La esquizofrenia simple: ¿desarrollo de la personalidad o proceso?

GONZÁLEZ CALVO, J. M.*; RODRÍGUEZ CANO, E.** y SAN MOLINA, L.*

* «Benito Menni» CASM, S. Boi de Llobregat (Barcelona). ** Servicio de Psiquiatría. CSU Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

Simple schizophrenia: Personality development or a condition?

Resumen

El término «esquizofrenia simple» nace a principios del siglo XX para designar una variedad formal de la esquizofrenia. Sin una definición precisa pierde progresivamente su significación clínica como subtipo de esquizofrenia y se convierte paradójicamente en el representante puro del modelo de trastorno fundamental esquizofrénico. Su significado viene determinado históricamente por su origen en la intersección de tres categorías principales de la psicopatología clínica: psicosis, endogeneidad y proceso. La reciente exclusión del término esquizofrenia simple de los manuales diagnósticos y su reubicación taxonómica en los trastornos de personalidad será la consecuencia final del balance nosológico. El itinerario del concepto «esquizofrenia simple» nos sirve para cuestionar la viabilidad de una definición única del objeto clínico y para destacar el efecto configurador que los modelos teóricos ejercen sobre la taxonomía psiquiátrica.

Palabras clave: Esquizofrenia simple. Trastorno fundamental esquizofrénico. Psicopatología.

Summary

The term «simple schizophrenia» was firstly used in the early twentieth century to designate a formal variety of schizophrenia. Without a precise definition the concept progressively loses its clinical significance as a subtype of schizophrenia and becomes paradoxically the representation of the pure fundamental disorder. The intersection of three clinical psychopathology categories –psychoses, endogeneity and process– has historically determined the meaning of «simple schizophrenia». The recent exclusion of the term «simple schizophrenia» from the diagnostic manuals and its taxonomical realignment as a personality disorder are the result of the nosological approach. The review of the concept of «simple schizophrenia» allow us to question the viability of a unique definition of clinical objects and to point out the configuring effect of theory on psychiatric taxonomy.

Key words: Simple schizophrenia. Schizophrenic fundamental disorder. Psychopathology.

La vigencia y el desuso de las formas clínicas son un exponente de la labilidad del repertorio conceptual psiquiátrico. Su análisis, que es necesariamente histórico, pone en evidencia el carácter de convención del lenguaje clínico y nos acerca a la fuerza de su costumbre. Algunas formas clínicas parecen surgir y luego extinguirse (síndrome de astenia juvenil endógena de Glatzel y Huber) a lo largo de su historia, mientras sus modelos explicativos conviven en disensión, lejos de poder ser articulados en un conjunto coherente.

Estos hechos nos convocan a una reflexión particular. En primer lugar, debemos plantear la insuficiente definición del objeto clínico. De ella se deriva, en segundo lugar, la ambigüedad y la laxitud de los conceptos a los que se subordina. Y en tercer lugar, se hace necesario contar con ciertas categorías presentes, tanto en la génesis del concepto como en sus extensiones de significado. Estas categorías, aunque largamente ajenas

al discurso de la clínica, han alentado conceptos fundamentales, como por ejemplo el de la psicosis (1), haciendo posible que al margen de su validación científico-natural, no obstante, hayan cumplido su función denotativa.

Uno de los ejemplos más ilustrativos de estas dificultades en la elaboración de un sistema conceptual coherente y preciso es el que nos ofrece la «esquizofrenia simple». Cuando en el año 1983 J. Klosterkötter (2) pone en cuestión la entidad clínica «schizophrenia simplex» y condiciona su existencia a la de los modelos teóricos sobre el defecto esquizofrénico manifiesta finalmente la subordinación del lenguaje descriptivo a la teoría. El autor subraya el cómo a esta supuesta entidad, aún no definida como objetividad clínica por el conocimiento empírico-métrico, subyace todo un desarrollo teórico-especulativo sobre la esencia de lo esquizofrénico.

Tal y como iremos viendo en el curso de los sucesivos proyectos de definición, a esta supuesta entidad parece faltarle un sustrato clínico definido. Las descripciones que nos ofrece la literatura sobre el tema se corresponden al fin y al cabo con una transformación más o menos gradual de la personalidad, cuyo inicio y naturaleza se escapa a la aprehensión del clínico. En su configuración nos topamos una y otra vez con la escasa dimensión de sus características formales. Por esta razón la significación práctica de este concepto queda supeditada a su valor teórico como integrante de un modelo teórico del defecto esquizofrénico.

Volviendo al artículo anteriormente citado, el autor propone como solución remitirse a aquellas tesis (G. Huber et al) que rescatan el valor del concepto «esquizofrenia simple» no como una mera variedad formal de la entidad morbosa «esquizofrenia», sino como la expresión más pura, libre de síntomas accesorios, del trastorno fundamental.

Desde esta perspectiva se abandona el concepto clásico como equívoca solución descriptiva de una variante formal y se busca su rentabilidad para el desarrollo de un modelo explicativo del defecto esquizofrénico. Considerando la esquizofrenia simple no como subforma clínica de la esquizofrenia, sino como síndrome fundamental más próximo al sustrato esquizofrénico, se dejaría abierto el campo empírico para la comprobación de las teorías sobre el trastorno primario (3, 4).

