

## La escuela de Wernicke-Kleist-Leonhard. Una revisión

**RESUMEN:** La clasificación de las psicosis endógenas según Leonhard ha adquirido una renovada consideración. Su taxonomía es una herramienta de suma utilidad para las diversas investigaciones psiquiátricas. Se resumen los aspectos históricos y clínicos de esta clasificación y el estado actual de su desarrollo.

**PALABRAS CLAVE:** Clasificación, psicosis endógena, Leonhard, historia.

**SUMMARY:** Leonhard's differentiated classification of endogenous psychoses is relevant for psychiatry research and obtained influence during the last few years. In this paper the author summarizes the historical and clinical aspects and recent developments of Leonhard's taxonomy.

**KEY WORDS:** Classification, endogenous psychoses, Leonhard, history.

La clasificación de las psicosis endógenas según Leonhard continúa la misma línea clínica de finas delimitaciones semiológicas iniciada por Wernicke (1848-1905) y seguida por Kleist (1879-1960), razón por la cual puede hablarse en la actualidad de una escuela de Wernicke-Kleist-Leonhard, cuya vigencia se destaca a la luz de las modernas investigaciones psiquiátricas. Un breve repaso histórico nos permitirá acercarnos a la comprensión de la taxonomía de Leonhard en su origen y desarrollo.

El concepto de psicosis fue utilizado por primera vez de manera sistemática por Ernst Freiherr von Feuchtersleben (1806-1849) en 1845 (1). El término designaba de manera amplia cualquier tipo de alteración psíquica y alcanzó una aceptación importante en los manuales de la época. Posteriormente comenzaron las discusiones acerca de la existencia de una psicosis única (*Einheitspsychose*), idea defendida por Zeller (1804-1877). Heinrich Neumann (1814-1884), como consecuencia de las ideas de Zeller, postuló la hipótesis de un trastorno mental único que se presentaba en estadios: melancolía - manía - delirio (*Verruckheit*) - demencia (*Verblodung*). Las consideraciones de Zeller fueron aceptadas por Griesinger (1817-1868), quien a su vez desarrolló el concepto del cerebro como órgano psíquico. Los intentos de ordenar los trastornos mentales en base a su presumible sustrato anatómopatológico incentivó la producción de trabajos dirigidos a dilucidar la etiología de las psicosis. Dependiendo de la base teórica prevalente, el término fue utilizado ya fuese como sinónimo de trastorno mental en general, o bien como sinónimo de entidad clínica. Los estudios etiológicos se diversificaron en tres direcciones con sus correspondientes puntos de vista en cuanto a la sintomatología y al ordenamiento diagnóstico de los cuadros en cuestión. Por un lado, la concepción somático-biológica de Meynert (1833-1893), quien desarrolló una sistemática anatomofisiológica de las psicosis basada en el concepto de anemia/hipe-

remia y sus correlatos dinámicos de inhibición y excitación. Por otro lado, la orientación neuropatológica de Wernicke, cuya teoría se basaba en el trabajo de tres zonas de la conciencia (auto, allo y somatopsique) y tres vías de conducción (intrapsíquica, psicosenorial y psicomotora). Por último, la orientación clínico-pragmática de Kraepelin (1856-1926), cuya sistemática fue variando a lo largo de las consecutivas ediciones de su libro. Las controversias suscitadas sobre las bases orgánicas de las psicosis derivaron en los conceptos de exógeno, sintomático y orgánico y, paralelamente, en los esfuerzos por describir entidades clínicas características. Un nuevo paso se dio posteriormente con la división de los trastornos psíquicos de acuerdo con su origen en endógenos, exógenos y psicógenos.

### *La escuela de Wernicke-Kleist-Leonhard*

Tanto Wernicke como Kraepelin renunciaron a dar una explicación del concepto de psicosis, el cual fue utilizado como un principio de división taxonómica. Desde el punto de vista clínico, los caminos tomados por estos autores fueron totalmente divergentes. Mientras Kraepelin (2) reunía y simplificaba los cuadros psicóticos en dos grandes grupos —demencia precoz y locura maniaco-depresiva— en base a su pronóstico<sup>1</sup>, Wernicke (3) resaltaba la meticulosa descripción de los fenómenos psicopatológicos y su configuración en diversos síndromes. De esta manera, diferenciaba, por un lado, los «estados paranoicos» o psicosis crónicas (somato-, allo- y autopsicosis crónicas, dejando en cuarto lugar una categoría para las formas mixtas) y, por otro, una serie de psicosis agudas cuya descripción alcanzaría especial relevancia para la diferenciación posterior de las distintas psicosis fásicas. Su discípulo Kleist sería el encargado de desarrollar y refinar estas descripciones. Desde sus primeras comunicaciones sobre la clasificación de las esquizofrenias (4; 6) hasta los estudios catamnésicos llevados a cabo junto a sus colaboradores sobre las formas paranoides (7; 10), catatónicas (11; 13), hebefrénicas (4; 15) y confusas (16; 17) de esta afección, Kleist intentó demostrar que el amplio grupo de la demencia precoz era un conjunto heterogéneo de enfermedades —a las que consideraba como heredodegeneraciones— y postuló también las probables localizaciones cerebrales que estarían afectadas en las mismas (18). Diferenció

