

Aproximación al concepto de esquizofrenia: de la psiquiatría al psicoanálisis

Approach to the concept of schizophrenia: from psychiatry to psychoanalysis

Abíznano, Rodrigo¹

RESUMEN

El presente trabajo tiene como propósito interrogar el concepto de esquizofrenia tanto en el campo de la psiquiatría como en el del psicoanálisis. Comenzaremos revisitando a los autores predominantes y las teorizaciones de Freud y Lacan en torno de la esquizofrenia. Luego, compararemos los abordajes que se han hecho a partir de la década de los años cincuenta con los avances en psicofarmacología y en ciencias neurobiológicas. Analizaremos en particular el lugar que han tenido las alucinaciones auditivas en el tratamiento de los distintos autores. Por último, nos interesará cotejar las diferencias y similitudes prescritas por los distintos abordajes.

Este rastreo se da en el marco de un proyecto de investigación guiado por los avances de las técnicas de neuroimágenes aplicadas a los fenómenos de alucinaciones auditivas en la esquizofrenia. Orientados por dichas coordenadas, arribamos a algunas conclusiones que nos permiten caracterizar el campo problemático delimitado por el cruce inter-discursivo.

Palabras clave: Esquizofrenia - Alucinación - Psiquiatría - Psicoanálisis

ABSTRACT

The purpose of this paper is to discuss the concept of schizophrenia in the field of psychiatry and psychoanalysis. We will begin by revisiting the prevailing authors and the theorizations of Freud and Lacan around schizophrenia. Then, we will compare the approaches that have been made since the decade of the fifties with the advances in psychopharmacology and in the neurobiological sciences. We will analyze in particular the place that the auditory hallucinations have had in the treatment of the different authors. Finally, we will be interested in comparing the differences and similarities prescribed by the different approaches.

This tracking occurs within the framework of a research project guided by the advances of neuroimaging techniques applied to the phenomena of auditory hallucinations in schizophrenia. Guided by these coordinates, we arrive at some conclusions that allow us to characterize the problematic field delimited by the inter-discursive crossing.

Keywords: Schizophrenia - Hallucination - Psychiatry - Psychoanalysis

¹Universidad de Buenos Aires (UBA). Facultad de Psicología. Licenciado en Psicología, UBA. Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (GCABA). Centro de Salud Mental N°3 - Arturo Ameghino. Psicólogo Clínico. E-Mail abinzanopsi@gmail.com

Nota: Este artículo se inscribe en el trabajo realizado en la investigación "Psicoanálisis y Neurociencias: la incidencia de las investigaciones con neuroimágenes en la clínica de la esquizofrenia", con sede en el Hospital B. Moyano. Director: Mg. Martín Alomo.

Introducción

“Psiquiatría” fue el término escogido por Lacan a la hora de hablar de las relaciones entre el psicoanálisis y la psiquiatría (Lacan, J. 1971-1972, p. 18); de este modo seguía la estela de lo que había hecho con la lingüística y la lingüística (Lacan, J. 1972-1973, p. 24), marcando así un entrecruzamiento donde advenía un saber que no era ni psicoanálisis ni psiquiatría sino un *plus* generado por ese encuentro. Varios años antes, en su conferencia XVI para hablar de la relación entre psicoanálisis y psiquiatría, Freud había utilizado una metáfora en referencia a las ramas de la medicina: el psicoanálisis es a la psiquiatría lo que la histología es a la anatomía en tanto la anatomía estudia las formas exteriores de los órganos y la histología su constitución a partir de los tejidos y las células (Freud, S. 1916-1917, p. 233). Ambos autores coinciden en que entre el psicoanálisis y la psiquiatría habría un punto de entrecruzamiento que arrojaría un saber para el quehacer clínico. Ubicamos en esto una coordenada de gran interés para nuestro proceder: poder leer críticamente a los autores del campo de la psiquiatría así como también los desarrollos de Freud y Lacan dentro de la teoría analítica en torno del concepto y categoría clínica de la esquizofrenia. Dicha aproximación se encuadra en una investigación que apunta a interrogar el estatuto que han tenido ciertos avances en materia de neuroimágenes en el abordaje de las alucinaciones auditivas de pacientes con esquizofrenia. Es por ello que haremos un rastreo de los puntos de cambio, de continuidad y de ruptura que han tenido dicho concepto. En este sentido, y ya que haremos un recorte de una expresión fenoménica particular -las alucinaciones auditivas refractarias a todo tipo de tratamiento conocido¹- en cada apartado haremos especial mención a dicha presentación. Nuestro enfoque se orienta por los efectos y actualidad que contienen los textos de los maestros de la psiquiatría así como las elaboraciones psicoanalíticas, los cuales vienen a nuestro auxilio echando luz a una presentación del padecimiento que en muchas coordenadas sigue permaneciendo enigmática.