A continuación nos proponemos seguir la trayectoria de este problema general de la psicopatología al hilo de este caso particular. Trataremos de realizar este análisis en dos pasos. En el primero nos centraremos en las dificultades que ha supuesto la ubicación nosológica de estos fenómenos paucisintomáticos y en las consecuencias que ha tenido para su análisis y comprensión su adscripción al orden de las esquizofrenias. Dedicaremos nuestra atención a mostrar el efecto configurador de «lo simple» sobre algunos modelos teóricos fundamentales y a señalar su ocultación como fenómeno. En el segundo paso intentaremos poner en relación con lo anterior el insuficiente desarrollo del concepto y su deriva dentro de un marco teórico dual desde el extremo de la psicosis endógena al del trastorno de personalidad.

EL CONCEPTO DE ESQUIZOFRENIA SIMPLE Y LOS POSTULADOS SOBRE EL TRASTORNO FUNDAMENTAL

La descripción inicial de las formas simples esquizofrénicas

Desde sus inicios, tanto la caracterización formal como la construcción conceptual de la llamada esquizofrenia simple han adolecido de una escasa representación histórica. Por el contrario, las llamadas formas productivas, los síndromes alucinatorio-delirantes, han pola-

rizado la mayoría de los trabajos de investigación sobre la esquizofrenia y han contado con una excelente representación descriptiva (5, p. 2). A efectos prácticos esta desproporción ha conducido a que el diagnóstico de esquizofrenia haga referencia de forma preferente a las variantes de psicosis alucinatorio-delirante, con las que se ha identificado de forma casi exclusiva (6).

Se cita a Diem (7) como el primer clínico que en 1903 reúne una casuística a partir de la similitud de estado y curso evolutivo de 19 pacientes de las clínicas suizas de Burghölzli y Rheinau. Para el autor esta comunidad de aspectos clínicos compartía con la demencia precoz la evolución hacia un estado de defecto de la inteligencia y del afecto, de inicio simple e insidioso, sin las exacerbaciones episódicas características de ella y sin delirios ni alucinaciones. Su primera mención clínica se remonta, por tanto, a los propios orígenes del concepto de demencia precoz. Es decir, su identificación con el círculo formal de las esquizofrenias es inmediata.

En las clasificaciones posteriores continúa su recorrido como un subtipo más de esquizofrenia. En el tratado de psiquiatría de Kräpelin de 1913 aparece ya con el nombre de «Dementia simplex». Su definición vendrá determinada desde entonces por «la imperceptible devastación y el empobrecimiento del conjunto de la vida psíquica». Como denominador común comparte con el resto de las formas de «Dementia praecox» (sexta edición de su tratado, 1899) la progresiva pérdida o disolución global de facultades, pero se diferencia de ellas en que es casi imperceptible. Vemos así cómo la dificultad para aprehender su cualidad diferencial, lo que el clínico atribuye a su imperceptible naturaleza, se soslaya con una aproximación cuantitativa, según la cual las diferencias quedan reducidas a grados de expresividad de lo mismo.

Volviendo a su cronología podemos observar cómo gana la estabilidad teórica con un mínimo desarrollo descriptivo (8, p. 77), alejada de los estudios principales sobre la esquizofrenia en la forma de una variante cuantitativa menor. «En todos los manuales publicados a partir del artículo de O. Diem de 1903 nos encontramos la misma breve caracterización (de este cuadro y de su evolución)» (8, p. 75). Al ser una entidad nosológica de menor expresividad se mantiene fuera de los focos de interés de la psicopatología clínica, aunque, como veremos después, el conjunto de significados que comporta va a hacerse referencia imprescindible para la hipótesis sobre el trastorno fundamental de la esquizofrenia.

Es interesante observar que ya en aquellos momentos el significado de «lo simple» se va a transformar a la luz de «lo fundamental». Ambos significados confluyen hacia su equivalencia. Tanto es así, que Bleuler definirá la esquizofrenia simple como la manifestación más pura de los síntomas básicos de la esquizofrenia en las sucesivas ediciones de su Tratado de Psiquiatría: «Allí donde sólo pueden verse síntomas básicos hablamos de esquizofrenia simple». Más adelante veremos con más detalle este desplazamiento de planos desde lo simple a lo fundamental.

En la clasificación de E. Bleuler la «schizophrenia simplex» constituye un subgrupo junto a la esquizofrenia paranoide, la catonía, las hebefrenias, algunos cuadros especiales de manifestación aguda, los estados crónicos más graves y las esquizofrenias infantiles (9). Los subgrupos mencionados no corresponden a unidades nosológicas necesariamente estables en el tiempo, sino a agrupaciones formales de manifestaciones externas susceptibles de intercambio en un mismo curso evolutivo, a complejos de unidades sintomáticas que se ofrecen como momentos evolutivos, como posibilidades de expresión de un mismo trastorno dentro de un espectro continuo. La subforma «esquizofrenia simpli» corresponde según E. Bleuler a una forma evolutiva insidiosa del trastorno esquizofrénico, durante la cual «no se encuentran signos capitales, dramáticos, de psicosis¹, tras años del inicio de un fracaso social progresivo e ininteligible», y en la que hace frente «la indiferencia frente al mundo real lentamente progresiva y una forma del pensamiento caracterizada por la extrañeza, la ambigüedad y la excentricidad» (9, p. 440). E. Bleuler no omite en su ejercicio descriptivo la alusión positiva a los caracteres cualitativos diferenciales, aunque desde la exterioridad no resuelva el problema de la especificidad. El diagnóstico se fundamenta en «la ausencia de factores causales directos somáticos y sociales, de signos de alteración psicoorgánica y en la presencia de disgregación y autismo esquizofrénicos con funciones psíquicas elementales intactas» (9, p. 440), lo cual no es de ninguna consideración especial hacia las características particulares de las formas simples.

