

Esquizofrenia y subjetividad

C. Rejón Altable^a, C. Martínez Pastor^b y A. Vírveda Antoranz^b

^a C. A. Dr. Emili Mira i López. Santa Coloma de Gramanet. Barcelona. ^b Hospital Universitario de La Princesa. Madrid

Schizophrenia and subjectivity

Resumen

Existe actualmente cierto interés por las denominadas «experiencias subjetivas» en la esquizofrenia. A lo largo de la historia de esta patología estos fenómenos han tomado forma a través de conceptos como despersonalización-desrealización, automatismo mental, trastornos del yo y autismo. Los autores se proponen revisar dichos síndromes y su asentamiento en el paradigma de la subjetividad entendida como autoconciencia, así como los límites que dicho paradigma encierra. Se concluye tratando de encuadrar este proceso dentro del asunto más amplio de una psicopatología concebida como técnica de producción de inteligibilidad.

Palabras clave: Subjetividad. Despersonalización. Automatismo mental. Trastornos del yo. Autismo. Psicopatología.

Summary

Recently, the group of symptoms known as «subjective experiences» of schizophrenia has raised a growing interest. These phenomena have been shaped through concepts like depersonalization-derealization, mental automatism, disorders of the self and autism. The authors propose to review these syndromes, as well as their relationship with subjectivity understood as consciousness of the self (or self-awareness) and the shortcomings due to such a relationship. To finish, we will provide some hints into psychopathology understood as a technique of production of intelligibility which will hopefully help to provide a better grasp of the process described above.

Palabras clave: Subjectivity. Depersonalization. Mental automatism. Disorders of the self. Autism. Psychopathology.

INTRODUCCIÓN

Existe un interés discreto, pero constante, por la subjetividad como asunto legítimo de estudio dentro de la patología esquizofrénica. Interés que ha elegido, por lo común, ocuparse de las llamadas experiencias subjetivas, desde distintos puntos de vista¹⁻⁷ que comparten, sin embargo, una semejante acepción de lo «subjetivo», superponible a privado, vago e impreciso⁸. A simple vista, experiencia subjetiva es un rubro tautológico; al fin y al cabo toda experiencia no es sino de un sujeto. En una acepción más rigurosa, experiencia define la forma de coherencia de lo empírico que permite conocerlo⁹. Esa coherencia se alcanza de modos diversos según los usos de las épocas. A los efectos que aquí conciernen, la modernidad (dentro de la cual la psiquiatría adoptó su forma reconocible) desplazó hasta las operaciones del sujeto las claves de la coherencia legaliforme de la empiria⁹. Coherencia responsable, por cierto, de la objetividad del hecho de conocer, que producirá como residuo desecha-

ble eso que expresiones tan poco dichas como la tautología en cuestión intentan recuperar para el interés común: lo subjetivo como privado. Así pues, psiquiatría y psicopatología protegen como fundamento propio ciertas asunciones sobre lo singular, lo compartible o la naturaleza del conocimiento que van a quedar expuestas en los análisis de los síntomas o síndromes de los que nos ocuparemos aquí: autismo, despersonalización y trastornos del yo. Por otra parte, las experiencias subjetivas encuentran su lugar en el espacio lógico gracias a la presencia y el fracaso de esta subjetividad moderna, de la que son producto.

En lo que toca la tesis de este artículo, debemos retener que la subjetividad, pensada como un yo desde el que se efectúan operaciones de síntesis, se consideró responsable de permitir que la experiencia tuviera lugar. Así, cuando en momentos clave de la formación del concepto clínico «esquizofrenia», imperaba remitir fenómenos que eludían su encuadre en tal o cual función psíquica, a una instancia que las dotara de inteligibilidad, se mostró con descaro cómo el orden de la psicopatología se asienta sobre la base insegura de esta subjetividad, puesta en cuestión desde comienzos de siglo¹⁰⁻¹². En el autismo, en la despersonalización y en los trastornos del yo advertimos un patrón semejante. El fenómeno se identifica y se asigna a distintas funciones psicológicas discretas; cuando su insuficiencia explicativa se vuelve patente, aparece el yo como opción idónea, capaz de reducir

Correspondencia:

Carlos Rejón Altable
Servicio de Psiquiatría
Hospital Universitario de La Princesa
Diego de León, 55
28006 Madrid
Correo electrónico: crejon@hotmail.com

una multiplicidad de fenómenos a unidad en apariencia coherente. A su vez el yo no tardará en mostrar las aporías a las que sistemáticamente conduce y será relevado por una curiosa dispersión del fenómeno estudiado en diferentes afecciones, por la presencia de planteamientos neofuncionalistas¹³ o bien por estudios sobre la intersubjetividad¹⁴ o el *common sense*^{15,16}. ¿Por qué no cumple el yo con sus promesas de unidad y orden? Por causas idénticas a las que llevaron, con el cambio de siglo a que el lenguaje tomara su relevo en la tarea de asegurar la posibilidad de la experiencia. El yo autofundado resulta impotente para constituir el mundo desde sí y de viene aporético cuando debe dar cuenta del otro y de la autoconciencia¹⁷. Las experiencias subjetivas de las que partimos aparecen, pues, como los restos del derrumbe de este paradigma, desde el cual no se puede dar cuenta de ellas, sino como contrapartida vaga de la objetividad. En las conclusiones mostraremos cómo todo el proceso puede entenderse mejor si se considera un caso particular de las dificultades que enfrenta la psicopatología a la hora de producir inteligibilidad a partir de conductas y experiencias anómalas, dificultades que puestas por lo menudo excederían el límite de un artículo.

DESPERSONALIZACIÓN

Las vivencias de extrañeza de sí mismo y del mundo circundante o las alteraciones en la vivencia del tiempo atraviesan en diagonal variadas funciones (o módulos, o subsistemas) psicológicas, sin dejarse explicar a partir de un déficit específico¹⁸. Esa diseminación parece delinear el negativo de una superfunción en la que concentrar el estudio. Recordemos que durante el siglo XIX «persona» y «autoconciencia» se correspondían casi unívocamente^{19,20}, comunicaban a través de una autoconciencia pensada como reflexiva y egológica¹⁷ y se asentaban en un elemento clave del armazón conceptual del siglo: un yo al tiempo fundante y fundado, cognoscente y por conocer²¹.

