Freud, desde la paranoia al reconocimiento de la esquizofrenia[1]

Luis Sales

> Un aspecto importante del intento de perfeccionar y ampliar los conceptos de la psicopatología es precisamente la aplicación de las ideas de Freud a la *dementia praecox*.
>
> Eugen Bleuler

Resumen

Se insiste, sobre todo en la literatura psicoanalítica de orientación lacaniana, sobre la preferencia de Freud por el concepto clásico de paranoia frente al de esquizofrenia. Ello es cierto pero no totalmente, y este trabajo trata de poner de manifiesto las aportaciones de Freud al concepto bleuleriano de esquizofrenia (a pesar de las contradicciones inherentes a este último). Estas aportaciones vienen de hecho a suponer un reconocimiento explícito de esta enfermedad, como entidad diferenciada de la paranoia. Aun cuando dicho reconocimiento diferencial es antiguo, pues data de los primeros contactos epistolares con el joven Jung, no fue hasta la metapsicología de 1915-1917 cuando Freud aprovechó toda la riqueza teórica que podía extraerse de ciertas perturbaciones del lenguaje que son características de la esquizofrenia y no de la paranoia. Como podrá comprobarse, estas elaboraciones metapsicológicas resultaron decisivas para la teoría lacaniana del significante.

De coincidencias y efemérides

Se da la curiosa coincidencia de que el presente año de 2006 conmemoramos el 150 aniversario del nacimiento de Sigmund Freud pero también de otro ilustre contemporáneo y coetáneo: Emil Kraepelin (1856-1926), el cual nació apenas 3 meses antes, y estaba llamado a alcanzar renombre en Alemania como catedrático de psiquiatría y autor de un monumental *Tratado* que vino a constituirse en punto de referencia de la nosología psiquiátrica germana para varias generaciones. Probablemente el motivo principal por el que ha pasado a la posteridad es su introducción en 1899 del término *dementia praecox* para designar lo que él consideraba una *nueva enfermedad* mental, a partir de la agrupación de una serie de insanias (concretamente, la hebefrenia de Hecker, la catatonía de Kahlbaum y la paranoia) que hasta entonces se entendían como trastornos aislados.

Las curiosidades no acaban aquí, puesto que un año después que Kraepelin y Freud, nacía Eugen Bleuler (1857-1939), quien también ha alcanzado la inmortalidad, en su caso como autor del concepto de *esquizofrenia*. Fruto de una pretendida aplicación —así lo proclama en la introducción de su famosa obra de 1911— de las ideas freudianas a los planteamientos kraepelinianos sobre la demencia precoz, el concepto de esquizofrenia hizo fortuna rápidamente en la literatura especializada, logrando superar todas las revoluciones ideológicas que ha sufrido la psiquiátrica del siglo XX y llegar hasta nuestros días convertido incluso en un tópico de dominio público.[2]

Tres autores, pues, prácticamente contemporáneos y un solo tema: la demencia precoz *o*[3] esquizofrenia. Planteado a la inversa: un significante concreto referido a una supuesta enfermedad y tres autores muy distintos cuyas concepciones sobre la cuestión difirieron sobremanera, hasta el punto de que cada uno desarrolló una teoría diferente y propuso una denominación distinta: *demencia precoz* (Kraepelin), *esquizofrenia* (Bleuler) y *parafrenia* (Freud).

Ahora bien, más allá de coincidencias, curiosidades y efemérides, se podrá decir que si bien los dos primeros autores son recordados en razón de sus aportaciones al problema de dicha psicosis, más o menos superadas ambas pero históricamente relevantes, el tema es en Freud poco menos que marginal. Dentro de su contribución al problema de las psicosis, más amplia y sustanciosa de lo que normalmente se considera, el capítulo de la esquizofrenia no es, en efecto, el más habitualmente

tratado. Antes al contrario, la posición que circula a menudo en la literatura psicoanalítica, y especialmente en la lacaniana, es que, aunque siguió de cerca la gestación del tema a través de sus contactos con el grupo de Zurich, Freud se mantuvo fiel al concepto de paranoia como paradigma de la psicosis.[4] Siendo esto parcialmente cierto, no lo es en absoluto, toda vez que acabó por reconocer la entidad descrita por Bleuler y llegó incluso a proponer para ella un nombre, *parafrenia*, y una estructura diferenciada de la paranoia. Es propósito de este trabajo indagar cuál fue la evolución que llevó a Freud a aceptar finalmente el concepto de esquizofrenia; más aún, dado que dicho concepto se fraguó al abrigo de la incipiente extensión de las teorías psicoanalíticas y que el propio Bleuler reconocía haberse influenciado por las mismas, será interesante analizar hasta qué punto Freud tendría créditos para figurar de pleno derecho, junto a Kraepelin y Bleuler, en la nómina de fundadores de esta enfermedad. Y, por último, una constatación de no escasa importancia: a pesar del enorme prestigio de que en su época gozaron estos dos maestros de la psiquiatría, lo cierto es que en la actualidad sus respectivas obras conservan un interés exclusivamente reservado a los historiadores, ya que el concepto de *esquizofrenia* que hoy se maneja en psiquiatría dista mucho del de Bleuler, y no digamos del de demencia precoz; en cambio, las consideraciones que hizo Freud, por ejemplo, en la metapsicología siguen manteniendo toda su frescura y actualidad, al menos dentro del ámbito psicoanalítico.

Kraepelin y la *Dementia praecox*

Emil Kraepelin fue autor de un célebre tratado que llevaba el pomposo título de *Psiquiatría, un tratado para estudiantes y médicos*,[5] del que llegó a publicar hasta nueve ediciones entre 1883 y 1915. Su máxima preocupación teórica era la nosológica, es decir la descripción y consiguiente clasificación de las distintas variedades de padecimientos mentales, como si de entidades *naturales* se tratara, con arreglo al modelo entonces vigente en la patología médica. Así las cosas, el elemento que tomó como criterio central para describir y conceptualizar una *enfermedad* mental era el curso clínico y la evolución. Ya en la cuarta edición, publicada en 1893, introduce un importante capítulo titulado «Procesos degenerativos», en el que incluía la «demencia precoz» (demencia de los jóvenes o hebefrenia), la «catatonía» y la «demencia paranoide», descritos aún como entidades diferenciadas. Fue en la sexta edición, del año 1899, cuando agrupó los tres cuadros en una sola entidad bajo la simple rúbrica de «demencia precoz», acogiéndose precisamente al criterio de que los tres evolucionaban indefectiblemente hacia un final demencial. Trataba así de diferenciar la demencia *precoz* de la *senil* o enfermedad de Alzheimer,[6] y ambas de la otra gran insania, la *locura circular* o psicosis maníaco-depresiva.[7]

Reparemos en el hecho de que cuando el concepto de *demencia precoz* nacía en 1899, Freud ya había publicado sus primeros artículos de carácter teórico-clínico sobre *Las neuropsicosis de defensa* (Freud, 1894 y 1896), y en ellos tomaba a la paranoia y a la psicosis alucinatoria aguda (la *Amentia* de Meynert) como prototipos de psicosis, en línea con las neurosis ya conocidas por él —la histeria y la neurosis obsesiva— y con la clara idea de buscarles un mecanismo psíquico. En dichos trabajos introduce el que sería su primer modelo psicopatológico propio, es decir, un modelo centrado en el concepto de *defensa*, que se pretendía válido tanto para las neurosis como para las psicosis. Advirtamos de entrada el carácter revolucionario de dicho modelo, en tanto se aparta radicalmente de la línea establecida por la psiquiatría oficial kraepeliniana. En abierta contradicción con esta, escribía Freud: «Desde hace ya largo tiempo aliento la conjetura de que también la paranoia es una psicosis de defensa, es decir que proviene, lo mismo que la histeria y las representaciones obsesivas, de la represión de recuerdos penosos, y que sus síntomas son determinados en su forma por el contenido de lo reprimido» (Freud, 1896). Dicho modelo, ya dinámico, es decir, centrado en la noción de conflicto y defensa y que, por tanto, concibe la enfermedad no como un avatar de la naturaleza sino como la lucha interna de un sujeto, era el que Freud deseaba aplicar no solamente a las neurosis por él bien conocidas, sino también a las psicosis.