A estas alturas las formas simples de esquizofrenia ya se han situado fatalmente en la intersección de tres campos semánticos: psicosis, endogeneidad y proceso. Se definen como variantes de una psicosis procesual por la magnitud del trastorno y la fractura que éste introduce en la conexión entre vivencia y contenido de la psicosis. Su carácter endógeno le es atribuido por una supuesta patogénesis somática indirecta y por una dinámica evolutiva aparentemente autónoma frente a las condiciones situacionales (10). Como síntesis, en la primera mitad del siglo la esquizofrenia simple queda configurada formalmente como una variedad de esquizofrenia y conceptualmente como una psicosis procesual endógena.

Los primeros límites

Los diversos frentes de disensión que ya en aquel momento se habían constituido frente a la condición unitaria de la esquizofrenia (11) y la relación que ésta guarda

¹ E. Bleuler sitúa el origen del concepto de psicosis en el año 1859. Si bien no se encuentra en su texto la cita de la fuente originaria, pensamos que pudiera tratarse de una referencia a E. v. Feuchtersleben (*Lehrbuch der ärztlichen Seelenkunden*, Gerold, Wien 1845). Para este autor y para toda una tradición clínica que se mantiene en autores contemporáneos (ver G. Huber, «Neuere Ansätze zur Überwindung der sogenannten Geis-

teskrankheiten», *Fortschr Neurol Psychiat* 1979;47:449), el concepto de enfermedad mental es unívoco al concepto de psicosis: estado de transformación radical de la esencia del individuo, por el que éste se extraña a sí mismo y a su entorno.

ba con el conjunto de la vida psíquica inciden naturalmente en el tema que planteamos. Tras haberse reducido la diversidad clínica del círculo formal esquizofrénico con un éxito discutible a ciertos complejos sintomáticos, la atención se dirige hacia la transformación que la aparición de éstos parece introducir en el eje unitario de la personalidad. Aunque se atribuía a sus síntomas una naturaleza reactiva tenían para Bleuler un origen procesual-endógeno que los distinguía claramente de los «trastornos mentales psicopático-reactivos» representados por las formaciones delirantes paranoicas que Gaupp y Kretschmer habían descrito. Su argumento se apoyaba en el juicio sobre la incomprendibilidad e impredecibilidad del acontecer psíquico del esquizofrénico, una vez la irrupción de la psicosis interrumpía la continuidad de sentido en la unidad del carácter. Con ello se hacía mención a la situación diagnóstica particular del encuentro con el psicótico, que condiciona una fractura de nuestro estilo de experiencia mundana y plantea tres problemas fundamentales que sólo mencionaremos: el modo de acceso a la vivencia del otro, la significación de lo individual y la legalidad de su sentido.

Es indudable que ya en las formas llamadas simples se hallaba de una manera suficientemente específica la realidad de lo incomprendible, el «algo incomprendible determinado» (H. Müller-Suur), con el que va haciendo su aparición insidiosa la transformación psicótica del enfermo. Esta categoría entra en colisión una y otra vez con la carencia de una exterioridad de interés clínico, con la irrelevancia de sus conductas. A nuestro juicio, es la inmanencia de estos sustratos incomprendibles y no la supuesta pobreza de elementos formales la que establece una equivalencia taxonómica con las otras formas de psicosis esquizofrénica. Es decir, es este modo de aparición de lo incomprendible en la praxis intersubjetiva el que por analogía sitúa estas formas dentro del grupo de las esquizofrenias.

El teorema de la incomprendibilidad de lo psicótico, encuadrado en las dificultades específicas que comporta la aproximación comprensiva al acontecer vivencial del psicótico, se convierte así en un elemento de importancia clave para entender la condición esquizofrénica atribuida a estas formas y no, como resulta obvio, la «imperceptibilidad» clínica de su suceso.

A pesar de que esta categoría ofrece una vía de apertura para el análisis ulterior, su posible fundamentación psicopatológica queda aplazada y su valor relegado por razones que no trataremos en este artículo, mientras se consolida la representatividad diagnóstica de otros momentos evolutivos y otras variantes formales «ricas» en síntomas. De forma tangencial la expresividad de «lo simple» será colonizada por una actividad especulativa que

teskrankheiten», *Fortschr Neurol Psychiat* 1979;47:449), el concepto de enfermedad mental es unívoco al concepto de psicosis: estado de transformación radical de la esencia del individuo, por el que éste se extraña a sí mismo y a su entorno.

va ocupando su lugar en el espacio de «lo ausente», de lo aún por describir.