<sup>1</sup> Kraepelin unificó en su demencia precoz, luego rebautizada como esquizofrenia por Bleuler, una serie de patologías que habían sido descritas durante el siglo XIX, como la «démence précoce» de Morel, la hebefrenia de Hecker y la catatonía de Kahlbaum. A este grupo de mal pronóstico se oponía su locura maniaco-depresiva, que incluía la «folie circulaire» de Falret y la «folie à double forme» de Baillarger, y otros cuadros de sintomatología disímil pero que tenían en común su buena resolución. Bleuler amplió el espectro de la demencia precoz al no tener en cuenta el pronóstico de sus esquizofrenias, en las cuales incluía cuadros que pertenecían a la locura maniaco-depresiva de Kraepelin. Estos trastornos limítrofes adquirirán una relevancia especial gracias a las investigaciones de Kleist y Leonhard sobre las psicosis cicloides.

además la psicosis de la motilidad de las catatonías (la psicosis de la motilidad era entendida por Wernicke en un sentido amplio como complejo sintomático) y dio comienzo así al desarrollo del concepto de psicosis marginales o cicloides, independientes tanto de las esquizofrenias cuanto de la psicosis maníaco depresiva (19; 21). En el campo de los trastornos afectivos, introdujo los conceptos de unipolar y bipolar a través de su colaboradora Neele (22), conceptos que habitualmente se atribuyen a su discípulo Leonhard.

Leonhard (1904-1988) hace suyas estas tradiciones y desarrolla sobre esta base su propia clasificación de las psicosis endógenas. En 1936, publica su libro sobre los estados defectuales esquizofrénicos (23), en el cual se hace evidente la influencia de Kleist. En una serie de trabajos publicados entre 1934 y 1961 (24; 36), configura su división de las esquizofrenias en dos grandes grupos: sistemáticas y asistemáticas. En las primeras –insidiosas, oligosintomáticas y progresivas– estaría afectado un sistema psíquico aislado, mientras en las segundas, el proceso morboso se extendería más allá de los límites de un solo sistema. Estas esquizofrenias asistemáticas se caracterizan por su polimorfismo, su curso con frecuencia remitente o periódico y por dejar defectos de variada magnitud. La diferencia entre ambos grupos de esquizofrenias no sólo consiste en la diversidad del curso, pronóstico y sintomatología predominante respectivos, sino también en la carga psicótica familiar que presentan: baja en las formas sistemáticas y alta en las asistemáticas (37). Por otra parte, desarrolla también el concepto de psicosis cicloides (38), a las que divide en tres cuadros diferentes: psicosis de la motilidad, confusional y de angustia-felicidad. Estas psicosis fásicas son polimorfas como las formas asistemáticas de esquizofrenia pero se diferencian de éstas porque son de buen pronóstico, es decir, remiten sin dejar defecto. Las psicosis cicloides guardan relaciones con las psicosis esquizoafectivas de Kasanin (39), las psicosis atípicas de la escuela japonesa (40), las psicosis esquizofreniformes de Langfeldt (41) y la bouffée delirante de Magnan (42), entre otras. Las psicosis fásicas restantes de la taxonomía leonhardiana son la psicosis maníaco-depresiva, por un lado, y las formas puras (unipolares) de manía y melancolía y de euforia y depresión, por otro (43). Cada una de estas subformas constituyen, para Leonhard, cuadros independientes. Para una mejor comprensión de todos estos cuadros clínicos se verá una breve descripción de los mismos en el próximo apartado.

## *Las psicosis endógenas según Leonhard<sup>2</sup>*

### Psicosis fásicas (sin las cicloides)

1. *Psicosis maníaco-depresiva*: este cuadro bipolar se caracteriza por la presencia del síndrome fundamental maníaco y melancólico. El primero se distingue por la euforia, que fácilmente pasa a la irritación, la elevada autoestima, fuga de ideas, logorrea y atareamiento. El segundo, por la depresión del humor, el tedio vital, sentimientos de insuficiencia, enlentecimiento del curso del pensamiento, inhibición psicomotora, dificultad en tomar decisiones y la estructuración de las ideas en sentido depresivo. Estos síntomas no se presentan en forma pura, sino que se distinguen por su *polimorfismo*. Aparecen estados parciales y mixtos.

2. *Melancolía y manía puras (unipolares)*: a) La *melancolía pura* se caracteriza por la depresión del humor con postración somática y apatía. En los casos más graves aparece una angustia profunda, que puede acompañarse de una leve agitación. La inhibición psicomotora no llega al estupor y la del pensamiento no llega al mutismo. Existe una pronunciada tendencia al suicidio. b) La *manía pura* se distingue por la euforia vital, que difícilmente deja lugar a la irritación (salvo como reacción contingente ante las oposiciones), y el resto del síndrome fundamental maniaco. Tiende a cronificarse, aun como cuadro hipomaníaco.

3. *Depresiones puras (unipolares)*: a) La *depresión agitada (gehetzte Depression)* se caracteriza por un grave sentimiento de ansiedad sin contenido ideativo particular, que trae aparejados estados de excitación con lamentos, gritos, súplicas e intranquilidad motora. Al principio, las manifestaciones ansiosas son variadas, luego se transforman en lamentos uniformes y monótonos. Tienden al suicidio como fuga del estado angustioso. b) La *depresión hipocondriaca* se distingue por la presencia de cenestopatías, las cuales son descritas en términos vagos y consideradas como síntomas de una enfermedad orgánica. Los pacientes afirman que no tienen sensaciones, que no perciben los estímulos externos como antes ni pueden representarse nada en modo exacto. Aparecen más llorosos y quejosos que verdaderamente deprimidos. No existe inhibición. c) En la *depresión autotorturada (selbstquälerische Depression)* la tristeza se concreta en ideas de culpa y de inferioridad. Los pacientes aparecen apáticos pero se excitan al hablar de sus ideas morbosas y resulta difícil desviarlos de sus temas. Su ruina se hace extensiva a sus parientes más cercanos y surgen sentimientos de compasión. No hay inhibición

<sup>2</sup> En España, Solé-Sagarra (44) publicó junto a Leonhard, de manera detallada, un esquema bastante similar al de esta versión definitiva. Una descripción más somera puede encontrarse en Alonso Fernández (45).

