

La esquizofrenia incipiente (1958)

Dado que pretendemos analizar el delirio mismo, y no la posibilidad de su interpretación según una perspectiva histórico-vital, consideraremos primeramente el curso del acontecer y posteriormente intentaremos mostrar sus etapas más sobresalientes.

1.—Nuestro paciente nos comunicó que hacia Pascua de 1939, cuando tenía dieciocho años, se hallaba bajo la impresión de que sus padres, de alguna manera, le reprochaban que se contentase con asistir a la Escuela Superior. Se sentía presionado por algo. No era necesario que abandonase la Escuela Superior, porque hasta entonces no había intentado más que hacer su bachillerato. Además, sus notas eran satisfactorias en general. Más tarde, sus padres nos confesaron que habían vivido el abandono del bachillerato como una gran desilusión. Contra lo que el enfermo suponía, los padres querían que terminara la Escuela Superior. Estamos seguros que los hechos contradecían aquella impresión de reproche.

Imaginamos que el joven se encontraba en aquellos momentos bajo una presión determinada, para la que encontró la expresión «reproche por parte de los padres». Al seguir preguntándole de qué deducía que le hicieran algún reproche, se veía incapaz de encontrar algo concreto, y por ello, al continuar su relato, cambiaba la expresión «reproche» por «estímulo». Todo ello, desde luego, bajo la impresión de su delirio, en plena floración cuando refería su historia. *Estímulo* es, hasta cierto punto, reproche; pero en sentido contrario, es decir, «presión hacia»... en lugar de «presión desde»... La vivencia de esta presión era, pues, lo que comenzaba a notar en dicho período. Con el reproche, o para ser más preciso, reparo, surge por primera vez algo así como una barrera, porque todo reparo impide el avance precisamente de aquello que es «reprochado», que es puesto en el camino (obstáculo).

Así fue como abandonó su fin originario, el bachillerato, y se decidió por otra carrera. Este cambio de carrera o de dirección actúa como primera señal indicadora de desgracia en el camino hacia el error.

Nos falta el material clínico del año y medio siguiente. Pero, después, nos encontramos al enfermo en el Servicio de Trabajo y volvemos a oírle hablar de «presión», como si se esperara de él un rendimiento excesivo. Habla además de una sensación de «tensión». Finalmente, este sentimiento se intensifica como si hubiera algo en el aire, o como si algo inminente fuera a suceder. No puede precisar de qué se trata; tan sólo logra hacer algunas suposiciones sobre ello.

Puestos a describir la dinámica de este campo, observamos que se caracteriza durante uno o dos años por una ligera elevación de la tensión, en el sentido de una presión y de un anunciarse barreras que obligan al cambio de dirección

del curso; posteriormente, aumenta la tensión en el campo y, finalmente, la vivencia de algo «inminente». Cuando especificamos que algo es «inminente» que-remos significar siempre un estrechamiento del campo psíquico. Ya no somos libres, ya no podemos movernos como hasta entonces, ya no podemos decidir como lo hacíamos, nos encontramos atados, nuestro camino se ha estrechado y se dirige a lo inminente. Empero, nos vemos compelidos a recorrerlo. Lo inminente es siempre positivo o negativo, en ningún caso neutro; jamás se nos aparece como algo intrascendente. Lo inminente es siempre significativo para nuestra vida; algo cambia en ella, de algún modo se crea una nueva situación. Lo inminente impone límites a nuestra existencia, dando origen a un aumento de tensión en el campo.

Denominamos a este aumento de tensión —que en el presente caso se extiende por un período de uno o dos años— *primera fase* del brote esquizofrénico. Por lo general se suele hablar de «estadio prodrómico», pero la expresión «pródromo» no es exacta. No es un concepto fenomenológico, sino nosológico, y no nos precisa nada sobre la forma de vivencia. Por ello, designamos esta fase tan característica con la expresión tomada del «argot» teatral: *trema*. Como se sabe, los actores llaman de este modo al estado de tensión por el que pasan antes de entrar en escena. Todos aquellos que, de una u otra forma, han pasado por el trance previo a salir a escena, como le ocurre al virtuoso, al conferenciante o al que va a examinarse, lo conocen perfectamente. La expresión «fiebre de candilejas» acierta a expresar dos aspectos de esta vivencia: la sensación de lo febril y el encontrarse «a la luz», el hecho de «ser iluminado por las candilejas» que tanto el actor como el virtuoso sienten en realidad y el examinado sólo en sentido figurado.