La tesis sobre el trastorno fundamental como solución teórica

Orígenes del trastorno fundamental

La tesis sobre el trastorno fundamental de la esquizofrenia² resolverá teóricamente los dos problemas clave de la configuración clínica general del grupo de las esquizofrenias: la unicidad del proceso y su relación con la personalidad. Su dificultosa elaboración, sin embargo, presupone una cohesión «transfenoménica», un sustrato común, cuya presunta naturaleza será el objeto indeterminado de las posteriores líneas de investigación. En sus respectivos proyectos para una psicología de la esquizofrenia, Berze y Gruhle (12) destacan el sentido latente, no explícito, del concepto «trastorno fundamental» y solicitan su aclaración. Mantenían que el concepto de trastorno fundamental en Bleuler sólo había sido parcialmente desarrollado y confusamente planteado, lo que habría dado lugar a un sistema interpretativo impreciso.

Según Bleuler debía distinguirse entre el trastorno fundamental y los síntomas primarios. Los síntomas primarios son «síntomas inmediatamente constatables que sólo se distinguen de otros síntomas, secundarios, en la medida en que no pueden seguir siendo reducidos psicológicamente. Frente a esto, el trastorno fundamental no se muestra fenomenológicamente; sólo puede deducirse a partir del conjunto de los síntomas primarios y precisamente... en virtud de analogías» (12, p. 4 y 5). Con esta afirmación se hace referencia a dos momentos diferentes en el conocimiento clínico: el primero sería un momento de «constatación inmediata» de unidades sintomáticas; el segundo momento sería el de elaboración hipotética de un esquema de causalidades restringido a un espacio ideal, endógeno y latente, cuyas condiciones de acceso vendrían determinadas por la metodología aplicada. Este secuenciar ideal de la aprehensión clínica presupone una definición precisa y consensuada de los «objetos sintomáticos».

En nuestro caso, sin embargo, nos encontramos en una «zona de síntomas mudos», «en la que se necesitan dos puntos de vista muy diferentes: por un lado, una visión macroscópica de largas series evolutivas, por otro lado, una visión microscópica de lo que será aprehendi-

do a través de los propios relatos de los pacientes» (13). Es obvio que la validez del modelo asienta fundamentalmente en el cumplimiento estricto de estas condiciones iniciales.

La exterioridad «síntomas primarios», que también se extiende hacia la fisonomía de lo negativo, se concibe como el reverso de una endogeneidad que descansa en estructuras transfenoménicas (14), como el resultado de la expresividad de un proceso morboso llamado «trastorno fundamental». Recordamos aquí la afirmación de K. Jaspers: «lo incomprensible, que sostiene en realidad todo lo comprensible, lo tratamos de captar como un elemento biológico» (15, p. 359).

Aquello que en la década de los años treinta J. Berze y H. Gruhle solicitaron de la teoría del trastorno fundamental, esencialmente una definición más precisa y una base más real, quedará pendiente hasta su próxima revisión en los años ochenta. Ello no impedirá el arraigo de este modelo hipotético y la fuerza plástica que ejercerá sobre la nosología de la esquizofrenia, mientras establece sus analogías definitivas (trastorno del pensamiento-déficit-esquizofrenia).

Estado actual

«Se podría pensar que, tanto la investigación somática como la psicopatológica, se deberían topar en este caso (referencia a la esquizofrenia simple)³, de forma inmediata con los trastornos fundamentales puros y que en ellos veríamos sin mediación frente a nosotros lo que de otro modo se busca por laboriosos caminos teóricos». Esta afirmación de J. Wyrsh del año 1940 (8), al hilo de algunas de las citas de E. Bleuler, nos va a servir para introducir el giro intuitivo del modelo general de esquizofrenia hacia las formas simples en las últimas décadas.

En el año 1983 G. Huber define el concepto de «síntomas básicos próximos al sustrato» (16). Desde los años cincuenta sus investigaciones se habían centrado en los momentos evolutivos aparentemente no característicos de la esquizofrenia, a partir de estudios de seguimiento evolutivo a largo plazo (3). Sus resultados dieron lugar a una nueva y más completa tipología descriptiva de las modalidades de experiencia del sujeto esquizofrénico consideradas como primarias. Los así llamados «síntomas básicos próximos al sustrato» son definidos como «experiencias primarias vivenciadas subjetivamente por los enfermos de esquizofrenia, que representan la base de los complejos síntomas psicóticos terminales y que están más próximos que éstos al supuesto sustrato somático» (16, p. 23).

Estos elementos descritos se refieren indefectiblemente a un defecto primario (trastorno básico de la enfermedad) que impregna distintos estratos de apercepción y moviliza estrategias de compensación secundarias a través de una «mediación psicorreactiva». Buscando en

² La hipótesis del trastorno fundamental de la esquizofrenia debe su formulación inicial a E. Bleuler. Según este autor, al grupo de la esquizofrenia subyace un trastorno fundamental de la personalidad, que se manifiesta en tres aspectos diferentes pero no independientes: la alteración del pensamiento (disgregación), de la afectividad (paratimia) y de la subjetividad (despersonalización) (E. Bleuler, *Lehrbuch der Psychiatrie*, 6. A. Berlin 1935).

³ La nota en cursiva corresponde a los autores del artículo.

la proximidad del hipotético sustrato lesional un mayor rendimiento diagnóstico se procede al desarrollo del concepto «síntomas básicos próximos al sustrato» para considerar las «experiencias primarias subjetivas» como resultantes directas del sustrato somático presupuesto. Los síntomas básicos son concebidos como un correlato vivencial, por tanto, perceptible y comunicable por el enfermo, del trastorno fundamental (cognitivo).