## ORIGINALES Y REVISIONES

psicomotriz ni ideativa. d) La *depresión suspicaz (argwöhnische Depression)* está dominada por ideas de referencia que –ocasionalmente– se acompañan de alucinaciones o ilusiones auditivas. Las ideas anormales se desarrollan desde un principio en relación a los sucesos del medio circundante y surgen siempre desde un humor ansioso-depresivo. Su contenido es variable, generalmente de inferioridad y pecado. La tendencia al suicidio es alta. e) En la *depresión fría (teilnahmsarme Depression)* los pacientes se quejan de la falta de sentimientos y de voluntad que padecen. No sólo la alegría, sino también la pena pierde su profundidad. Otros síntomas depresivos no juegan un papel importante. Tiende a la cronicidad.

4. *Euforias puras (unipolares)*: a) Los pacientes con *euforia improductiva* se encuentran en un estado de serena felicidad, a partir de un profundo sentimiento de bienestar y alegría sin contenidos determinados. No tienden a la hiperactividad ni presentan logorrea. b) En la *euforia hipocondriaca* los pacientes se quejan de sufrir diversas sensaciones corporales, las que incluso pueden ser calificadas de insoportables, pero, al mismo tiempo, muestran un humor eufórico. Tiende a la cronificación. c) La *euforia exaltada* se caracteriza por la presencia simultánea de ideas de grandeza y de ideas altruistas de prosperidad. La euforia de estos pacientes varía según la temática que prevalece en la conversación, de tal manera que al tocar temas considerados como indiferentes su exaltación disminuye y da paso a una actitud de cierta solemnidad y patetismo. d) En la *euforia confabulatoria* el cuadro clínico está dominado por confabulaciones de contenido placentero y ocurrencias fantásticas, las cuales son fluidas y variables. Estas experiencias son relatadas con vivacidad pero no se llega a la exaltación de la forma anteriormente descrita. e) La *euforia fría (teilnahmsarme Euphorie)* es de rara observación. Los pacientes se quejan de su falta de sentimientos y de iniciativa al mismo tiempo que se muestran vivaces y risueños.

## Psicosis cicloides

1. *Psicosis de la motilidad*: su polo hipercinético se caracteriza por un aumento de los movimientos expresivos y reactivos. Los pacientes gesticulan, bailan o manifiestan cambios mímicos constantes. Los movimientos se desarrollan armónicamente. En el polo acinético desaparecen los movimientos reactivos y el juego mímico, y los pacientes se tornan rígidos.

2. *Psicosis confusional*: la incoherencia de la selección temática es el síntoma fundamental del polo excitado, en el cual aparecen con frecuencia falsos reconocimientos de personas, ideas de referencia y alucinaciones auditivas transitorios. En el polo inhibido se puede llegar al estupor con perplejidad.

3. *Psicosis de angustia-felicidad*: el polo ansioso se caracteriza por la presencia de un cuadro severo de ansiedad con desconfianza y autorreferencias. En el polo opuesto predominan los sentimientos placenteros, que pueden llegar al éxtasis. Los pacientes bendicen y predicán y presentan alucinaciones auditivas y visuales de contenido preferentemente religioso.

### Esquizofrenias asistemáticas

1. *Catatonía periódica*: se distingue por la presencia simultánea de alteraciones motoras hiper y acinéticas. Cuando ninguno de los dos polos predomina, los movimientos se vuelven uniformes, estereotipados. Si predomina la hipercinesia los movimientos pierden su armonía y se tornan paracinéuticos, mientras en los pacientes acinéticos se desarrollan hipercinesias localizadas (por ejemplo, movimientos iterativos en los miembros) y/o acciones impulsivas y oposicionismo.

2. *Catafasia (esquizofasia)*: el polo excitado se distingue por la logorrea confusa con neologismos y destrucción del orden gramatical. Estos síntomas se observan también en los estados terminales graves. No son infrecuentes las confabulaciones con rasgos expansivos. En el polo inhibido predominan el mutismo con expresión vacía del rostro y conservación de los movimientos reactivos simples.

3. *Parafrenia afectiva*: al comienzo puede manifestarse como un cuadro de ansiedad o de éxtasis con ideas delirantes congruentes con el estado de ánimo, si bien no es raro que las ideas delirantes sean absurdas desde un principio. Posteriormente se instala un síndrome de referencia con irritación. Si las ideas delirantes tienden a sistematizarse podemos hallarnos ante un delirio persecutorio o de grandeza con las características de la paranoia de Kraepelin. Si la enfermedad sigue avanzando aparecen ideas fantásticas, alucinaciones múltiples y falsos reconocimientos de personas. A pesar del embotamiento afectivo que domina en esta etapa los pacientes siguen expresando sus ideas patológicas cargadas de afecto.