Las vivencias de extrañamiento y el modelo de la psicología de facultades

Casi desde las primeras descripciones del síndrome (Billot en 1847; Krishaber en 1872; Taine en 1876; Dugas, que acuña el término en 1898, y Bernard-Leroy, que insiste en su carácter específico en el mismo año) veremos como el término «despersonalización» alude a vivencias que se adscriben a la conciencia de sí mismo y a trastornos sutiles del mundo percibido y cómo la facultad específica de la que se hace depender el trastorno debe aportar la carga de la prueba a la hora de dar cuenta del grupo de síntomas aislado. En las revisiones posteriores estos estudios se van a dar a conocer como las tesis «sensualistas» y «mnésicas» sobre la despersonalización^{19,22}. Krishaber, Taine y Ribot proponen un trastorno primario de las sensaciones a la base del extrañamiento del mundo percibido y de la alteración de la conciencia de yo. Por el contrario, Österreich la fundamenta en la preemi-

nencia de los sentimientos. Desde la referencia a las obras de Lipps²³ este autor concibe los sentimientos como los elementos condicionantes de los estados del yo²³ (*Ichzuständlichkeiten*). De esta forma los sentimientos constituyen indicadores inmediatos, no sólo de estados esenciales del yo, sino también de sus acciones y actividades. Como vemos, las interpretaciones se distinguen por el peso dado a las diferentes facultades a las que atribuyen el origen del trastorno. Los problemas que pudieran generar las cuestiones fundamentales sobre la identidad y la experiencia quedan soslayados mediante una psicologización del yo.

Autoconciencia y reflexión

En la obra de los autores que vamos a revisar a continuación el yo se convierte en clave del análisis. La alteración que traducen los síntomas descritos debe remontarse a una actividad de síntesis, a un yo central, cuya pertenencia a la estructura vivencial se ve modificada.

En el modelo de la autoconciencia la perspectiva se construye una vez se despliegan dos planos necesarios: la vivencia del yo (*Icherlebnis*) y el conocimiento que tenemos de dicha vivencia, al que se llamará autoconciencia (*Selbstbewusstsein*). La condición de posibilidad de la autoconciencia radica en ese doblete: en cada acto existe un yo trascendental, cuya efectuación empírica, cuya determinación individual se desarrolla como personalidad (*Persönlichkeit*)²⁴. La autoconciencia surge, entonces, de una vuelta reflexiva del yo (empírico) hacia sus propios procesos conscientes que dependen de él en tanto yo (trascendental)⁹. En este ir y venir de lo empírico a lo trascendental autores distintos localizarán la despersonalización o los trastornos del yo en uno u otro polo de la relación.

Schilder

Para entender el estudio de Schilder²⁵ resulta imprescindible hacer una breve mención a las reflexiones de Janet sobre la despersonalización. En su estudio sobre la obsesión y la psicastenia²⁶ Janet designa como «sentimiento de automatismo» aquel sentimiento de pérdida de la libertad de las acciones del hombre. Entiende por «sentimiento de libertad» un sentimiento de unidad de todas nuestras tendencias, tanto las exigidas por causas externas a nosotros como las surgidas de nuestro propio carácter. La vivencia resultante es la de un sentimiento de estar dominado por acciones que no proceden libremente de nuestra persona, de ahí el sentimiento de automatismo que Janet pone en relación con la insuficiencia para la síntesis psíquica, para vincular las acciones con la integridad de la persona.

A partir de esa noción de despersonalización Schilder encuentra lo característico de la despersonalización en la «contradicción de la experiencia», es decir, en el fenómeno de contraposición dado en un vivenciar que pondría el yo frente a sus propios sucesos psíquicos, presentándolos en el curso de su cumplimiento²⁵.

Esta contraposición entre una vivencia presente y la desaparición de su carácter de evidencia hace que el individuo sea sujeto de un sentimiento de inautenticidad que llega a constituirse en objeto mismo de un nuevo acto. Su comprensión de la vivencia de inautenticidad como una cualidad afectiva conducirá a Schilber a una definición de la despersonalización como un estado en el que el individuo no se reconozca como personalidad.

Störning

Störning plantea una estructura dual del yo como base de cualquier estudio analítico sobre la despersonalización: el yo como objeto, como personalidad y el yo como sujeto. Los estados de despersonalización suceden a un yo que como sujeto está intacto, siendo capaz de referirse a sí mismo en cuanto objeto alterado. Así, la despersonalización sería la expresión de una modificación del yo como objeto. Esta estructura fundamental de la conciencia dual del yo adquiere, según Störning, la función primordial de integrar los diferentes procesos psíquicos hacia la unidad; de su afectación diferencial se derivarían los distintos modos de vivenciar la despersonalización que introduce en su monografía²⁷.

¿Trastornos del yo?

Varios trabajos de autores emblemáticos han planteado los estados de despersonalización desrealización a partir de la categoría de trastorno del yo. En tanto nos volveremos a ocupar de ello más adelante, trataremos ambos problemas de consuno.

El problema del análisis fenomenológico de la conciencia

Las investigaciones fenomenológicas se disponen en rigurosa continuidad con los trabajos revisados. El propio Husserl²⁸ considera su obra una profundización del trabajo de Kant. Su afinidad permitió que la psicopatología integrara distintas aportaciones de Husserl sin que se resintiera la arquitectura profunda del sistema, aprovechando la descripción del acto intencional en tanto que modo primario de relación con el mundo, la posibilidad de fundamentar sobre ella una ciencia rigurosa de la conciencia²⁸⁻³⁰, el concepto de reducción eidética²⁹ y el vínculo de evidencia y verdad³¹ para dotarse de un método que estudiara con rigor vivencias que se escurrían ante las descripciones objetivas. Pero la recta continuación de las investigaciones fenomenológicas desfondará el modelo de la autoconciencia sin resolver sus contradicciones, en tanto el propio Husserl acabará por exceder la subjetividad potente y entender la necesidad de otro abordaje. Quizás el mejor ejemplo sea la obra de Blankenburg (y la de los psiquiatras influidos por él), que revisaremos luego, y la de Kimura Bin³². Este autor japonés inicia su análisis fenomenológico de la despersonaliza-

ción-desrealización (complejo sintomático que, al igual que Meyer, antecedente notable^{33,34}, considera como dos formas de un mismo trastorno) a partir una relación entre hombres y mundo lógicamente previa a todo conocer y sentir. Cuando en cada encuentro con el mundo la certeza ya no se sostiene, esa cualidad del yo que se añade al percibir se pierde y ese mismo mundo queda reducido a una simple combinación de estímulos pasivamente captados (desrealización y despersonalización) que impide que el yo se actualice como totalidad.

