

VARIEDADES DE LA EXPERIENCIA DE SÍ MISMO: UNA FENOMENOLOGÍA COMPARATIVA DE LA MELANCOLÍA, LA MANÍA Y LA ESQUIZOFRENIA. PARTE I¹²

VARIETIES OF SELF EXPERIENCE: A COMPARATIVE PHENOMENOLOGY OF MELANCHOLIA, MANIA AND SCHIZOPHRENIA. PART I³

Louis A. Sass & Elizabeth Pienkos⁴

RESUMEN

Este trabajo ofrece un estudio crítico de algunos trastornos de la experiencia de sí mismo [*self experience*], sutiles y a menudo pasados por alto, que pueden encontrarse en la esquizofrenia, la melancolía y la manía. El objetivo es mejorar la comprensión de las similitudes y las diferencias entre estos desórdenes. Aquí presentamos estudios clásicos y contemporáneos, en su mayoría de la tradición fenomenológica, que ilustramos con reportes de pacientes. Se consideran cambios experienciales en cinco dominios del “sí mismo” [*selfhood*] (siguiendo a Parnas *et al.*, 2005): cognición, auto-conciencia, experiencias corporales, demarcación/transitivismo, y reorientación existencial. Vamos a discutir: I, las principales diferencias entre la esquizofrenia y los desórdenes afectivos que involucran la experiencia propia; II, experiencias en las cuales estas condiciones, a pesar de las diferencias principales, se parecen entre sí; y III, sugerencias sobre cómo estas experiencias pueden, sin embargo, diferenciarse en un plano fenomenológico más sutil. Mientras que los pacientes afectivos pueden pasar por cambios significativos en su experiencia propia, su sentido subyacente de una individualidad mínima o básica (“ipseidad”) se mantiene intacto. En la esquizofrenia hay un trastorno del *sí mismo* [*self*] básico, y esto nos puede ayudar a dar cuenta de muchos de los trastornos característicos de este desorden.

Palabras clave: experiencia de sí mismo; fenomenología; melancolía; manía; esquizofrenia

ABSTRACT

This paper provides a critical survey of some subtle and often overlooked disturbances of self experience that can occur in schizophrenia, melancholia, and mania. The goal is to better understand both similarities and differences between these conditions. We present classical and contemporary studies, mostly from the phenomenological tradition, and illustrate these with patient reports. Experiential changes in five domains of selfhood (following Parnas

1 Recibido: 21 de febrero de 2014. Aceptado: mayo 27 de 2014.

2 Agradecemos por sus valiosos comentarios sobre estos artículos a Matthew Ratcliffe y a varios participantes en el Workshop llevado a cabo en marzo de 2011 sobre “La fenomenología de la depresión” en Durham, Reino Unido, donde se presentaron inicialmente las versiones previas de estos artículos; y también a dos evaluadores anónimos.

3 Traducción de Melissa Dixon, estudiante de maestría en Filosofía, Universidad Nacional de Colombia.

4 Rutgers University, EU. Correo electrónico: lsass@rci.rutgers.edu

et al., 2005) are considered: Cognition, Self-awareness, Bodily experiences, Demarcation/transitivity, and Existential reorientation. We discuss: I, major differences involving self-experience between schizophrenia and affective disorders; II, experiences in which these conditions nevertheless resemble each other; III, suggestions on how these experiences may still differ on a more subtle, phenomenological plane. While affective patients may undergo significant changes in self experience, their underlying sense of basic or minimal selfhood (“ipseity”) remains intact. In schizophrenia, basic self is disturbed, and this may help to account for many characteristic disturbances of this disorder.

Key words: self experience; phenomenology; melancholia; mania; schizophrenia

1. INTRODUCCIÓN

La diferencia entre los tipos de desorden afectivo y esquizofrénico es uno de los temas clásicos en la psicopatología. Ludwig Binswanger incluso lo ha llamado “el problema central de la psiquiatría clínica” (Tatossian, 1997). En un pasaje famoso, Karl Jaspers (1946/1963) describe la “más profunda diferencia en la vida psíquica [como] aquella entre lo que es significativo y *permite empatía*” y lo que “en su modo particular es *incomprensible*, ‘loco’ en un sentido literal, la vida psíquica esquizofrénica” (577). Esto, desde su perspectiva, distingue los desórdenes afectivos, los cuales “podemos comprender de forma suficientemente vívida como una exageración o disminución de un fenómeno conocido,” como, por ejemplo, emociones intensas, del supuestamente más incomprensible desorden esquizofrénico. Pero Jaspers también reconoció que esta distinción, aunque fundamental, era extremadamente difícil de conceptualizar: él habla de “una diferencia básica... que incluso hoy no podemos formular clara y precisamente” (578). El presente artículo (junto con su continuación) es un intento de explorar esta distinción desde un punto de vista fenomenológico, y esto consiste en examinar las diferencias y las similitudes en las experiencias subjetivas características de estos dos grupos principales de la psicopatología.

A pesar de un importante trabajo (e.g., Minkowski, 1933/1970; Tellenbach, 1980; Kraus, 1991; Tatossian, 1997; Fuchs, 2001; Stanghellini, 2004; Fuchs, 2005), las condiciones afectivas han sido relativamente descuidadas en la psicopatología fenomenológica. Se le ha prestado mucha menos atención a la vida subjetiva en los desórdenes afectivos, que al espectro de la esquizofrenia. Han sido más comunes los estudios empíricos que indagan sobre síntomas y signos que puedan ser observados u operacionalizados objetivamente. Mientras que tales estudios se benefician de su habilidad para comparar dimensiones mesurables objetivamente, usualmente descuidan las experiencias subjetivas,

y por tanto pueden fallar en reconocer algunos de los cambios sutiles que los pacientes experimentan. En este ensayo nosotros queremos ofrecer un énfasis equitativo sobre la subjetividad tanto en las condiciones afectivas como en la esquizofrenia, mientras que sirven de contraste entre sí. Uno de nuestros propósitos es ofrecer un mapa o sinopsis preliminar de las características clave de la experiencia subjetiva en las formas psicóticas del desorden afectivo, especialmente la melancolía pero también la manía –algo que no está disponible en la literatura psicopatológica reciente.

Nuestra tentativa es exploratoria. Ofrecemos un estudio crítico de lo que se ha dicho en la tradición fenomenológica sobre la vida subjetiva en estos desórdenes, observando tanto los contrastes como las afinidades entre ellos. Presentamos, siempre que sea posible, reportes de pacientes que ilustran las afirmaciones teóricas relevantes o que sugieren sus limitaciones (en su mayoría provienen de la literatura publicada, y en algunos casos de nuestros propios pacientes o informantes). Estamos, por supuesto, interesados en las diferencias fundamentales que distinguen la fenomenología afectiva típica (melancólica o maniática) de lo que se encuentra en la esquizofrenia. Estas diferencias pueden ser profundas y llamativas. Son, sin embargo, ya bien conocidas y por eso prestamos especial atención a dominios fenomenológicos en los cuales las experiencias características puedan parecer más bien similares, y en donde la diferencia pueda ser difícil de establecerse. Creemos que es especialmente importante estudiar estos casos difíciles, puesto que podrían ser una ayuda para el diagnóstico diferencial, y para fomentar nuestra comprensión teórica de ambas condiciones psicopatológicas; al sondear estas afinidades, las distinciones sutiles pueden volverse más evidentes.

Para estudiar el paisaje interno de estos desórdenes, es necesario dividirlo en dominios separados, incluso si reconocemos que estos dominios probablemente son interdependientes y están traslapados de diversas maneras. En este primer artículo, “*Variedades de la experiencia de sí mismo*” vamos a tomar prestado un mapa de estos dominios ofrecido a partir de una herramienta de investigación recientemente desarrollada en la psicopatología fenomenológica: el Estudio de la Experiencia Propia Anómala o EASE (por sus siglas en inglés) (Parnas *et al.*, 2005). El EASE diferencia cinco dominios experienciales de la experiencia propia: *Cognición y flujo de conciencia*, *Auto-conciencia y presencia*, *Experiencias corporales*, *Demarcación/transitivismo*, y *Reorientación existencial*.

El EASE fue desarrollado como una técnica para llevar a cabo entrevistas exhaustivas y cualitativas con sujetos vivos; se dirige especialmente hacia las experiencias que, se cree, son altamente características de las enfermedades del espectro esquizofrénico. Las investigaciones realizadas con el EASE y con

herramientas similares ha mostrado que las perturbaciones del yo, como ahí están definidas, son de hecho más comunes en los desórdenes del espectro esquizofrénico que en los desórdenes de depresivos o bipolares (Parnas y et al., 2003; Handest & Parnas, 2005; Raballo, Saebye & Parnas, 2011). El EASE puede, sin embargo, ser visto como una demarcación excepcionalmente clara y detallada de los principales dominios de la psicopatología desde un punto de vista fenomenológico. Sus ítems específicos proporcionan un excelente grupo de definiciones y de ejemplos esquizofrénicos o de tipo esquizoide claves, los cuales se pueden comparar con reportes experienciales de desórdenes afectivos. Mientras que el EASE se enfoca en fenómenos sub-psicóticos, aquí estamos interesados tanto en las experiencias sub-psicóticas como en las psicóticas, asociadas con la melancolía, la manía, y la esquizofrenia. Aunque nuestra discusión sigue el mapa general del EASE, no está restringida a los sub-ítems particulares incluidos en el EASE, los cuales están dirigidos primariamente hacia la experiencia del yo en el espectro esquizofrénico. Aquí optamos por un acercamiento más amplio a la posibilidad de encontrar anomalías en cada uno de estos dominios de la experiencia de sí mismo, de manera tal que se puedan incluir anomalías en las enfermedades afectivas, que posiblemente no se encuentren en casos de esquizofrenia.