### Esquizofrenias sistemáticas

1. *Formas paranoides*: a) La *parafrenia fantástica* es en igual medida delirante y alucinatoria. Pueden detectarse cenestopatías grotescas y alucinaciones visuales escénicas. Las ideas delirantes, llamadas ideas absurdas, escapan a cualquier realidad y posibilidad de la vida cotidiana. Para los pacientes no existen barreras físicas o naturales, temporales o históricas. Expresan sus ideas con indi-

ferencia y no se preocupan de fundamentar sus increíbles afirmaciones. Los falsos reconocimientos adquieren también características fantásticas. El lenguaje suele ser confuso. b) En la *parafrenia confabulatoria* dominan las falsificaciones de recuerdos, que llegan a encadenarse de manera progresiva hasta conformar verdaderas historias extraordinarias. Si bien estos relatos adquieren matices fantásticos, nunca ocurren en el medio circundante, el cual es apreciado de manera correcta. El humor de los pacientes es más bien elevado. c) La *parafrenia expansiva* se caracteriza por la presencia de ideas de grandeza que se acompañan de una conducta acorde a las mismas. Esto se expresa en la postura y movimientos de los pacientes, su ropa, su lenguaje oral y escrito, su modo de relacionarse con otras personas, siempre marcados por un tono de superioridad. Esta actividad resulta uniforme y las ideas son pobres en comparación con aquellas de las formas descritas previamente. Son llamativos los neologismos y las alteraciones gramaticales. d) La *parafrenia hipocondríaca* se manifiesta básicamente a través de impresionantes alucinaciones cenestésicas, que los pacientes atribuyen generalmente a aparatos o a otras influencias externas. Aparecen también alucinaciones reflejas y auditivas. Las ideas delirantes se presentan como ideas aclaratorias. El humor de base es depresivo y los pacientes tienden a quejarse de manera querulante. e) En la *parafrenia fonémica* las voces son el síntoma esencial. Estas voces están en estrecha relación con el pensamiento de los pacientes, quienes son torturados por el contenido desagradable de las mismas. A veces son referidas como provenientes de alguna parte del cuerpo, otras muchas se perciben como bajas o lejanas o son juzgadas como una imposición del pensamiento. Habitualmente son atribuidas a personas del medio. Los pacientes murmuran o conversan con sus voces y no es infrecuente que aparezca el fenómeno de la sonorización del pensamiento. f) En la *parafrenia incoherente* los pacientes son constantemente distraídos por sus alucinaciones auditivas, prácticamente no pueden fijar la mirada en el entrevistador y muchas veces parecen responder a sus voces en lugar de hacerlo a la pregunta que se les formula. Pueden padecer excitaciones alucinatorias, durante las cuales gritan e insultan a sus supuestos interlocutores. El trastorno del pensamiento es particularmente grave, regido por la incoherencia y las contaminaciones.

2. *Formas hebefrénicas*: a) En la *hebefrenia pueril* el aplanamiento afectivo se acompaña de un contentamiento superficial. Es característica la sonrisa de estos pacientes, la cual muchas veces adopta la apariencia de una risa ahogada, como así también la tendencia a cometer travesuras infantiles. Estas últimas pueden transformarse en verdaderos actos malignos, lo que se vincula con la insensibilidad ética que adquieren los pacientes. Los episodios disfóricos son frecuentes. b) La *hebefrenia bizarra* (*verschrobene Hebefrenie*) se distingue por el humor descontento y la inclinación a las quejas estereotipadas y con cierto tono queru-

lante. Las quejas hipocondríacas son muy frecuentes. Pueden presentarse manierismos de cualquier tipo y episodios de marcada irritación. El debilitamiento ético puede ser importante pero no tienden a cometer «travesuras». c) En la *hebefrenia superficial (flache Hebefrenie)* el aplanamiento afectivo es sumamente pronunciado. Los pacientes muestran un contentamiento despreocupado y hablan de manera insulsa sobre cualquier tema. Las cuestiones que más profundamente deberían afectarlos no parecen repercutir en ellos. Pueden presentar episodios disfóricos con alucinaciones e ideas de referencia. d) Los pacientes con *hebefrenia autista* aparecen malhumorados y no establecen contactos con otras personas. Hablan de malas ganas con el médico y responden con frases breves y evasivas. Su mímica es impenetrable. Los episodios disfóricos se caracterizan por la irritación y la agresividad, la que puede alcanzar extremos brutales.

3. *Formas catatónicas:* a) La *catatonía paracinética* se caracteriza por la instalación progresiva de paracinesias que al principio pueden pasar desapercibidas: muecas, rotación fugaz de los brazos o del tronco, etc. Los movimientos voluntarios aparecen distorsionados por la presencia de movimientos agregados, lo que se destaca sobre todo en las excitaciones, a modo de movimientos reactivos y pseudoexpresivos con emisiones verbales breves. El lenguaje se caracteriza por su falta de modulación. Los pacientes suelen expresar oraciones breves y generalmente agramaticales de manera saltatoria. b) La *catatonía manierística* se distingue por la presencia de manierismos diversos y por un empobrecimiento motor progresivo. Los manierismos de omisión (mutismo, permanecer siempre en un lugar determinado, no ingerir alimentos) juegan siempre un papel importante. c) Los pacientes con *catatonía procinética* se presentan ante el entrevistador con una mirada que expresa un gran interés y una mímica vacía. Se dirigen al médico emitiendo un murmullo constante e incomprensible. Tienen la tendencia a manipular cualquier objeto que esté a su alcance y a darle la mano al entrevistador cuantas veces éste se la ofrezca. Al efectuarse una leve presión en alguna parte del cuerpo, los pacientes inician un movimiento activo de acompañamiento (*Mitgehen*). d) En la *catatonía negativista*, los pacientes ofrecen una mirada ausente y vuelta en otra dirección a la del entrevistador, o bien adoptan una postura típica, con la cabeza girada en sentido contrario al del tórax y un hombro algo elevado. Son característicos los estados de irritación cuando se insiste en establecer contacto con ellos. Ante un acercamiento cordial muestran una sonrisa ambivalente y ambitendencias en su conducta. Los episodios de excitación suelen ser brutales. e) La *catatonía parafémica (sprechbereite Katatonie)* se caracteriza porque los pacientes no hablan casi nunca de manera espontánea pero tienen la tendencia a dar respuestas rápidas y breves, en cortocircuito. El impulso a hablar se activa y se extingue rápidamente, las respuestas (pararrespuestas) se tornan insensatas e imprevistas, con



