

K. Conrad: *Gestaltanalyse* del brote esquizofrénico

Tras un desigual forcejeo que llenó muchas de las más bellas páginas de la clínica escrita en alemán, la obra sin parangón de Emil Kraepelin (1856-1926) logró instaurarse en el firmamento de la Psiquiatría. Atrás quedaban las visiones románticas de la locura (Heinroth y los *Psychiker*), el modelo de la *Einheitspsychose* revitalizado por W. Griesinger (1817-1868) y los intentos afrancesados de R. von Krafft-Ebing (1840-1902) por imponer la inusitadamente especulativa teoría de la degeneración.

Nosográfica y epistemológicamente, el campo clínico de la paranoia (*Verrücktheit* y/o *Wahnsinn*) había sido completamente desplazado hacia el nuevo concepto de enfermedad mental, que, bajo el desafortunado nombre de *dementia praecox*, Kraepelin había conseguido imponer paulatinamente en las ocho ediciones sucesivas de su cada vez más prolijo *Lehrbuch der Psychiatrie*¹. La nosología kraepeliniana promovió una homogeneización del cuadro clínico con el fin de constituir enfermedades mentales independientes. Para ello milimetró escrupulosamente el conjunto evolutivo y, sobre todo, las modalidades de terminación. Se dice, y no falta razón en ello, que, la sistemática kraepeliniana es una nosología para difuntos, pues siendo escrupulosos y puristas habría que esperar hasta el desenlace final de la enfermedad para asegurar el diagnóstico². Definitivamente, bastante despreocupado de los primeros signos y de las formas de inicio, para Kraepelin la terminación marcó el criterio nosográfico fundamental.

A partir de 1910, y dejando de lado la clínica francesa, se abrieron al menos tres frentes de oposición al sistema kraepeliniano:

— La publicación de E. Bleuler (1857-1940), en 1911, de *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*;

— La nueva visión promovida por K. Jaspers (1883-1969) en su *Allgemeine Psychopathologie*, publicada en 1913;

— La interpretación llevada a cabo por S. Freud (1856-1939) de las *Memoorias de un enfermo de los nervios* de D. P. Schreber, que, bajo el título *Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente*, se publicó en 1911.

¹ La primera edición bajo el título *Compendium der Psychiatrie* apareció en 1883; las ediciones posteriores aparecieron con el título *Psychiatrie*. La última de ellas, publicada entre 1909 y 1913, tiene 2.372 páginas.

² Una muestra del rigor escrupuloso con el que Kraepelin demarcaba sus tipos clínicos, muestra al mismo tiempo la artificialidad de su nosotaxia, la encontramos en la invención forzada del grupo parafrénico desarrollada a partir de 1912. Las parafrenias ocuparon un lugar intermedio entre la desfalleciente paranoia y las formas paranoides de la demencia precoz.

Jaspers y su corriente de influencias (la escuela de Heidelberg), es decir la psicopatología fenomenológica, son nuestra referencia principal para enmarcar la investigación de Klaus Conrad, *Die beginnende Schizophrenie. Versuch einer Gestaltanalyse des Wahns*³ publicada en 1958, y de la que a continuación presentamos una pequeña parte que resume el conjunto de su posición. La aplicación de la fenomenología a la psicopatología⁴, tal como fue desarrollada por Jaspers, consiste en describir y clasificar las vivencias del enfermo. La herramienta del trabajo es la comprensión o empatía (ponerse en el lugar del paciente e imaginar lo que está vivenciando). El clínico pasa revista a sus interrelaciones vivenciales, las delimita y propone una terminología apropiada. Sólo importa aquello que está en la conciencia del paciente; lo que no es consciente es inexistente para el fenomenólogo jasperiano⁵.