El EASE se enfoca en las anomalías de las perturbaciones del yo (o del sentido de sí mismo). En otro artículo, complementamos estos cinco dominios con otros tres, que apuntan hacia anomalías no de la experiencia de sí mismo sino de la experiencia del mundo: *Objetos y espacio*, *Eventos y tiempo*, y *Aspectos de la atmósfera general*⁵. Lo que buscamos es ofrecer tres perspectivas en estos artículos: I, una revisión de algunas de las diferencias principales en la experiencia anómala de sí mismo entre las condiciones afectivas y las esquizofrénicas; II, una consideración de ciertas experiencias en las que ambas condiciones pueden aún parecerse entre sí, cosa que arriesga la claridad de la distinción entre estos dominios; y III, plantear unas sugerencias, algunas muy especulativas, sobre cómo estos fenómenos aparentemente similares son, sin embargo, diferentes, y cómo tal vez sean diferenciables en los escenarios clínicos e investigativos. Como ya lo hemos notado, la comprensión psiquiátrica de la distinción entre lo afectivo y lo esquizofrénico está caracterizada por numerosas ambigüedades y vacilaciones. Aquí sugerimos que hay varias explicaciones para ello. Una de las razones es que los desórdenes afectivos (contrario a lo que sostiene Jaspers) no siempre se pueden comprender como una “exageración o disminución de

5 Un estudio completo de importantes perturbaciones-sobre-el-mundo en la psicopatología tendría que abordar algunos dominios adicionales, incluyendo la experiencia de otros seres humanos (personas) y del lenguaje. Por razones de extensión, nos ocupamos de estas últimas cuestiones en otros dos artículos, ahora en preparación.

algún fenómeno conocido” de la vida emocional. Esto es particularmente evidente en estados severos de depresión psicótica (melancolía), en los que el paciente parece cruzar más allá de cualquier estado emocional o afectivo reconocible hasta lo que puede llegar a parecer una condición absolutamente remota y como vacía. La manía, en su extremo, puede traer consigo formas de desorden cognitivo o comportamental y desórdenes del yo que pueden estar fuertemente en desacuerdo con las experiencias maníacas clásicas de aumento de vigor, euforia, y fuga de ideas. Distinguir estas experiencias de la despersonalización, la desrealización, la desorganización y la auto-alienación esquizofrénica puede plantear un reto especial para la investigación fenomenológica. Pero puede, sin embargo, ayudar a nuestra comprensión de estas dos condiciones.

2. CONTROVERSIAS EN EL DIAGNÓSTICO Y OTROS FACTORES DE LA COMPLICACIÓN

La entrevista del EASE, como gran parte de la psiquiatría fenomenológica, tiene como objetivo revelar un *generador de problemas* subyacente, una matriz o estructura organizacional de la experiencia; como tal, se enfoca en las sutiles mutaciones de la experiencia que pueden o no estar directamente reflejadas en síntomas como alucinaciones o delirios. Hay, por supuesto, controversia con respecto a la existencia de estas matrices de la experiencia. Actualmente es común cuestionar la validez de la distinción psiquiátrica tradicional entre esquizofrenia y los desórdenes afectivos (Allerdyce *et al.*, 2007; van Os, 2012). Algunas investigaciones empíricas contemporáneas sugieren que muchos de los síntomas, o incluso grupos de síntomas, son insuficientes para distinguir entre estos trastornos (e.g., Taylor, 1992; Kendell and Jablensky, 2003; Dutta *et al.*, 2007; van Os, 2009).⁶ Esto no es propiamente un problema nuevo: tanto la ubicación como la misma existencia de la delimitación entre estos desórdenes han sido disputadas por más de cien años. Sin embargo, la distinción básica de Kraepelin (1913) –ya sea tomada como una dicotomía o como un continuo entre tipos esquizofrénicos y afectivos– sigue siendo el punto de vista dominante en la psicología y la psiquiatría contemporáneas. Es significativo tener en cuenta la apreciación de Karl Jaspers (1946/1963) sobre este largo debate: “por muchos años la frontera entre la locura maniaco-depresiva y la

⁶ Estudios recientes que emplean métodos fenomenológicos han sido capaces, sin embargo, de distinguir los trastornos del espectro esquizofrénico del trastorno bipolar (Parnas *et al.*, 2003; Haug *et al.*, en prensa) y han sido capaces de predecir la transición a la psicosis esquizofrénica en poblaciones de riesgo muy alto (Nelson, Thompson y Yung, en prensa).

demencia precoz [el término que antes se utilizaba para la esquizofrenia] ha vacilado considerablemente en una especie de movimiento pendular sin que nada nuevo emerja de ello” (567). Jaspers reconoció la dificultad de delimitar con precisión la frontera entre estas condiciones; también reconoció la imposibilidad de decidirse por un diagnóstico en ciertos casos. Pero él nunca dudó de que hay algo válido en esta distinción, algo a lo que siempre parece que regresamos, diciéndonos que “debe haber algún núcleo de verdad duradera que no está presente en agrupaciones pasadas” (568).

Este ensayo contribuye a este debate al explorar la posibilidad de que haya, en efecto, diferencias subyacentes que requieren de formas de exploración más detalladas y sensibles. En este sentido, la misma idea de la existencia de tal distinción opera como una hipótesis de trabajo, una hipótesis que, no obstante, es altamente congruente con los puntos de vista tradicionales en la psicopatología del último siglo (Bleuler, 1911; Kraepelin, 1913; Minkowski, 1927; Jaspers, 1946/1963). Incluso si es el caso que procesos patogénicos clave sean compartidos a través de estos desórdenes (por ejemplo, la desregulación prominente, (van Os, 2009; van Os, 2012)), puede ser cierto que las consecuencias de estos procesos se moldean de formas diferentes de acuerdo a distintas orientaciones experienciales subyacentes o distintos *generadores de problemas*.

En este artículo no buscamos determinar si estas categorías deben o no ser mantenidas —este es evidentemente un problema que puede ser debatido en una variedad de campos diferentes. Más bien, lo que buscamos es explorar si ciertos tipos de experiencia se pueden asociar de forma fiable con cada uno de estos desórdenes, tal y como se definen tradicionalmente. Reconocemos que cierto sesgo con respecto a la confirmación nos puede predisponer a encontrar diferencias. Este y el artículo que le sigue son, en todo caso, exploratorios, destinados a proveer hipótesis para una futura confirmación o rechazo. Las sutiles diferencias que exploramos aquí conciernen a niveles de experiencia que no se abordan en la literatura fundamental de estas entidades diagnósticas. Las investigaciones futuras tal vez tengan que tener esto en cuenta.

No sostenemos, por supuesto, que las experiencias particulares en estos diferentes desórdenes puedan *siempre* ser distinguidas en términos fenomenológicos. Un problema importante, de hecho, es si la distinción entre esquizofrenia y psicosis afectiva es tajante o cualitativa, o si hay un continuo, y si la psicosis “esquizoafectiva” es una categoría legítima (Tsuang & Simpson, 1984; Dutta et al., 2007). Aquí no tomamos una postura con respecto a estas cuestiones. Hemos tratado, sin embargo, de enfocarnos en ejemplos claros de la clase de psicosis que consideramos, y hasta donde ha sido posible, hemos evitado usar ejemplos o análisis sobre casos intermedios.

Una de las limitaciones de nuestro estudio, como en cualquier investigación fenomenológica, es que debemos confiar en gran medida en los pacientes que pueden describir su experiencia; esto puede implicar una selección sesgada a favor de pacientes que podrían no ser prototípicos de la totalidad del grupo diagnóstico en cuestión. Aunque este problema debe ser tenido en cuenta, también debemos reconocer que esta es una característica necesaria del trabajo fenomenológico, y que solo se puede evitar corriendo el riesgo de ignorar las características sutiles de la subjetividad del paciente.

Debemos recordar, también, que las formas manifiestas de psicopatologías son por lo general el producto de numerosos factores y procesos en conjunto —no solo de un núcleo inherente psicopatológico (si tal cosa existiera), sino también de varias *sequelae*, incluyendo reacciones consecuentes y compensatorias. Consideremos, por ejemplo, cómo la depresión en la esquizofrenia puede ser muy común, y muy variada en sus manifestaciones: aunque la depresión en un paciente esquizofrénico puede a veces tener una cualidad más bien diferente que la depresión en un paciente puramente afectivo, en otras instancias puede ser prácticamente igual (por ejemplo, la depresión secundaria que surge por el aislamiento y por los problemas en el diario vivir). La paranoia es común en la esquizofrenia, la melancolía y la manía, así como son comunes ciertas formas de despersonalización en la esquizofrenia y en la melancolía. En efecto, tales reacciones defensivas son procesos universales o cuasi-universales, parte de la condición humana general. Y sin embargo, también es cierto que la *escogencia* de estos mecanismos, así como la forma en que se *conjugan* en los casos particulares, pueden reflejar algo más profundo o distintivo acerca del individuo o del desorden en cuestión.

Todo esto está relacionado con los problemas de superposición de la comorbilidad y de la complejidad interna. Notamos, por ejemplo, que algunos pacientes con formas *paranoides* de esquizofrenia pueden carecer de las formas más extremas de perturbaciones del *sí mismo* y de transformaciones del mundo que se encuentran en los casos de esquizofrenia desorganizada. La melancolía de pacientes con fases maniacas o hipomaniacas puede diferir de la melancolía de pacientes que carecen de estas fases. Pacientes esquizofrénicos con síntomas positivos predominantes en comparación con los síntomas negativos y desorganizados obviamente difieren entre sí de varias formas. También hay diferencias significativas entre pacientes con reacciones afectivas (maniacas o melancólicas) que tiene predisposición a la psicosis en comparación con los pacientes que no tienen esta predisposición.

Sería imposible tener completamente en cuenta todas estas potenciales sutilezas y distinciones en un pequeño estudio y reporte como este. El juego entre

similitudes y diferencias es de naturaleza prácticamente caleidoscópica; resultaría en una parálisis cognitiva. Aunque no ignoramos todas estas matices, aquí optamos por una especie de análisis (weberiano) de tipo ideal. Como lo notó Max Weber (1904/1949) con respecto a nociones como “carisma” y “capitalismo,” tales fenómenos nunca existen como entidades “puras” en el mundo real, y sin embargo es esencial que empleemos tales abstracciones cuando analizamos la realidad empírica. Este análisis de tipo ideal enfatiza las características que son “típicas” del fenómeno de estudio, pero sin que se apliquen igualmente bien, o de la misma manera, a todas las instancias del tipo. No pretendemos asegurar que todas las distinciones que sugerimos aquí van a sostenerse invariablemente, en un sentido estrictamente patognomónico, ni que la característica vaya a estar *constantemente* presente en ningún paciente particular. Aquí tenemos un objetivo más modesto –y más realista–, discernir características de la melancolía, la manía o la esquizofrenia que sean sumamente *distintivas* del desorden en cuestión⁷.