El estado actual: la dispersión

Abandonada la subjetividad como seguro de coherencia, el síndrome de despersonalización sufre un proceso semejante al del delirio o las alucinaciones. Se aísla la conducta o la experiencia anómala y se atomiza en tantas dimensiones como sea posible sin que se atomice también la información³⁵. Así, nos encontraremos sensaciones de irrealidad a su vez clasificadas según la modalidad perceptual, sentimientos de automatización, autoobservación, alteraciones emocionales a su vez compuestas por la subjetividad emocional ausente, la expresión motora presente y de nuevo ausente la repuesta autónoma; también se alteran la imagen corporal y la vivencia del tiempo, tanto en la duración como en la continuidad del lapso temporal; se añaden, por fin, síntomas cognitivos: sensación de no tener acceso a contenidos cognitivos^{36,37}.

Resalta el reparto del síndrome por distintas funciones o complejos de funciones. Si en las primeras teorías se buscó reducirlo a un sola facultad y después a una actividad sintética específica, la psicopatología contemporánea lo descompone en cualidades teóricamente independientes y confía su inteligibilidad a la agregación estadística y a su putativa anomalía cerebral³⁸.

AUTOMATISMO MENTAL Y TRASTORNOS DEL YO

Automatismo mental

El automatismo mental fue descrito por Clérambault en 1905 agrupando los diferentes fenómenos alucinatorios estudiados por la psiquiatría gala hasta ese momento. Podemos esbozar su genealogía a partir del estudio de la alucinación en la psicopatología clásica francesa. Para ello es menester un breve recorrido por la misma.

Los inicios

El siglo XVIII asistió a la «medicalización» de las alucinaciones consideradas entonces enfermedades independientes; como exponentes tenemos las descripciones de Nicolai (1799) y de Berbiguier (1821)¹⁹. Será a partir del siglo XIX cuando pasen a ser consideradas como síntomas. Con Jean-Étienne-Dominique³⁹ dio comienzo la se-

miología de las alucinaciones en la psiquiatría. Basándose en la psicología de las facultades de Condillac, usará un término que tiene su origen en un modelo «visual» de la percepción, asumiendo que las alucinaciones que afectaban a las diferentes modalidades sensoriales eran de alguna manera simétricas y uniformes¹⁹, elección que no dejará de tener repercusiones. En 1838, Esquirol³⁹ acuñó la clásica definición de alucinación como percepción sin objeto. Esta definición, además de cargar el peso del diagnóstico en un potencial observador que no percibiría lo referido por el alucinado, establece la diferenciación con las ilusiones. Mientras en la alucinación se da una percepción en ausencia de un estímulo correspondiente, en la ilusión sí hay un objeto, aunque percibido de forma errónea. Sus mecanismos también son diferentes; la alucinación tiene su origen en una alteración cerebral o psicológica y la ilusión es causada por un error de los sentidos.

Jules Baillarger

Baillarger⁴⁰ aceptó la definición esquiroliana de alucinación y diferenció dos tipos sobre la base de las descripciones proporcionadas por los pacientes. A un lado dispuso las alucinaciones psicosenoriales que los sujetos refieren experimentar del mismo modo que las sensaciones normales y al otro lado las alucinaciones psíquicas, descritas por los pacientes como cualitativamente diferentes de las sensaciones normales. Mientras que en las alucinaciones psicosenoriales los sujetos que las experimentan reciben una impresión tan real como la que producen las sensaciones normales, las alucinaciones psíquicas son completamente extrañas a los órganos de los sentidos, carecen de componente sensorial. Consideraba las alucinaciones psicosenoriales el resultado de la acción conjunta de la imaginación y de los órganos de los sentidos y las psíquicas obra exclusiva de la memoria y de la imaginación. Sin embargo, lo que nos interesa aquí no es su etiopatogenia, sino la importancia de las alucinaciones psíquicas en cuanto son referidas al dominio del lenguaje, con lo que conlleva de alejamiento del modelo «visual» de alucinación heredado de Esquirol. Pese a que la obra de Baillarger carece del fundamento teórico que explique la articulación entre lenguaje y alucinación, no dejó de tener influencia en autores posteriores, donde el alucinado pasa de ser un sujeto que padece la alucinación, a convertirse en el agente de sus propias producciones⁴¹. Situó además el origen de las alucinaciones en una alteración orgánica del cerebro, investigando la relación entre ciertos pensamientos automáticos asociados a los estados hipnagógicos (en los que se instalaba progresivamente un funcionamiento mental automático al fallar el control que el sujeto ejerce sobre sus representaciones) y las alucinaciones.

Júles Séglas

En 1892, Júles Séglas publicó *Des troubles du langage chez les aliénés*, donde estudia las perturbaciones del

lenguaje hablado, escrito y mímico⁴². Se apoya sobre el deslinde de las alucinaciones psíquicas del modelo visual y su vinculación con el lenguaje que realizara Baillarger, así como la teoría afasiológica de Tamburini. En 1881, Tamburini^{43,44} había tratado de sacar el problema de las alucinaciones del dominio de la psiquiatría. Basándose en los recientes descubrimientos de la fisiología del sistema nervioso central, anunció la próxima renovación de la psicología a través de la doctrina moderna de la localización cortical y espinal. Se había adelantado mucho en el conocimiento morfológico y funcional de la corteza y se tenía ya una idea muy precisa de las localizaciones del lenguaje gracias al problema de las afasias. Tamburini propuso un mecanismo para las alucinaciones similar al de la epilepsia, considerando aquéllas como el resultado de la excitación de centros corticales. Éstos son los ejes sobre del pensamiento de Séglas. En primer lugar separó las alucinaciones verbales del resto de fenómenos alucinatorios. En segundo lugar tomó de Tamburini su mecanismo de producción y las dividió según el centro cortical excitado: en el área de Wernicke se originaban las alucinaciones psicosenoriales, en las áreas motoras las alucinaciones motrices y en el área de Broca las alucinaciones psicomotrices verbales (que se corresponden con las alucinaciones psíquicas de Baillarger). Con este movimiento finaliza Séglas el camino propuesto por Baillarger, sacando a las alucinaciones verbales de la patología de la percepción y situándolas en el terreno del lenguaje⁴¹.