agramatismo y perseveraciones. La inexpressividad es marcada. f) Los pacientes con *catatonía hipofémica* (*sprachträge Katatonie*) muestran un rostro inmóvil con expresión distraída y sufren, aparentemente, de alucinaciones constantes. Prácticamente no hablan, susurran y están siempre apartados. Durante las crisis de ira, determinadas por las alucinaciones, hablan e imprecán y se mueven con soltura.

### Conclusiones

La clasificación de las psicosis endógenas sigue siendo motivo de controversia. Los inconvenientes en la delimitación de los diversos cuadros clínicos, planteados ya por psiquiatras de la talla de Kraepelin (46) y Conrad (47), no pudieron ser resueltos hasta el momento actual. La introducción de métodos estadísticos y de modernos sistemas operativos no ha dado los resultados esperados y, como afirma Kendell (48), no hemos avanzado mucho en relación a la época de Kraepelin. La clasificación de Karl Leonhard, por su parte, ha logrado importantes muestras de validación, al menos en sus categorías mayores. Si bien los estudios biológicos (49) y epidemiológicos (50) aun son insuficientes, la separación de las psicosis cicloides de las esquizofrenias y la división de éstas en dos grandes grupos –sistemáticas y asistemáticas– tienen hasta el momento un sólido respaldo clínico. La subdivisión de los trastornos afectivos, sin embargo, no pudo ser corroborada (51). El curso fásico y el buen pronóstico de las psicosis cicloides fueron verificados por diversos estudios (52; 55), los cuales confirman su independencia respecto de las esquizofrenias, patologías con las que habitualmente se las confunde (56). De acuerdo con un estudio llevado a cabo por Perris (57) en Suecia, la mayoría de los episodios morbosos se produce sin la influencia evidente de factores desencadenantes externos, son más frecuentes en mujeres que en hombres y la edad de comienzo varía entre los 15 y los 50 años, aunque se han descrito casos de pacientes más jóvenes (58; 60) y aun mayores (43). Los estudios familiares (57; 61; 62) indican que existe una preponderancia de psicosis cicloides entre los familiares de primer grado de los pacientes afectados, con bajo riesgo para otras psicosis. La génesis de estos trastornos permanece aún oscura. Para Leonhard (43), los factores psicosociales jugarían un papel importante en la producción de los mismos. Con respecto a las esquizofrenias, las formas sistemáticas o nucleares y aquellas asistemáticas o atípicas muestran marcadas diferencias en la carga familiar: baja para las primeras y alta para las segundas (61; 63; 64). Como señalan Franzek y Beckmann (64), este hecho brinda sustento a la idea de que ambos grupos tendrían etiologías diferentes otro soporte, aunque heterogéneo en sus resultados, estaría dado –según los autores– por las anormalidades tomográficas y neurofisiológicas

que se observan predominantemente en los pacientes sin carga familiar. En este último grupo se ha encontrado recientemente una mayor concentración estacional de nacimientos (65; 66) y un elevado porcentaje de complicaciones perinatales (67; 70). Si bien es cierto que la división de las esquizofrenias en sistemáticas y asistemáticas fue hecha en la era preneuroléptica, contamos con datos que indican que los neurolépticos no influyen sustancialmente en el cuadro clínico de estas patologías, las cuales mantienen sus características esenciales a pesar del tratamiento medicamentoso (71). La influencia de los psicofármacos y de otros factores sobre estos cuadros clínicos necesita, sin embargo, de nuevos estudios. Las diferencias en la sintomatología, curso y pronóstico de ambas categorías y su distribución similar en distintas culturas (72) constituyen otros aportes para su validación. En un estudio propio (73), pudo comprobarse que el 34% de las esquizofrenias sistemáticas observadas correspondía a casos combinados y el 13% a formas no clasificables. Sin embargo, no se hallaron superposiciones con las formas asistemáticas y las psicosis cicloides. La clasificación de las esquizofrenias sistemáticas alcanzaría mayor consistencia si se tomaran en cuenta las subcategorías mayores (parafrenia, hebefrenia y catatonía) sin sus correspondientes subgrupos, debido a la alta proporción de casos combinados y a la dificultad de encuadrar pacientes típicos o puros, más bien cercanos a casos ideales.

Desde el punto de vista de los instrumentos diagnósticos existentes, el propio Leonhard (74) elaboró un catálogo de síntomas. Al margen de este catálogo, se han desarrollado distintos instrumentos diagnósticos, ya sea para trastornos específicos como las psicosis cicloides y/o esquizofrenias asistemáticas (75; 76) o para ambos grupos de esquizofrenias (77), o bien sistemas más abarcativos como el DCR Budapest-Nashville (78) y la escala diagnóstica computarizada de Fritze y Lanczik (79).