Trema y angustia no son siempre idénticos. Desde luego, generalmente es trémulo, tormentoso, incontrolable. Pero la tensión, por ejemplo ante la competencia deportiva, ante el torneo, es también trema, y, sin embargo, muchas veces en lugar de auténtica angustia tiene más bien un carácter de alegría. Cuanto mayores son las posibilidades de éxito más se estrechan los márgenes de la angustia en todo trema, y, por el contrario, cuanto más notoria sea la conciencia de la posible derrota, tanto más se ensanchan los márgenes de la angustia.

Si tratamos ahora de representarnos brevemente, y con referencia a lo que más abajo diremos, la *topología* de la situación creada por el trema, nos encontramos siempre con algo característico: el campo total está constreñido, es decir, rodeado de barreras por todas partes. Uno se encuentra en un campo que no puede abandonar, un campo en el que se siente extremadamente limitado en su libertad de movimientos. Desde luego que aún se conserva una libertad relativa dentro del espacio cerrado, pero únicamente la «libertad» del prisionero en su celda o en el campo de concentración. Las barreras, como si fuesen alambradas de espinos, impiden «escapar del campo». El actor puede en el último momento renun-

ciar y decir que se halla indispuerto, etc., lo que supondría la huida del campo, pero mientras no lo haga la situación le indica que su camino es hacia adelante. De este modo, el campo está rodeado por una barrera externa. Y este camino extremadamente estrecho lleva de modo forzoso —en el sentido de una barrera interna en forma de límite de tiempo— a un punto que, al pasarlo —y esto es lo esencial—, sólo deja dos posibilidades: victoria o derrota, aumento o disminución de valor propio. Así pues, la ausencia de un camino que sea neutral para la autoestima es el denominador común de dicha situación. Sólo al pasar por este punto crítico se abren las limitaciones, se aligera el campo de sus barreras y queda expedito el camino. Y con ello desaparecen inmediatamente la tensión específica y el trema, incluso en el caso de disminuir la autoestima, de «derrota».

En resumen, podemos decir: el joven que hasta entonces no llamaba la atención por su conducta, vive desde hace un par de años en un «campo» alterado. Paulatinamente se han establecido barreras, y en la misma medida aumenta la tensión o presión en el campo hasta llegar a una culminación, que es experimentada como algo «inminente».

Nos hemos visto obligados a adoptar un nombre particular porque, como esperamos demostrar, esta primera fase del brote esquizofrénico tiene una gran importancia en todos nuestros casos. Uno de nuestros objetivos, basándonos en otros casos, será lograr una imagen exacta de la legalidad del trema.

2. Ahora se despliega rápidamente —pudiéramos decir de la noche a la mañana— aquello que ya estaba contenido en el trema en forma germinal, como tensión acumulada: el delirio. Primero sólo se desarrolla la temática. Ya antes, la presión sorda del trema había dado lugar a que el sujeto se ocupara de su futuro profesional y a que tomara en serio el plan de permanecer totalmente en el Servicio de Trabajo y seguir la carrera de jefe —un nuevo cambio de carrera—. Ahora, «se viene hablando» de que debe ascender a jefe de tropa, siendo él el único del campamento. También aquella equivalencia potencial de victoria y derrota se desarrolla en oposición «ascenso» y «hostilidad», vivenciados al mismo tiempo. Todo esto en lo concerniente al aspecto temático del delirio incipiente. Pero no nos parece que sea éste el aspecto esencial. La transformación de la estructura de la vivencia que ahora se establece es mucho más importante. Se ha desarrollado la llamada «consciencia anormal de significación», es decir, un modo de vivenciar tan característico que se extiende a todos los modos intencionales imaginables, desde el percibir sensible al representar y a las cogniciones sin imágenes y a los actos del pensamiento; un modo de vivenciar que da a todo fenómeno un nuevo matiz y que nunca falta por completo en ninguna psicosis esquizofrénica. Y es muy característico de nuestra situación actual en Psiquiatría, que no poseamos

ni siquiera una designación manejable que corresponda a este *modo central* de enorme importancia, porque las expresiones «conciencia anormal de significación» (Jaspers) o «establecimiento de relación sin motivo» (Gruhle) —por más que acierten con el modo específico de la vivencia—, son por lo general difíciles de manejar o poco prácticas. No es posible emplearlas ni de modo sustantivo ni adjetivado. No nos entenderíamos si dijéramos, por ejemplo, que los barracones o los sacos de pan o los jefes de tropa significaban «anormal», o que habían «sido aprehendidos con significado anormal»; ni tampoco si dijéramos que el cigarrillo encendido, movido por un camarada que fumaba tranquilamente en la oscuridad de la barraca, «fue relacionado sin motivo» con el signo político «hoz y martillo». Tampoco son prácticas las expresiones «delirio» o «percepción delirante» o «vivencia delirante», en primer lugar, porque no podemos aplicarlas de modo adjetivado —porque «delirante» es un término que Jaspers aplica, como se sabe, a otros fenómenos en los que el delirio es secundario y reducible a otros fenómenos psíquicos¹—, y sobre todo porque el concepto de delirio es demasiado general y abarca otras muchas cosas que no tienen demasiado que ver con la conciencia de significado anormal; además, el concepto «delirio» no es posible definirlo de modo general.