I.I La esquizofrenia en la psiquiatría: las elaboraciones de Emile Kraepelin

Si bien la psiquiatría nace en los albores de la revolución francesa de la mano de Philippe Pinel, no fue hasta la llegada de Emile Kraepelin que nació propiamente la demencia precoz (Kraepelin, E. 1909-1913). El psiquiatra alemán, conocido por su enorme tratado que llegó a las ocho ediciones, fue el primero en darle un estatuto nosográfico a lo que hoy llamamos esquizofrenia.

En la cuarta edición de su tratado (1893), dentro del apartado “procesos psíquicos degenerativos” aparecen reunidas la demencia precoz -basada principalmente en las teorizaciones de Hecker sobre la hebefrenia-, la catatonía de Kahlbaum y la demencia paranoide, delimitada dentro del amplio campo de la paranoia, otra de las categorías cruciales que introduce este teórico. Es a partir

de la quinta edición que se introduce el factor evolutivo, una clave de lectura en Kraepelin, quien puede pensarse a partir de allí dentro del paradigma denominado de las enfermedades mentales (Lanteri-Laura, G. 1998).

El sexto tratado, el más popular y el que recorrió el mundo, fue editado en 1899, y allí la demencia precoz es definida como una dolencia única que evoluciona hacia la “debilidad psíquica” (*psychischeschwäche*, término problemático al igual que *Verblödung*, demencia) y que presenta tres formas: la hebefrenia, herencia del ya nombrado Hecker, la catatonía y la forma paranoide. La octava edición (1908-1915) separa de la demencia precoz al grupo de “los debilitamientos paranoides o parafrenias”, constituyendo ambas el grupo de los “debilitamientos endógenos” (Bercherie, P. 2014, pp. 111-115). Cabe agregar que a partir de la séptima edición este autor introduce la noción de “pérdida de la unidad interior” para dar cuenta de una afección principal en la demencia precoz (Kraepelin, E. 1909-1913, *op cit*, p. 3).

A las formas clínicas clásicas -hebefrenia, catatonía y forma paranoide- fue progresivamente agregándole otras: la forma de demencia precoz simple, en la cual solo habría un debilitamiento mental y no una demencia, la forma depresiva, las formas pseudoperiódicas y las formas demenciales, donde se destaca la esquizoafasia (locura discordante verbal en Chaslin).

En lo que refiere a las alucinaciones nos dice:

La sensación está, muy a menudo, profundamente perturbada en nuestros pacientes, como es evidente por la aparición de alucinaciones. Casi nunca están ausentes en las formas agudas y subagudas de la enfermedad. Bastante a menudo, ellas acompañan todo el curso de la enfermedad; pero, más frecuentemente, desaparecen de forma gradual, para reaparecer más claramente, de vez en cuando, en las últimas etapas. Con mucho, las más frecuentes son las *alucinaciones auditivas* (Kraepelin, E. *op cit*, p. 9).

Vemos que las alucinaciones auditivas eran las más frecuentes y muchas veces acompañan todo el curso de la enfermedad.

I.II La esquizofrenia en la psiquiatría: las elaboraciones de Eugene Bleuler

En 1911 Eugene Bleuler, director en Suiza de la prestigiosa clínica Burghölzli durante el período 1898-1927, publicaría *Demencia Precoz o el grupo de las esquizofrenias* (Bleuler, E. 1911), escrito que marcaría toda una nueva etapa en la clínica de las psicosis. Influenciado por las ideas de Freud, Bleuler cambia el foco evolutivo kraepeliniano por el cuadro de estado, enmarcándose en el paradigma de las hipótesis psicopatológicas (Lanteri-Laura, G. 1998, *op cit*). Al igual que Kraepelin, pero no de manera tan radical, conjeturaba que en la esquizofrenia había una alteración a nivel orgánico.