Para su explicación asistimos a la disección del conjunto en tres espacios o dominios: el «fenoménico», el «transfenoménico», y el «prefenoménico-somático» (16, 17). Mientras que la observación clínica se detiene en la superficie o espacio «fenoménico», en el que se muestran los fenómenos descritos (los síntomas), el conocimiento teórico discurre hacia la profundidad en una transición sucesiva prefigurada por leyes de causalidad hipotéticas. Los hallazgos descriptivos se someten al orden interno de la hipótesis. La descripción se subordina al sistema deductivo de la teoría. Lo acontecido en un estrato superficial de apercepción mundana, la experiencia del déficit o pérdida en el paciente, se pone en relación con un modelo explicativo procedente de la psicología del aprendizaje que se sitúa en un plano profundo. El resultado final de esta integración de «planos» en un único modelo explicativo es una concepción del trastorno básico como «una alteración en el dominio prefenoménico-somático del filtrado selectivo, del registro y elaboración de informaciones y de la descodificación de experiencias a partir de la memoria a largo plazo del sistema límbico» (14, p. 123).

La correspondencia con E. Bleuler es inequívoca, aunque «comparando con la teoría de la esquizofrenia de E. Bleuler basada en la psicología de la asociación además de concordancias haya encontrado Klosterkötter diferencias en el “modelo de desviación psicorreactiva” y en la cuestión de la especificidad» (16, p. 25). Dejando aparte las diferencias, derivadas de los dos modelos explicativos que sirven como marco teórico (psicología de la asociación y psicología del aprendizaje respectivamente), las concordancias son obvias: para esta concepción del trastorno básico como para la de Bleuler se supone un sustrato común, una unicidad en el proceso para todas las variedades formales de la esquizofrenia (3, p. 22); este acontecimiento natural llamado «proceso» se ubica en un espacio ideal no empírico, en profundidad respecto a los síntomas. Pero además el concepto de trastorno básico de Huber et al también apunta hacia el problema de la relación entre el proceso y la personalidad. Este concepto «prevé de forma parecida a la teoría de la esquizofrenia de Bleuler una desviación psicorreactiva y distingue en fenómenos terminales como la percepción delirante un componente psicógeno comprensible a partir de la historia vital y de la personalidad» (16, p. 26).

Los fenómenos descritos como típicamente esquizofrénicos dejan de ser la consecuencia inmediata del trastorno fundamental y deben ser entendidos como la amalgama de unos síntomas básicos con una «matriz antropológica» (18), la ideal mixtura entre elementos biológicos genéricos y elementos antropológicos específicos. «Lo

específicamente esquizofrénico es lo reversible mientras que, por contra, lo irreversible es el déficit inespecífico descrito como defecto asténico y puro» (citado de G. Huber por H. J. Weitbrecht) (18, p. 296).

Dejando a un lado el análisis comparativo pormenorizado de ambos desarrollos conceptuales (trastorno fundamental y trastorno básico) podemos ahora entrever la donación de significados históricos que el término «esquizofrenia simple» recibe de los modelos teóricos de la esquizofrenia, aun sin una fundamentación clínica suficiente. De sus significados comunes será el de psicosis esquizofrénica el que primero se ponga en cuestión, al ponerse en duda que a esta variedad formal le corresponda este estatuto⁴. También se revisarán después la condición endógena del trastorno y su relación con la personalidad.

EL PROCEDER CLÍNICO-NOSOLÓGICO: LA EXTINCIÓN DEL TÉRMINO ESQUIZOFRENIA SIMPLE

«Proceso» o «desarrollo de la personalidad»

Desde su origen el modelo del trastorno fundamental se desarrolla dentro del marco de la personalidad. La razón más importante para esto quizá sea la necesidad de una apelación a la vida psíquica como totalidad. La referencia histórica de la transformación esquizofrénica de la vida psíquica al marco de la personalidad constituye un primordio de esquema de la historicidad del sujeto en transformación, de la estructuración temporal del trastorno (Zeitgestalt) en las diversas posibilidades evolutivas.

Este concepto de personalidad confiere una estructura a la totalidad de «los procesos y manifestaciones psíquicas, en tanto que hacen referencia más allá de sí mismos a una conexión individual y continua de sentido, que el individuo vivencia a través de la conciencia de su yo particular» (15, p. 358). El trastorno modifica más o

⁴ Es difícil encontrar un referente preciso y consensuado para el término psicosis. Christoph Mundt actualiza esta cuestión y propone la convergencia de los modelos psicopatológicos de la psicosis esquizofrénica de los últimos diez a quince años en «un trastorno en la conformación estructural de patrones cognitivos, en la estructura de representación de la realidad en los símbolos del lenguaje y en la estructura de sentido trascendental del sujeto y de su percepción del otro». Según el autor, «el proceso de transformación en la psicosis debe llegar hasta un punto tal que el fundamento de realidad del sujeto no sea suficiente por sí mismo para una reorganización, ganando así en autonomía. De no alcanzar esta medida, el proceso se quedará como concepto de trastorno esquizotípico de personalidad, síndrome de desrealización, trastorno básico y psicopatología borderline, que se conocen como diagnósticos del espectro esquizofrénico y se encuentran aumentados entre los familiares de esquizofrénicos, pero no son psicosis». («Endogenität von Psychosen- Anachronismus oder aktueller Wegweiser für die Pathogeneseforschung». *Nervenarzt* 1991;62:3-15).

menos sensiblemente esta totalidad a la que hace referencia el concepto de personalidad; asienta en ella como algo ajeno y en su transcurso la va transformando (Jaspers había afirmado: «las enfermedades mentales son enfermedades de la personalidad»).