Así pues, nos vemos obligados a introducir una nueva palabra que se pueda aplicar tanto de modo sustantivo como adjetivado, y que corresponde con exactitud a aquello que Jaspers describió claramente como «conciencia de significación anormal». Si tomamos como paradigma de este modo de vivenciar a la percepción delirante, nos encontramos que ésta va siempre acompañada de la manifestación del enfermo de que sabe exactamente que es así y no necesita ninguna demostración. Así, nuestro enfermo sabía que la maniobra que hicieron los soldados con los fusiles en la plaza significaba que debía prepararse. Este simple saber el significado, sin tener que preguntar por qué se sabe, caracteriza toda percepción delirante. *El enfermo delirante se comporta como un hombre ante una revelación.* El significado se le impone de un modo manifiesto (revelado), y por ello el enfermo no puede comprender las dudas que las demás personas tienen. Hemos elegido para el modo de vivenciar de la conciencia de significado anormal la palabra *apofanía*²: la maniobra con los fusiles fue vivenciada, podemos decir ahora, de modo apofánico; la lucha fantasmagoría nocturna contra los enemigos supuestos en la barraca representaba todas las características de la apofanía; la observación del jefe de la tropa en relación con los sacos de pan nos permite, por lo menos, sospechar una vivencia apofánica.

¹ K. Schneider emplea la expresión «delirante» como adjetivo de delirio, y en el resto de los casos usa «deliroide».

² ἀποφαίνεω : hacerse manifiesto. Con dos acentos: representar a alguien como algo.

De momento, mientras que sólo los datos de la percepción contenían los signos de la apofanía —de modo particularmente claro, por ejemplo, en el traslado al primer lazareto, en que ningún objeto de percepción estaba libre de tales signos—, el espacio interior, es decir, el contenido de las representaciones, todo el mundo de los contenidos e imágenes internos seguían libres de tales signos. No obstante, por la autodescripción del enfermo sabemos que en ningún momento del curso ulterior de la apofanía logró apoderarse también del espacio interior: se dio cuenta entonces, por la transmisión de pensamientos, de que se encontraba bajo hipnosis. En este punto se evidencia que también sus propios pensamientos eran vivenciados de modo apofánico, de tal manera que al llegar a dicha fase se puede hablar de una *apofanía de todo el campo*.

Para todo aquello que nuestro enfermo vive de modo apofánico fuera, es decir, en el espacio de la percepción, encuentra fácilmente la palabra «que está puesto», y en cambio para todo aquello que pertenece al espacio interno, es decir, de la representación que contiene carácter apofánico, utiliza la expresión «está hecho». Sobre dichos fenómenos volveremos nuevamente, puesto que el análisis de la topología del campo vivencial apofánico es uno de los objetos más importantes de nuestro estudio.

3. A pesar de poseer datos que indican que hasta el final del brote este modo apofánico de vivenciar no cesó, es posible, sin embargo, hacer una subdivisión importante. En primer lugar, como podemos deducir de la exposición del enfermo, perdura la continuidad de sentido, y aunque está alterada de modo apofánico, no obstante, está conservada como tal continuidad. El enfermo es capaz de ver la situación en su conjunto, dentro, no obstante, de una extraña reestructuración. La escena nocturna en la barraca o el viaje en coche o el ingreso en el lazareto son vivenciados como lo que son, precisamente como escena en la barraca, como viaje en coche y como ingreso en el lazareto. El mundo está todavía ordenado, pero se ha centrado de modo peculiar, es decir, ha sufrido una especie de supraordenación, o de orientación, de modo semejante a las limaduras de hierro que se «orientan» en un campo magnético. Pero después se produce una transformación, desde el punto de vista de que la continuidad de sentido está transitoriamente en peligro. Ciertos hechos de la situación comienzan a dominar de tal forma que amenazan con hacer saltar la continuidad de sentido: por ejemplo, la exploración médica es vivenciada como una amenaza de ejecución; el enfermo cree que le van a degollar. Además, la fase que sigue tiene un carácter de imagen mucho más fuerte que lo vivenciado hasta entonces, de manera que nos da la impresión de que ciertos hechos vivenciales vienen a constituir cuadros asintácticos en los que ya no es posible reconocer una continuidad de sentido. El rui-

do gutural que profiere un animal fuera —quizá hubiera un establo en las inmediaciones del lazareto, o bien que otros ruidos se parecieran al sonido de los animales— significaba que, por hipnosis, habían de transformarle en un animal. Aquí, por lo menos, hemos llegado a un límite. Un paso más y la continuidad de sentido de la situación habría desaparecido por completo y se habría producido un desdoblamiento de imágenes arquetípicas, asintácticas, que, sin embargo, todavía contendrían los rasgos vivenciales de la apofanía.