Tal vez por eso durante años se mantuvo reacio a admitir la validez teórica del concepto kraepeliniano de demencia precoz mientras que, por el contrario, defendía ardientemente la validez del de paranoia, en el que es posible reivindicar un yo que se defiende —a través del delirio de persecución— de ciertas mociones inconciliables. Ello queda reflejado de manera palmaria en la correspondencia mantenida con Jung durante los años 1906-1910. Así, en febrero de 1908 le escribe a Jung lo

siguiente: «He tenido algunos casos de paranoia en la consulta y puedo comunicarle un secreto. (Escribo paranoia y no demencia precoz, pues considero a la primera como un buen tipo clínico y a la última como un mal término nosológico)» (Freud/Jung, 1974, p. 161. Los paréntesis son de Freud).

Y unos meses más tarde, hablando de un paciente que Jung había diagnosticado de demencia precoz, escribe: «Su comportamiento [el del paciente] antes de tratarse era completamente paranoide; usted me perdonará esta expresión pasada de moda, ya que yo reconozco en la paranoia un tipo psicológico-clínico, pero continúo sin imaginar nada preciso bajo la denominación de demencia precoz […] Pero no tengo motivo alguno para dudar de su diagnóstico, ya que usted posee una gran experiencia acerca de la demencia precoz, y también porque, con frecuencia, en el diagnóstico de demencia precoz no se trata de un auténtico diagnóstico» (*Ibid*., p. 200-201).

El idilio con Zurich

Eran estos los años en que Freud acababa de entablar correspondencia con los psiquiatras del grupo de Zurich, en especial con Bleuler, director del hospital psiquiátrico universitario del Burghölzli, y con el entonces joven Jung, su ayudante principal. Recordemos que en aquellos momentos, Freud había establecido ya claramente su teoría de los sueños y de las neurosis, y comenzaba a ser conocido internacionalmente por la novedad de sus doctrinas. Ya en 1904 hay constancia de un primer contacto epistolar entre Bleuler y Freud,[8] y de 1906 data el primer artículo del primero inspirado en la obra del segundo; llevaba por título: *Los mecanismos freudianos en la sintomatología de las psicosis*.[9] Pero es principalmente con Jung con quien Freud establece una intensa correspondencia, a la que se suma más tarde Abraham, a la sazón psiquiatra residente en el citado hospital.[10] Todos ellos están muy interesados en aplicar las nuevas teorías freudianas al estudio de la demencia precoz de Kraepelin, cuya concepción, muy extendida en la psiquiatría alemana, se hallaba por otro lado muy cuestionada.[11] Y este interés se traduce en diversas publicaciones que, obviamente, llenan de satisfacción a Freud. Así pues, tras el artículo de Bleuler, ya citado, Jung escribe su libro sobre *Psicología de la demencia precoz* (1907) y Abraham un artículo titulado *Las diferencias psicosexuales entre la histeria y la demencia precoz* (1908), citando ambos ampliamente los textos freudianos de la época. Este reconocimiento y la oportunidad de ver aplicado el psicoanálisis al mundo de la psiquiatría animan a Freud a retomar el fenómeno psicótico y a ahondar en él.

Es interesante detenerse en las respectivas correspondencias mantenidas con Jung y Abraham para entender la complejidad de esta historia y evitar simplificaciones. Así, aparte de expresar sus reservas teóricas acerca de la noción de demencia precoz, Freud no deja de advertir honestamente acerca de su escasa experiencia directa con esta clase de enfermos, que son justamente los que abundan en la casuística que manejan los suizos. «Espero aprender mucho de su trabajo sobre demencia precoz,[12] que me viene anunciando desde hace tiempo —escribe Freud a Jung en 1906—. No he adoptado aún un punto de vista definitivo acerca de la separación entre aquélla y la paranoia, así como con respecto a todas las recientes denominaciones[13] en este sector y mantengo una cierta incredulidad con respecto a la afirmación de Bleuler de que los mecanismos de represión se pueden comprobar en la demencia precoz, pero no en cambio en la paranoia.[14] Mi experiencia al respecto es francamente muy escasa» (*Ibid.* p. 47). Freud se lamentaba de la escasez de oportunidades de observar un material de psicosis como el que le describían abundantemente Jung y Abraham en sus cartas, que al fin y al cabo es el usual en una institución psiquiátrica como la del Burghölzli, y que estaba sirviendo de base para la elaboración por Bleuler del concepto de esquizofrenia.

Sin embargo, la esperada lectura del libro de Jung sobre la psicología de la demencia precoz decepcionó a Freud, ya que a pesar de la profusión de citas y referencias a su obra, en lo esencial el autor venía a concluir que las teorías freudianas servían para explicar la histeria pero no la demencia precoz y, en consecuencia, defendía para esta una teoría organicista «psicotóxica» (Jung, 1907). «Con respecto a su tendencia a echar mano a las “toxinas” —le escribe Freud en tono amable pero crítico— quisiera hacer observar que se salta usted un aspecto al que yo concedo desde luego hace mucho más valor que usted; ya sabe: la +++ sexualidad»[15] (*Ibid.* p. 53). Estamos en 1907, acaba de publicarse *Tres ensayos*, obra que no gustó tanto en Zurich como las anteriores y comienzan a ponerse en evidencia las fricciones que conducirán años después a la ruptura de la relación.

Las primeras fricciones con Jung y Bleuler

En abril de 1907, justo después de su primer encuentro en Viena, Freud remite a Jung un amplio manuscrito, similar a los que antaño enviara a Fliess, titulado, *Algunos puntos de vista teóricos sobre la paranoia*, manuscrito que completa al mes siguiente con una larga carta aclaratoria sobre la misma cuestión. En estos textos Freud esboza lo que puede considerarse como su primera teoría explicativa de las diferencias entre paranoia y demencia precoz. Así pues, establece una clara distinción entre lo que ocurre cuando la defensa —«la represión»[16]— resulta lograda, y cuando no ocurre esto y se produce el retorno de lo reprimido o, en sus palabras de entonces, «el retorno de la libido».

En el primer supuesto, cuando la *represión* es totalmente lograda, se produce una regresión de la libido prácticamente total al autoerotismo primitivo, con extrañamiento del mundo. En este caso «se da el curso que parece característico de la demencia precoz», ya que las ideas delirantes (productos del retorno de lo reprimido) son débiles y transitorias, y no impiden que la libido desemboque definitivamente en el autoerotismo. «La psique —dice Freud a Jung— se empobrece del modo que usted tan exactamente conoce» (*Ibid*. p. 83), dando origen a las esquizofrenias estuporosas y catatónicas.

Por otro lado tenemos lo que sucede cuando la *represión* falla y no resulta lograda. Como en el caso anterior, hay retiro de la libido pero esta acude de nuevo en busca del objeto, convertido ahora en objeto de la percepción. Se constituyen así las ideas delirantes más intensas, a las que la libido confiere convicción. Ello da lugar a la paranoia pura con conservación del sentimiento de realidad, gracias al cual el paranoico reconstruye el mundo aunque de forma delirante. En un tercer caso, «tan sólo una parte de la libido deriva hacia el autoerotismo, mientras que otra busca de nuevo al objeto. La libido se fija de manera duradera en el delirio y surge de esta forma el caso menos puro y más frecuente» (*Ibid*. p. 83), esto es, el cuadro de la esquizofrenia paranoide, entonces llamada *dementia paranoides*.

La conclusión de esta parte de la carta en la que le expone su primer esbozo teórico sobre las diferencias entre demencia precoz y paranoia, y cuya comprobación en la clínica deja en manos de Jung, es contundente: «Estos son los tres esquemas que yo imagino. Usted verá lo que de ellos es clínicamente comprobable»; y añade más adelante: «De momento hago constar que es en la demencia precoz pura donde mejor se logra la regresión al autoerotismo» (*Ibid*. p. 84).

La respuesta de Jung el 31 de mayo de 1907, tras el manuscrito sobre la paranoia y la carta posterior en la que encontramos esbozada la teoría de Freud, está, como de costumbre plagada de ambigüedades, resistencias y equívocos, hasta el punto de que uno no acaba de comprender cómo Freud siguió manteniendo la confianza ciega en él durante tanto tiempo: «He reflexionado muchas veces sobre sus *Puntos de vista sobre la paranoia*, también junto con Bleuler —responde Jung—. El origen de la idea delirante a partir de la afectividad (=libido)[17] lo comprendemos por completo». Sin embargo, en los párrafos siguientes da claras muestras de no haber entendido nada (Véase ob. cit., pp. 80-81). Finalmente desplaza la dificultad a su jefe: «Bleuler echa aún de menos una definición clara del autoerotismo y de sus efectos psicológicos específicos. Pero ha aceptado el concepto para su exposición de la demencia precoz en el *Manual* de Aschaffenburg.[18] Pero no quiere emplear la palabra "autoerotismo" (por los consabidos motivos) sino "autismo" o "ipsismo". Yo me he acostumbrado ya a "autoerotismo"» (*Ibid*. p. 81).