En este ensayo nos hemos enfocado específicamente en las experiencias de la “melancolía” y la “manía.” La “melancolía,” un término empleado desde la época clásica (Radden, 2009), ha sido utilizado recientemente para especificar la depresión severa, endógena, o psicótica (Sierra, 2009). El DSM-IV-TR (2000) usa el marcador “con rasgos melancólicos” como un indicador para describir un Episodio de Depresión Mayor que es más severo y cualitativamente distinto: un episodio con “una ausencia casi total de la capacidad para sentir placer, y no solo una disminución de tal capacidad” y con una “distintiva cualidad del estado de ánimo ... cualitativamente diferente de la tristeza experimentada durante un duelo o durante un episodio de depresión no melancólica” (419). Nuestro uso de “melancolía” refleja la severidad de la perturbación y la probabilidad de que ella genere notables anomalías experienciales. Usamos “manía” para referirnos a experiencias particulares que pueden ocurrir en alguien diagnosticado con Desorden Bipolar. Aquí, sin embargo, estamos interesados específicamente en las experiencias maníacas mismas, más que en la entidad diagnóstica como un todo.

Una famosa frase del psiquiatra Harry S. Sullivan declara que las personas con esquizofrenia, como todas las personas, “son, sencillamente, mucho más humanas que cualquier otra cosa” (1953). Esto nos recuerda que la estructura y la patogénesis de la esquizofrenia, como cualquier forma de psicopatología, involucra algún mecanismo psicológico que encontramos en otras partes también –por ejemplo, en la psicosis afectiva, en el trastorno de despersonal-

7 Sobre la noción de “tipo ideal” en psiquiatría, ver Wiggins y Schwartz (1991).

zación, etc. Pero esto no significa que no haya, también, “otra cosa,” utilizando los términos de Sullivan. Nosotros creemos que el método comparativo fenomenológico es una herramienta indispensable para aislar este núcleo que, si bien no explica la *totalidad* de la patología esquizofrénica, puede contribuir para darle a la esquizofrenia una esencia única, tipo *Gestalt*. Y tal vez pueda contribuir de forma similar en los casos de melancolía y manía. Vale la pena notar que sí parece haber algo más particular o al menos una “otra cosa” en la esquizofrenia: mientras que la mayoría de los fenómenos encontrados en la melancolía y la manía pueden ocurrir en pacientes con esquizofrenia, aunque de forma menos prominente, sí parece haber ciertas características, a menudo con una cualidad bizarra o misteriosa, que parece ser distintiva de la esquizofrenia en particular (Rümke & Neeleman, 1942/1990; Jaspers, 1946/1963; Mellor, 1970).

Como ya lo hemos advertido, nuestro estudio es exploratorio, un ejercicio en la generación de hipótesis para investigaciones futuras. Tiene varias debilidades que son quizá inevitables en este tipo de proyectos. Aunque algunas de nuestras generalizaciones están corroboradas por investigaciones empíricas controladas (por ejemplo, por las entrevistas del EASE que comparan pacientes esquizofrénicos con pacientes afectivos), muchas se sustentan solo con reportes anecdóticos y fundamentos teóricos. Estas necesitarían ser examinadas de varias maneras, no solo con entrevistas cualitativas exhaustivas realizadas a pacientes cuidadosamente diagnosticados, sino también a través de varias formas de investigación experimental. Somos conscientes de la dificultad inherente en la operacionalización de algunas de nuestras afirmaciones más especulativas, las cuales pueden referir a características más sutiles de la experiencia que no podrían ser descritas espontánea o fácilmente por individuos que no estén entrenados en fenomenología, y que pueden, en algunas instancias, estar al borde de lo inefable. Creemos, a pesar de todo, que una restricción de tipo empirista de la especulación teórica no sería apropiada en este nivel de investigación, cuando es difícil saber qué puede y qué no puede ser operacionalizado. Tal vez la lección más importante de la filosofía moderna de la ciencia, desde el rechazo del programa lógico-positivista, es la complejidad de la relación entre la teoría y la observación. Un estudio que es sumamente teórico, especulativo, orientado hacia lo clínico, y anecdótico –como el nuestro– ciertamente no se opone a un estudio empírico; debería jugar un papel en la formulación de sus hipótesis y métodos particulares. Porque lo sabemos desde Kant, la experiencia sin teoría es ciega, así como la teoría sin experiencia es solo un juego intelectual⁸.

8 La famosa frase de Kant de la *Crítica de la razón pura* (1855), “Los pensamientos sin contenido son vacíos, las

3. COGNICIÓN Y FLUJO DE CONCIENCIA (EASE DOMINIO 1)

Comenzamos con el primer dominio del EASE (Examen de la Experiencia Propia Anómala; Parnas et al., 2005), que contiene experiencias anómalas de la *Cognición y del flujo de conciencia*. Las instancias de este dominio – que se cree son características de los desórdenes de espectro esquizofrénico en particular– por lo general involucran perturbaciones en el proceso normal de pensar o en procesos similares como la memoria, la atención y el lenguaje.

I. El trastorno del pensamiento ha sido tradicionalmente asociado con la esquizofrenia, y comúnmente se cree que sirve para distinguir la esquizofrenia de las perturbaciones afectivas o emocionales características de los trastornos del estado de ánimo. El llamado trastorno formal del pensamiento se manifiesta ampliamente en la emisión verbal, pero puede claramente sugerir anomalías cognitivas y experienciales también. Los síntomas de primer rango de Schneider sobre la esquizofrenia especifican varias formas de experiencias de trastornos del pensamiento que son de naturaleza explícitamente subjetiva, incluyendo pensamientos audibles, extracción de pensamientos, y difusión de pensamientos (Schneider, 1959). Estos trastornos parecen contrastar fuertemente con los trastornos cognitivos que son comunes en los desórdenes afectivos, a saber, lentitud del pensamiento en la depresión y aceleración del pensamiento en la manía. Si bien los pacientes con esquizofrenia también pueden experimentar un cambio en la velocidad o la cantidad de sus pensamientos, lo que es más distintivo en ellos es el cambio *cualitativo* tal y como se describe en los ítems *Pérdida de la ipseidad del pensamiento y Espacialización de la experiencia* del EASE.

II. Sin embargo, en casos más severos de trastornos afectivos, algunas de estas distinciones pueden no ser tan claras. De hecho, el trastorno formal del pensamiento se ha señalado en pacientes maníacos, tanto psicóticos como no psicóticos. Un estudio realizado por Holzman *et al.* (1986) que emplea el *Índice de trastorno de pensamiento* de Rorschach, examinó pacientes con manía, con trastornos esquizoafectivos, y esquizofrenia, y notó altos niveles de trastornos del pensamiento en todos los grupos, incluidos pacientes no-psicóticos con manía. Los factores comunes entre los variados diagnósticos incluyen vaguedad, pérdida de estabilidad, distanciamiento inapropiado, e ideas incongruentes. Tales características hacen eco a la temprana descripción de Binswanger (1964) del pensamiento maniaco, en la que él notó que el “vuelo de ideas” maniaco involucraba no solo un simple incremento en la

intuiciones sin conceptos son ciegas” (A51, B75), ha sido glosada anteriormente casi como paráfrasis en los *Sistemas Generales* (1962).

cantidad y la velocidad del pensamiento, sino que también era frecuentemente desordenado y confuso, saltando de una idea a la siguiente casi sin estar dirigido por una meta y casi sin respeto por la reglas de la gramática o la lógica. El DSM-IV-TR (2000) describe el pensamiento maniaco como “ver dos o tres programas de televisión simultáneamente. Frecuentemente se evidencia un vuelo de ideas por el continuo flujo de un discurso acelerado, que abruptamente cambia de un pensamiento a otro” (358). Este modo de pensar tiene una similitud con la descripción de la *Presión del pensamiento* que encontramos en el EASE, el cual describe pensamientos que surgen “en secuencias rápidas” y que “carece ... de un tema común y por tanto ... de coherencia o significado para el cliente” (240).

Esta forma de pensamiento trastornado está ilustrada en la siguiente declaración de un paciente con manía: “Puedo escribir arriba o abajo. Puedo llamar a la gente feliz o a la gente triste. Tengo una iglesia en la Avenida Madison, y otra en el centro. Uno no va por ahí perturbando a las iglesias. No, yo no estaba dormido. Yo solo estaba desaparecido” (Akiskal & Puzantian, 1979). Estas declaraciones parecen demostrar la carencia de un significado o tema común, similar a aquello que puede caracterizar el pensamiento esquizofrénico.

En un estudio, Silber *et al.* (1980) observaron varias características de sus pacientes depresivos que tenían cosas en común con las perturbaciones del pensamiento en la esquizofrenia: 1, “rigidez cognitiva” y “preocupación por ciertos pensamientos repetitivos,” similar a el ítem *Cavilaciones/obsesiones* del EASE; 2, una pobreza del discurso que se parece a las *Perurbaciones atencionales* (también un ítem del EASE), tal como un paciente que aseguró que “yo no podía seguir una conversación, no podía pretender estar interesado. No había el hablar con nadie” (Smith, 1999). Sarah Kane, una dramaturga británica que sufre de depresión severa y psicótica, describió sus experiencias en la obra *4.48 Psicosis* (publicada póstumamente, después de su suicidio a los 28 años). Su declaración “observen el Eunuco / el del pensamiento castrado” (2001) sugiere un sentimiento similar de la inadecuación de su pensamiento.