Estudiando algunos casos de delirios de celos⁶, Jaspers promovió dos conceptos básicos en toda su elaboración: «Proceso» y «Desarrollo». La noción de proceso (introducción de un elemento heterogéneo, nuevo, de una ruptura en la continuidad vital) implica la instauración de una personalidad nueva: el sujeto no es ni será jamás el que era antes del proceso patológico; las reacciones y efectos introducidos por el proceso son incomprensibles, pero explicables desde una perspectiva médico-biológica. Por el contrario, el desarrollo supone la continuidad sin fractura del acontecer vital, el despliegue patológico de la personalidad en la misma dirección. El desarrollo de una personalidad se expresa en «relaciones de comprensión»: «Lo psíquico surge de lo psíquico de una manera comprensible para nosotros. El atacado se vuelve colérico y realiza actos de defensa, el engañado se vuelve desconfiado. Este surgir uno tras lo otro de lo psíquico lo *comprendemos genéticamente*»⁷.

Estos lineamientos conceptuales, en sí muy discutibles⁸, fueron desarrolla-

³ Existe una traducción a nuestra lengua de dicha obra: *La esquizofrenia incipiente. Intento de un análisis de las formas de delirio*, Madrid-México D. F., Alhambra, 1962.

⁴ Una primera aproximación filosófica a la fenomenología puede obtenerse en el libro de J. F. LYOTARD, *La fenomenología*, Buenos Aires, Universitaria, 1973; para una introducción a los fundamentos filosóficos de la psiquiatría fenomenológica, puede consultarse el texto de G. LANTERI-LAURA, *Psiquiatría fenomenológica*, Buenos Aires, Troquel, 1965; un panorama de las diversas corrientes fenomenológicas en psicopatología puede entresacarse de la Tesis doctoral de J. M.^a GALLART, *Orígenes de la concepción fenomenológica de la enfermedad mental*, Fac. de Medicina de la Universidad de Madrid, 1968.

⁵ JASPERS, K., *Psicopatología general*, Buenos Aires, Beta, 1980, pp. 75-77.

⁶ JASPERS, K., «Delirio celotípico, contribución al problema: ¿'Desarrollo de una personalidad' o 'Proceso'?', en sus *Escritos psicopatológicos*, Madrid, Gredos, 1977 (1910).

⁷ JASPERS, K., *Psicopatología general*, cit., p. 352.

⁸ Resulta muy instructivo seguir el itinerario de J. Lacan a propósito del concepto jasperiano de «comprensión». Su Tesis sobre la paranoia de 1932 retoma los planteamientos de Jaspers frente a su maestro Clérambault, pero veinte años más tarde, en el Seminario sobre la psicosis, Lacan insistirá hasta la saciedad en desvelar los espejismos de la comprensión, retomando, a partir de Freud, a Clérambault contra Jaspers.

dos por la Cátedra de Heidelberg (Mayer-Gross, Beringer, Gruhle, y sobre todo Kurt Schneider). Este último, catedrático en Heidelberg entre 1946 y 1955, promovió una articulación entre la psiquiatría clínica de Kraepelin y la fenomenología de Jaspers, incidiendo sobremanera en la importancia del diagnóstico y por tanto en los signos que lo hacen posible.

Las formas de inicio de la esquizofrenia, cuyos signos prodrómicos se suponían difíciles de ser captados en los períodos iniciales, concitaron los esfuerzos de K. Schneider por ordenar y jerarquizar los signos primeros de la enfermedad esquizofrénica («síntomas de primer rango»): sonoridad del pensamiento, alucinaciones auditivas que comentan los actos o dialogan entre sí, vivencias de influencia corporal, robo del pensamiento, percepción delirante, influencias xenopáticas en los sentimientos, la voluntad y las tendencias⁹. Resulta extraordinariamente curioso observar cómo estos síntomas de primer rango corresponden a las descripciones del «Pequeño Automatismo Mental» de Clérambault, realizadas dos décadas antes con mucha más precisión y alcance teórico que la enumeración schneideriana. Clérambault, por fortuna, no comprendió nada, al contrario que los fenomenólogos, y precisamente por eso pudo ver lo invisible de la psicosis: los fenómenos xenopáticos neutros, atemáticos y anideicos con los que principian todas las psicosis alucinatorias.

