícil para mí usar el término esquizofrenia, cuando lo que tenía en mente era psicosis. Cuando, vi bastantes pacientes que habían sido diagnosticados como psicosis maníaco-depresiva y ahora eran esquizofrénicos, comencé a comprender que los psicóticos no difieren en calidad, sino sólo, en grado. Me aseguré más en mi terreno, cuando en el curso de la recuperación de la esquizofrenia ellos de nuevo se convirtieron en maníaco-depresivos y continuaron de aquí a la neurosis. No puedo reconciliar la idea de diferentes clases de psicosis con el concepto del inconsciente de Freud. Hasta que alguien nazca sin inconsciente, tengo que presumir que todo el mundo lo tiene. Dependiendo de la cantidad de inconsciente prevaleciente para algún período dado de tiempo, reconocemos la psicosis manifiesta. La clasificación que ofrezca la mayor esperanza de esclarecimiento será la que tenga el juicio como su criterio o patrón.

El inconsciente total no tiene absolutamente ningún juicio. Es negro. El criterio matiza a través del gris, hacia el blanco hipotético, que es un juicio normal bueno, sin ninguna evidencia inconsciente. Un test psicológico cuantitativo, usando el juicio como su base y teniendo como propósito el descubrimiento de qué por ciento del inconsciente ha inundado la consciencia y le ha robado su madurez, nos dará los únicos medios claros de aplicar nombres a las etapas de la enfermedad mental. Estos nombres representarán no enfermedades diferentes, sino diferentes grados de la misma enfermedad. El término “psicosis” se usa en lugar de esquizofrenia en el primer artículo, que es realmente, en relación a su época, el último nuestro. Está usado para expresar nuestro énfasis en la igualdad de todo el proceso patológico. Esta igualdad, para

los propósitos de este artículo, era más importante para nosotros que los matices selectos de diagnosis, los cuales pueden causar la idea de que algo diferente está involucrado en la hebefrenia, la catatonia y la paranoia, cuando lo que está involucrado es meramente una sucesión de estaciones en el viaje hacia arriba o hacia abajo.

(Psicoanálisis Directo. Tratamiento de la Psicosis sin Medicamentos. Artículo n° 9.

John N. Rosen, M. D. Biblioteca Nueva. España. 1975)

Volver a Artículos Clínicos

Volver a Newsletter 5-ex-31