Además, Piguet *et al.* (2010) notaron que, en contraste con la noción típica de un pensamiento lento y disminuido en la melancolía, muchos pacientes depresivos de hecho experimentan un incremento en el número de pensamientos. Estos son experimentados como si coexistieran simultáneamente en una inundación continua y desagradable, en la que los pensamientos anteriores permanecen en la mente en lugar de ser remplazados por los siguientes –algo que se denomina “pensamiento tumultuoso.” Un paciente lo describió como si “todos los problemas del universo llegaran hacinados a mi mente,” (192). Este “pensamiento tumultuoso” puede que no se diferencie fácilmente

de la “presión del pensamiento” en la esquizofrenia, en la que “muchos pensamientos (o imágenes) con contenidos significativos diferentes, sin relación alguna o remotamente relacionados... aparecen y desaparecen o ... parecen ocurrir al mismo tiempo (simultáneamente) para el paciente” (Parnas et al., 2005). Esta similitud entre el pensamiento tumultuoso y la presión del pensamiento la resalta Les Murray (2009) en su libro *Matando al perro negro* cuando da cuenta de la depresión de la siguiente manera: “ahora mi mente se tornaba congestionada, atascada de ideas que no podía formular claramente ni con suficiente agilidad, así que se tropezaban unas sobre otras y me hacían incoherente” (3).

La siguiente cita de la agotadora descripción de la depresión psicótica que hace Sarah Kane sugiere otra manera en que el pensamiento depresivo puede volverse extraño e incluso objetivado:

Una conciencia consolidada reside en una oscura sala de banquetes cerca al techo de una mente cuyo suelo se mueve como diez mil cucarachas cuando un rayo de luz entra mientras todos los pensamientos se unen en un instante de cuerpo de acuerdo que ya no es expelente mientras que las cucarachas abarcan una verdad que nadie nunca pronuncia.” (205)

Este tipo de declaraciones sugieren un sentimiento de alineación de los pensamientos propios, hasta tal punto que pueden parecer pavorosos, como cosas, y como si estuvieran fuera del propio control. Esto parece similar al ítem “*Espacialización de la experiencia*” del EASE, en el que “los pensamientos, los sentimientos u otras experiencias o procesos mentales son ... descritos en términos espacializados (por ejemplo, locación, relación espacial o movimiento)” (242).

Más aún, a menudo se ha afirmado que los síntomas de primer rango (FRSs, por sus siglas en inglés) –los cuales involucran anomalías severas del sentido de posesión o control sobre la experiencia o el comportamiento propios, o de la separación entre uno y otras mentes– son patognomónicos de la esquizofrenia. Pero esta afirmación también ha tenido que enfrentar que experiencias similares se pueden encontrar (aunque tal vez menos frecuentemente) en la psicosis afectiva o PTSD (Hoening, 1984) (Taylor & Abrams, 1973; Abrams, Taylor & Gaztanaga, 1974; Carpenter & Strauss, 1974; Abrams & Taylor, 1981).

Sin embargo, una revisión del concepto de síntomas de primer rango realizado por Koehler (1979) proporciona una manera de, nuevamente, diferenciar síntomas esquizofrénicos de síntomas afectivos severos. Él sugiere que muchas de las ya mencionadas coincidencias entre estos síntomas pueden surgir de ambigüedades en las definiciones de los síntomas de primer rango. De

acuerdo con algunos expertos, solo los síntomas que se han definido más estrechamente son específicos de la esquizofrenia y no se ven en la psicosis afectiva. Por tanto para Taylor y Heiser (1971), Mellor (1970), y Wing *et al.* (1974), debemos distinguir entre “experiencias *influenciadas*” en las que el paciente experiencia sus *propios* pensamientos o sentimientos como impuestos sobre él mismo por alguna agencia externa, versus las experiencias *alienadas* más distintivas, en las que pensamientos o sentimientos que no eran propios de alguna manera vienen de, o pertenecen a, una fuerza externa. En esta misma dirección, es también interesante la siguiente observación: mientras que la difusión del pensamiento (el sentimiento de que mis pensamientos se están saliendo de mi cabeza) se encuentra tanto en la psicosis como en la esquizofrenia, la difusión del pensamiento (el sentimiento de que otros están participando en mis pensamientos) es particular de la esquizofrenia (Fish, en Wing *et al.*, 1974; Hamilton, 1984).

Tal perspectiva es consistente con la de Alfred Graus (1991), quien declara que, aunque el sentido-del-yo puede estar debilitado en la melancolía, esos pacientes no experimentan la franca pérdida del sentido de propiedad (*Meinhaftigkeit*) que sí ocurre en la esquizofrenia (73). Parece que formas extremas de melancolía, y tal vez también de manía, pueden involucrar varias formas de alienación de los pensamientos y de los sentimientos, pero no la pérdida extrema del yo mínimo [*minimal self*], de existir como un punto de vista subjetivo distinto. En contraste, esta perturbación de la dimensión básica o mínima del “sí-mismo” [*selfhood*], o ipseidad, parece ser un aspecto clave de una experiencia perturbada de los pensamientos y de la cognición para muchos pacientes esquizofrénicos. Instancias claras de lo que el EASE llama “pérdida de la ipseidad del pensamiento” (240) –en la que el paciente siente que “ciertos pensamientos carecen de la etiqueta que los designa como ‘míos’”– son muy extrañas, o bien son completamente ausentes, por fuera del espectro esquizofrénico. Incluso la cita antes mencionada de Sarah Kane (“una conciencia consolidada ... cerca al techo de una mente”) parece carecer del grado extremo de cosificación y de pérdida del sentido de propiedad que puede describirse en la espacialización de la experiencia en la esquizofrenia.

Lo anterior puede estar relacionado con una distinción en el tipo de confusión que se siente en la esquizofrenia versus la manía. El paciente maniático que rápidamente cambia su atención en el vuelo-de-ideas es una forma de distracción –una inhabilidad para ignorar estímulos del medio que pueden despertar un interés enérgico pero efímero en el paciente, pero que, en un individuo normal, permanecerían al margen de la conciencia, fuera del foco de la atención. La distintiva “perplejidad” esquizofrénica (*Ratlosigkeit*, como era llamada por la psicopatología alemana clásica, es un término que signifi-

fica impotencia, no saber qué hacer, estar en una pérdida) parece menos una cuestión de estar distraído por lo que ocurre en el mundo externo, que una carencia del centro orientador o del núcleo vital, una carencia del sentido de relevancia (el sentido de tener un campo temático en absoluto) que requiere una perspectiva organizadora motivante (Sass, 2004).

Podríamos decir que todo se reduce a una cuestión sobre la relevancia, o más bien, de *cómo* las cosas resultan relevantes. Mientras que para el individuo maniaco, con su reactividad emocional intensificada, hay demasiadas cosas relevantes y que cobran importancia demasiado rápida y fugazmente, para el individuo esquizofrénico es más bien como si nada pueda importar, o al menos importar de forma normal. Esto puede estar relacionado con cierto aplanamiento emocional que puede ocurrir en la esquizofrenia. Después de todo, las cosas tienen una importancia *para* alguien y *dentro* de un punto de vista distintivo, y la pérdida subjetiva de la afección propia (del *yo* básico o mínimo), que está normalmente ligada a la emoción y que fundamenta el sentido propio de tener un proyecto que nos orienta, tiende a socavar la orientación hacia el mundo externo.

Esto no es un oscurecimiento, sino una transformación cualitativa de la vida subjetiva. Sophie, una mujer joven con esquizofrenia, nos reportó que en la esquizofrenia un objeto particular puede llamar la atención precisamente por lo que se experimenta como su extrañeza o su falta de familiaridad, o, alternativamente, podría haber un “sentido global de que todo es extraño y desconocido/inefablemente ‘anormal’... [dando como resultado] una inhabilidad para atender a nada en particular [y una tendencia] a pasar de objeto a objeto, sin saber por qué todos son tan inquietantes.” En cualquiera de los casos el objeto o los objetos-en-general parecen haber perdido sus cualidades potenciales (*affordances*) normales, que generalmente se correlacionan con reacciones emocionales normales y preocupaciones prácticas, y en cambio surgen como objetos de un desconcertante escrutinio fascinante o desinteresado.

Distinguir la perplejidad esquizofrénica de la confusión *melancólica* es un tanto más difícil, sin embargo. En la melancolía nos encontramos con, si no una *pérdida* del *yo* mínimo, al menos sí una recesión de su dinamismo vital y de sus apetitos orientadores –lo cual, obviamente, disminuye la significación que se pueda sentir que las cosas tienen en la vida subjetiva, a menudo resultando en un sentimiento general de confusión. Por ejemplo, un paciente melancólico comentó “veía sus labios moverse, pero sus palabras estaban perdidas en mi ... Alguna otra voz tenía mi oreja, y mi mente era un enredo, una mezcla de confusión y abrumación” (Smith, 1999). Les Murray (2009), quien sufre de depresión, describe su mente como si estuviera “hirviendo con una confusión

de cosas que no merecen ser llamadas pensamientos o imágenes: era más como un quelpo mental despedazado, marinado en dolor puro” (7). “No puedo tomar decisiones... no puedo pensar,” escribe Sarah Kane (2006), y después, “lengua afuera/ pensamiento estancado/ las partes desaliñadas de mi mente” (225). La experiencia subjetiva de la inadecuación depresiva y de la perplejidad esquizofrénica pueden, en efecto, estar muy cerca, al menos en algunas instancias. Dadas las limitaciones y la vaguedad general de muchos de los reportes verbales, debemos esperar encontrar muchas descripciones indistinguibles.

Creemos, no obstante, que hay algunas diferencias sutiles pero profundas; y que en la depresión la experiencia va a estar más ligada a cuestiones de vitalidad y fatiga, mientras que en la esquizofrenia hay una perturbación incluso más fundamental de la ipseidad o yo mínimo, manifiesta tanto como una exacerbación de la hiperreflexividad (formas exageradas y disfuncionales de la conciencia propia) y como un quebrantamiento de la afección propia básica (del sentido de pertenencia o de la primera persona) (Sass & Parnas, 2003; Sass & Parnas, 2007). Consideremos la siguiente cita de Antonin Artaud, quien sufría de esquizofrenia, en la cual describe su propia experiencia sobre la confusión mental y los bloqueos mentales similares:

El pensamiento, la expresión cesa porque el flujo es demasiado violento, porque el cerebro quiere decir demasiadas cosas que piensa al mismo tiempo, diez pensamientos en lugar de uno corren hacia la salida, el cerebro ve todo el pensamiento en una instancia con todas sus circunstancias, y también ve todos los puntos de vista que podría tomar y todas las formas en las que las podría invertir, una vasta yuxtaposición de conceptos, cada uno de los cuales parece más necesario y más dudoso que los otros, y todas las complejidades de la sintaxis nunca serían suficientes para expresarlos y exponerlos” (Sass, 2003).