G. G. de Clérambault

Con el automatismo mental⁴⁵ Clérambault da unidad al conjunto de fenómenos alucinatorios estudiados por la escuela francesa, que él agrupará en un solo síndrome. Lo describe por primera vez en 1905, reelaborándolo y profundizando en su descripción a lo largo de toda su vida; sin embargo, sus rasgos generales se mantendrán constantes. Se trata de un síndrome de origen orgánico, de contenido afectivo neutro y sin relación con las ideas previas del sujeto, siendo así la ideación delirante, si apareciera, tan sólo «la reacción de un intelecto y de una afectividad que han permanecido sanos a los trastornos del automatismo aparecidos espontáneamente y que sorprenden al enfermo, en la mayoría de los casos, en pleno período de neutralidad afectiva y sosiego intelectual»⁴⁵. Los fenómenos iniciales del pequeño automatismo mental o síndrome de pasividad, que constituyen el núcleo del automatismo, se corresponden en su mayor parte con las alucinaciones psíquicas descritas por Baillarger y Séglas. Clérambault dividió estos fenómenos en: positivos si tienen un carácter intrusivo, negativos si son inhibitorios y mixtos si realizan ambas acciones. Con el progreso del cuadro se desarrolla la tendencia a la verbalización; el pensamiento, que al principio era indiferenciado, deviene auditivo o verbomotor, constituyéndose las voces con cuatro caracteres: verbales, objetivas, individualizadas y temáticas. H. Ey⁴⁶ agrupa los fenómenos

mediante el triple automatismo: ideoverbal, sensorial y sensitivo y psicomotor. Dentro del automatismo ideoverbal se encuentran los fenómenos de comentario de actos y pensamientos y el eco, lectura, robo y adivinación del pensamiento. Dentro del automatismo sensorial y sensitivo se halla toda la gama de alucinaciones visuales, olfativas, gustativas y cenestésicas. Por último, el automatismo motor incluye las vivencias de influencias ejercidas sobre el cuerpo o alucinaciones cinestésicas.

Sobre el médico jefe del Dépot actuaban diferentes fuerzas que conformarían su trabajo: una psicopatología de la alucinación sometida a constante revisión; el modelo jerárquico de la organización de las funciones mentales de H. Jackson, a través del trabajo que realizan autores como Séglas sobre el concepto de automatismo⁴⁷; una posición etiopatogénica totalmente organicista y la necesidad de diagnósticos transversales fiables que permitieran tomar rápidas decisiones impuesta por su lugar de trabajo y el tipo de pacientes examinados.

Si repasamos la evolución del fenómeno que aquí estudiamos, conceptualizado por la psiquiatría francesa como «el pensamiento que se hace extraño a sí mismo»⁴⁸, podemos observar una evolución: en un primer momento cae dentro de la amplia definición esquiroliana de alucinación, propia de la psicología de las facultades; posteriormente Baillarger y Séglas, mediante un deslizamiento del interés desde lo visual a lo auditivo, separan la patología del «lenguaje interior» de los trastornos de la percepción; por último, Séglas y principalmente Clérambault conceptualizan al alucinado como un sujeto alienado por su propio lenguaje. Sin embargo, pese a su riqueza descriptiva, no dejamos de observar la incapacidad de este modelo para dar cuenta del fenómeno que pretende explicar, que no es otro que la forma de relacionarse un sujeto con su propio pensamiento. Los sucesivos desarrollos que sufre el concepto de alucinación, al ser usado para agrupar y explicar fenómenos de tal diversidad, terminan por hacer de éste algo impreciso y vago. La heterogeneidad de los fenómenos que ha de ser subvenida bajo la patología de la alucinación es tal que termina por desafinar este instrumento que debería ser de precisión. Una exploración más consecuente de los modos de relación del sujeto con sus pensamientos, actos y afectos deberá esperar hasta la madurez del concepto de trastorno del yo.

Trastornos del yo

Los siguientes trabajos plantean la reunión bajo la categoría de trastornos del yo de los estados de despersonalización agudos, las vivencias de extrañamiento crónicas, los síntomas de primer nivel de la esquizofrenia o los fenómenos de automatismo mental. La primera noticia la encontramos en el trabajo de Pick publicado en 1903⁴⁹. El horizonte intelectual de Pick parece ser el mismo que aquel que Jaspers aclara y expone en su *Psicopatología general*. Los celeberrimos rasgos formales de la conciencia del yo (conciencia de actividad, unidad, identidad

y oposición a lo externo) permiten a Jaspers agrupar fenómenos dispares entre sí, para ir distribuyéndolos según sea uno u otro el rasgo afectado. La despersonalización será una alteración de la conciencia de actividad. Autores más recientes como Bash (que en la despersonalización encuentra afectada específicamente la referencia al yo)⁵⁰, Scharffeter⁵¹⁻⁵³ y Spitzer⁵⁴ han insistido en esta misma opción. En muchos de estos trabajos se considera afectado lo que Störing consideraba intacto, ese «yo sujeto» que Spitzer llama, lo veremos luego, trascendental.

K. Schneider

A partir de los criterios jaspersianos, Schneider^{55,56} reordenará las formas de despersonalización, desrealización y trastornos del yo ya descritas en la literatura. Recordemos que ya se había publicado el famoso trabajo de Mayer-Gross donde escindía el complejo de la despersonalización en dos entidades, la despersonalización propiamente dicha y la desrealización, que aludía al extrañamiento del entorno, para reducir ambas luego a «expresión funcional reactiva estereotipada», en el sentido de Bonhöffer, con la subsiguiente pérdida de cualquier valor de especificidad clínica^{57,58}. Como puntos de partida hay que tener en cuenta la insistencia de Schneider en la dificultad para describir la vivencia del yo a partir de la vida psíquica normal (así como la equívocidad del concepto «conciencia» desarrollado hasta el momento) y, por otra parte, su interés en diferenciar claramente entre el acto de «vivencia del yo», como algo «formal» y el acto de reconocer, valorar y apreciar la personalidad propia (que antes llamábamos yo empírico o yo objeto). Schneider amplía los cuatro criterios formales de toda conciencia del yo desarrollados por Jaspers formulando un quinto criterio, «vivencia de ser-ahí o de existencia» y reforma esta estructura sustituyendo la «conciencia de actividad» por la «vivencia de lo propio», pues con respecto al vivenciar sentimientos o algunas formas de pensamientos «no cabe hablar de actividad». Así, las vivencias de extrañamiento, distancia o irrealidad quedarán fuera o dentro de los trastornos del yo según afecten a percepciones, sentimientos, voliciones, instintos o pensamientos. Así, para describir las vivencias de extrañamiento del mundo percibido se apela a la irrealidad, la distancia y el encubrimiento; no deben vincularse ni a las vivencias de lo propio ni a la vivencia del yo. Por tanto, mientras lo propio y lo ajeno son formas de la vivencia del yo, lo real o irreal son formas de un extrañamiento del mundo. Por otra parte serán los trastornos de la vivencia de pertenencia al propio yo (p. ej., y con todas las precauciones y las dudas del mundo acerca de su inmediatez o elementalidad, las distorsiones de la vivencia del yo en el pensar y en la corporalidad) los que se consideren específicos de la esquizofrenia. Así, Schneider reparte los fenómenos que Jaspers o Spitzer o Scharffeter prefieren reunir en ámbitos formalmente separados. Sin embargo, el concepto de vivencia de lo

propio se va a resistir a una mayor profundización, pues no parece posible fundamentarlo al margen de la conciencia de actividad y de su tradición⁵⁹.