Sin embargo esto no era cierto, ya que, no sólo Bleuler, también Jung demostró siempre una enorme resistencia al concepto de autoerotismo. Lo demuestra su reiterada dificultad para entender, por más que Freud se lo explicó una y otra vez, que la libido retirada de los objetos en la psicosis regresa al yo (y concretamente al autoerotismo, según entendía entonces Freud; más adelante matizaría esta idea con la introducción del narcisismo) y no, como en las neurosis, a la fantasía. Jung siguió apegado a esta confusión y ella le llevó a postular en 1910 el concepto de *introversión* de la libido en reemplazo del de autoerotismo.

Es interesante cotejar con la de Jung la correspondencia que Freud inició con Abraham en 1907, pues ya en las dos primeras cartas encontramos un claro reconocimiento por parte de Freud acerca del trabajo que Abraham estaba elaborando y que conduciría a la publicación en 1908 de su artículo antes citado. Comentarios como: «Me gusta particularmente que usted haya abordado el aspecto sexual del problema [de la demencia precoz], que pocos quieren tocar.» (Freud/Abraham, 1907-1926, p. 7) o «[…] usted ha abordado el problema por el lado correcto, en el punto, además, que la mayoría no quiere tocar. Me alegro especialmente de que valore el aspecto del

autoerotismo en la *Dementia praecox*.» (*Ibid*. p. 9) son bien elocuentes de una sintonía teórica que, a pesar de la idealización que le profesaba, no se daba con el psiquiatra suizo. De hecho, en su artículo sobre las diferencias entre la histeria y la demencia precoz, Abraham (1908) concluía del modo siguiente: «Una gran parte de las manifestaciones patológicas de la demencia precoz serían, según mi opinión, explicables, si postulamos que el paciente tiene una constitución psicosexual anormal dirigida al autoerotismo. Tal hipótesis haría innecesaria la recientemente discutida teoría de la toxina» (Ob. cit., p. 59).

Es evidente que si, a pesar de las desavenencias en cuanto a la teoría sexual, Freud seguía apostando por Jung y Bleuler era porque tenía delante una oportunidad única de lograr una proyección internacional del psicoanálisis dentro del mundo psiquiátrico, habida cuenta del enorme prestigio de que gozaba la escuela de Zurich y de la amplitud de miras que había demostrado hasta entonces. Freud era consciente de que los miembros del equipo del Burghölzli, liderados por Bleuler, estaban trabajando en un ambicioso proyecto: la revisión nada menos que del concepto kraepeliniano de demencia precoz desde perspectivas diferentes y, al menos en principio —así lo proclamaban ellos mismos—, afines a las ideas psicoanalíticas. Una oportunidad de oro, pues, para conquistar la «tierra prometida de la psiquiatría», según la expresión que utilizó en una carta a Jung de enero de 1909. Por otro lado, para Freud resultaba de capital importancia la perspectiva de promocionar el análisis más allá del grupo vienés, cuyos miembros eran por lo demás todos judíos (Jones, 1955).

No obstante, el idilio con Burghölzli duró poco y el entusiasmo inicial de los psiquiatras suizos por las ideas freudianas (entusiasmo surgido sobre todo de *La interpretación de los sueños*) no tardó en trocarse en incomodidad y rechazo ante el creciente peso que la sexualidad iba cobrando en las teorías psicoanalíticas. Acababan de ser publicados los *Tres ensayos de teoría sexual* y la prensa local de Zurich denunciaba la perversa sexualización de la psiquiatría procedente de Viena. En este ambiente, Bleuler se mostró cada vez más resistente y, aunque en lo formal continuaba simpatizando con Freud y su causa, sus reservas de fondo le llevaron a apartarse cada vez más del análisis. De esta situación da acertado testimonio el fiel Abraham, para entonces ya afincado en Berlín, que escribe a Freud una carta en julio de 1908, tras el famoso Congreso de Salzburgo, carta en la que trata de abrirle los ojos al maestro acerca del «tema de Zurich». Hace referencia entre otras cosas a una conferencia que Bleuler había pronunciado recientemente en Berlín y a un trabajo que había escrito junto con Jung sobre la demencia precoz en 1908, trabajo que contenía ya las bases del gran tratado que Bleuler habría de publicar en 1911 sobre la esquizofrenia. Dice Abraham:

> Bleuler evitó en su ponencia toda referencia al psicoanálisis (¡cuando podría haber incluido muchísimas!), y la publicación conjunta de los dos[19] me parece inaudita. ¡La clasificación en síntomas primarios y secundarios[20] como logro de años de análisis de enfermos mentales! ¡Y las sutilezas en torno a las toxinas!, etc. ¿No había que anunciar necesariamente el siguiente enfoque del problema desde el punto de vista de la teoría sexual? Ni una palabra sobre Freud ni sobre la teoría sexual […]. Durante el viaje a Salzburgo me enteré por Eitingon del cambio y de que la conferencia de Jung de la *Dementia praecox* no iba a contener *ningún* elemento de la teoría de Freud […]. En el Burghölzli, Freud parece ser algo así como un punto de vista superado. (Freud/Abraham, 1907-1926, p. 62. Las bastardillas son de Abraham.)

Las prevenciones de Abraham, y especialmente las que aluden a la teoría que acerca de la demencia precoz (futura esquizofrenia) estaban elaborando Bleuler y Jung, no carecían de fundamento. Cuando uno estudia el grueso manual bleuleriano, publicado en 1911 pero elaborado durante los años previos, es difícil evitar una impresión de componenda, algo así como un querer contentar a todo el mundo, lo que inevitablemente se traduce en ambigüedad y, desde luego, en profunda *ambivalencia*.[21] El libro es valioso por la cantidad de material clínico que presenta, pero su arquitectura conceptual y su base teórica hacen aguas por todas partes. Las ideas rectoras del pensamiento nosológico de Kraepelin podían ser ingenuas pero eran claras; las de Bleuler son confusas.

La *esquizofrenia* según Bleuler

Bleuler comienza proclamándose continuador respetuoso de Kraepelin y seguidor de las ideas de Freud. Según esto, su propósito era simplemente añadir al edificio construido por el psiquiatra alemán una superestructura psicopatológica, y en este punto es donde pretendía aplicar «las ideas de Freud». Este es, desde luego, el cliché más divulgado, pero la realidad es sin embargo bien distinta por lo que respecta a ambos autores, pues

apenas intenta ser fiel a esta proclama el texto comienza a plagarse de contradicciones conceptuales y confusas definiciones. De hecho, la contradicción marca ya el propio título de la obra —*Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*—, concebido como una ecuación imposible. Como señala Lantéri-Laura (1998), la conjunción *oder* que separa la primera proposición —*Dementia praecox*— de la segunda —*Gruppe der Schizophrenien*— sugiere una equivalencia incompatible entre un concepto singular y uno plural.[22] Por lo tanto, más que una reformulación en términos psicopatológicos del concepto kraepeliniano de demencia precoz, lo que el título nos presenta ya de entrada —y la obra desarrolla— es una revisión radical de dicho concepto, revisión que viene a implicar en realidad una vuelta a la cuarta edición del *Tratado* de Kraepelin, antes de la decisión de agrupar todos los componentes del grupo en una sola entidad. Dicho en pocas palabras: estamos ante la dinamitación pura y simple —aunque pretendidamente encubierta— del concepto kraepeliniano de enfermedad única, y la vuelta a la noción de síndrome. Bleuler podría muy bien haber asumido esta postura aprovechando las reservas que había suscitado el planteamiento krepeliniano, pero prefirió mantener la ambigüedad, como demuestra cuando afirma: «El alcance del concepto de demencia precoz ha seguido siendo esencialmente el mismo» (Bleuler, 1911, p. 13).