Si bien la clasificación de las psicosis endógenas sigue siendo una tarea de revisión constante que nunca parece dar los frutos buscados -un mito psiquiátrico de Sísifo para utilizar la expresión de Janzarik (80)-, no sería justo caer en las redes del pesimismo. El desarrollo de los modernos estudios que apuntan a dilucidar las etiologías de estas afecciones sobre la base de modelos polidiagnósticos se presenta como un camino promisorio para lograr un ordenamiento más adecuado de estos trastornos. La clasificación de Leonhard por su alta especificidad debería ser protagonista de este proceso.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) KINDT, H., «Zur Entstehung und Entwicklung des Psychose-Begriffes», *Fortsch. Neurol. Psychiat.*, 1974, 42, pp. 453-464.
- (2) KRAEPELIN, E., *Psychiatrie*, Leipzig, Barth, 1913, 8.<sup>a</sup> ed.
- (3) WERNICKE, C., *Grundriss der Psychiatrie*, Leipzig, Thieme, 1900.
- (4) KLEIST, K., «Über paranoide erkrankungen», *Allg. Z. Psychiat.*, 1914, 71, pp. 764-766.
- (5) KLEIST, K., «Berichte über endogene Verblödungen», *Neurol. Zbl.*, 1919, 38, pp. 75-77.
- (6) KLEIST, K., «Berichte über endogene Verblödungen», *Allg. Z. Psych.*, 1919, 75, pp. 242-245.
- (7) FAUST, C., «Die paranoiden Schizophrenien auf Grund katamnesticer Untersuchungen. I Teil. Die progressive Halluzinose», *Z. Neurol.*, 1941, 172, pp. 308-393.
- (8) SCHWAB, H., «Die paranoiden Schizophrenien auf Grund katamnesticer Untersuchungen. II Teil. Die phantastisch-paranoiden Erkrankungen», *Z. Neurol. Psychiat.*, 1941, 173, pp. 38-108.
- (9) NEELE, E.; KLEIST, K., «Die paranoiden Schizophrenien auf Grund katamnesticer Untersuchungen. III Teil. Die progressiven Beziehungspsychosen», *Z. Neurol.*, 1942, 175, pp. 4-67.
- (10) MEYER, G. y otros, «Die paranoiden Schizophrenien auf Grund katamnesticer Untersuchungen. IV Teil. Die paranoide Demenz», *Z. gesamte Neurol. Psychiat.*, 1944, 177, p. 114.
- (11) KLEIST, K.; DRIEST, W., «Die Katatonie auf Grund katamnesticer Untersuchungen. I Teil.», *Z. Neurol.*, 1937, 157, pp. 479-556.
- (12) KLEIST, K.; DRIEST, W., «Die Katatonie auf Grund katamnesticer Untersuchungen. II Teil.», *Z. Neurol.*, 1937, 163, pp. 441-506.
- (13) KLEIST, K. y otros, «Die Katatonie auf Grund katamnesticer Untersuchungen. III Teil.», *Z. Neurol.*, 1940, 168, pp. 535-586.
- (14) KLEIST, K. y otros, «Die Hebephrenie auf Grund katamnesticer Untersuchungen. I Teil.», *Arch. Psychiat. Nervenkr.*, 1950, 185, pp. 773-798.
- (15) KLEIST, K. y otros, «Die Hebephrenie auf Grund katamnesticer Untersuchungen. II Teil.», *Arch. Psychiat. Nervenkr.*, 1951, 186, pp. 1-12.
- (16) SCHWAB, H., «Die verworrenen Schizophrenien auf Grund katamnesticer Untersuchungen. I Teil. Die Schizophasien», *Arch. f. Psychiat.*, 1949, 182, pp. 333-339.
- (17) KLEIST, K.; SCHWAB, H., «Die verworrenen Schizophrenien auf Grund katamnesticer Untersuchungen. II Teil. Die denkverwirrten Schizophrenien», *Arch. Psychiat. Nervenkr.*, 1950, 184, pp. 28-49.
- (18) KLEIST, K., «Schizophrenic symptoms and cerebral pathology», *J. Ment. Sci.*, 1960, 106, pp. 246-255.
- (19) KLEIST, K., «Die klinische Stellung der Motilitätspsychosen», *Z. ges. Neurol. Psychiat.*, 1911, 3, pp. 914-917.
- (20) KLEIST, K., «Autochtone Degenerationspsychosen», *Z. ges. Neurol. Psychiat.*, 1921, 69, pp. 1-11.
- (21) KLEIST, K., «Über zyklode, paranoide und epileptoide Psychosen und über die Frage der Degenerationspsychosen», *Schwiz Arc. Neurol. Neurochir. Psychiat.*, 1928, 23, pp. 3-37.
- (22) NEELE, E., *die phasische Psychosen nach ihrem Erscheinung- und Erbbild*, Leipzig, Barth, 1949.
- (23) LEONHARD, K., *Die Defektschizophrenen Krankheitsbilder*, Leipzig, Thieme, 1936.
- (24) LEONHARD, K., «Atypische endogene Psychosen im Lichte der Familienforschung», *Z. ges. Neurol. Psychiat.*, 1934, 149, pp. 520-562.

(25) LEONHARD, K., «Erblichkeitsverhältnisse bei atypischen Psychosen», *Psych. Neurol. Wschr.*, 1935, 37, pp. 46-463.

(26) SCHULZ, B.; LEONHARD, K., «Erbbiologisch-klinische Untersuchungen am insgesamt 99 in Sinne Leonhards typische bzw atypischen Schizophrenien», *Z. ges. Neurol. Psychiat.*, 1940, 168, pp. 587-613.

(27) LEONHARD, K., «Zur Unterteilung und Erbbiologie der Schizophrenien. I Mitteilung: Die typischen Unterformen der Katatonie», *Allg. Z. psychiat. u. ihre Grenzgeb.*, 1942, 120, pp. 1-23.