Demarcado el carácter de escisión distintivo al de las neurosis freudianas donde *Zerspaltung* iría en lugar de

Spaltung o *Ichspaltung* (Bleuler, E. *op.cit.*, pp. 20-35), este autor prefiere adoptar el nombre de esquizofrenia y critica la denominación del psiquiatra alemán ya que, la demencia precoz no sería una psicosis exclusiva de la gente joven (un poco sabido por Kraepelin, que ya había incluido a la hebefrenia como un tipo clínico dentro de la generalidad de la demencia precoz) ni tampoco todos los cuadros finalizarían con una demencia.

Como veremos más adelante, Bleuler se alejó del grupo de psicoanálisis de Viena en 1910 y la denominación de esquizofrenia fue un foco de discusión con el propio Freud. Para este autor, el *blocking* o interceptación del pensamiento era la evidencia patognomónica de que estamos ante un paciente esquizofrénico. Bleuler es conocido por clasificar la sintomatología fundamental dentro de sus cuatro "A": perturbación de la asociación, trastorno de la afectividad, ambivalencia y autismo. En lo que refiere a la primera, nos encontramos con el ya nombramos *blocking*, fenómeno donde el paciente se encuentra hablando en una línea argumentativa cuando de repente la interrumpe y sigue por otra, sin haber percibido la intercepción. En lo que refiere a la afectividad, sabemos del embotamiento de estos pacientes y cómo esto toma un lugar protagónico; no hay ni agrado ni desagrado por las cosas, no hay más que indiferencia frente a casi todo lo que los rodea. La ambivalencia también es característica, donde una persona puede despertar sentimientos o emociones opuestas. Por ejemplo: un paciente dice que ama y odia a su mujer al mismo tiempo. Por último tenemos el autismo, de fuerte resonancia psicoanalítica, el cual consiste en la pérdida de contacto con la realidad y en un desapego radical de todo (*ibíd.*, pp. 21-76).

Bleuler ubica a las alucinaciones y delirios dentro de los síntomas accesorios del cuadro (*ibíd.*, 104), a diferencia de las afecciones en las esferas antes nombradas; las sitúa en las fases agudas de la enfermedad y, en muchos casos, pueden faltar completamente. Los subgrupos que este autor propone son: la esquizofrenia paranoide, la catatonía, la hebefrenia y un cuarto tipo que llama "esquizofrenia simple". Por ejemplo, en lo que hace a la hebefrenia, este autor difiere de la noción de Hecker así como también de la de Kraepelin; cambia el foco de lo juvenil a la condición de posibilidad de devenir dementes. Bleuler no le da una gran relevancia a la cuestión de la edad como sí sus antecesores.

I.III La esquizofrenia en la psiquiatría: las elaboraciones de Eugene Minkowski

Asistente de Bleuler y seguidor de sus ideas, Eugene Minkowski fue un psiquiatra de origen polaco que en 1927 publicaría *La esquizofrenia: Psicopatología de los esquizoides y los esquizofrénicos* (Minkowski, E. 1927), libro que se convertiría rápidamente en un clásico del tema por el abordaje que el autor hace con el agregado a su formación psiquiátrica de las conceptualizaciones de Henri Bergson, dándole una impronta filosófica además

de clínica; habría que mencionar también la influencia de E. Kretschmer, de quien tomó por ejemplo la noción de constitución esquizoide.

El principal aporte de este autor está relacionado al concepto de "pérdida del contacto vital con la realidad"; de esta manera, corre el foco propuesto por su maestro Bleuler de la esfera de las asociaciones a la del autismo. Si vamos al texto de este autor reza lo siguiente:

Y es aquí donde surge la noción del contacto vital con la realidad.