En la línea de Jaspers y K. Schneider, surge la investigación de Klaus Conrad sobre el análisis de la forma del brote esquizofrénico. Conrad no se limita, como muchos de sus predecesores, a enumerar los síntomas esquizofrénicos, sino que establece entre ellos una ordenación psicológica. Al margen de la referencia biológica del proceso esquizofrénico, por tanto «incomprensible» en la terminología jasperiana, al margen también de la interpretación analítico-existencial (L. Binswanger), Conrad toma un tercer camino: el objeto de la investigación es la temática actual y sus modos intencionales, así como las alteraciones del modo de percibir, dejando de lado todo aquello que no está realmente presente en la conciencia. A esta modalidad de análisis la denomina *Gestaltanalyse* (análisis de la forma), porque todo cuando es vivenciado tiene una configuración, y analizar los hechos fenoménicos es analizar las configuraciones. Su injustamente olvidado texto *La esquizofrenia incipiente* pretende analizar la estructura vivencial del brote esquizofrénico, promoviendo una visión de conjunto y unitaria: conexión intrínseca entre todos los fenómenos del vivenciar esquizofrénico, tanto en sus formas prodrómicas como en su evolución posterior.

⁹ Una exposición detenida de las concepciones clínicas de Kurt SCHNEIDER puede leerse en su *Patopsicología clínica*, traducida al español en 1951, y editada por Paz Montalvo en Madrid.

Con su caso *princeps* (caso Rainer N.) nos muestra el autor el inicio y la instauración del delirio esquizofrénico, que se despliega en las siguientes fases:

1. «Trema» o «Fiebre de candilejas», es decir, el estado de tensión emocional caracterizado por la perplejidad: algo sucede en el mundo del enfermo pero no alcanza por ahora a saber qué es.

2. «Fase apofánica» (revelación): imposición de un saber que demarca el campo de las significaciones. El factor más importante de la vivencia apofánica es la *Anastrophé* («todo gira en torno a mí»¹⁰, «tengo la impresión de que todo alude a mí»).

3. «Fase apocalíptica», que corresponde a la exacerbación del estado de ánimo vivido en el «Trema» y en la «Apofanía», y oscila entre la aniquilación y el endiosamiento; Conrad estudia esta fase en relación a los estados catatónicos, tan frecuentes en aquellos días.

4. «Consolidación» o «Giro copernicano», que constituye un intento por parte del enfermo en favor de la comprensión de su enfermedad, criticando su posición de ser el centro y la referencia del mundo, y tratando de asumir que tan sólo es uno más, como cualquiera; dado que la enfermedad evoluciona a brotes, dentro de cada brote se pueden dar varias fases: «Trema», «Apofanía» y «Apocalipsis».

5. «Estado residual»: el residuo (defecto) puede producirse aun cuando toda la vivencia del delirante remita sin resto, incluso con una corrección completa y una comprensión cabal de la índole delirante de las vivencias.

A pesar de las variaciones en la clínica de las psicosis que ha introducido la revolución de los neurolépticos, esta investigación de Conrad mantiene hoy en día su actualidad, pues transmite en cierta medida la lógica fenoménica del trabajo subjetivo de construir un delirio. Una descripción más precisa de su concepción puede leerse en el texto que sigue, en el que se compendia el grueso de las descripciones del autor sobre el delirio esquizofrénico.

Consejo de Redacción (J. M.^a A)

¹⁰ Con el término *Anastrophé*, Conrad retoma uno de los fenómenos elementales más evidentes en la psicosis: la significación personal. Es preciso recordar aquí que el punto de partida de este concepto se debe al trabajo de Clemens Neisser a propósito de la «krankhafte Eingenbeziehung» en el origen del delirio paranoico: «sin quererlo ni saberlo —escribe NEISSER—, en estados sin afecto, los pacientes comprenden las representaciones que se presentan en su conciencia como estando relacionadas especialmente con su propia persona». Cfr. Cl. NEISSER, «Erörterungen über die Paranoia», *Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie*, 1892.