Este tipo de hiperreflexividad, en la que la continua vida mental viene a ser objetivada y tomada como una cosa, puede estar manifestada como la “espacialización de la experiencia” descrita anteriormente. Los pacientes esquizofrénicos han realizado descripciones de esto de varias maneras: “Los pensamientos están encapsulados.” “Los pensamientos ‘giran alrededor’ de su cabeza.” “Los pensamientos siempre se transmiten oblicuamente hacia el mismo espacio.” (Parnas et al., 2005).

Consideremos, por contraste, el siguiente reporte de un paciente deprimido, que sí contiene algunas similitudes superficiales:

Estaba apoderado por un cansancio físico inexpresable. Había un sentimiento de cansancio en los músculos diferente a todo lo que había alguna vez experimentado. Una sensación peculiar parecía viajar por mi espina dorsal hasta mi

cerebro. Tenía un sentimiento de nerviosismo indescriptible. Mis nervios parecían cables vivos cargados de electricidad ... El deber más trivial se convertía en una tarea formidable. Finalmente los ejercicios mentales y físicos se tornaron imposibles. Los cansados músculos se rehusaron a responder, mi ‘aparato para pensar’ se rehusó a funcionar, la ambición se había ido. (Landis, 1964)

La descripción del paciente de sus nervios como “cables vivos” y de su cerebro como un “aparato para pensar” sugieren un tipo de alienación de su propio cuerpo y mente. De manera similar, la descripción de Sarah Kane de “el techo de una mente cuyo suelo cambia como diez mil cucarachas cuando un rayo de luz entra” evoca un grado incluso más extremo de alienación físico-psíquica. Con todo, estas pacientes describían lo que ellas sentían: cada una es siempre el sujeto de la conciencia, nunca cuestionan que sus nervios o su cerebro sean partes integrales de su subjetividad. La experiencia depresiva descrita aquí se relaciona con una pérdida del “impulso vital,” una disminución del compromiso con el mundo que disminuye la motivación y el deseo, haciendo que los pensamientos, las emociones, y el cuerpo parezcan cargados de nervios o que parezcan oscuros y horripilantes, pero también lentos, cerrados, y no responsivos. Tal experiencia parece ser sutil pero es distintivamente diferente del tipo de confusión particular que puede ser sentida en la esquizofrenia (perplejidad/*Ratlosigkeit*), y también diferente de la sensación de que los pensamientos sean totalmente autónomos o ajenos que puede ocurrir con la pérdida de la ipseidad o del *yo* mínimo típica de la esquizofrenia.

4. CONCIENCIA PROPIA Y PRESENCIA (EASE DOMINIO 2)

El segundo dominio del EASE es el que se ocupa más directamente de la conciencia propia y la presencia, lo que se podría describir, en el caso normal, como “conciencia propia automática irreflexiva e inmersión en el mundo” (243). Esto incluye un sentido de ser uno con la experiencia propia en su completa inmanencia, tanto como un sentimiento de estar comprometido de forma inmediata con el mundo externo. Perturbaciones en este dominio reflejan claramente lo que implica que el concepto de la esquizofrenia sea una “trastorno del yo” [*self disorder*] en el sentido de una perturbación de la ipseidad o del *yo* mínimo.

I. Una descripción particularmente clara de una experiencia de una perturbación de la ipseidad la encontramos en la autobiografía de Elyn Saks (2007), quien sufre de esquizofrenia:

Y entonces algo extraño sucede. Mi conciencia (de mí misma, de él, del cuarto, de la realidad física alrededor y más allá de nosotros) se torna borrosa instan-

táneamente. O tambaleante. Creo que me estoy disolviendo. Me siento –mi mente se siente– como un castillo de arena con toda su arena deslizándose en el oleaje que se desvanece. *Qué me está pasando? Esto me asusta, por favor que esto termine!* Pienso que si me quedo muy quita y callada, se detendrá. (12)

El desorden afectivo también puede involucrar una perturbación de algún aspecto del yo, pero es importante que aclaremos qué aspectos del yo se ven afectados. Varios autores distinguen claramente entre una dimensión mínima o central del yo –lo que nosotros llamamos ipseidad– y otra capa, construida sobre esta base, que concierne el sentido de la continuidad propia a través del tiempo (Ricoeur, 1992; Zahavi, 2005). Lo que parece trastornado en la esquizofrenia es el nivel más básico de la conciencia propia, la conciencia pre-reflexiva que es la fuente y el ancla de todas nuestras experiencias: como nos dice Ellen Saks, “no hay un centro para recibir las cosas y procesarlas y ver el mundo” (en Sachs, 2007). En la melancolía, la perturbación puede a menudo suceder al nivel de la identidad narrativa –al nivel “del yo como construcción, como el producto de concebirse a uno mismo de alguna manera particular” (Stanghellini, 2004). La comprensión de quién soy, y de cómo me relaciono con los otros, y de mi continuidad en el tiempo, estará perturbada, pero no obstante la persona conserva el sentido mínimo de existir como un punto de vista vivo, subjetivo, distinto del mundo externo.

II. Tenemos que notar, sin embargo, que en la melancolía severa hay experiencias que pueden parecer muy similares a la esquizofrenia. Silber (1980) describe un estado de “inaccesibilidad afectiva” en el cual el paciente se mueve mucho más allá de la tristeza o de cualquier forma reconocible de disforia: el melancólico pierde “la habilidad para experimentar y reconocer afectos” (161), hasta el punto en que uno se puede preguntar si acaso tiene sentido hablar de “depresión.” Como lo dijo Sarah Kane, “Yo solía ser capaz de llorar, pero ahora estoy más allá de las lágrimas” (206). Algo similar puede ocurrir en la manía, cuando el paciente parece perder toda capacidad para regocijarse, porque ya no hay un yo auténtico que pueda experimentar el estado de júbilo. Von Gebattel (en Tatossian, 1997) va incluso más allá, discutiendo la posibilidad de una pérdida completa del sentir en la melancolía, y junto con ello, una pérdida de la capacidad para realizar acciones significativas en el mundo.

Esto evoca una especie de vacío fundamental del yo y una pérdida de significado en el mundo, que es tal vez lo que Sarah Kane quería decir cuando escribió, “duda corrosiva/ desespero fútil... nada puede llenar este vacío en mi corazón” (219). En la siguiente cita de John Custance (1952), un paciente bipolar con características psicóticas, vemos algunos de los temas mencionados arriba, sugiriendo, también, que el sentido propio del yo simplemente desaparece:

... el mundo material parecía menos y menos real ... todo el universo entero del espacio y el tiempo, mis propios sentidos, eran realmente una ilusión ... Ahí estaba yo, cerrado en mi propio universo privado, sin contacto alguno con las personas reales, solo con fantasmagorías que podían en cualquier momento convertirse en demonios. Yo y todo a mi alrededor éramos completamente irreales. Mi alma finalmente se convirtió en nada –excepto el dolor sin fin. (72)

III. Uno podría, entonces, dudar si es en efecto posible distinguir entre las perturbaciones del *yo* y del mundo mencionadas arriba, de lo que se encuentra en la esquizofrenia.

Tal vez una distinción podría extraerse de la postura con orientación psicoanalítica de McGlashan (1982), quien discute sobre la “*aphanisis*,” un término que él usa para describir la experiencia de una especie de “pseudo-depresión” o de “vacío psíquico” que es común en muchos esquizofrénicos crónicos. Muchos de sus rasgos parecen similares a la inaccesibilidad afectiva melancólica descrita arriba, tales como la “inercia motivacional, el aislamiento interpersonal, la anhedonia, y los reportes sobre sentirse vacío, estancado o en blanco” (120) McGlashan sostiene, no obstante, que hay una diferencia fundamental entre estas dos. Él sostiene que la *aphanisis* de la esquizofrenia es, en su fundamento, un estado autístico y carente de objetivo, una instancia de “vacío” aislado que ocurre como una forma de defensa contra sentimientos vagos e indiferenciados de disconformidad. En la depresión severa, en contraste, incluso el hecho de que el sentir se apaga viene permeado de un sentimiento de pérdida interpersonal, y esto hace que dichas experiencias sean cualitativamente menos autistas.

Silber *et al.* (1980) tienen un punto de vista similar, sugiriendo que en la depresión severa incluso la experiencia de la inaccesibilidad afectiva ocurre como una defensa contra el dolor asociado con la pérdida de objeto, ciertas privaciones, o la experiencia del fracaso. La implicación es que estos sentimientos dolorosos siguen presentes en pacientes con melancolía severa, aunque estén relegados a un nivel de conciencia o de trasfondo conciente que ya no es accesible a la conciencia focal normal. Este tal vez sea el dolor sin fin del que se queja John Custance, a pesar de poseer un sentido de irrealidad y de sentir que era un “alma ... convertida en nada”. Pero no solo la pérdida de objeto, también la pérdida del sentir en sí mismo es una fuente de dolor en la depresión severa, ya que tales pacientes son penosamente concientes de dicha pérdida (Stanghellini, 2004).

No obstante, sería claramente un error describir la condición esquizofrénica como desprovista de dolor. Sobre esto sería conveniente restaurar una forma de descripción de esta distinción que fue propuesta por Jaspers (1946/1963) y traída

a colación apropiadamente por Stanghellini (2004): la distinción entre *sentir que uno es incapaz de sentir, que es una fuente de dolor en la melancolía severa, y la inhabilidad (por momentos) incluso para sentir que uno siente o existe*, que puede ser una fuente de miseria paradójica en muchas personas con esquizofrenia.

Tomando prestada esta formulación, podríamos decir que el melancólico todavía posee un sentido básico, bastante robusto, de ipseidad o posesión de sí mismo; esto, de hecho, provee la postura desde la cual él puede reconocer su vitalidad disminuida o su respuesta afectiva. El paciente con esquizofrenia, en contraste, carece de algo más cercano al núcleo –el sentido de habitar su propia perspectiva de primera persona. Pero no debemos pensar que esta última condición está desprovista de sufrimiento o de cualquier tipo de respuesta subjetiva. Como bien lo dice Sophie, en respuesta precisamente a este punto: “Tal vez hay [en la esquizofrenia] un sentido en el que uno no puede sentir que uno siente, pero también hay un reconocimiento casi completamente externo de qué tan agonizante (de forma no-afectiva) es no ser capaz de sentir.”