Bleuler determinó los síntomas cardinales de la esquizofrenia, referentes a la ideación, a la afectividad y a las voliciones del enfermo. Pero al mismo tiempo, gracias a la noción de autismo, los factores referentes a las relaciones con el ambiente comenzaron a desempeñar un papel cada vez más importante en su concepción.

La falta de fines reales y de ideas directrices, la ausencia de contacto afectivo orientaron al concepto por un camino nuevo. Todas estas perturbaciones parecían converger hacia una sola y única noción, la de *la pérdida del contacto con la realidad*. (*ibíd.*, 59)

Aclaremos que Bleuler señala que existe una pérdida del contacto con la realidad pero no le da la importancia que le da Minkowski. A su vez, tampoco este autor queda por fuera de la discusión por la nominación de "esquizofrenia" por sobre la de "demencia precoz" ya que hace especial hincapié sobre el término *Verblödung* (*ibíd.*, p. 70), el cual ha llevado a un sinnúmero de confusiones, homologando su carácter psiquiátrico con su carácter neurológico. *Verblödung* puede ser traducido al castellano como "demencia", así como también "enlentecimiento", "idiotización", "alejamiento", "estupidización"; estos últimos acercan el término mucho más a las categorías de Pinel y Esquirol, donde se vuelve difuso determinar el campo pertinente de cada una.

A través de estas críticas, Minkowski encuentra su brújula en la teorización y práctica con estos pacientes en la noción de autismo, que entiende como una "desvinculación de la realidad, acompañada de un predominio relativo o absoluto de la vida interior" (*ibíd.*, p. 96). Es por esto que, a pesar de sostener una posición similar a la de su maestro Bleuler en lo que hacía a una etiología orgánica, este autor demarca que la noción de pérdida del contacto vital con la realidad con la que él se propone trabajar no tiene que ver con una perturbación perceptiva u orgánica:

La noción de contacto vital con la realidad -y aquí hay lugar a insistir muy particularmente en la palabra *vital*- no tiene nada que ver con la fisiología. Ni los ciegos, ni los sordomudos, ni los de cuatro miembros paralizados, como ya dijimos, pierden ese contacto. En cambio los esquizofrénicos lo hacen, sin presentar la menor perturbación ni en la sensorialidad ni en la motricidad. Debe, pues, tratarse de algo completamente distinto. (*ibíd.*, p. 103)

La influencia notoria del psicoanálisis en las nociones de Bleuler, así como la influencia de éste y Bergson en las concepciones minkowskianas, dan cuenta de toda una rama del estudio clínico de la esquizofrenia con una inclinación a pensar en una causalidad que no tenga que ver estrictamente con un deterioro cerebral; no por ello estos autores dejaban de insistir en el lugar crucial de lo biológico, pero sus construcciones se vieron nutridas de muchos otros saberes que las potenciaron.

I.IV. La esquizofrenia en la psiquiatría: la escuela Wernicke-Kleist-Leonhard

Paralelamente con los desarrollos de Minkowski, Alemania tendría una serie de importantes exponentes en el estudio de las llamadas psicosis endógenas; primero Carl Wernicke (1848-1905), luego Karl Kleist (1879-1960) y por último Karl Leonhard (1904-1988) fueron quienes vertebraron lo que hoy en día se llama la escuela Wernicke-Kleist-Leonhard.

Los dos primeros fueron, además de psiquiatras, excelsos neurólogos -inclusive hoy en día una de las áreas cerebrales afectadas en un tipo de afasia lleva el nombre de Wernicke- y Leonhard, si bien se formó como psiquiatra, tuvo en sus maestros dos férreos defensores del protagonismo del cerebro en el campo de la psicopatología; enfrentados con Jaspers, quien llamaba a Wernicke “el mitólogo cerebral”, y también con la división hecha por Kraepelin, estos clínicos basaban su trabajo en grandes muestras investigativas y en una observación meticulosa. No obstante, no hubo por parte de esta escuela una imposición a nivel internacional; las críticas de los ya nombrados Kraepelin y Jaspers hicieron que sus conceptualizaciones hayan quedado en un segundo plano.