Esta «restricción o destrucción de la personalidad» (15, p. 372) a través de un «proceso» constituye el otro significado del denominado «trastorno fundamental». Es esta transformación procesual de la personalidad la solución buscada por Bleuler para definir la acción del trastorno sobre el conjunto de la vida psíquica. La clave de esta fórmula estará en distinguir con claridad el trastorno como suceso biológico anómalo, por un lado, y ese algo (personalidad) en el que se expresa, por otro. A ello contribuirá de forma definitiva la polarización entre proceso y desarrollo introducida por Jaspers como construcción hipotética de diferenciación y posteriormente asumida de forma dogmática.

El par conceptual proceso-desarrollo es planteado por Jaspers en relación con la «personalidad», entendida ésta como «una unidad a la que no podemos definir, sino solamente vivenciar»: «comprendemos a todo el ser humano —su esencia, su desarrollo y su fin— como «personalidad»» (19, p. 148). Pues bien, siguiendo sus propias palabras, «allí donde no logremos la aprehensión unitaria del desarrollo de una personalidad deberemos establecer algo nuevo, algo heterogéneo a su predisposición originaria, algo que queda fuera del desarrollo y que, por tanto, no es tal, sino proceso». Por tanto, «los procesos son cambios de la vida psíquica, incurables, heterogéneos a la personalidad anterior, que irrumpen en ésta ya sea una vez y aisladamente, o en forma repetida y en general, y, dentro de estas posibilidades, en todas sus transiciones invaden la personalidad» (19, p. 151).

La caracterización clínica de la esquizofrenia simple como proceso resulta una vez más problemática si consideramos los «criterios biográficos de proceso» y pretendemos la definición sintomatológica del inicio del trastorno: la aparición de algo nuevo en un breve período de tiempo localizable, la concurrencia en ese período de diversos síntomas conocidos y la ausencia de una causa desencadenante o de una vivencia que lo fundamente suficientemente (15).

Las descripciones del curso evolutivo de la esquizofrenia simple no son suficientes para establecer el momento de irrupción del proceso a partir del cual la vida psíquica inicia su transformación defectual; no cabe hablar de una interrupción o ruptura del curso vital. A esto debe añadirse la dificultad con que pueden ser reconocidos los síntomas específicamente esquizofrénicos y, por tanto, su productividad sintomática «latente».

Una vez más nos llama la atención cómo en la configuración de una forma clínica resulta determinante la presuposición de un contenido, que se supone oculto «detrás» y que puede expresarse cualquier día. De nuevo este adverbio no sirve más que para configurar un espacio metafórico sin un acceso inmediato posible y para introducir un repertorio de posibilidades especulativas de imposible validación empírica.

Se perfila de este modo una transformación de la personalidad que no se puede tipificar sintomatológicamente como procesual, pues apenas permite la identificación de elementos sintomáticos de primer o segundo rango, pero que en su evolución determina la progresión hacia un estado de defecto de absoluta o relativa irreversibilidad. Esta evolución insidiosa del trastorno hacia la destrucción, durante la cual generalmente no resulta posible acreditar de forma objetiva los llamados síntomas primarios esquizofrénicos, sigue evocando «lo esquizofrénico» a pesar de todo (20). La fuerza de esta relación analógica entre «lo simple» y «lo esquizofrénico» va a resistir en un futuro los sucesivos ejercicios de reubicación nosológica. Se trata de una analogía que se verificará al margen de las condiciones impuestas por la taxonomía psiquiátrica y cuyo fundamento no pasará desapercibido por algunos autores como J. Wyrsh.

En su estudio monográfico para una psicopatología de la esquizofrenia simple, único en la literatura, Wyrsh distingue un elemento diferencial en lo unívocamente esquizofrénico de estas formas, esto es, en el trastorno del pensamiento y de la afectividad, en la ambivalencia y en el curso evolutivo (8). Ahora bien, «no reconoceremos lo diferente si descomponemos el cuadro en virtud de la bien conocida tabla de síntomas» (8, p. 87). Para Wyrsh la caracterización clínica diferencial de las formas simples está al margen de la identificación de síntomas definidos y apela necesariamente al «conjunto de la organización psíquica» (8, p. 86). Una vez más se trata de rescatar «lo simple» de la concepción sintomatológica.

Una vez iniciada la actualización de su perfil, por la que se habrá de cuestionar definitivamente la legitimidad de la esquizofrenia simple dentro del grupo de las psicosis esquizofrénicas, el trastorno descrito va perdiendo progresivamente su ubicación formal originaria. La disolución de su cohesión taxonómica nos plantea un segundo paso en nuestro análisis.