Otra fuente de angustia tanto en la esquizofrenia como en los trastornos afectivos puede ser la experiencia de una excesiva conciencia de sí mismo. Sin embargo, mientras que los pacientes melancólicos pueden experimentar una conciencia de sí mismos más social (una conciencia de sí mismo como siendo un objeto para otras conciencias), los pacientes con esquizofrenia pueden experimentar más a menudo lo que el psiquiatra fenomenológico japonés Kimura Bin llama “reflexión simultánea,” es decir, una auto-conciencia de sí mismo como conciencia, y en el mismo acto de ser conciencia. Esta experiencia de hiperreflexividad (descrita en Sass, 1992) puede ser descrita como si involucrase una división desde dentro, en la cual la conciencia misma resulta dividida y auto-conciente de formas inusuales debido a que se toma a sí misma como su propio objeto. La mayoría de las alucinaciones acústicas en la esquizofrenia parecen involucrar esta forma de hiperreflexividad, posiblemente debido a una especie de externalización auto-conciente del “discurso interno”, que normalmente sirve como el medio del pensamiento (Lang, 1938; Sass, 1992; Morrison & Haddock, 1997).

Más general, e incluso más profunda, que esta experiencia de hiperreflexividad es la experiencia del colapso total del yo mínimo y el relacionado sentimiento de fragmentación que puede ocurrir en la esquizofrenia –del tipo que está implícito en el reporte de Elyn Saks mencionado anteriormente, donde ella se siente como si se estuviera disolviendo, como “un castillo de arena con toda su arena desliziéndose en el oleaje que se desvanece.” La descripción de Antonin Artaud de su propio “colapso central de la mente” y “erosión, tanto esencial como efímera, de mi pensamiento”, más que estar relacionadas con

una perturbación del pensamiento cognitivo, describen un sentimiento en el cual el yo coherente, el centro desde el cual emerge todo el pensamiento organizado, ha comenzado a desintegrarse o a colapsar. Aunque algunos pacientes melancólicos pueden describir a veces una cierta falta de vida propia o un sentimiento de vacío, el último tipo de fragmentación, con todas las implicaciones que tiene para el pensamiento, el sentimiento y la experiencia del mundo, parece ser más específico de la esquizofrenia.

5. EXPERIENCIAS CORPORALES (EASE DOMINIO 3)

I. El tercer dominio del EASE describe varias *Experiencia corporales* trastornadas, típicas de la esquizofrenia, de las cuales se dice que se desvían de un “sentido normal de unidad y coherencia psicofísica, [de] una interacción u oscilación normal del cuerpo como ‘vivido desde dentro’ como un sujeto o alma ... y del cuerpo como un objeto” (252). Los ítems en este dominio implican sentimientos de enajenación bizarra: el cuerpo puede ya no parecer que pertenezca completamente al paciente; los procesos fisiológicos pueden experimentarse como extrañamente concretos u objetivados; los movimientos físicos propios pueden confundirse con los movimientos de objetos externos o de otras personas.

Varios autores fenomenológicos han descrito la esquizofrenia como algo que involucra una descorporización extrema, un sentido de separación radical del ser como entidad física (Sass, 1992; Stanghellini, 2004; Fuchs, 2005). Como hemos visto, la misma experiencia del sentido mínimo del *yo* puede parecer dudosa para dichas personas; y a pesar de esto, a menudo se identifica esta experiencia con una presencia mental o espiritual en lugar de física (Laing, 1965). Por ejemplo, se describió una paciente esquizofrénica como si tuviera “una dificultad para darse cuenta de que ella está en su cuerpo, y que podría estar pensando ‘es extraño que yo esté aquí.’” Otra descripción mencionó “‘una carencia de coherencia’ o separación entre su parte física, visible para los demás, y el sí mismo, es decir, y todo lo que pasa en su mente. Él siente que su cuerpo es una propiedad compartida, algo anónimo, distante de él mismo” (Parnas *et al.*, 2005, 253).

Esto no significa, sin embargo, que el cuerpo simplemente desaparezca, como si simple o persistentemente pudiera ignorarse. Más bien, el cuerpo puede tornarse el objeto de una mirada alienante u objetivante, hiperreflexiva, que convierte lo que podrían ser unas sensaciones implícitamente experimentadas en cuasi-entidades objetivadas que son presenciadas más que vividas. El cuerpo también puede ser experimentado como una entidad ajena, controladora, que somete al yo experiencial a sus órdenes y demandas. Un ejemplo

clásico del “delirio de la máquina de influir” ilustra estos avances (*véase*, Sass, 1992). Aquí las experiencias tempranas de enajenación de las sensaciones de su cuerpo de la paciente Natalija la llevaron, eventualmente, a la creencia delirante sobre una máquina que era una especie de versión de sí misma que se encontraba en otro cuarto, y que todas sus acciones, sentimientos y percepciones no eran más que copias o epifenómenos de lo que le estaba pasando a la distante máquina-Natalija.

Stanghellini (2004) ha descrito estos dos aspectos de la descorporización esquizofrénica como siendo un “espíritu descorporizado” o un “cuerpo sin animación”, o ambos. Tanto Sass (2007) como Fuchs (2005) han descrito cómo, en la esquizofrenia, las sensaciones somáticas que normalmente sirven como base para la respuesta emocional, pueden desprenderse y objetivarse, dando lugar a un sentimiento de distanciamiento y artificialidad, y a una pérdida del significado o la resonancia emocional usual. Similarmente, otros impulsos fisiológicos como el hambre o el deseo sexual pueden perder su significado contextual y ser experimentados como estados objetivados de tensión.

En la melancolía y la manía, la experiencia corporal también se encuentra frecuentemente perturbada, aunque de maneras que tienden a ser diferentes de las experiencias más alienadas u objetivadas de la esquizofrenia. Stanghellini (2004) describió adecuadamente la experiencia melancólica de sentirse “confinado dentro de un cuerpo que ha perdido su propia fluidez, movilidad y flexibilidad” y que ahora actúa menos como un medio de apertura que como “un obstáculo entre el *yo* y el mundo” (139). Hay una diferencia clave aquí, aunque sea más fácil de exponer que de discernir en todos los casos: mientras que la persona con esquizofrenia se siente desprendida de su propio cuerpo, el melancólico se siente de alguna forma sobre-identificado con él. Más que estar descorporizado, el individuo melancólico está *sobre* corporizado (Fuchs, 2005). Como en los casos de fatiga extrema, uno puede sentir que no es nada más que su propio cuerpo, en el que uno se hunde y que también él (el cuerpo) se hunde en sí mismo. Uno se viene a sentir incapaz de la animada actividad que un saludable cuerpo vivido, sin ponerse a sí mismo a un lado, trasciende hacia el mundo externo. El cuerpo melancólico se ha tornado

Sólido y pesado; resiste cualquier intento de trascender para alcanzar el mundo externo [*y*] se cierra en sí mismo, tomando aspectos de un cadáver. El cuerpo fluido se coagula a sí mismo, ya sea dentro de una parte singular de él mismo, o dentro de un órgano, que luego se siente pesado, opresivo y sofocante (Stanghellini, 2004)

Al perder la forma normal del sentir, el cuerpo melancólico deja de estar imbuido con el espíritu que lo anima y lo impulsa hacia adelante. Un cuerpo

semejante se torna inflexible, pesado y como una carga, tomando aspectos de un cadáver. Fuchs (2005) habla de “corporealización,” enunciando que tales pacientes se sienten desprendidos de sus emociones y de su entorno. El cuerpo vivido ya no proporciona un acceso al mundo, como en el ser corporizado de Merleau-Ponty (1945/1962), sino que bloquea cualquier tipo de acción significativa a la manera de un obstáculo.

II. En la práctica, sin embargo, la distinción entre las experiencias esquizofrénicas y melancólicas parece desdibujarse. Aunque los pacientes melancólicos pueden, más frecuentemente, experimentar una fatiga, una estasis, una pesadez, o una falta de motivación debilitante, algunas veces sufren de experiencias más extrañas que sugieren algo más parecido a la perturbación básica de la ipseidad. “El cuerpo y el alma no pueden nunca estar casados,” escribe Sarah Kane (212) al describir unas experiencias de alienación del cuerpo, similares a la esquizofrenia. Kane dice: “Estoy encerrada por la suave y psiquiátrica voz de la razón que me dice que hay una realidad objetiva en la cual mi cuerpo y mi mente son uno. Pero yo no estoy aquí y nunca he estado” (209). Otro paciente deprimido recuerda lo siguiente,

Ahí en el parqueadero yo estaba estancado en la atención. Me estaban obligando a mover; no había más que moverme. Mis piernas salían tiesas, una por una, en patadas laterales ... Mis brazos trazaban largos y tiesos arcos sobre el cielo; mis codos caían como madera sobre mis costillas. Y entonces, aparentemente, era el momento de hacer una coreografía. Mis brazos y piernas comenzaron a moverse a la vez, luego alternadamente. Debí parecer un limpia-parabrisas de circuito corto, o una marioneta desviada. Pero, ¿quién es –dónde está– el titiritero? ¿Quién estaba en control de este cuerpo? (Smith, 1999)

Aquí vemos cómo el cuerpo en la melancolía puede ser un obstáculo, impidiendo que la persona pueda involucrarse significativamente en el mundo. Con la sugerencia de que *otra* persona está controlando su cuerpo, este reporte nos lleva más allá de la corporealización típica de la melancolía y parece traslaparse con la descorporización esquizofrénica.

III. Sin embargo, nosotros sostenemos que estas experiencias *pueden* diferenciarse. Vale la pena notar que en el reporte del paciente deprimido que acabamos de mencionar, la experiencia descrita corresponde más al control del propio cuerpo que a un sentido básico de alienación del cuerpo: siguen siendo siempre, y todavía, *mis* piernas, mis brazos y mis codos a los cuales se refiere el paciente, como si un *Meinhaftigkeit* básico todavía estuviera presente.