Respecto del cambio en la denominación, leemos cosas como las siguientes: «Llamo a la demencia precoz “esquizofrenia” porque (como espero demostrarlo) el “desdoblamiento” de las distintas funciones psíquicas es una de las características más importantes. Por razones de conveniencia utilizo la palabra en el singular, aunque es evidente que el grupo incluye a varias enfermedades» (*Ibid*. p. 14. Las comillas aparecen en el original). Así pues, en este continuo ejercicio de funambulismo para hacer conciliable su idea con la de Kraepelin, esboza la siguiente definición:

> Con el término «demencia precoz» o «esquizofrenia» designamos a un grupo de psicosis cuyo curso es a veces crónico, y a veces está marcado por ataques intermitentes, y que puede detenerse o retroceder en cualquier etapa, pero que no permite una completa *restitutio ad integrum*. La enfermedad se caracteriza por un tipo específico de alteración del pensamiento, los sentimientos, y la relación con el mundo exterior, que en ninguna otra parte aparece bajo esta forma particular. En todos los casos nos vemos frente a un desdoblamiento más o menos nítido de las funciones psíquicas. Si la enfermedad es pronunciada, la personalidad pierde su unidad; en diferentes momentos, diferentes complejos psíquicos parecen representarla. La integración de los diferentes complejos e impulsos es insuficiente, o inclusive falta por completo. (*Ibid*. p. 15)

En cuanto a la aportación de las ideas de Freud, esta es más limitada de lo que se cree y además profundamente confusa y visiblemente ambivalente. En realidad, las concepciones de Bleuler provienen de una síntesis personal a partir de influencias diversas tomadas de aquí y de allá. Resulta muy evidente la psicología asociacionista, pero también son perceptibles influencias de Pierre Janet. El mismo concepto de disociación (*Spaltung*) que da origen a la denominación de la enfermedad remite más bien a las tesis de este último que a la concepción freudiana vigente en la época y válida para la histeria. Cuando habla de los síntomas fundamentales y los contrapone a los accesorios, entre los primeros, aparte del trastorno de la asociación y de la ambivalencia, incluye el aplanamiento afectivo y la indiferencia que conduce al enfermo a una huida del mundo exterior, e introduce aquí el «autismo», concepto autóctono del que ya hemos hablado más arriba. En 1911 lo define así:

> Los esquizofrénicos más graves, que no tienen más contacto con el mundo externo, viven en un mundo propio. Se han encerrado en sus deseos y anhelos (que consideran cumplidos), o se ocupan de las vicisitudes y tribulaciones de sus ideas persecutorias; se han apartado en todo lo posible de todo contacto con el mundo exterior. A este desapego de la realidad, junto con la predominancia, relativa y absoluta, de la vida interior, lo denominamos autismo.

Y en una nota al pie añade:

> El autismo casi coincide con lo que Freud denominó auto-erotismo [*sic*.]. Pero dado que para este autor los conceptos de libido y erotismo son mucho más amplios que para otras escuelas, no podríamos usar aquí su término sin dar origen a muchos malos entendidos. En esencia, el término autismo designa, de una manera positiva, al mismo concepto que P. Janet formuló negativamente como «la pérdida del sentido de la realidad». (*Ibid*. pp. 71-72)

La mayoría de las citas o referencias a Freud que encontramos a través de la extensa obra resultan muy forzadas o, más a menudo, se hallan claramente

impregnadas de una profunda ambivalencia. Un ejemplo es la siguiente observación:

> Aunque ya de antiguo se obtuvo alguna comprensión del mecanismo de la deformación de la realidad en casos aislados, le debemos exclusivamente a Freud el que haya sido posible explicar la especial sintomatología de la esquizofrenia […]. Las investigaciones de Freud han sido atacadas desde el punto de vista ético, esta objeción quizá está abierta a la discusión cuando se llega a la terapéutica. Pero aún entonces, no se debe confundir con la ética a las prácticas sexuales actuales. No puede haber ninguna objeción ética contra la ampliación del conocimiento como tal; no puede impugnarse sobre esta base la validez de los resultados de la investigación.(*Ibid*. p. 403)

Con todo, la parte más decepcionante de toda la obra es la final, en la que aborda la «teoría de la enfermedad». En ella Bleuler postula una segunda dicotomía (que se confunde muy a menudo con la ya mencionada de síntomas fundamentales y síntomas accesorios): Los síntomas primarios y los síntomas secundarios. Convencido de que el origen de la enfermedad era orgánico, describió los síntomas primarios como una expresión directa de este trastorno orgánico.

> Sólo podemos comprender a una psicosis psíquicamente determinada —escribe Bleuler— si distinguimos los síntomas que surgen directamente del mismo proceso patológico, de los síntomas secundarios que sólo comienzan a operar cuando la psique enferma reacciona ante algunos procesos internos o externos […] (p. 361). Los síntomas primarios son los fenómenos parciales necesarios de la enfermedad; los síntomas secundarios pueden estar ausentes, al menos potencialmente, o pueden cambiar al mismo tiempo el proceso patológico […] (p. 362). No conocemos todavía con certeza los síntomas primarios de la enfermedad cerebral esquizofrénica (p. 362) […, sin embargo] dan la impresión de una intensa afección cerebral de alguna especie (p. 365). Y más adelante: «Sólo se puede hacer completa justicia a todos estos factores mediante un concepto de la enfermedad que postule la presencia de perturbaciones cerebrales (anatómicas o químicas)» (p. 477).

Abraham había advertido a Freud en 1908 de que Bleuler era «una persona muy difícil, llena de formaciones reactivas. Su sencillez exterior y su modestia a veces exagerada encubren un fuerte complejo de grandeza» (Ob. cit. p. 57), y en parecidos términos se expresó Ferenczi cuando Freud le confesó sus dificultades con el suizo: «Le compadezco por la difícil correspondencia con Bleuler […], me parece mezquino y vanidoso» (Freud/Ferenczi 1908-1911, p. 274). El mismo Freud acabó bastante harto y escribió en 1910 a Pfister que el psiquiatra suizo le había dado «mucho trabajo» (Jones, ob. cit.). Bleuler se mantuvo ambivalente toda su vida. Cuando la psiquiatría oficial se le echó encima y le acusó de connivencia con el psicoanálisis, reforzó sus posiciones organicistas, retiró de la sexta edición de su libro todas las referencias freudianas y escribió un par de artículos críticos con las tesis psicoanalíticas. Sin embargo, fue uno de los que firmaron el documento a favor de que a Freud se le concediese el Premio Nobel. Por su parte, este no tuvo inconveniente en quedar bien formalmente con él cuando redactó su *Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico* (Freud, 1914). En cuanto al concepto de *esquizofrenia*, se salvó gracias por un lado a la labor de reestructuración psicopatológica de algunos psiquiatras alemanes, como Kurt Schneider y, por otro, a la difusión que hicieron de él los analistas de la segunda generación que emigraron a los Estados Unidos.

La esquizofrenia (*parafrenia*) según Freud

El *Tratado* de Bleuler sobre la esquizofrenia coincidió en 1911 con el que sería el trabajo más emblemático de Freud sobre las psicosis, el llamado «Caso Schreber». En él, a pesar de presentar la obra como un estudio psicoanalítico sobre la paranoia, ya en el título mismo se veía obligado a admitir la naturaleza esquizofrénica del diagnóstico («*Dementia paranoides*»)[23] aplicado al autor de las *Memorias*. Pero es sobre todo en el último capítulo de esta obra —capítulo de una enorme envergadura metapsicológica— donde encontramos el que viene a ser el primer gran reconocimiento de la esquizofrenia, como entidad teórico-clínica diferenciada de la paranoia, y su famosa propuesta de un nombre alternativo —*parafrenia*— al establecido por aquellas mismas fechas por Bleuler. La cita es un poco larga pero merece la pena releerla de nuevo:

> Dados los estrechos vínculos de la paranoia con la *dementia praecox*, uno no puede dejar de preguntarse por el eventual influjo que la concepción expuesta para la primera [todo el desarrollo teórico expuesto en el último capítulo de *Schreber*] ejercerá sobre la vigente para la segunda. Estimo bien justificado el