Scharfetter

Christian Scharfetter⁵¹⁻⁵³ describió un constructo con cinco dimensiones básicas de la conciencia acerca del propio yo: identidad del yo, demarcación del yo, consistencia del yo, actividad del yo y vitalidad del yo. Este constructo es definido como fenomenológico y se pretende su validación mediante un estudio de campo con entrevistas semiestructuradas. Sin embargo, el uso del concepto «constructo fenomenológico» se revela impreciso y vago y, además, mientras que lo que se pretende es la validación de determinados constructos mediante el análisis estadístico, lo que se lleva a cabo es la obtención de un medio a través del cual expresar unas dimensiones que ya se presuponen⁵⁴. Nos interesa aquí cómo para subvenir sus deficiencias no quedaba sino profundizar en los supuestos fenomenológicos (así Blankenburg) o regresar a supuestos abiertamente kantianos, como los de Manfred Spitzer.

Spitzer

M. Spitzer⁵⁴ sitúa el concepto de *Ichstörungen* en la tradición clínica alemana y lo diferencia de otros conceptos propios de la tradición anglosajona, como los de *passivity phenomena*, *inner-outer confusion*, *loss of control*, *delusion of being control* y *delusion of reference*, que intentan explicar las mismas alteraciones considerándolas falsos juicios o errores de inferencia. La tradición alemana, por el contrario, describe los trastornos del yo como vivencias inmediatas anómalas. Spitzer considera que estos fenómenos forman parte ya de la experiencia inmediata del paciente. Sus vagas descripciones son expresión de su condición «básica» (sin que se aclare si básico aquí significa fundamental, originario o quizá preexperiencial), por tanto, previa a su oportuna elaboración metafórica. Y, por otro lado, en la ausencia de un modelo teórico de la estructura de la experiencia normal. Para paliarlo, Spitzer escoge un modelo kantiano. Esta versión hacia la filosofía trascendental traduce la convicción del autor de que ésta será capaz de dotar del adecuado marco teórico a la descripción no sólo de la experiencia normal, sino de los trastornos de la misma que permite a Spitzer realizar una crítica contundente a los trabajos de K. Schneider y de C. Scharfetter sobre los trastornos del yo y a la concepción anglosajona de dichos trastornos como variantes temáticas de la «experiencia delirante», pero el marco de la filosofía trascendental que ya subyacía bajo la conciencia del yo de Jaspers implica una vez más el dirigirse a un yo central, sintetizador de las vivencias, como solución a la heterogeneidad de los síntomas estudiados.

Queda recordar cómo el grupo de fenómenos patológicos que se aislaron y describieron como tipos de alu-

cinaciones ha derivado, como ya nos sucedía con la despersonalización, desde una facultad concreta, perceptiva o lingüística, a la relación del sujeto consigo mismo, primero en el automatismo mental, pero con pujanza y lucidez acrecentadas en el análisis de tradición germana de los trastornos del yo. Ahora bien, dada su dependencia mayor de una teoría, explícita o supuesta, de la subjetividad que enfermaba, su exclusión del panorama psicopatológico actual ha sido más profunda y extensa, de modo que, caduco el paradigma de la autoconciencia, no les queda sino ser consideradas de nuevo delirios. Ahora bien, ningún síntoma tan central para la constitución del concepto de esquizofrenia después de Kraepelin y ninguno tan abolido hoy del trabajo diario como el autismo.

AUTISMO

A lo largo del concepto es fácil advertir las dificultades con las que se ha topado para apresar lo propio de la esquizofrenia. Este penoso camino no ha podido salvarse de una manera adecuada, con el resultado de elaboraciones teóricas insuficientes o forzadas. No obstante, líneas de pensamiento, básicamente europeas, han dado cuenta de la problemática esquizofrénica de una manera más global y neta, siendo el autismo uno de los conceptos más fructíferos para poder atrapar lo propiamente esquizofrénico, un concepto que descansa en la subjetividad egológica de la que venimos tratando.

Bleuler

Para Bleuler^{60,61} lo primario en la esquizofrenia resulta del relajamiento de la tensión de las asociaciones, con el consecuente desmembramiento del suceder psíquico. En su conceptualización de la esquizofrenia, éste va a ser el mecanismo patogénico que permita comprender la constelación de sus síntomas. Junto al trastorno de las asociaciones y la afectividad, el autismo se erige en el tercer punto de especial relevancia en la enfermedad esquizofrénica. Según su especificidad diagnóstica⁶⁰, Bleuler distingue síntomas fundamentales y accesorios, y de acuerdo con la patogenia de la enfermedad distingue síntomas primarios, expresión directa del proceso morboso (y, por tanto, únicamente la alteración de las asociaciones) y secundarios. Sitúa el autismo como síntoma fundamental y secundario, como un elemento más de la esquizofrenia; incluso llega a señalar como autística una forma de pensar normal. Por otro lado, en alguna ocasión equipara el concepto de autismo con el de esquizofrenia^{60,61} y capta lo autístico a modo de factor unificador o *form des lebes*⁶². Esa contradicción quedará sin resolver en su obra.

Bleuler definió el autismo como «desvinculación de la realidad acompañada de un predominio relativo o absoluto de la vida interior, con aislamiento del mundo exterior»⁶⁰. El individuo se aparta de la realidad y se repliega sobre sí mismo o más bien sobre los complejos que lleva

en sí y que lo absorben en adelante enteramente; así, da la preferencia a su mundo imaginario en detrimento de la realidad y traduce exteriormente ese estado de cosas, sobre todo en los casos graves, por una actitud hecha de hostilidad y, aún más, de pasividad y de inmovilidad respecto del mundo ambiente. El debilitamiento de las funciones lógicas tiene como resultado una predominancia relativa de las emociones, y la afectividad adquiere un gran protagonismo en la asociación de ideas^{60,62,63}.