Otra forma de distinguir entre la melancolía y la esquizofrenia es ir más allá de las quejas particulares de una perturbación en la corporización para consi-

derar cómo estas pueden estar relacionadas con otros aspectos de la vida del paciente, tales como la temporalidad y la intersubjetividad. El intenso sentimiento de culpa y de inhabilidad para trascender el pasado que Fuchs asocia con la corporealización en la melancolía no está presente de forma tan prominente en los tipos de descripciones que ofrecen los pacientes con esquizofrenia. Así mismo, las experiencias melancólicas tal vez estén relacionadas más estrechamente con un sentido implícito de la perturbada relación con los otros: son las otras personas las que me verán como un culpable; son las otras personas con quienes no me podré relacionar mientras me siento atrapado en mi propio cuerpo. La descorporización esquizofrénica, en contraste, parece involucrar –al menos en muchos de los casos– una perturbación de la experiencia propia que de alguna manera está menos relacionada con los demás y con el mundo externo. Tales experiencias en la esquizofrenia pueden ciertamente afectar cómo uno se involucra con la situación externa propia; pero la perturbación inicial parece más intrínsecamente interna, involucrando el rol del cuerpo en la constitución del yo mínimo.

6. DEMARCACIÓN/TRANSITIVISMO: REORIENTACIÓN EXISTENCIAL (EASE DOMINIO 4 Y 5)

En esta última sección discutimos brevemente algunas de las experiencias sobresalientes descritas en dos dominios del EASE: 4, Demarcación/transitivismo y 5, Reorientación existencial. Combinamos la discusión de estos dominios por una superposición de los temas. El dominio 4 describe la “pérdida o permeabilidad de la membrana entre yo-y-mundo” (254), y sugiere una confusión entre sí mismo y otro, o el sentimiento de estar abrumado porque de alguna manera uno está “demasiado abierto o transparente” (255). El dominio 5 refiere a “una reorientación fundamental con respecto a la visión del mundo y/o a la jerarquía de valores, proyectos e intereses, generales y metafísicos [del paciente]” (255), y se relaciona con creencias o experiencias solipsistas, tales como sentir que el mundo es ilusorio, o que uno tiene poderes creativos o telepáticos extraordinarios. Estos dos dominios parecen involucrar una disminución de la usual sensación de separación entre lo externo y lo interno o entre la realidad subjetiva u objetiva.

I. Con respecto al transitivismo, las experiencias de confusión entre sí mismo y otros no parecen ser características de pacientes con trastornos del estado de ánimo, ya sea que estén deprimidos o maníacos. Frecuentemente, de hecho, los pacientes deprimidos describen un doloroso incremento de la separación entre ellos mismos y otros, como en el siguiente reporte:

Gradualmente, tal membrana se convirtió en una cosa de piedra o madera en mi mente y aunque era intangible era la cosa más real en mi vida. Podía ver a las personas a través de esa pared invisible, podía hablar con ellas y ellas podían hablar conmigo, pero el mental y espiritual, mi esencia, no podía alcanzarlas (Landis, 1964).

II. Sin embargo, algunos pacientes psicóticos con manía sí describen experimentar una especie de “unión mística” con los demás o con el universo que sugiere una considerable disminución de los límites normales del ego. Durante una fase maniática, por ejemplo, John Custance (1952) sintió una “brecha en la barrera de la individualidad”:

Es en realidad una sensación de comunión, en primer lugar con Dios, y en segundo lugar con toda la humanidad, de hecho con toda la creación ... Yo he notado a veces una simpatía curiosa entre mi propia mente y las mentes de otros en estados mentales excitados ... Había momentos... en los que otros pacientes me han dicho cosas, sin haberles preguntado, que corresponden extraordinariamente con lo que estaba en mi propia mente en ese momento, como si algún tipo de telepatía estuviera involucrada. (37)

Otros pacientes con manía dijeron, “uno tiene un sentimiento de ser parte de la tierra, no una persona por sí misma, como si se derritiera en ella” (Landis, 1964) y “Parece que me estoy fundiendo con todo” (290). Pero también parece haber una diferencia sutil que puede distinguir las experiencias de fundirse típicas de la manía de las de la esquizofrenia.

III. Una de las diferencias es que los pacientes con manía no parecen reportar ningún sentimiento de confusión con respecto a su propio punto de vista, en el sentido de perder la pista sobre quién uno es. Tal vez la presencia de un tono de humor que es estático o benigno, o en todo caso que no es aterrador o incómodo, está asociada a esto. Landis (1964) ha relacionado tales experiencias a una especie de éxtasis religioso o espiritual, tal y como lo implica Custance cuando se refiere al término “comunión” para describir su relación con la “humanidad” y el universo. Es típico que las experiencias maníacas parezcan involucrar un sentimiento de expansión que se puede disfrutar, como que las experiencias propias tocan y se mezclan con otras. Hay muy pocas indicaciones de un desorden del yo fundamental, y estos pacientes no parecen en absoluto confundidos con respecto a quién son.

En contraste con esto, el sentimiento de incertidumbre acerca de los límites tiene comúnmente una cualidad disfórica en pacientes con esquizofrenia. El paciente parece tornarse ansioso porque no sabe quién es, o se siente amenazado o invadido por otras personas o por estímulos externos, tal y como lo

señala el ítem *Contacto corporal amenazante* del EASE, en el cual “el contacto corporal se siente amenazante para la autonomía y la existencia propia” (254). Otra diferencia adicional parece ser que la experiencia esquizofrénica de comunión tiene un tono distintivo más solipsista, pues el mundo se siente como una mera extensión de sí mismo que no cuenta con una realidad propia separada de la mía. Esto se ve reflejado en varios ítems del dominio 5 del EASE, *Reorientación existencial*. Por ejemplo, alguien que había sido doctor (descrito en el EASE), tuvo Sentimientos de Centralidad: “un sentimiento ‘como si’ transitorio, en el cual él era el único verdadero doctor en el mundo entero, y que el futuro de la humanidad dependía de él” (255).

El psiquiatra Hilfiker describe experiencias en sus pacientes con esquizofrenia que son congruentes con este ítem del EASE: por ejemplo, pacientes que creían que “su muerte sería la muerte del mundo; si ellos morían, todos los demás morirían también.” Otros pacientes afirmaban cosas como las siguientes, “cuando mis ojos están azul brillante, el cielo se pone azul;” “Mis ojos y el sol son lo mismo;” y “mi cuerpo da frutos ... es un cuerpo-mundo ... ellos necesitan tener a alguien que soporte el mundo; el mundo tiene que ser representado o el mundo desaparecerá” (Jaspers, 1946/1963). Tales citas sugieren fuertemente la cualidad solipsista que puede yacer tras los sentimientos esquizofrénicos de unión. “El yo se identifica con el Todo,” dice Jaspers (1946/1963) de la esquizofrenia. “El paciente no solo es alguien más (Cristo, Napoleón, etc.) sino que es simplemente el Todo. Su propia vida es experimentada como la vida del mundo entero, su fuerza sostiene y vitaliza al mundo. Él es el puesto de este poder supra-personal” (296).

En la manía, por el contrario, la experiencia dominante parece más un sentimiento de resonancia o de ser uno con el Todo. Si en la manía hay un sentimiento de *fundirse* con la Deidad, en el solipsismo esquizofrénico es más una cuestión de ser la única Deidad, el creador de todas las cosas en el campo experiencial. Mientras la experiencia maniaca involucra un *fundirse* con el mundo, el solipsismo esquizofrénico parece más una cuestión de *reducir* al mundo a mi propia conciencia, a lo que me es conocido.

El siguiente reporte, de un paciente grandioso con manía, pone un poco de presión en la distinción que acabamos de marcar. Argumentaríamos, sin embargo, que no llega a *identificarse* a sí mismo con Dios o con el centro constituyente del universo; tampoco hay una negación sobre la realidad del universo exterior: “Me siento tan cerca de Dios, tan inspirado por su Espíritu que en un sentido soy Dios. Veo el futuro, planeo el Universo, salvo a la humanidad; soy total y completamente inmortal; soy incluso masculino y femenino” (Custance, 1952).

7. CONCLUSIÓN

A lo largo de este artículo, hemos considerado varias maneras en las cuales la vida subjetiva en desórdenes afectivos y en la esquizofrenia puede ser similar, en particular, en lo que tiene que ver con la experiencia propia, a pesar de lo que la psiquiatría tradicionalmente ha reconocido como una distinción profunda y básica entre los dos desórdenes. Pero también hemos intentado mostrar cómo, al examinarlos más de cerca, los dos desórdenes pueden probablemente distinguirse, aunque de maneras que son más sutiles y esquivas que las propuestas tradicionalmente. Tal vez la mejor manera de resumir la distinción que atraviesa todos los dominios que hemos revisado sea retornar a la formulación de Jaspers (1946/1963, 111 - 112) del “sentir que no se tienen sensaciones” del melancólico vs. la experiencia de “ya no ser capaz de sentir que existo” que tiene el esquizofrénico. Es cierto que los pacientes afectivos pueden experimentar un gran cambio en la forma en que se experimentan a sí mismos y al mundo a su alrededor. Nosotros sugerimos, sin embargo, que ellos por lo general mantienen un sentido básico de sí mismos que genera o subyace a *todas* las experiencias, incluida aquella experiencia *particular* que involucra reconocer la muerte *de* la experiencia propia. En la esquizofrenia, en contraste, la perturbación más esencial parece afectar ese sentido de sí mismo más básico o mínimo en una manera fundamental, socavando el más íntimo y fundamental “yo” (Sass & Parnas, 2003). Podría ser que esa fragmentación y colapso de la ipseidad básica sea el *generador de problemas* que reflejan las perturbaciones más distintivas de la esquizofrenia.

TRABAJOS CITADOS

General Systems, 7-8, Society for the Advancement of General Systems Theory, 1962.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision, Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2000.

Abrams, Richard. & Taylor, M. D. “Importance of schizophrenic symptoms in the diagnosis of mania”, *American Journal of Psychiatry*, 138 (1981): 658-661.