(28) LEONHARD, K., «Zur Unterteilung und Erbbiologie der Schizophrenien. II Mitteilung: kominiert-systematische und periodische Katatonien», *Allg. Z. psychiat. u. ihre Grenzgeb.*, 1942, 121, pp. 1-35.

(29) LEONHARD, K., «Zur Unterteilung und Erbbiologie der Schizophrenien. III Mitteilung: Erbbiologie der Katatonien», *Allg. Z. psychiat. u. ihre Grenzgeb.*, 1943, 122, pp. 39-86.

(30) LEONHARD, K., «Zur Unterteilung und Erbbiologie der Schizophrenien. IV Mitteilung: Die paranoiden und verworrenen Schizophrenien typischer u. kombiniertsystematischer Art», *Allg. Z. psychiat. u. ihre Grenzgeb.*, 1943, 122, pp. 194-213.

(31) LEONHARD, K., «Zur Unterteilung und Erbbiologie der Schizophrenien. V Mitteilung: Die periodischen und phantastisch fortschreitenden paranoiden Schizophrenien mit ihrem Sippenbild», *Allg. Z. psychiat. u. ihre Grenzgeb.*, 1944, 123, pp. 9-25.

(32) LEONHARD, K., «Zur Unterteilung und Erbbiologie der Schizophrenien. VI Mitteilung: erbologie der paranoiden und verworrenen Formen von Schizophrenie», *Allg. Z. psychiat. u. ihre Grenzgeb.*, 1944, 123, pp. 77-204.

(33) LEONHARD, K., «Zur Unterteilung und Erbbiologie der Schizophrenien. VII Mitteilung: Die hebephrenen Krankheitsformen und ihr Erbbild», *Psychiatrisch-neurol. Wschr.*, 1945, 47, pp. 23-28.

(34) LEONHARD, K., *Grundlagen der Psychiatrie*, Stuttgart, Enke, 1948.

(35) LEONHARD, K., «Eine Sippe affektvoller Paraphrenie mit gehäuften Erkrankungen aus Verwandten-Ehen (Zugleich ein Beitrag zur Frage der Paranoia)», *Arch. f. Psychiat.*, 1950, 184, pp. 291-356.

(36) LEONHARD, K., «Die Spielbreite der unsystematischen Schizophrenien, besonders der Kataphasie», *Arch. Psychiat. Nervenkr.*, 1961, 202, pp. 513-526.

(37) LEONHARD, K., «Contradictory issues in the origin of schizophrenia», *Br. J. Psychiatry*, 1980, 136, pp. 437-444.

(38) LEONHARD, K., «Die Cycloiden, meist als Schizophrenien verkannten Psychosen», *Psychiat. Neurol. med. Psychol.*, 1957, 9, pp. 359-364.

(39) KASANIN, J., «The acute schizoaffective psychoses», *Am. J. Psychiatry*, 1933, 13, pp. 97-126.

(40) FUKUDA, T., «Cycloid psychoses as atypical psychoses: concordance and discordance», *Psychopathology*, 1990, 23, pp. 253-258.

(41) LANGFELDT, G., «Definition of schizophreniform psychoses», *Am. J. Psychiat.*, 1982, 139, 703.

(42) PULL, C. B. y otros, «Nosological position of schizoaffective psychoses in France», *Psychiat. Clin.*, 1983, 16, pp. 141-148.

(43) LEONHARD, K., *Aufteilung der endogenen Psychosen und ihre differenzierte Ätiologie*, Berlín, Akademie, 1986.

(44) SOLÉ-TURA, J.; LEONHARD, K., *Manual de Psiquiatría*, Madrid, Morata, 1953.

(45) ALONSO FERNÁNDEZ, F., *Fundamentos de la psiquiatría actual*, Madrid, Paz Montalvo, 1972.