paso que dio Kraepelin al fusionar en una nueva entidad clínica, junto con la catatonía y otras formas, mucho de lo que antes se llamaba «paranoia», aunque fue un desacierto escoger para esa unidad el nombre de «*dementia praecox*». También a la designación de «esquizofrenia», propuesta por Bleuler para este mismo grupo de formas, cabría objetarle que sólo parece utilizable si uno no recuerda su significado literal [mente escindida]; además, prejuzga demasiado, pues emplea para la denominación un carácter postulado en la teoría [la escisión] y que, por añadidura, no le es exclusivo y, a la luz de otros puntos de vista, no puede ser declarado el esencial. Pero, en general, no es muy importante cómo se nombre a los cuadros clínicos. Más sustantivo me parece conservar la paranoia como un tipo clínico independiente, aunque su cuadro harto a menudo se complique con rasgos esquizofrénicos; en efecto, desde el punto de vista de la teoría de la libido, se la puede separar de la *dementia praecox* por una diversa localización de la fijación predisponente y un mecanismo distinto del retorno [de lo reprimido] (formación de síntoma), no obstante tener en común con aquella el carácter básico de la represión propiamente dicha, a saber, el desasimiento libidinal con regresión al yo. Entiendo que lo más adecuado es bautizar a la *dementia praecox* con el nombre de «*parafrenia*», que, en sí mismo de contenido indeterminado, expresa sus vínculos con la paranoia (que conservaría su designación) y además recuerda a la hebefrenia incluida en ella. Y no importa que el nombre ya se haya propuesto antes para otra cosa, pues, estas otras acepciones no han cobrado vigencia. Abraham [1908] ha expuesto con particular vividez cómo se destaca de manera clarísima en la *dementia praecox* el carácter del alejamiento de la libido del mundo exterior. A partir de ese carácter inferimos nosotros la represión por desasimiento libidinal. Y en cuanto a la fase de las alucinaciones tormentosas, también la aprehendemos, aquí, como fase de la lucha de la represión contra un intento de restablecimiento que pretende devolver la libido a sus objetos […] Ese intento de recuperación, que el observador tiene por la enfermedad misma, no se sirve empero de la proyección, como en la paranoia, sino del mecanismo alucinatorio (histérico). He ahí una de las grandes diferencias respecto de la paranoia, susceptible de un esclarecimiento genético desde otro lado. El desenlace de la *dementia praecox*, toda vez que la afección no permanezca demasiado parcial, aporta la segunda diferencia. Aquel es, en general, más desfavorable que el de la paranoia; no triunfa, como en esta última, la reconstrucción, sino la represión. La regresión no llega hasta el narcisismo exteriorizado en el delirio de grandeza, sino hasta la liquidación del amor de objeto y el regreso al autoerotismo infantil. Por tanto, la fijación predisponente debe de situarse más atrás que en el caso de la paranoia, o sea, estar contenida al comienzo del desarrollo que partiendo del autoerotismo aspira al amor de objeto.
(Freud, 1911 [1910], p. 69-71. Los comentarios entre corchetes son míos.)[24]

Al comentar este pasaje, J.A Miller (1982) pone el énfasis en el esfuerzo de Freud por separar y conservar el concepto de paranoia respecto del de esquizofrenia, a pesar de lo frecuente de su combinación (verbigracia en el mismo Schreber), y el mismo punto de vista ha sido defendido por otros autores, que sostienen que a Freud le interesaba la esquizofrenia sólo en la medida en que, en la variante paranoide, incluía los mecanismos de la paranoia (Álvarez, 2006). Vamos a ver a continuación hasta qué punto le interesaron también otros aspectos metapsicológicos.

Lo cierto es que a partir de *Schreber* Freud no dejó de tomar en consideración la demencia precoz, y el trastorno aparece en diversos textos posteriores, bien con este nombre, bien con el de parafrenia o incluso con el de esquizofrenia. Así, en la segunda página de *Introducción del narcisismo*, leemos la siguiente proclama: «Un motivo acuciante para considerar la imagen de un narcisismo primario y normal surgía a raíz del intento de incluir bajo la premisa de la teoría de la libido el cuadro de la *dementia praecox* (Kraepelin) o esquizofrenia (Bleuler)» (Freud 1914, p. 72). Y al comienzo de la segunda parte de esta misma obra encontramos aquella la famosa sentencia que dice: «La principal vía de acceso [al estudio del narcisismo] seguirá siendo el análisis de las parafrenias. Así como las neurosis de transferencia nos posibilitaron rastrear las mociones pulsionales libidinosas, la *dementia praecox* y la paranoia nos permitirán inteligir la psicología del yo» (*Ibid*. p. 79).

Es decir, Freud no solamente había admitido la legitimidad teórica de la esquizofrenia, antes negada, sino que su reconocimiento le servía ahora de apoyatura para introducir importantes modificaciones en la estructura doctrinal del psicoanálisis, como, por ejemplo, el narcisismo: «Entiéndase bien —escribe—: no pretendo aquí aclarar el problema de la esquizofrenia ni profundizar en él, sino sólo recopilar lo ya dicho en otros lugares, a fin de justificar una introducción del narcisismo» (*Ibid*. p. 73). Pues bien, he aquí que no iba a tardar Freud en elaborar unos textos en los que sí que pretendía —y en una medida considerable conseguía— aclarar y profundizar, como no había hecho antes ningún otro autor, en el problema de la esquizofrenia; y estos textos son algunos de los que integran el conjunto llamado metapsicología.

La esquizofrenia desde el punto de vista metapsicológico

El 21 de diciembre de 1914 escribía Freud a Abraham:

> Recientemente conseguí esbozar una descripción del sistema de conciencia y del inconsciente que casi los hace tangibles y con cuya ayuda se puede resolver fácilmente —creo yo— la relación de la *Dementia praecox* con la realidad. Según mi concepto, todas las catexis *objetales* constituyen el sistema del inconsciente; el sistema de la *conciencia* corresponde a la asociación de estas representaciones inconscientes a las representaciones *verbales*, que les permiten el paso a la conciencia […]. La represión en las neurosis narcisistas corresponde a la retirada de la libido de las representaciones objetales inconscientes […]. De ahí que la *Dementia praecox* altere primero el lenguaje y trate las representaciones verbales globalmente como la histeria trata las representaciones objetales, a saber, que las someta al proceso primario con su condensación, su desplazamiento y su descarga, etc.
> (S. Freud/K. Abraham, 1907-1926; p. 309. Las cursivas son de Freud.)

Efectivamente, le está haciendo un anticipo de algunos de los fundamentales hallazgos que va a incluir en la metapsicología, en varios de cuyos artículos va a tomar la psicosis como fenómeno de elección a partir del cual edificar los desarrollos metapsicológicos. Uno de estos artículos es *Lo inconsciente* (1915b), en el que decide tomar «la esquizofrenia de Bleuler», y concretamente algunos de los fenómenos más definitorios de esta forma patológica.

Entre aquellos puntos que son específicos de esta enfermedad, y que no había tratado en anteriores trabajos, resalta algunos de gran importancia. Para empezar, escribe: «Ningún observador dejó de notar que en la esquizofrenia se exterioriza como consciente mucho de lo que en las neurosis de transferencia sólo puede pesquisarse en el *Icc* por medio del psicoanálisis» (Freud, 1915b, p. 194). Dicho de otro modo: el fracaso de la represión y de su función de censura psíquica supone para estos pacientes una indeseada interferencia de contenidos inconscientes —sin el menor disfraz— en su discurrir consciente. Un paciente psicótico de 24, afirmaba tener recuerdo de que de pequeño, en edad de ir a la guardería, su madre abusaba sexualmente de él; de ello no se percató sino años después, justamente cuando estaba perdido en una capital extranjera (en plena desorganización psicótica): un día lo soñó y al día siguiente lo corroboró, según él, porque se miró al espejo y advirtió que le había «cambiado la cara…, ¡le habían salido los pómulos!», lo cual le llevó realizar un grave intento de suicidio. Es decir, contenidos referidos a etapas precocísimas del desarrollo libidinal, que aluden nada menos que a la erotización materna y a su vivencia del esquema corporal, no sólo no estaban reprimidos, como en cualquier neurótico, sino que eran «recordados» y revividos con todo su potencial traumático.

Para que la represión propiamente dicha funcione, dice Freud (1915a), es preciso postular una *represión originaria*, que sería el momento mítico, hipotético de constitución del inconsciente, por tanto, de constitución del aparato psíquico y del sujeto. Actualmente consideramos este momento como fundamental e incluso postulamos que el fracaso en su constitución vendría a suponer el factor más determinante en la predisposición a la psicosis, toda vez que al no poder instaurarse la división normal del sujeto en dos instancias —*preconsciente-consciente*, por un lado e *inconsciente*, por el otro— no puede funcionar la represión correctamente y los contenidos que deberían estar resguardados por la censura del inconsciente invaden continuamente el consciente. «En la censura entre el *Icc* y el *Prcc* […] hemos reconocido y honrado entonces al guardián de nuestra salud mental», afirma Freud en *La interpretación de los sueños* (1900). Precisamente en el sueño se produce una tal invasión, si bien de una manera sumamente controlada merced a que la censura afloja y se adormece en parte y la motilidad permanece desactivada. Sin embargo, añade Freud más adelante, «menos inofensiva es la situación cuando el desplazamiento de fuerzas no es producido por la relajación nocturna […] de la censura crítica, sino por un *debilitamiento patológico de esta* […]. En tales casos, el guardián es yugulado, las excitaciones inconscientes someten al *Prcc*, y desde ahí gobiernan nuestra acción y nuestra habla […]. A este estado lo llamamos psicosis» (Freud, ob.cit., pp. 559-560. Las bastardillas son mías). Es decir, que la represión originaria, con la censura que le es correlativa, resulta fundamental para la correcta estructuración del aparato psíquico, para que funcione el mecanismo de la represión propiamente dicha y, por tanto, para que se establezca una estructura neurótica.