Esta nueva fase, que nuestro paciente sólo ha llegado a esbozar, requiere también una nueva palabra, que intenta expresar aquella forma de imágenes reveladas que ya no guardan ninguna relación de sentido real. Hablamos de *fase apocalíptica* o de estudio de *apocalipsis*³. Cuando estudiemos las vivencias catatónicas nos ocuparemos con mayor detenimiento de ellas.

Esta fase puede hacerse más y más profunda, de manera que pronto resulte imposible experimentar nada con relación a hechos vivenciales configurados. Nos encontramos ya plenamente en la descripción del comportamiento catatónico. Las manifestaciones verbales en éste no son por lo general más que formas de comportamiento puramente formales, ya no son aplicables en relación a su contenido de sentido.

En el caso de terminación por la muerte podríamos hablar de un estadio terminal, que en el fondo no parece ser otra cosa que un coma tóxico. En éste ya no es posible encontrar contenidos vivenciales.

4. No obstante, se produce por lo general una mejoría espontánea al cabo de cierto tiempo. También sucede en nuestro caso, a lo largo de la observación, una lenta relajación del campo. La apofanía cesa por lo menos en dominios parciales, mientras que en otros perdura. Así, nos dice el enfermo que ha cesado el influjo del pensamiento, que finalmente le dejan en paz, y que, sin embargo, siguen observándole. O bien, oímos, por el contrario, que en las calles ya nadie está «puesto», que las gentes van a sus ocupaciones cotidianas, pero que al escribir la carta el enfermo oía voces que le decían, antes de escribir, sus pensamientos. Finalmente, nos encontramos con ciertas dudas de que fueran realidad, como se supuso al principio, de que quizás hubiera ido demasiado lejos, etc. No obstante, se observa en nuestro enfermo una clara resistencia a abandonar su temática primera por la que se sentía sometido a pruebas: «¡No vuelva a arrojarme otra vez a esa duda terrible!».

Esta fijación, que tiene completamente el carácter de una fijación neurótica, es extraordinariamente significativa para la cuestión, tan actual hoy, de la psicogénesis. Volveremos a hablar de esto también extensamente.

³ ἀποκαλύπτειν : revelar, manifestar.

A esta fase de restitución la llamamos *consolidación*; también la estudiaremos al hilo del material de enfermos.

5. Finalmente, en las últimas semanas de exploración, oímos a nuestro paciente manifestaciones peculiares sobre sus vivencias de transformación de sí mismo como un todo. Ya no podrá creer nunca más en los hombres; prefiere leer novelas baratas, a las que antes despreciaba. Ya no es capaz de asimilar lo grande y lo bello, sólo puede concentrarse en lo impersonal. Ya no es despreocupado, sino, por el contrario, se siente inquieto y oprimido: «Tengo la impresión como si mi vida fuese a estar, a partir de este instante sometida a una mala estrella... Hay en mí un mal designio... Ya no me siento tan seguro, ya no tengo confianza en lo que emprendo».

Se anuncia aquí aquella alteración característica de la manera de ser a la que suele designarse habitualmente con la expresión poco bella e imprecisa de «defecto» esquizofrénico. Por nuestra parte, preferimos la denominación neutra de *residuo*. Así pues, en los ejemplos presentados anteriormente se trata de signos residuales, o, para ser más precisos, de los signos de una pérdida residual del impulso. También esto lo estudiaremos con detenimiento, siguiendo el material de enfermos.

Con esta división en fases, hemos logrado un proyecto mediante el cual vamos a poder elaborar un gran material vivencial de la psicosis esquizofrénicas. La primera exigencia fenomenológica, aunque implica siempre un peligro, es el estudio de casos aislados, particulares y seleccionados. Seguramente nos proporciona la visión más importante; no obstante, es necesario revisar la validez de ésta con un material estadístico no seleccionado. Para ello se precisa un material utilizable estadísticamente y sin seleccionar, incluso en el caso de que no nos sea posible contarle de igual modo. Pero, a su vez, dicho material no puede sustituir al análisis preciso de los casos aislados. En ningún caso, cuando se trata del hombre, puede la ciencia prescindir de ninguna de ambas fuentes de conocimiento.