En el marco teórico en que se movía Bleuler se originó la problemática conceptual del autismo, en tanto se consideraban las anomalías del acto asociativo en la formación de conceptos y de representaciones mentales lo preeminente para el diagnóstico y origen de la esquizofrenia⁶⁴; así, sólo se podía pensar en el autismo desde el concepto de función psíquica y desde la psicología asociacionista, de manera que se dejaba en el tintero la realidad a la que apuntar, la subjetividad y sus modos de articularse con lo real. Esto que Bleuler delimitó como contacto con la realidad es algo que para él acontece en el juicio, con lo que es la razón la que debe ordenar el mundo. Esta actitud implica partir de un sujeto sin mundo que tiene como tarea explicar una realidad excedentaria, un sujeto que se carga con la tarea de construir el mundo en el que se desenvuelve. Para Bleuler la laxitud de las asociaciones se moldea por obra de la afectividad en una dirección determinada sobre la que la experiencia no puede influir, por lo que resulta autista quien desatiende la prioridad del enfrentamiento intelectual de la realidad o lo hace de una manera aislada. Y esta forma de entender la subjetividad deja de lado la experiencia del tú: vamos una vez más al problema de la constitución del mundo y del otro desde la propia conciencia, una subjetividad ponente, autorreferente, egológica. El autismo debería describir una manera concreta de estar en la realidad que supone una pérdida de contacto con la misma. Por ello la psicología asociacionista resulta estrecha y limitante para dar cuenta de este problema y de la totalidad a la que remite.

De este modo es fácil ver cómo el autismo se diluye en algo vago, impreciso y equívoco, que sirve para explicar diversos aspectos de la esquizofrenia y se vuelve confuso e inespecífico. No podemos, sin embargo, pasar por alto, como hemos señalado anteriormente, que el autismo hace referencia de manera directa al yo como totalidad¹⁰, como algo inherente a la personalidad en su conjunto, lo nuclear alterado en la esquizofrenia, sustrato del resto de alteraciones psicopatológicas.

Heidelberg

En la escuela de Heidelberg nos encontramos con otra forma de elaboración teórica de la esquizofrenia que da prioridad al diagnóstico formal y que trata de organizar la actividad psicopatológica desde la unidad de experiencia que es el yo: se concibe así la esquizofrenia como un trastorno referido al yo. Los trastornos del yo se constituyen como otra manera de concebir el autismo; Gruhle⁶⁵

trata de manera explícita el concepto de autismo en relación a los trastornos del yo enlazando la alteración de la experiencia del yo con el estado de ánimo fundamental de la esquizofrenia. El resultado del proceso esquizofrénico se expresa en una alteración de las vivencias del yo; la transformación de la personalidad en su conjunto. Los problemas que acarrea el autismo se resuelven en la medida en que se clarifica el sustrato sobre el que se asientan sus manifestaciones: el concepto del yo sobre el que se producen las alteraciones de la asociación. Al situar en un mismo plano los diversos síntomas que caracterizan lo esquizofrénico (asociación, afectividad y autismo) se imposibilita lo que sí permite el análisis formal de la vivencia del yo.

Rümke

En 1941⁶⁶, con el concepto de sentimiento precoz, Rümke trata de captar el momento de extrañeza que surge de manera viva en el contacto con el paciente, la experiencia específica e inmediata que surge en el psiquiatra, el sentimiento evocado en el encuentro. De esta manera, el sentimiento precoz afecta a la persona como un todo, ateniéndose al carácter de extrañeza en cuanto tal, a lo aprehendido inmediatamente. Para Rümke la debilidad en el instinto de acercamiento es lo fundamental en la esquizofrenia. Y esta alteración se reconoce en la expresividad total del paciente. Sin ello no se puede hacer un diagnóstico correcto de esquizofrenia. Lo fundamental del sentimiento precoz es que supone un intento de expandir el momento de extrañeza al que parece apelar el autismo.

Minkowski

Para Minkowski el autismo supone el núcleo de la esquizofrenia; la perturbación inicial será así la pérdida del contacto vital con la realidad de la que procederán el resto de manifestaciones^{62,63}. Esta pérdida de contacto supone el factor regulador esencial de la vida psíquica, al cual se subordinarían el resto de las funciones psíquicas. La afectividad y el pensamiento autísticos no agotarían ellos solos la noción de autismo, la clave sería que el proceso esquizofrénico actuaría haciendo aparecer una actividad primitivamente autística e ininterrumpida, desprendida del mundo y que paralizaría el impulso personal⁶². El autismo sería la manera en que el paciente se encuentra ante la realidad. Se trata de una nueva perspectiva de la subjetividad en la psicopatología^{10,64}, en la que el sujeto se encuentra ya en el mundo, un mundo intersubjetivamente establecido, donde el esquizofrénico no sería capaz de cumplir las expectativas socialmente propuestas, y que se percibe como esa pérdida de contacto con el mundo del entorno. Distingue el autismo rico y el pobre. El autismo rico se caracteriza por la constitución de un mundo imaginario donde los complejos afectivos determinan el contenido de los síntomas y el

autismo pobre se interpreta como una afectación más profunda de orden estrictamente intelectual.

Blankenburg

Blankenburg^{14,67} definirá lo primariamente esquizofrénico como la pérdida de la evidencia natural que supone un corte o ruptura en la experiencia cotidiana del paciente. Vamos a contemplar cómo la subjetividad se desfonda esta vez por la necesaria tarea de solidificar su cimiento conceptual. Y es que Blankenburg reúne en la evidencia natural tres aspectos que se acomodan mal en la noción moderna de sujeto. Así, la inserción preconceptual en el mundo, el acuerdo prerreflexivo con los otros y la vivencia prejudicativa del yo, en tanto que es el polo complementario de una estructura lógicamente previa que cierran los otros y el mundo^{14,15,67,68}, acaban por liquidar la conciencia-sujeto trascendental (vimos cómo Spitzer aún trata de volverla practicable) y se orientan hacia una intersubjetividad propiamente trascendental y finalmente hacia los conceptos del mundo, de la vida y la síntesis pasiva que hacen estallar desde dentro el paradigma de la conciencia ponente, en tanto que es el horizonte de sentido que un individuo comparte con otros lo que permite que haya sujetos y acuerdo entre ellos. No podemos desbrozar el complejo pensamiento clínico y psicopatológico de Blankenburg ni el de sus seguidores, ni su andamiaje filosófico, pero sí nos interesa incidir en que esta respuesta a la consideración del sujeto como agregado de funciones, típica del pensamiento empírico-analítico y que resulta a todas luces insuficiente para comprender el autismo amenaza, por su creciente complejidad conceptual, con volverlo impracticable. No es de extrañar entonces la suerte que ha corrido: de trastorno fundamental de la esquizofrenia a ítem desaparecido de un glosario. Desechado por unos ante su resistencia a la operacionalización, los otros cancelan la validez del paradigma en el que había nacido y en el que encontraba acomodo y sustento.