Gracias a esta estructura neurótica podemos pensar, amar, trabajar, sin estar constantemente invadidos por los contenidos del inconsciente.

Cuando estos se manifiestan, lo hacen exclusivamente a través de un proceso de encubrimiento y deformación, similar al del sueño. Es decir que lo que se instaura con la represión originaria es ni más ni menos que el mecanismo de la *metaforización*, del cambio de una cosa por otra menos conflictiva. Esto es lo que no puede hacer el psicótico, al que le falla la represión originaria. Tanto es así que muchos autores (Laplanche y Leclaire, 1961; Leclaire, 1968; De Waelhens, 1972; Dor, 1985; Maldavsky, 1986) asimilan el mecanismo de la *Verwerfung* (la forclusión en lenguaje lacaniano), con el fracaso de la instauración de la represión originaria. Pensemos que este efecto metaforizador del aparato no es otra cosa que lo que también se llama capacidad de simbolización: el acceso a la palabra, al lenguaje. Es otro de los efectos de la represión primaria.

Aquí conviene recordar el ejemplo del *fort-da* de Freud (1920), que supone un proceso de doble metaforización. Hay que observar que, primero, la ausencia y presencia de la madre es sustituida, en el juego, por el carretel; esto es, un objeto por otro, más manejable, menos frustrante. ¡Qué inmenso beneficio, poder tramitar así un drama, de otro modo tan insoportable, como la ausencia de la madre para un bebé! En una segunda fase, se añade otro significante, en este caso ya verbal: el *fort* y el *da*. He aquí el ejemplo de cómo normalmente se constituye el aparato psíquico, como una estructura destinada a contener la frustración, la desesperación, la estasis libidinal y, en consecuencia, a tramitar la rabia y la angustia consecuente; y ello por un procedimiento de elaboración cada vez más refinado. El juego, la fantasía y por supuesto la palabra son los instrumentos de que normalmente se vale.

Pero el psicótico no puede disponer de tales beneficios y Freud aborda esta cuestión en su artículo *Lo inconsciente* de 1915. Refiriéndose de nuevo a la esquizofrenia, afirma que en esta enfermedad se observa, «sobre todo en sus estadios iniciales, tan instructivos, una serie de alteraciones del *lenguaje* […]. El modo de expresarse es a menudo objeto de un cuidado particular, es "rebuscado", "amanerado". Las frases sufren una peculiar desorganización sintáctica que las vuelve incomprensibles para nosotros, de suerte que juzgamos disparatadas las proferencias de los enfermos» (Freud, 1915b, p. 194. Las cursivas y las comillas son de Freud). En esta cita está aludiendo a la clásica disgregación del pensamiento, fenómeno observado y descrito por Bleuler (1911)[25] y que se da abundantemente en la esquizofrenia y con menor intensidad —aunque a menudo está ausente— en las formas puras de paranoia. Como el propio Freud menciona, se trata de dos fenómenos psicopatológicos diferentes: la desorganización sintáctica del pensamiento, una tendencia a la confusión asociativa que hace difícil seguir el hilo del discurso del paciente, y, por otro lado, el amaneramiento lingüístico, una suerte de pedantería en la elección de las palabras que le da al discurso un tono pseudo-culto, a veces enfático y sofisticado. Ambos fenómenos se pueden observar asociados o separados, y no es raro que el segundo sirva para disimular al primero, es decir, el engolamiento estilístico no es sino un disfraz que oculta una incoherencia de fondo o una vacuidad de contenido. El siguiente caso es ilustrativo al respecto.

> Pedro tiene 30 años y está diagnosticado de esquizofrenia desde los 20. Pertenece a una familia burguesa de buen nivel económico que siempre tuvo una gran dificultad para reconocer su enfermedad, de manera que, aunque el diagnóstico fue claro desde el principio, según consta en diversos informes, a menudo era desmentido con el argumento de «son cosas de la edad», o «lo que tienes que hacer es estudiar o ponerte a trabajar». Fue así como Pedro se vio esforzado por este ideal familiar a un funcionamiento adaptativo pseudo-normal, que siempre le vino grande. Primero intentó estudiar derecho pero no pasó del primer curso, después probó a jugar a tenis, la gran ilusión de su padre, hasta que se lesionó seriamente y tuvo que dejarlo; finalmente, tras desempeñar varios trabajos, hace de repartidor de pizzas, ocupación que no es sino provisional, mientras no consiga centrarse un poco a fin de encontrar algún trabajo más acorde a los estándares familiares.
>
> Aunque su aspecto es un poco estrafalario, su modo de hablar recuerda al de un estudiante universitario; a menudo repite muletillas como «o sea…» u «obviamente» con las que pretende darse un aire de intelectual. Cuando se queda a solas con el terapeuta se muestra ansioso y al mismo tiempo confuso, intenta hilvanar ideas para explicar lo que le pasa pero le cuesta mucho articular un discurso coherente. Como se da cuenta, trata de explicar su dificultad diciendo que a estas horas de la mañana suele estar «espeso». Consciente del retraimiento social que sufre, lo atribuye a un «ronroneo», como unas voces, que oye dentro de su cabeza y que le impiden concentrarse. Su discurso, bastante deshilvanado y vacuo, incurre en detalles innecesarios y a menudo usa palabras pseudo-cultas que, sin llegar al neologismo, presentan un sentido bizarro; por ejemplo: «Tengo mucha impedancia…». El siguiente pasaje, en el que Pedro trata de explicar lo mal que le ha ido en una entrevista de trabajo,

> muestra su dificultad para coordinar ideas: «A nivel un poco más interior digamos que te sientes bloqueado, bloqueado porque…, no sé, contextualizas y no dejas que…, bueno que… dejarte absorber por el entorno y, bueno pues jugar con eso que…, claro eso ya supone la intrínseca…, pues bueno, dificultad que supone, ¿no?, lo que tengo… No lo sé…, estemos en contacto, pero una respuesta como esta… no me remite demasiada esperanza en todo esto».

Esta retórica recargada, esta profusión de estereotipias verbales («bueno…»), esta tendencia a utilizar términos lingüísticos de forma inadecuada como si fueran sofisticadas metáforas, son típicas de la esquizofrenia. Es una consecuencia del proceso restitutivo que Freud atribuía a un intento de curación y manifiesta, como veremos, el fracaso de la función propiamente metafórica de la mente. En muchas ocasiones, como en el caso de Pedro, produce el efecto de una falsa sofisticación en el habla; en otros casos el resultado es más abiertamente burdo. Así, otro paciente que intentaba explicar que no es que la gente hablara de él sino que él así lo interpretaba, decía lo siguiente: «No es que hablen de mí, soy yo que lo *asesoro* (*sic*) así». Y luego añadía: «Es una forma *inerte* (*sic*) de interpretarlo».

A las puertas del significante

Freud introduce una distinción fundamental: una representación de un objeto comporta dos elementos, una representación de cosa, que es inconsciente, más una representación de palabra, que es preconsciente. Cuando a una representación de cosa se le asocia su representación-palabra, el objeto se hace consciente. Pues bien, a diferencia del neurótico, en el que la represión afecta a la representación-palabra preconsciente, que es la que suele ser reprimida, en el psicótico la defensa, la desinvestidura, afecta a la representación de cosa inconsciente. Mejor dicho, como no se ha constituido el inconsciente de forma debida, el esquizofrénico maneja palabras que ha aprendido (antes de su brote), pero la vinculación de las palabras a las cosas es muy precaria y lo que falla es el sustento inconsciente de las palabras. Freud lo formula con la siguiente sentencia que se ha hecho famosa: El esquizofrénico trata las palabras como cosas, y añade en una nota al pie: «También el trabajo del sueño, ocasionalmente, trata a las palabras como cosas y así crea frases o neologismos "esquizofrénicos" muy similares» (Freud, 1915b, p. 196). Sin embargo, como aclara en *Complemento metapsicológico a la doctrina de los sueños*, en el sueño normal no son las palabras, o no solamente (a veces también), sino las representaciones-cosa, las que, procedentes del inconsciente, emprenden el camino regresivo hacia la desfiguración y la deformación. Las palabras en el sueño suelen reconducir a su representación-cosa, y esta es la que emprende el proceso de regresión y deformación, porque —escribe Freud— «el sueño conoce una regresión tópica, la esquizofrenia, no. En el sueño está expedito el comercio entre investidura de palabra (*prec)* e investidura de cosa (*icc*); lo característico de la esquizofrenia es que este comercio permanece bloqueado» (1917[1915], p. 228).