## ORIGINALES Y REVISIONES

- (46) KRAEPELIN, E., «Die Erscheinungsformen des Irreins», *Z. ges. Neurol. Psychiat.*, 1920, 62, pp. 1-20.
- (47) CONRAD, K., «Das Problem der 'nosologischen Einheit' in der Psychiatrie», *Nervenarzt*, 1959, 30, pp. 488-494.
- (48) KENDELL, R. E., «Clinical validity», *Psychol. Med.*, 1989, 19, pp. 45-55.
- (49) LANCZIK, M.; FRITZE, J., «Leonhard-Klassifikation endogener Psychosen- erste biologische Befunde und differentialtherapeutische Erwägungen», *Fortschr. Neurol. Psychiat.*, 1992, 60, pp. 296-304.
- (50) LINDVALL, M. y otros, «Epidemiology of cycloid psychosis», *Psychopathology*, 1990, 23, pp. 228-232.
- (51) BAN, T. A., «Composite diagnostic evaluation: methodology and applications», en FERREIRO y otros (eds.), *Schizophrenia and affective psychoses. Nosology in contemporary psychiatry*, Milán, Libbey, 1992.
- (52) KIROV, K., «Untersuchungen über den Verlauf zyklöider Psychosen», *Psychiat. Neurol. med. Psychol.*, 1972, 24, pp. 726-732.
- (53) CUTTING, J. C. y otros, «Cycloid psychosis: and investigation of the diagnostic concept», *Psychol. Med.*, 1978, 8, pp. 63-648.
- (54) BROCKINGTON, I. F. y otros, «The course and outcome of cycloid psychoses», *Psychol. Med.*, 1982, 12, pp. 97-105.
- (55) BECKMANN, H. y otros, «Prognostic validity of cycloid psychosis. A prospective follow-up study», *Psychopathology*, 1990, 23, pp. 205-211.
- (56) LEONHARD, K.; TROSTORFF, Sv., *Prognostische Diagnose der endogenen Psychosen*, Jena, Fischer, 1964.
- (57) PERRIS, C., «A study of cycloid psychoses», *Acta Psychiatr. Scand.*, 1974, Supl. 253.
- (58) NEUMÄRKER, K.-J., «Über das Auftreten der Motilitätspsychosen (zykloide Psychosen) im Kindesalter», *Z. Kinder-Jugendpsychiat.*, 1987, 15, 57-67.
- (59) NEUMÄRKER, K.-J., «Leonhard and the classification of psychomotor psychoses in childhood and adolescence», *Psychopathology*, 1990, 23, pp. 243-252.
- (60) NEUMÄRKER, K.-J., «Diagnostics, therapy and course of catatonic schizophrenias in childhood and adolescence», en BECKMANN, H.; NEUMÄRKER, K.-J., (eds.), *Endogenous psychoses. Leonhard's impact on modern psychiatry*, Berlín, Ullstein Mosby, 1995.
- (61) TROSTORFF, Sv., «Verlauf und Psychose in der Verwandtschaft bei den systematischen und unsystematischen Schizophrenien und den zyklöiden Psychosen», *Psychiat. Neurol. med. Psychol.*, 1975, 27, pp. 80-100.
- (62) MAJ, M., «Cycloid psychotic disorder: validation of the concept by means of a follow-up and family study», *Psychopathology*, 1990, 23, pp. 228-232.
- (63) UNGVÁRI, G., «A contribution to the validity of Leonhard's classification of endogenous psychoses», *Acta Psychiatr. Scand.*, 1985, 72, pp. 144-149.
- (64) FRANZEK, E.; BECKMANN, H., «Schizophrenia: not a disease entity? A study of 57 long-term hospitalized chronic schizophrenics», *Eur. J. Psychiatry*, 1992, 6, pp. 97-108.
- (65) FRANZEK, E.; BECKMANN, H., «Season of birth reveals the existence of etiologically different groups of schizophrenia», *Biol. Psychiatry*, 1992, 32, pp. 375-378.
- (66) BECKMANN, H.; FRANZEK, E., «Deficit of birthrates in winter and spring months in distinct subgroups of mainly genetically determined schizophrenia», *Psychopathology*, 1992, 25, pp. 57-64.
- (67) STÖBER, G. y otros, «The role of maternal infectious diseases during pregnancy in the etiology of schizophrenia in offspring», *Eur. Psychiatry*, 1992, 7, pp. 147-152.

(68) STÖBER, G. y otros, «Obstetric complications in distinct schizophrenic subgroups», *Eur. Psychiatry*, 1993, 8, pp. 293-299.

(69) STÖBER, G. y otros, «Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen- ihr Stellenwert in der Entstehung schizophrener Psychosen», *Fortschr. Neurol. Psychiat.*, 1993, 61, pp. 329-337.

(70) STÖBER, G. y otros, «Schwangerschaftsinfektionen bei Müttern von chronisch Schizophrenen», *Nervenarzt*, 1994, 65, pp. 175-182.

(71) BECKMANN, H. y otros, «The influence of neuroleptics on specific syndromes and symptoms in schizophrenics with unfavourable long-term course», *Neuropsychobiology*, 1992, 26, pp. 50-58.

(72) MARTÍNEZ, D R., «Estudio comparativo entre la CIE-10 y la clasificación de Karl Leonhard» (no publicado).

(73) WILSON, H. W.; BAN, T. A., «Distribution of Leonhard's subtypes of chronic schizophrenia in two cultures», *Can. J. Psychiatry*, 1983, 28, pp. 197-198.

(74) LEONHARD, K., «Differenzierte Diagnostik der endogenen Psychosen unter Anlehnung and einen Symptomenkatalog», *Psychiat. Neurol. Med. Psychol.*, 1990, 42, pp. 136-145.

(75) PERRIS, C.; BROCKINGTON, I. E., «Cycloid psychoses and their relation to the major psychoses», en PERRIS, C. y otros (eds.), *Biological Psychiatry*, Amsterdam, Elsevier/Nort Holland Biomedical Press, 1981.

(76) SCHREIBER, W., «Operationalisierte Diagnostik der zyklischen Psychosen und der unsystematischen Schizophrenien Leonhards», *Actas del Segundo Simposio de la Sociedad Internacional Wernicke-Kleist-Leonhard*, Berlín, 29 al 31 de octubre 1992.

(77) BAN, T. A., «Chronic schizophrenias: a guide to Leonhard's classification», *Compreh. Psychiatry*, 1982, 23, 155-170.

(78) PETHÖ, B. y otros, «DCR Budapest-Nashville in the diagnosis and classification of functional psychoses», *Psychopathology*, 1988, 21, p. 153-240.

(79) FRITZE, J.; LANCZIK, M., «Schedule for operationalized diagnosis according to the Leonhard classification of endogenous psychoses», *Psychopathology*, 1990, 23, pp. 303-315.

(80) JANZARIK, W., «Die nosologische Differenzierung der idiopathischen Psychosyndrome - ein psychiatrischer Sisyphus-Mythos», *Nervenarzt*, 1989, 60, pp. 86-89.

\* Daniel R. Martínez, Psiquiatra, Sala de Psiquiatría y Psicología Médica del Hospital Fiorito, Av. Belgrano, 851, (1870) Avellaneda, Argentina.

Correspondencia: Daniel R. Martínez, Ferré 1618, (1824) Lanús, Argentina.

\*\* Fecha de recepción: 8-I-1996.