Como ya adelantamos al inicio del artículo, la devaluación de este término culmina a efectos prácticos con su supresión final de los compendios diagnósticos. A partir de entonces la tarea clínica se centra en localizar su referente no extinto, reconstruyendo los pasos para sus nuevas designaciones y ordenando su próxima ubicación semántica, en nuestro caso en el grupo de los trastornos de personalidad. La abolición del término no basta para suprimir su referente no definido, pues como dice P. Fiedler, «aún no está claro, si muchos de los pacientes que hoy reciben el diagnóstico de trastorno de personalidad esquizotípico antes habrían sido englobados en el diagnóstico de esquizofrenia simple». (21, p. 160).

El balance operacional clínico-nosológico

La revisión del concepto que se inicia fundamentalmente en la década de los años sesenta se supedita al esfuerzo general por dotar a la psiquiatría de un sistema diagnóstico de validez, para lo cual es necesario que los síntomas puedan ser utilizados como criterios diagnósti-

cos: que posean un valor discriminatorio unívoco, puedan ser empleados de forma generalizada y respondan a un margen de confianza preciso.

El trabajo hacia una mayor operatividad diagnóstica y rigor descriptivo, sin embargo, torna a convertirse predominantemente en un ejercicio de consensos terminológicos con un uso habitual del comentario como forma de análisis histórico parcial. Con él se consolida la reducción del concepto de proceso a un tipo sintomatológico (22, 23) y se restringen las posibilidades que ofrece el campo empírico de las «formas simples» para el análisis psicopatológico de la transformación esquizofrénica.

La exclusión de la esquizofrenia simple del DSM-III establece de forma definitiva la inconveniencia de su uso como cuadro definido de manifestaciones clínicas o tipo diagnóstico (24). Se basa fundamentalmente en algunos trabajos de revisión que citaremos brevemente a continuación.

El trabajo de Stone et al de 1968 es uno de sus principales referentes (25). El autor relaciona la limitada validez diagnóstica de la esquizofrenia simple con su escasa representación en los trabajos de investigación clínica de los que tiene conocimiento: un único artículo en el período comprendido entre 1930 y 1968, el de Kant et al, en 1948 (26). Las conclusiones del autor son el resultado de una lectura crítica de este trabajo y pueden resumirse en la insuficiencia del examen clínico de la muestra, la escasa representatividad del grupo diagnóstico y la falta de precisión y acuerdo en los criterios diagnósticos y, en concreto, en lo que respecta a los trastornos formales del pensamiento.

Los datos recogidos por el International Pilot Study of Schizophrenia de 1979 sirven a Strauss y Carpenter para hacer hincapié en la escasa aplicabilidad de los diversos subtipos clásicos para la práctica clínica y especialmente de las formas simple y latente (27). Sin poder descartar la existencia de formas subsintomáticas o subpsicóticas de esquizofrenia consideran imposible su «identificación fiable».

A los argumentos ya expuestos se añade la dificultad para establecer las diferencias clínico-diagnósticas entre las formas paucisintomáticas y los trastornos constitucionales de los tipos esquizoide, esquizotípico o evitativo. La eliminación de la forma simple como categoría diagnóstica y la reformulación de la «esquizofrenia latente» como «trastorno esquizotípico de personalidad» sucede por vez primera en el DSM-III (1980) (24). Estos efectos se mantienen sustancialmente en su versión siguiente, el DSM-III-R (1989) (28). Sin embargo, a partir de esta versión se replantea la reintroducción del subtipo simple dada su «tradición histórica y la importancia emergente de los procesos deficitarios en la esquizofrenia» en el DSM-IV como categoría propuesta con el nombre de «Trastorno deteriorante simple». Para su cumplimiento se excluye el criterio A de esquizofrenia, es decir, el de «síntomas característicos» como ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o gravemente desorganizado y síntomas negativos. También debe cumplirse que «los

síntomas no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoide o esquizotípico de personalidad, un trastorno psicótico...» (29).

No sucede lo mismo con la revisión efectuada para el sistema ICD-10 (World Health Organisation, 1989). En sus conclusiones, por el contrario, se mantiene la esquizofrenia simple como un subtipo de psicosis esquizofrénica de sintomatología negativa pura (30).

CONCLUSIÓN

Vemos pues que el desarrollo conceptual de la «esquizofrenia simple» ha seguido una progresión relativa inserto en el campo semántico de la esquizofrenia, ya que en el fondo su pluralidad de significados está restringida históricamente a este referente unívoco por su fuerte adhesión a las hipótesis originales.

Dentro de la diversidad de significados nosotros hemos centrado nuestro estudio en la conjunción de «lo esquizofrénico» con «lo simple» y con «lo fundamental», como elementos que participan de una identidad configurada históricamente, y hemos tratado de exponer la génesis de esta conjunción a partir de algunas categorías clásicas.

La revisión del concepto llevada a cabo en las últimas décadas ha tenido como único efecto su transposición dentro del orden taxonómico, mientras su significado ha permanecido inserto en el desarrollo de ciertos modelos teóricos de la esquizofrenia que esperan su validación. El referente de «lo esquizofrénico» sigue latiendo en las formas simples (trastornos esquizotípicos de personalidad), pues su formulación no permite la omisión de este plexo semántico (proceso-endógeno-psicosis).