En 1957, Leonhard publicó un tratado donde se propone llevar el estudio y la problemática de las psicosis endógenas un paso más allá; titulado *Clasificación de las psicosis endógenas y su etiología diferencial* (Leonhard, K. 1957), este trabajo reunía sus elaboraciones además de las de sus maestros. Sus principales aportes se centran en la solidez de la consideración etiológica y el pronóstico, sostenidas en categorías como las de las esquizofrenias asistémicas (*ibíd.*, pp. 90-124) -entre las cuales estaban la catatonia periódica, la parafrenia afectiva y la catafasia- y las psicosis cicloides (*ibíd.*, pp. 67-90) comprendidas por la psicosis angustia-felicidad, la psicosis confusional excitado/inhibida y la psicosis de la motilidad hiperkinética/ acinética. Siguiendo a Wernicke, Leonhard ubica en la teoría de la sejunción el mecanismo operante en los distintos tipos de psicosis endógenas (*ibíd.*, p. 3).

Por una cuestión de extensión y pertinencia hemos seleccionado los autores antes nombrados dentro el corpus de la psiquiatría llamada clásica. No obstante, para una futura indagación, podrían ser líneas complementarias de investigación los trabajos Klaus Conrad (Conrad, K. 1958), Karl Jaspers (Jaspers, K. 1913) y Kurt Schneider (Schneider, K. 1975), entre otros.

I.V. La esquizofrenia en la psiquiatría: la hipótesis dopaminérgica, la conceptualización de Tim Crow y el DSM V.

En la década de 1950, la psicofarmacología tuvo un *boom* con el descubrimiento de la clorpromazina a manos de P. Charpentier y la puesta en práctica de ésta con pacientes esquizofrénicos por Delay y Denicker. Circunscriptas ciertas vías neuronales, se construyó la llamada “hipótesis dopaminérgica” (Silva Ibarra, H. 2012, pp. 111-112), la cual en su primera versión proponía que por una hiperactividad a nivel mesolímbico, mesocortical y nigroestriatal, se producirían los síntomas positivos de la esquizofrenia. Dicha formulación de la hipótesis mostraría insuficiencias, dejando lugar a una reelaboración de la misma la cual consistía en lo siguiente: se podía explicar muy bien todo lo que hacía a la sintomatología positiva pero no así lo que ocurría con la negativa; no habría una hiperdopaminérgica en lo que hace a los circuitos involucrados en dichos síntomas.

Con los nuevos instrumentos de diagnósticos por imágenes se procedió al rastreo -tanto anatómico como fisiológico- de posibles marcadores biológicos, si bien aún no se ha llegado a ningún resultado concluyente; a su vez, además de las hipótesis antes desarrolladas, se ha proseguido en la vía de pensar si otros sistemas donde se pongan en juego otras áreas y otra forma de neurotransmisión puedan dar cuenta de lo que sucede en la esquizofrenia. Es por ello que nos encontramos con una hipótesis centrada en un aumento de noradrenalina y otra donde es la serotonina la que figura como protagonista; inclusive, en la última reformulación de la hipótesis dopaminérgica, los resultados arrojados por los distintos especialistas dicen que la vía dopaminérgica tendría que ver más con una desregulación propia de las psicosis y no tanto con algo específico de la esquizofrenia (*ibíd.*, p. 124).

Tomando la Influencia de la investigación neurobiológica y psicofarmacológica, podríamos nombrar a Tim Crow, psiquiatra británico e investigador de Oxford, quien propuso una construcción nosográfica donde la distinción entre un tipo de esquizofrenia y otro estaba dado por la respuesta que los pacientes tenían a la medicación. Los pacientes del grupo I -síndrome tipo I según el autor- equivalen a la esquizofrenia aguda, donde se presentan los síntomas positivos (donde estarían las alucinaciones auditivas) y son los que de alguna manera mejor responden a la medicación, a diferencia de los del segundo grupo, los cuales están ligados a los síntomas negativos y a la poca respuesta que estos presentan a la intervención farmacológica (Crow, T.J. 1985, pp. 471-486). Desde los manuales diagnósticos del estilo DSM o CIE-10, la esquizofrenia navega entre varias nominaciones distintas: personalidad esquizotípica, personalidad esquizoide, e inclusive se han desdibujado los subtipos clásicos (paranoide, catatónica, indiferenciada).