En consecuencia, pues, la regresión en el sueño, en el síntoma, en la fantasía, es distinta según que la estructura sea psicótica o neurótica; está determinada por una diferencia fundamental. En el caso del neurótico la represión y la censura impiden que la regresión vacíe el inconsciente, e imponen la deformación onírica. El proceso primario es usado al servicio exclusivo de esta elaboración cuyo resultado es el sueño, la fantasía, etc. En el caso de la psicosis no hay desfiguración, lo que conlleva sueños más transparentes, delirios apenas desfigurados, discurso desorganizado, etc. El contenido del inconsciente está peor guardado y está más mezclado con lo consciente. La consecuencia es una perturbación del proceso secundario, del pensamiento consciente, y una confusión de la fantasía con la realidad.

Así pues, el desinvestimieno en la neurosis afecta a las representaciones-palabra, pero conserva las representaciones-cosa; en cambio en la esquizofrenia el desinvestimiento afecta a las representaciones-cosa, con lo que en el proceso restitutivo las palabras quedan sin sustento y por eso aparecen usos inapropiados de palabras, neologismos, palabras compuestas, etc. Hilando todavía más fino, Freud nos advierte de que «cuando pensamos en abstracto nos exponemos al peligro de descuidar los vínculos de las palabras con las representaciones-cosa inconscientes, y es innegable que entonces nuestro filosofar cobra una indeseada semejanza, en su expresión y en su contenido, con la modalidad de trabajo de los esquizofrénicos […] Ellos tratan cosas concretas como si fueran abstractas» (Freud, 1915b, pp. 200-201).

Pero al mismo tiempo se observa en estos enfermos el fenómeno contrario: una incapacidad

absoluta para el simbolismo, las palabras son tomadas en su sentido literal, concreto. Freud (*Ibid*) ilustra este punto con el material de una paciente de Victor Tausk. La mujer se quejaba de que, tras una disputa con su novio, este le había dejado los ojos «torcidos» (*verdrehen*), cosa que no era cierta. La clave estaba en que la paciente acusaba al novio de ser un hipócrita (*Augenverdrehen*, que en alemán significa literalmente *torcedor de ojos*). El psicótico es incapaz de percibir el efecto metafórico de las palabras, se queda con el literal. Freud observa agudamente que una histérica habría presentado un síntoma conversivo en el que los ojos se le habrían torcido convulsivamente, poniendo de manifiesto la diferencia radical entre ambas patologías: en la histeria el síntoma *es* en sí mismo una metáfora, mientras que en la esquizofrenia el síntoma consiste justamente en un *fracaso de la metáfora*.

Numerosos ejemplos clínicos corroboran esta conclusión. Un esquizofrénico de varios años de evolución venía siempre provisto de un cuaderno en el que traía cuidadosamente anotados sus *pensamientos*. Aunque estos pensamientos eran a menudo sentencias absurdas, la cuestión podía encuadrarse en la tendencia que tienen a menudo los psicóticos a filosofar. Sin embargo, preguntado un día por el origen de esta práctica, el paciente explicó que de joven su madre siempre le decía: «Tendrías que hacer un pensamiento…», aludiendo a que a su edad ya debía empezar a pensar en buscarse novia. Por supuesto, el enfermo permaneció junto a su madre pero no dejó de *hacer pensamientos*.[26]

Un ejemplo más, tomado de Aurelio Gracia: Estaba entrevistando a un paciente y debieron interrumpir un instante la conversación a causa de un ruido ensordecedor procedente de unas obras en el inmueble contiguo. Cuando hubo cesado la perturbación dijo el terapeuta: «Podemos continuar. ¿Dónde estábamos?», a lo que el paciente respondió: «Pero si todo el rato hemos estado aquí». El autor señala con acierto el efecto de chiste, pero un chiste que tiene algo de siniestro: la imposibilidad de compartir los códigos elementales con un psicótico (Gracia, 2001, p. 54).

El propio Freud comenta otro caso: el paciente que se apretaba los granos de la cara y comparaba esto con un acto masturbatorio, y posteriormente tenía la aprensión de que los poros de su piel constituían múltiples representaciones del genital femenino castrado. Este material le permite desarrollar importantes clarificaciones acerca de las diferencias que observamos entre la formación sustitutiva en las neurosis y en las psicosis. Para empezar ningún neurótico se comportaría de esta manera, precisamente porque el nivel sexual al que remite el síntoma es inconsciente, está reprimido. Pero lo más característico de la formación de síntoma esquizofrénico radica en el predominio de la referencia a la palabra sobre la referencia a la cosa. Dice Freud: «Entre el apretarse un comedón y una eyaculación del pene hay escasísima semejanza en la cosa misma, y ella es todavía menor entre los innumerables y apenas marcados poros de la piel y la vagina; pero, en el primer caso, las dos veces *salta* algo, y para el segundo vale al pie de la letra la frase cínica: "Un agujero es un agujero". El sustituto fue prescrito por la semejanza de la expresión lingüística, no por el parecido de la cosa designada» (Freud, 1915b, p. 197).

Freud sienta las bases de lo que algunos autores (Arieti, 1955) han estudiado como trastorno de la lógica en la esquizofrenia, en virtud del cual, el paciente tiende a sacar conclusiones a partir de predicados idénticos y no, como es normal, de sujetos idénticos (Von Domarus, 1944). El razonamiento según el cual *un agujero es un agujero* remite al mismo tipo de lógica por la cual un psicótico podría decir «Jesús era judío; yo soy judío, luego yo soy Jesús». El silogismo falla por su base, ya que de la premisa mayor —«Jesús era judío»— no se puede deducir su opuesto especular, es decir, que cualquier otro judío sea Jesús. Este tipo de lógica se basa claramente en la del proceso primario en el que, como es sabido, reina la identidad de percepción; pero con la salvedad de que las percepciones sobre las que se establecen identidades son percepciones de palabra y no de cosa.

También se anticipa Freud aquí a Ferdinand de Saussure (1915), introductor de la lingüística moderna y autor del concepto de *signo lingüístico*, cuyos componentes, *significado* y *significante*, son prácticamente superponibles a los conceptos freudianos de representación-cosa y representación-palabra respectivamente (Dor, 1985). Pero cuando escribe que «el sustituto fue prescrito por la semejanza de la expresión lingüística» y no por el parecido de la cosa misma a quien se está anticipando —y es aquí a donde queríamos llegar— es al propio Lacan, el cual, como es sabido, va a postular la *primacía del significante* (Lacan, 1955-56; 1966), es decir, la total autonomía del significante sobre el significado, el hecho de que un significante remite siempre a otro significante y no a un significado.[27] El lenguaje esquizofrénico nos muestra la diferencia que existe entre el carácter *arbitrario* (Saussure) y el carácter *aleatorio* del signo lingüístico. Este carácter aleatorio supone un desligamiento del significante y del significado, que es justamente lo que conducirá a

Lacan a hablar del desencadenamiento del significante y de la supremacía de este último. Leclaire demuestra que hay dos procesos que pueden intervenir en el lenguaje esquizofrénico: un significado puede encontrarse asociado a cualquier significante o, a la inversa, un significante puede remitir a un sinnúmero de significados (Leclaire, 1957; 1968). En ambos casos tenemos un uso *aleatorio* (Dor, 1985) del signo, es decir, un uso estrictamente individual, subjetivo, idiopático, que nada tiene que ver con el carácter arbitrario que se deriva de la comunidad lingüística. Recordemos que, según Lacan, el deslizamiento del significante en la cadena del discurso sería indefinido si no fuera por lo que denomina *puntos de almohadillado* (Lacan, 1955-56), gracias a los cuales ciertos significantes se anudan al significado. Uno de estos puntos de anclaje es justamente el significante del Nombre del Padre (*Ibid*). Estos puntos de almohadillado faltan en las psicosis (por efecto del mecanismo de la forclusión) y eso es, precisamente, lo que explica lo errático del discurso psicótico.

Luis Sales Alloza
Avda. de Xile 38, 11, 4ª, 08028, Barcelona
luissales@ols.es

Notas

1. Este trabajo es una versión ampliada y modificada de un artículo enviado a la Revista ALOMA, destinado a un número conmemorativo del 150 aniversario de Freud.