Abrams, Richard. Taylor, M. D. & Gaztanaga, Pedro. “Manic-depressive illness and paranoid schizophrenia”, *Archives of General Psychiatry*, 31 (1974): 640-642.

Akiskal, Hagop & Puzantian, Houry. “Psychotic forms of depression and mania”, *Psychiatric Clinics of North America*, 2 (1979): 419-440.

- Allerdyce, J., Gaebel, W., Zielasek, J. & van Os, J. “Deconstructing psychosis conference February 2006: The validity of schizophrenia and alternative approaches to the classification of psychosis”, *Schizophrenia Bulletin*, 33 (2007): 863-867.
- Binswanger, Ludwig. “On the manic mode of being-in-the-world”. En Straus, E. W., ed. *Phenomenology: Pure and Applied*, Pittsburgh, PA: Duquesne University Press (1964): 127-141.
- Bleuler, Eugen. *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias*, New York: International Universities Press, 1911.
- Carpenter, William. & Strauss, John. “Cross cultural evaluation of Schneider’s first-rank symptoms of schizophrenia: A report from the International Pilot Study of Schizophrenia”. *American Journal of Psychiatry*, 131 (1974): 682-687.
- Custance, John. *Wisdom, Madness and Folly: The Philosophy of a Lunatic*, New York: Pellegrini and Cudahy, 1952.
- Dutta, R., Greene, T., Addington, J., McKenzie, K., Phillips, M. & Murray, R. M. “Biological, life-course, and cross-cultural studies all point toward the value of dimensional and developmental ratings in the classification of psychosis”, *Schizophrenia Bulletin*, 33.4 (2007): 868-876.
- Fuchs, Thomas. “Melancholia as a desynchronization: Towards a psychopathology of interpersonal time”, *Psychopathology*, 34 (2001): 179-186.
- . “Corporealized and disembodied minds: A Phenomenological view of the body in melancholia and schizophrenia”, *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 12.2 (2005): 95-107.
- Hamilton, Max., ed. *Fish’s Schizophrenia*, 3rd ed., Bristol: Wright, 1984.
- Handest, Peter & Parnas, Josef. “Clinical characteristics of first-admitted patients with ICD-10 schizotypal disorder”, *British Journal of Psychiatry*, 187 (2005): s49-s54.
- Haug, E., Lien, L., Raballo, A., Bratlien, L., Oie, M., Parnas, J., Andreasen, O., Melle, I. & Moller, P. “Self-disorders and early differential diagnosis in first episode psychosis”, *Journal of Nervous and Mental Disease*.
- Holzman, P. S., Shenton, M. E. & Solovay, M. R. “Quality of thought disorder in differential diagnosis”, *Schizophrenia Bulletin*, 12.3 (1986): 360-371.
- Jaspers, Karl. *General Psychopathology*, Chicago, IL: University of Chicago Press, 1946.

- Kane, Sarah. "4.48 Psychosis". *Complete Plays*, London: Methuen Drama (2001): 203-246.
- Kant, Immanuel. *Critique of Pure Reason*, London: Henry G. Bohn, 1855.
- Kendell, Robert. & Jablensky, Assen. "Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses", *American Journal of Psychiatry*, 160 (2003): 4-12.
- Koehler, Karl. "First rank symptoms of schizophrenia: Questions concerning clinical boundaries", *British Journal of Psychiatry*, 134 (1979): 236-248.
- Kraepelin, Emil. *Psychiatrie*, 8th ed., Leipzig: J.A. Barth, 1913.
- Kraus, A. "Der melancholische Wahn in identitätstheoretischer Sicht". In Blankenburg, W., ed. *Wahn und Perpektivität (Forum der Psychiatrie)*, Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag (1991): 68-80.
- Laing, Ronald. *The Divided Self*, New York: Penguin, 1965.
- Landis, Carney. *Varieties of Psychopathological Experience*, New York: Holt, Rinehart and Winston, 1964.
- Lang, Jonathan. "The other side of auditory hallucinations", *American Journal of Psychiatry*, 94 (1938): 1089-1097.
- McGlashan, Thomas. "Aphanisis: The syndrome of pseudo-depression in chronic schizophrenia", *Schizophrenia Bulletin*, 8.1 (1982): 118-134.
- Mellor, C. S. "First rank symptoms of schizophrenia", *British Journal of Psychiatry*, 117 (1970): 15-23.
- Merleau-Ponty, Maurice. *Phenomenology of Perception*, New York: Routledge, 1962.
- Minkowski, Eugene. *La schizophrénie*, Paris: Payot, 1927.
- . *Lived Time*, Evanston, IL: Northwestern University Press, 1970.
- Morrison, Anthony & Haddock, Gillian. "Self-focused attention in schizophrenic patients with and without auditory hallucinations and normal subjects: A comparative study", *Personality and Individual Differences*, 23.6 (1997): 937-941.
- Murray, Les. *Killing the Black Dog*, New York: Farrar, Straus and Giroux, 2009.
- Nelson, B., Thompson, A. & Yung, A. "Basic self-disturbance predicts psychosis onset in the ultra high risk for psychosis ('prodromal') population". *Schizophrenia Bulletin*.

- Parnas, Josef., Handest, P., Saebye, D. & Jansson, L. "Anomalies of subjective experience in schizophrenia and psychotic bipolar illness", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108.2 (2003): 126-133.
- Parnas, Josef., Moller, P., Kircher, T., Thalbitzer, J., Jansson, L., Handest, P. & Zahavi, D. "EASE: Examination of Anomalous Self-Experience", *Psychopathology*, 38 (2005): 236-258.
- Piguet, C., Dayer, A., Kosel, M., Desseilles, M., Vuilleumier, P. & Bertschy, G. "Phenomenology of racing and crowded thoughts in mood disorders: A theoretical reappraisal", *Journal of Affective Disorders*, 121 (2010): 189-198.
- Raballo, A., Saebye, D. & Parnas, J. "Looking at the schizophrenia spectrum through the prism of self-disorders: An empirical study", *Schizophrenia Bulletin*, 37.2 (2011): 244-251.
- Radden, Jennifer. *Moody Minds Distempered*, Oxford: Oxford University Press, 2009.
- Ricoeur, Paul. *Oneself as Another*, Chicago: University of Chicago Press, 1992.
- Rümke, H. & Neeleman, J. "The nuclear symptom of schizophrenia and the praecoxfeeling", *History of Psychiatry*, 1.3 (1990): 331-341.
- Sachs, A. "A Memoir of Schizophrenia", *Time Magazine*, 2007.
- Saks, Elyn. *The Center Cannot Hold*, New York: Hyperion, 2007.
- Sass, Louis. *Madness and Modernism: Insanity in the Light of Modern Art*, New York: Basic Books, 1992.
- . "Negative symptoms," schizophrenia, and the self, *International Journal of Psychological Theory*, 3.2 (2003): 153-180.
- . "Schizophrenia: A disturbance of the thematic field". In Embree, L., ed. *Gurwitch's Relevancy for the Cognitive Sciences*, Dordrecht, Holland: Springer, (2004): 59-78.
- Sass, Louis & Parnas, Josef. "Schizophrenia, consciousness, and the self", *Schizophrenia Bulletin*, 29.3 (2003): 427-444.
- . "Explaining schizophrenia: The relevance of phenomenology". In Chung, M., Fulford, W. and Graham, G., eds., *Reconceiving Schizophrenia*, Oxford: Oxford University Press, 2007: 63-96.
- Sass, Louis. A. "Contradictions of emotion in schizophrenia", *Cognition and Emotion*, 21.2 (2007): 351-390.
- Schneider, Kurt. *Clinical Psychopathology*, New York: Grune & Stratton, 1959.
- Sierra, Mauricio. *Depersonalization: A new look at a neglected syndrome*, Oxford: Oxford University Press, 2009.

- Silber, E., Rey, A. C., Savard, R. & Post, R. M. "Thought disorder and affective inaccessibility in depression", *Journal of Clinical Psychiatry*, 41.5 (1980): 161-165.
- Smith, Jeffery. *Where the Roots Reach for Water*, New York: North Point Press, 1999.
- Stanghellini, Giovanni. *Disembodied Spirits and Deanimated Bodies*, Oxford: Oxford University Press, 2004.
- Sullivan, Harry. *The Interpersonal Theory of Psychiatry*, New York: W.W. Norton and Company, 1953.
- Tatossian, Arthur. *La Phenomenologie des Psychoses, L'Art du Comprendre*, Paris, 1997.
- Taylor, Michael "Are schizophrenia and affective disorders related? A selective literature review", *The American Journal of Psychiatry*, 149.1 (1992): 22-32.
- Taylor, M. & Abrams, R. "The Phenomenology of mania: A new look at some old patients", *Archives of General Psychiatry*, 29.4 (1973): 520-522.
- Taylor, M. A. & Heiser, J. F. "Phenomenology: An alternative approach to diagnosis of mental disease", *Comprehensive Psychiatry*, 12 (1971): 480-486.
- Tellenbach, Hubertus. *Melancholy*, Pittsburgh, PA: Duquesne University Press, 1980.
- Tsuang, M. T. & Simpson, J. C. "Schizoaffective disorder: Concept and reality", *Schizophrenia Bulletin*, 10.1(1984): 14-25.
- van Os, J. "A salience dysregulation syndrome", *British Journal of Psychiatry*, 194, (2009): 101-103.
- . "Introduction: The extended psychosis phenotype-Relationships with schizophrenia and with ultrahigh risk status for psychosis", *Schizophrenia Bulletin*, 38.2 (2012): 227-330.
- Weber, Max. "Objectivity in social science and social policy". In Shills, E. A. and Finch, H. A., eds., *The Methodology of the Social Sciences*, New York: Free Press, 1949.
- Wiggins, O. P. & Schwartz, M. A. "Research into personality disorders: The alternatives of dimensions and ideal types", *Journal of Personality Disorders*, 5.1, (1991): 69-81.
- Wing, J. K., Cooper, J. E. & Sartorius, N. *Measurement and Classification of Psychiatric Symptoms: An Instruction Manual for the PSE and Catego Program*, Cambridge: Cambridge University Press, 1974.
- Zahavi, Dan. *Subjectivity and Selfhood*, Cambridge, MA: MIT Press, 2005.