Como desde su nacimiento el nombre ha sido siempre cuestión de discusión, la esquizofrenia (ex demencia precoz) en la actualidad está siendo nuevamente objeto de debate, sosteniendo que dicho rótulo estigmatizaría a los

pacientes y estaría asociado a malos pronósticos; algunas opciones posibles han sido “trastorno de integración”, “trastorno de desregulación de la dopamina”, “síndrome de notabilidad”, entre otros. La sociedad psiquiátrica de Japón ya lo ha hecho y habla ahora de un “trastorno de coordinación” (Silva Ibarra, H. *op cit*, p. 181) en vez del término de raíz bleuleriana, apostando a que dicha modificación tenga un efecto terapéutico.

II.I La esquizofrenia en el psicoanálisis: las teorizaciones de Sigmund Freud

En lo que refiere al psicoanálisis, tanto Freud como Lacan se ocuparon de la esquizofrenia; si bien fue el segundo quien se adentró en el trabajo clínico desde el campo de las psicosis ya desde su tesis doctoral de 1931, el primero teorizó en el correr de toda su obra sobre los distintos tipos clínicos de las psicosis así como también en los diferentes aportes que el psicoanálisis podía hacer al abordaje de estas presentaciones. Habría que remarcar que ambos se avocaron con mayor amplitud al estudio de la paranoia y dejaron algunas referencias dispersas en lo que hace a la esquizofrenia.

Por el lado de Freud, las teorizaciones comienzan ya desde antes del siglo XX; son testigo de ello el “Manuscrito H” (Freud, S. 1985a, pp. 246-252) dedicado a la paranoia, el “Manuscrito G” (Freud, S. 1985b, pp. 239-246) dedicado a la melancolía así como la inclusión en las neuropsicosis de defensa de la primera conjuntamente a las psicosis alucinatorias crónicas. No obstante, no sería hasta el historial del presidente Schreber que Freud daría un vuelco y elaboraría sistemáticamente una construcción donde al igual que las neurosis, las psicosis se presentarían como una enfermedad libidinal.

En relación a la esquizofrenia, Freud mantuvo un abundante diálogo e intercambio con Jung hasta el momento de su ruptura (Freud, S; Jung, CG. 1978)², y probablemente influido por ello discute con Bleuler el nombre proponiendo “parafrenia” (Freud, S. 1911, p. 70), si bien luego sería el psiquiatra suizo quien ganaría dicha contienda. Recordemos que Freud propone un diagnóstico “mixto” para el presidente, ya que presenta tanto rasgos paranoicos como esquizofrénicos (*ibíd*, p. 71).

Obstaculizado por una serie de presentaciones reacias a la transferencia, Freud construye el concepto de narcisismo (Freud, S. 1915a, pp. 71-98) y da cuenta cómo algunas presentaciones tienen un carácter amurado y no permiten la intervención mediante el dispositivo clásico del psicoanálisis. Habla aquí de neurosis narcisistas y de transferencia, pero más adelante diferenciaría también las neurosis narcisistas de las psicosis y las neurosis propiamente dichas. Es un punto a destacar el hecho de que la *Spaltung* en juego en la esquizofrenia no permitiría hablar de una regresión libidinal al narcisismo -como sí nos permite la paranoia- sino más bien que sería una retroacción hasta el autoerotismo. Este punto fue desarrollado por Paul Federn, discípulo de Freud, quien se dedicó posteriormente al estudio de la esquizofrenia (Federn, P. 1984).

En el último capítulo del texto “Lo inconsciente” (Freud, S. 1915b, pp. 193-201), Freud da cuenta de que en la esquizofrenia nos encontramos con la ruptura del vínculo entre la representación-cosa y la representación-palabra -a diferencia de las neurosis, donde tenemos representación-palabra y representación-cosa-, haciendo imposible la instauración del orden representacional y llevándolo a hacer aquella conocida afirmación: los esquizofrénicos tratan a las palabras como si fueran cosas (*Ibid*, p. 200).