2. El DSM-IV-TR aún incluye un capítulo dedicado a «Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos».

3. Como se verá más adelante los conceptos de *demencia precoz* y *esquizofrenia* distan mucho de ser equivalentes. Por otro lado, aún hoy, y tras haber sobrevivido el significante *esquizofrenia*, no hay acuerdo acerca de su definición.

4. Véase Lacan (1955-56). Algunos autores han sugerido que para Freud la paranoia vendría a ser en las psicosis lo que la histeria en las neurosis (Álvarez, 2006).

5. *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärtze*. Este texto no ha llegado a traducirse al castellano.

6. Alois Alzheimer (1864-1915) fue colaborador de Kraepelin en la cátedra de Munich.

7. Denominada actualmente Trastorno bipolar.

8. La correspondencia entre Bleuler y Freud permanece en poder de la familia del primero y no se ha hecho pública.

9. Bleuler: *Freud'sche Mechanismen in der Symptomatologie von Psychosen* (1906).

10. El equipo de médicos internos del Burghölzli estaba formado por Karl Abraham, Franz Riklin, Max Eitingon y Hermann Nunberg.

11. El concepto de *demencia precoz* suscitó críticas diversas desde el mismo momento en que vio la luz. No siempre era *precoz* ni conducía irremisiblemente a la *demencia*, y por añadidura se daba el sarcasmo de que para realizar el diagnóstico de una enfermedad definida por su precocidad era necesario esperar a observar su evolución final.

12. El libro de Jung, ya citado, sobre *La psicología de la demencia precoz* (1907).

13. Una referencia al nuevo nombre de *esquizofrenia* que ya entonces Bleuler proponía para la demencia precoz.

14. Se refiere al trabajo *Mecanismos freudianos en la sintomatología de las psicosis* (1906), en el que por lo visto Bleuler hacía esta afirmación.

15. Las tres cruces era un signo que se colocaba en las puertas de las casas a modo de exorcismo para ahuyentar el mal.

16. *Represión* equivale en este contexto y en este momento de la teoría a *desinvestimiento*, retiro de la libido de los objetos del mundo, pero no sobre la fantasía sino sobre el yo.

17. He aquí ya una de las primeras confusiones entre el concepto freudiano de *libido* y el de *afectividad*, confusión que Jung mantendrá y se constituirá en la principal divergencia con Freud, sobre todo a partir de su obra *Transformaciones y símbolos de la libido* (Jung, 1911).

18. Nombre del editor del *Tratado* de Bleuler.

19. Bleuler y Jung: *Komplexe und Krankheitsursache bei Dementia praecox* (Complejos y etiología de la demencia precoz).

20. Una referencia a la simpleza de la teoría bleuleriana de la esquizofrenia (véase más adelante).

21. Bleuler (1911) fue el introductor del término *ambivalencia*, como uno de los síntomas fundamentales de la esquizofrenia.

22. La traducción castellana —«Demencia precoz. El grupo de las esquizofrenias»— deshace la disyuntiva al evitar la partícula «o» (*oder*, en alemán) y presentar la segunda proposición como un subtítulo de la primera.

23. Freud titula: «Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (*Dementia paranoides*) descrito autobiográficamente». El contenido del paréntesis corresponde, en la terminología de Kraepelin entonces vigente, a lo que hoy entendemos como esquizofrenia paranoide. Recordemos que la misma acotación fue realizada al *Análisis de una paranoia crónica*, caso incluido por Freud en *Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa* (1896), en esta ocasión por medio de una nota al pie de 1924.

24. En *La predisposición a la neurosis obsesiva* (1913) vuelve a diferenciar paranoia y demencia precoz, y a incluir las dos bajo el mismo rótulo de *parafrenia*.

25. Recordemos que Bleuler (1911) consideraba la disgregación dentro del apartado de los trastornos de la asociación, que a su vez constituía uno de los *síntomas primarios* de la esquizofrenia.

26. Nótese el sentido concreto del verbo *hacer*, utilizado de un modo similar a cuando se dice «*hacer* caca».

27. Lacan arriba a este postulado tras el estudio de la metáfora y la metonimia, pero también del discurso psicótico.

Bibliografía

ABRAHAM, K. (1908). *Las diferencias psicosexuales entre la histeria y la demencia precoz*. En *Psicoanálisis clínico*. Buenos Aires: Lumen, Hormé, 1994.

ALVAREZ, J.M. (2006). *¿Qué fue de la paranoia? Sobre la permanente objeción de la paranoia al discurso psiquiátrico de las enfermedades mentales*. En *Estudios sobre las psicosis*. Acociación Galega de Saúde Mental AGSM), 2006.

ARIETI, S. (1955). *Interpretation of Schizophrenia*. Nueva York: Brunner, 1955.

AA.VV. *Manual Diagnóstico y Estadistico De Los Trastornos Mentales* (DSM-IV-TR). Barcelona: Masson, 2000.

BLEULER, E. (1911). *Demencia precoz. El grupo de las esquizofrenias*. Buenos Aires: Hormé, 1960.

DE WAELHENS, A. (1972). *La psicosis. Ensayo de interpretación analítica y existencial*. Madrid: Ediciones Morata, 1982.

DOR, J. (1985) *Introducción a la lectura de Lacan*. Barcelona: Gedisa, 2000.

FREUD, S./ JUNG, C.G. (1974). *Correspondencia*, Madrid: Taurus.

FREUD, S./ ABRAHAM, K. (2001). *Correspondencia completa* 1907-1926. Madrid: Editorial Síntesis.

FREUD, S./ FERENCZI, S. (2001). *Correspondencia completa* Vol I. 1, 1908-1911. Madrid: Síntesis.

FREUD, S. (1984). *Las neuropsicosis de defensa*. En *Obras Completas*, Buenos Aires: Amorrortu Editores (*AE*), 1976, vol. 3.

— (1896). *Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa*, en *AE*, vol. 3.

— (1900). *La interpretación de los sueños*, en *AE*, vol. 5.

— (1911 [1910]). *Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia («Dementia paranoides») descrito autobiográficamente*, en *AE*, vol.12.

— (1913). *La predisposición a la neurosis obsesiva*, en *AE*, vol.7

— (1914a). *Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico*, en *AE*, vol. 14.

— (1914b). *Introducción del narcisismo*, en *AE*, vol. 14.

— (1915a). *La represión*, en *AE*, vol 14.

— (1915b). *Lo inconsciente*, en *AE*, vol. 14.

— (1917 [1915]). *Complemento metapsicológico a la doctrina de los sueños*, en *AE*, vol. 14.

— (1920). *Más allá del principio de placer*, en *AE*, vol. 20.

GRACIA, A. (2001). *Psicoanálisis y psicosis*. Madrid: Editorial Síntesis, 2001.

JONES, E. (1955). *Vida y obra de Sigmund Freud*. Buenos Aires: Hormé, Paidós, 1989.

JUNG, C.G. (1907). *Psicología de la demencia precoz*. Buenos Aires: Paidós, 1987.

— (1911-12). *Transformaciones y símbolos de la libido*. Buenos Aires: Paidós, 1977.

LACAN, J. (1955-56). *Las psicosis*. Buenos Aires: Paidós, 1984.

— (1966) *Escritos*. Madrid: Siglo XXI, 1971.

LANTÉRI-LAURA, G. (1998). *Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna*. Madrid: Editorial Tracastela, 2000.

LAPLANCHE, J. Y LECLAIRE, S. (1961). *El inconsciente: un estudio psicoanalítico*. En *El inconsciente y el ello. Problemáticas IV*. Buenos Aires: Amorrortu, 1987.

LECLAIRE, S. (1957). *Principios de una psicoterapia de las psicosis*. Madrid: Editorial Síntesis, 2001.

— (1968). *Psicoanalizar. Un ensayo sobre el orden del inconsciente y la práctica de la letra*. Madrid: Siglo XXI, 1978.

MALDAVSKY, D. (1986). *Estructuras narcisistas. Constitución y transformaciones*. Buenos Aires: Amorrortu, 1986.

MILLER, J.A. (1982). *Esquizofrenia y paranoia*, en *Psicosis y psicoanálisis* (VV.AA). Buenos Aires: Manantial, 1988.

VON DOMARUS, E. (1944). *The specific laws of logic in schizophrenia*. Citado por A. M. FEEDMAN *et al*.: *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Salvat, 1982.

SAUSSURE, F. (1915). *Curso de lingüística general*. Buenos Aires: Editorial Losada, 1945.