CONCLUSIONES

En otro lugar^{69,70} hemos mostrado que la psicopatología debe entenderse como un proceso lógico de creación de inteligibilidad si hemos de superar las aporías que la concepción heredada lleva consigo. Este proceso lógico se ejerce sobre la experiencia y la conducta de los pacientes y una de sus funciones prácticas es la escisión del conjunto de fenómenos anómalos en grupos de síntomas mediante la elección de alguno de eficacia señalada a la hora de distinguir. Por ejemplo, la percepción delirante y su papel en el diagnóstico diferencial de esquizofrenia y ciclotimia a partir de los trabajos de K. Schneider⁷¹. Otra función práctica imprescindible consiste en agrupar fenómenos diversos de manera que ganen cierta coherencia al presentarse como derivados de una sola anomalía fundamental. Así, los tres síndromes trata-

dos comparten el modo en que se ha buscado su inteligibilidad: fenómenos difícilmente aprehensibles se han reducido a una facultad malfunctionante primero, ante el fracaso inevitable se han remitido a la propia subjetividad operante, instancia unificadora por excelencia, y además, se han calificado de «subjetivos», es decir, «vagos e imprecisos», para terminar dispersando el trastorno por distintas funciones, identificándolo con algún otro o, sencillamente, apartándolo. Ahora bien, si atendemos al proceso por el que se logra la inteligibilidad observaremos cómo tiende a generar un universal y un particular mediante su autosupresión en tanto que el proceso que permanece, digamos, oculto. En ese proceso se emplean metáforas y conceptos que provienen de ámbitos diferentes y cuya potencia heurística varía. En lo que nos atañe aquí, tanto las insuficiencias de la subjetividad-conciencia, operadora de síntesis, fundamento último de la validez del conocimiento, como los límites de la psicopatología en tanto proceso determinante, productora de conceptos y casos comprendidos en conceptos, han abocado al abandono del esfuerzo psicopatológico, a la coagulación de los resultados históricos de un proceso dinámico y al inevitable deterioro de nuestra capacidad de entender el proceso mental anómalo.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos al servicio de la biblioteca de la Clínica Psiquiátrica Universitaria de Heidelberg su ayuda en la tarea de localización de fuentes. Este trabajo es fruto del seminario de psicopatología general del Hospital de La Princesa; agradecemos a los participantes su colaboración y su paciencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. De Vries MW, Delespaul P. Time, context and subjective experiences in schizophrenia. *Schiz Bulletin* 1989;15:233-44.
2. Cutting J, Dunne F. Subjective experience of schizophrenia. *Schiz Bull* 1989;15(2):217-31.
3. Kim Y, Sakamoto K, Sakamura Y, Kamo T, Kotorii N. Subjective experience and related symptoms in schizophrenia. *Compr Psychiatry* 1997;38(1):49-55.
4. Melges FT, Freeman AM. Temporal disorganization and inner-outer confusion in acute mental illness. *Am J Psychiatry* 1977;134(8):874-7.
5. Peralta V, Cuesta JM. Subjective experiences in schizophrenia: a critical review. *Compr Psychiatry* 1994;35(3):198-204.
6. Peralta V, Cuesta JM. Abnormal subjective experiences: its relationships with neuropsychological disturbances and frontal signs. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1996;246:101-5.
7. Peralta V, Cuesta JM. Subjective experiences in psychotic disorders: diagnostic value and clinical correlates. *Compr Psychiatry* 1998;39(1):11-5.
8. Villagrán JM. Análisis conceptual de los síntomas o experiencias subjetivas de la esquizofrenia: una revisión crítica. *Psiquiatría Biológica* 2001;8(5):188-202.