Con la segunda tópica construida, Freud escribe dos textos contemporáneos que se proponían hacer una lectura diferencial en lo que refiere a las psicosis y las neurosis: el primero de ellos -podríamos decir el texto de corte diacrónico-, lleva por título “Pérdida de la realidad en las neurosis y en las psicosis” (Freud, S. 1924b, pp. 189-198), y allí se desarrolla la diferenciación en lo que refiere a la relación de la realidad para una como para otra; el agujero que produce la psicosis vía el delirio y la alucinación tiene un parche al daño en la realidad; para la neurosis el síntoma vendría a hacer de ese reducto por el cual el individuo renuncia a un pedazo de su *Realität*. En segundo lugar, “Neurosis y psicosis” (Freud, S. 1924a, pp. 151-160) nos permite hacer una lectura sincrónica, donde vemos cómo se da la pérdida de la realidad en un primer momento lógico en las psicosis y cómo se da en un segundo momento en las neurosis. En muchos puntos este planteo es cercano a lo teorizado por Minkowski, coincidiendo también que ambos autores los escribieron con pocos años de diferencia.

Freud volvería sobre el tema de las psicosis en “Esquema del psicoanálisis” (Freud, S. 1939, p. 173) y lo emparejaría -como gustaba de hacerlo- con el sueño. Si bien en un primer momento propone un carácter homólogo al sueño y las psicosis, en textos como “Complemento metapsicológico a la doctrina de los sueños” (Freud, S. 1917, p. 227) se distancia de esa idea, aunque en esta última parte de la obra la retoma; habría que agregar aquí que el ya nombrado Minkowski también se dedicó al estudio de la relación del sueño y la esquizofrenia (Minkowski, E. *op cit*, p. 90).

II.II La esquizofrenia en el psicoanálisis: las teorizaciones de Jaques Lacan

Lacan se introduce al campo de las psicosis desde su práctica como psiquiatra y especialmente con su tesis doctoral, donde trabaja el concepto de paranoia de autopunición (Lacan, J. 1931). Influenciado por Jaspers y la concepción fenomenológica, las articulaciones lacanianas que van desde comienzos de los treinta hasta mediados de los cuarenta tienen un sesgo fuerte en lo que tiene que ver con una “conquista fenomenológica del freudismo” (Lacan, J. 1936, p. 96); “Acerca de la causalidad psíquica” (Lacan, J. 1946, pp. 151-190) es un texto inaugural en tanto invita a pensar una locura causada por el lenguaje; allí hace eco la lectura lacaniana de *La fenomenología del espíritu* de Hegel en tanto las formas de la locura propuestas son propiamente hegelianas³.

Para 1956 Lacan toma todo el empuje del estructuralismo en auge y propone una lectura desde el significante para pensar las psicosis y la locura; en su seminario *Las psicosis* (Lacan, J. 1955-1956) hace un trabajo impresionante para deslindar cuál es el mecanismo en juego para la estructura psicótica. Releyendo el texto “La negación” de Freud y el historial del Hombre de los lobos, Lacan trabaja las memorias de Schreber a la luz de la *Verwerfung* (Lacan, J. 1955-1956, p. 456). La esquizofrenia es presentada en la primera clase de dicho seminario (*ibíd.*, p. 12) pero luego éste gira principalmente en torno de la paranoia. Si bien se habla allí de forclusión del significante del Nombre del padre, aún faltan dos años para que se construya la conceptualización de la metáfora paterna que permitirá dar cuenta que lo que sucede en las psicosis sería la imposibilidad de hacer metáfora con el padre, la imposibilidad de atravesar el Complejo de Edipo. Lacan le da en este seminario a las alucinaciones el carácter de ser una guía de aquel que no cuenta con “la carretera principal” debido al efecto de la forclusión (*ibíd.*, p. 419).

Sería conveniente ubicar al texto “Una cuestión preliminar a todo tratamiento posible para las psicosis” (Lacan, J. 1958, pp. 509-557) como un bastión de esta época ya que en él confluyen los desarrollos del *Seminario III* y la conceptualización de la metáfora paterna que es contemporánea a la redacción del escrito; en ese texto Lacan construye el Esquema I, pensado para poder leer y trabajar la clínica con las psicosis.