Pensamos que, mientras el método clínico se está empleando intensamente en la validación métrica de los complejos sintomáticos, la psicopatología debiera ocuparse previamente de la determinación de aquellos márgenes en los que se establecen los diferentes significados del síntoma, en nuestro caso de lo «mínimamente» deficitario. Lo que el paciente manifiesta como una experiencia particular del déficit debe tener su correlato objetivo para el análisis psicopatológico. Pasemos pues a analizar en qué términos se produce la conversión del objeto, qué transferencia de significantes supone y, al fin, sobre qué supuestos significados gravita. En este recorrido propuesto quizá nos sea más fácil encontrar la resistencia de estos fenómenos a su designación específica y, con ello, las razones de su aparente ocultamiento a la mirada clínica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Schmidt-Degenhard M. Aspekte des Verstehens psychotischer Menschen. *Fundamenta Psychiatrica* 1993; 7:13-9.
2. Klosterkötter J. Schizophrenia simplex-gibt es das? *Der Nervenarzt* 1983;54:340-6.

3. Gross G. The «basic» symptoms of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1989;155(Supl. 7):21-5.
4. Huber G. Prodrome der Schizophrenie. *Fortschr Neurol Psychiatr* 1995;63:131-8.
5. Blankenburg W. Der Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit. Stuttgart: Ferdinand Enke; 1971.
6. Janzarik W. Wandlungen des Schizophreniebegriffes. *Der Nervenarzt* 1978;49:133-9.
7. Diem O. Die einfache demente Form der Dementia Praecox (Dementia simplex). Ein klinischer Beitrag zur Kenntnis der Verblödungspsychosen. *Arch Psychiatr Nervenkr* 1903;37:111-87.
8. Wyrsh J. Über die Psychopathologie einfacher Schizophrenien. *Monatsschr Psychiatr Neurol* 1940;102:75-106.
9. Bleuler E. *Lehrbuch der Psychiatrie*. 15. ed. Berlin: Springer; 1983.
10. Mundt C. Endogenität von Psychosen-Anachronismus oder aktueller Wegweiser für die Pathogeneseforschung? *Der Nervenarzt* 1991;62:3-15.
11. Hoche A. Die Bedeutung der Symptomenkomplexe in der Psychiatrie. *Zeitschr ges Neurol Psychiatr* 1912;12:540-51.
12. Berze J, Gruhle H. *Psychologie der Schizophrenie*. Berlin: Julius Springer; 1929.
13. Blankenburg W. Der schizophrene «Defekt» in der Selbstwahrnehmung des Kranken. Vorträge und Diskussionen auf dem Kongreß der deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde; 1966 Aug 29-31; Düsseldorf. Stuttgart: Ferdinand Enke; 1967.
14. Janzarik W. Basisstörungen. Eine Revision mit strukturdynamischen Mitteln. *Der Nervenarzt* 1983;54:122-30.
15. Jaspers K. *Allgemeine Psychopathologie*. 6. Auflage ed. Berlin Göttingen Heidelberg: Springer; 1953.
16. Huber G. Das Konzept substratnaher Basissymptome und seine Bedeutung für Theorie und Therapie schizophrener Erkrankungen. *Der Nervenarzt* 1983;54:23-32.
17. Klosterkötter J. Wie entsteht das schizophrene Kernsyndrom? Ergebnisse der Bonner Übergangserienstudien und angloamerikanische Modellvorstellungen—Ein Vergleich. *Nervenarzt* 1992;63:675-82.
18. Weitbrecht HJ. Was heißt multikonditionale Betrachtungsweise bei den Schizophrenien? *Fortschr Neurol Psychiatr* 1972;40:287-307.
19. Jaspers K. Delirio celotípico, contribución al problema: «desarrollo de una personalidad» o «proceso»? En: *Escritos Psicopatológicos*. Madrid: Gredos; 1977.
20. Schneider K. Wesen und Erfassung des Schizophrenen. *Z Neur* 1925;99:542-7.
21. Fiedler P. *Persönlichkeitsstörungen*. Weinheim: Psychologie Verlags Union; 1994.
22. Häfner H. Prozess und Entwicklung als Grundbegriffe der Psychopathologie. *Fortschr Neurol Psychiatr* 1963;31:393-438.
23. McGlashan TH, Fenton WS. Classical subtypes for schizophrenia: literature review for DSM-IV. *Schizophr Bull* 1991;17:609-22.
24. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3 ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 1980.
25. Stone AA, Hopkins R, Mahnke MW, Shapiro DW, Silverglate HA. Simple schizophrenia-syndrome or shibboleth. *Am J Psychiatr* 1968;125:305-12.
26. Kant O. Clinical investigation of simple schizophrenia. *Psychiat Quart* 1948;17:141-51.
27. Black DW, Boffeli TJ. Simple schizophrenia: past, present and future. *Am J Psychiatr* 1989;146:1267-73.
28. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3 ed. revised. Washington DC: American Psychiatric Association; 1987.
29. Frances A, First MB, Alan Pincus H. *DSM-IV. Guía de uso*. Barcelona: Masson; 1997.
30. World Health Organization. *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization; 1992.

Correspondencia:
 José M. González Calvo
 Servicio de Psiquiatría
 «Benito Menni» CASM
 Dr. Antoni Pujadas, 38
 08830 Sant Boi de Llobregat (Barcelona)