9. Kant I. *Kritik der reine Vernunft*. Hamburg: Meiner, 1974.
10. Ramos Gorostiza P. Manifestaciones psicopatológicas de la esfera de la subjetividad: los trastornos del yo. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 1992;20(6):267-72.
11. Ramos Gorostiza P. Caminos de la psicopatología. *Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental*, 2001; p. 16-24.
12. Ramos Gorostiza P. El desenvolvimiento de la psicopatología. *Arch Psiquiatría* 2000;63(4):327-38.
13. Frith C. *The cognitive neuropsychology of schizophrenia*. Hove: Lawrence Erlbaum Associates, 1992.
14. Blankenburg W. *Der Verlust del natürlichen selbstverständlichkeit*. Stuttgart: Enke, 1971.
15. Stanghellini G. At issue: vulnerability to schizophrenia and lack of common sense. *Schiz Bull* 2000;26(4):775-87.
16. Neaudin J, Azorin JM, Mishara A, Wiggins O, Schwartz MA. Schizophrenia and common sense: study of three single cases. *Psychopathology* 2000(33):275-82.
17. Frank M. La piedra de toque de la individualidad. Reflexiones sobre sujeto, persona e individuo con motivo de su certificado de defunción postmoderno. Barcelona: Herder, 1995.
18. González Calvo J, Rejón Altable C. El extrañamiento en la psicopatología: ¿despersonalización, desrealización, trastornos del yo? *Actas Esp Psiquiatr* 2002;30(6):382-91.
19. Berrios GE. The history of mental symptoms. *Descriptive psychopathology since the nineteenth century*. Cambridge: Cambridge University Press, 1996.
20. Berrios GE. European views on personality disorders: a conceptual history. *Compr Psychiatry* 1993;34(1):14-30.
21. Foucault M. *Las palabras y las cosas*. Madrid: Siglo XXI, 1997.
22. Sierra M, Berrios GE. Depersonalization: a conceptual history. *History of Psychiatry* 1997;8:219-29.
23. Österreich K. Die Entfremdung der Wahrnehmungswelt und die depersonalisation in der Psychasthenie. *J Psychol Neurol* 1906;9:15-53
24. Kant I. *Antropología en sentido pragmático*. Madrid: Alianza, 1991.
25. Schilder P. Selbstbewusstsein und persönlichkeitsbewusstsein. En: Alzheimer A, Lewandowsky M, editores. *Monographien aus der gesamtgebiete der neurologie und psychiatrie*. Vol. 9. Berlin: Julius Springer, 1914.
26. Janet, P. *Les obsessions et la psychasthénie*. Paris: Alcan, 1903.
27. Störing E. Die depersonalisation. Eine psychopathologische untersuchung. *Archiv für Psychiatrie und Zeitschrift f. d. ges. Neurologie* 1932;98:462-545.
28. Husserl E. *La crisis de las ciencias europeas y la fenomenología transcendental*. Barcelona: Crítica, 1991.
29. Husserl E. *Ideen zu einer reinen phänomenologie und phänomenologischen philosophie*. Husserliana Bd. III 1. Den Haag: Nijhoff, 1976.
30. Husserl E. *Investigaciones lógicas*. Vol 1. Madrid: Alianza, 1985.
31. Husserl E. *Investigaciones lógicas*. Vol. 2. Madrid: Alianza; 1985.
32. Kimura B. Zur phänomenologie der depersonalisation. *Der Nervenarzt* 1961;34(9):391-7.
33. Meyer JE. Studien zur depersonalisation. *Mschr Psychiat Neurol* 1956;132:221-32.
34. Meyer JE. Zur abgrenzung der depersonalisationserlebnisse von schizophrenen ichstörungen. *Mschr Psychiat Neurol* 1956;132:221.
35. Luque R. Modelos dimensionales del síntoma psiquiátrico. En: Baca E, Lázaro J, editores. *Hechos y valores en psiquiatría*. Triacastela: Madrid, 2003; p. 175-95.
36. Sierra M. Despersonalización: aspectos psicopatológicos. En: Luque R, Villagrán JM, editores. *Psicopatología descriptiva: nuevas tendencias*. Madrid: Trotta, 2000; p. 249-63.
37. Sierra M, Berrios GE. The phenomenological stability of depersonalization: comparing the old with the new. *J Nerv Ment Dis* 2001;189(9):629-36.
38. Sierra M, Berrios GE. Depersonalization: neurobiological perspectives. *Biol Psychiatry* 1998;44; p. 898-908.
39. Esquirol É. *Des maladies mentales considérées sur le rapport médical, hygiénique et médico-legal*. Paris: Baillière, 1838.
40. Baillarger J. *Recherches sur les maladies mentales*. Paris: Masson, 1890.
41. Álvarez JM. Las alucinaciones: historia y clínica. *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría* 2001;1(1):65-96
42. Séglas J. *Des troubles du langage chez les aliénés*. Paris: Rueff, 1892.
43. Berrios GE. A theory of hallucinations. *History of Psychiatry* 1990;1:145-50.
44. Tamburini A. A theory of hallucinations. *History of Psychiatry* 1990;1:151-6.
45. De Clérambault GG. *El automatismo mental*. Madrid: Dor, 1995.
46. Ey H, Bernard P, Brisset CH. *Tratado de psiquiatría*. Barcelona: Masson, 1998.
47. Fuentenebro F. Dr. Gaëtan de Clérambault: clínica clásica y mirada heterodoxa. I Congreso de la Sociedad de Historia y Filosofía de la Psiquiatría. Madrid: Extra Editorial, 1999.
48. Lanteri-Laura G. *Las alucinaciones*. México: Fondo de Cultura Económica, 1994.
49. Pick A. On the pathology of the consciousness of the self. A study of general psychopathology. *History of Psychiatry* 1996;7:324-32.
50. Bash KW. *Psicopatología general*. Madrid: Morata, 1965.
51. Scharfferter C, Brauchli B, Weber A. Ich-psychopathologie des schizophrenen syndroms. *Nervenarzt* 1982;53:262-7.
52. Scharfferter C. *Introducción a la psicopatología general*. Madrid: Morata, 1988.
53. Scharfferter C. Ich-psychopathologie des schizophrenen Syndroms. En: Janzarik W, editor. *Psychopathologische konzepte der gegenwart*. Enke: Stuttgart, 1982; p. 142-9.
54. Spitzer M. Ichstörungen: in search of a theory. En: Spitzer M, Uehlein FA, Oepen G, editores. *Psychopathology and philosophy*. Berlin Heidelberg, New York: Springer-Verlag, 1988; p. 166-79.
55. Schneider K. *Psicopatología clínica*. Madrid: Fundación Archivos de Neurobiología, 1997.
56. Schneider K. Notiz über Ichstörungen und Entfremdungen. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete* 1949;17(8):343-7.
57. Mayer-Gross W, Slater R, Roth M. Depersonalisation. En: Slater E, Roth M, editores. *Clinical psychiatry*. London: Baillière, Tindall and Cassell, 1969; p. 119-24.
58. Mayer-Gross W. On depersonalisation. *British Journal of Medical Psychology* 1935;15:103-22.
59. Kronfeld A. Über schizophrene Veränderungen des bewusstseins der aktivität. *Z ges Neurol Psychiat* 1922;74: 15-68.
60. Bleuler E. *Demencia precoz. El grupo de las esquizofrenias*. Buenos Aires: Lumen, 1993.
61. Bleuler E. *Tratado de psiquiatría*. Madrid: Espasa-Calpe, 1967.
62. Minkowski E. *La schizophrénie. Psychopathologie des schizoïdes et des schizophrènes*. Paris: Payot et Rivage, 1997.

63. Minkowski E. Contribution à l'étude de la pensée et de l'attitude autistes (Le rationalisme morbide). En: Minkowski E, editor. Au-delà du rationalisme morbide. Paris-Montréal: L'Harmattan, 1997; p. 21-33.
64. Ramos Gorostiza P, Villalba Yllán P. Autismo e intersubjetividad. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 1998;26(5):279-87.
65. Grühle H. *Psychologie der schizophrenie*. Berlín: Springer, 1929.
66. Rümke H. The nuclear symptoms of schizophrenia and the praecoxfeeling. *History of Psychiatry* 1990;1:331-41.
67. Parnas J, Bovet P. Autism in schizophrenia. Revisited. *Compr Psychiatry* 1991;32:7-21.
68. Parnas J, Bovet P, Zahavi D. Schizophrenic autism: clinical phenomenology and pathogenetic implications. *World Psychiatry* 2002;1(3):131-6.
69. Ramos Gorostiza P, Rejón Altable C. El esquema de lo concreto. Una introducción a la psicopatología. Madrid: Triacastela, 2002.
70. Ramos Gorostiza P, Rejón Altable C. Reflexión y reconstrucción del hecho psicopatológico, en hechos y valores en psiquiatría. En: Baca E, Lázaro J, editores. Madrid: Triacastela, 2003; p. 197-214.
71. Rejón Altable C. Teoría y práctica de la percepción delirante. *Archivos de Psiquiatría* 2002;65(3):195-212.