Encontramos algunos años después la que probablemente sea la referencia más importante en lo que hace a nuestra investigación; la misma es más bien marginal y se sitúa en una serie de preguntas y respuestas que tuvieron lugar entre Lacan y un grupo de estudiantes de filosofía. Allí, en respuesta a una pregunta por la función social de la enfermedad mental, Lacan dice:

El significante es la materia que se trasciende en el lenguaje. Les dejo la elección de atribuirle esa frase a un Bouvard comunista o a un Pécuchet, que se excita con las maravillas del ADN. Porque ustedes se equivocarían si creyesen que me preocupó por la metafísica al punto de hacer un viaje para encontrarla.

La tengo a domicilio, es decir, en la clínica, donde converso con ella en términos que me permiten responderles a ustedes sobre la función social de la enfermedad mental lapidariamente: su función, *social*, ustedes lo han dicho bien, es la ironía. Cuando tengan la práctica del esquizofrénico, sabrán la ironía que lo arma, y que llega a la raíz de toda relación social. (Lacan, J.1966, p. 227)

¿Por qué decimos que ésta es nuestra referencia más importante? Principalmente porque introduce una posición para el esquizofrénico, que es la irónica, y una práctica donde hace frente a la irrupción de lo real. Como no queremos caer en el equívoco que puede traernos el término ironía, sería conveniente situarlo en relación a la práctica del esquizofrénico y lo que podríamos llamar la práctica del ironista. La ironía propia del sujeto esquizofrénico no tiene que ver con lo cómico o con el chiste,

conceptualizaciones que Lacan aisló rigurosamente en las primeras clases del Seminario V (Lacan, J. 1957-1958, pp. 11-104.); no, la ironía del esquizofrénico tiene que ver con una ruptura con el lazo social, con el desenganche, con el dar cuenta -y denunciar- que no hay nada más que semblante.

Jaques Alain Miller trabaja dicha referencia en su texto “Ironía” (Miller, JA. 1993, p. 6), donde propone que es el irónico el que dice: el Otro no existe, es una estafa, el neurótico se deja engañar; se denuncia que el Otro no sabe nada, a diferencia de la neurosis donde se supone un saber sujeto y supuesto al Otro. En lo que hace a la elección del sujeto esquizofrénico es probablemente en el entrecruzamiento de la referencia de Lacan con la conceptualización de ironía de Søren Kierkegaard que llegaremos a lo que está más relacionado a nuestra investigación (Alomo, M. 2012). Es así, que podemos deslindar lo propio de la práctica irónica del esquizofrénico y lo que hace a la práctica del ironista kierkegaardiano (Alomo, M. 2013, pp. 119-136).

Para comenzar, debemos decir que tanto la práctica irónica del ironista como la del esquizofrénico desatan, van contra el lazo social; también ambas prácticas buscan poner algo al descubierto y tienen la marca del ensimismamiento, así como también de la nada y la vacuidad. El ironista pone su práctica a funcionar por aburrimiento, generando una suerte de discontinuidad; no podríamos afirmar lo mismo en el caso de la ironía esquizofrénica, ya que no sabemos si el aburrimiento es sentido como tal.

En lo que hace a la cuestión de “la práctica” es Kierkegaard, quien siguiendo la definición de Hegel de la ironía como potencia negatriz, insiste en que la ironía es eminentemente práctica; la ironía introduce un “fuera de tiempo”, deja al sujeto en discontinuidad con el tiempo y la realidad (*ibíd.*, p. 124).

Frente a este carácter de la potencia negatriz y siguiendo a Lacan, Alomo nos dice que en lo que hace a la ironía esquizofrénica se pone en juego una libertad negativa, donde hay una palabra en la batería significativa que ha renunciado a hacerse reconocer (*ibíd.*, p. 126). Es sabido que Sócrates ha sido pensando como un ironista por más de un estudioso de su obra; en lo que concierne a su decisión, nuevamente Hegel y Kierkegaard tienen posiciones encontradas: mientras el primero plantea que la aceptación de la cicuta por parte de Sócrates estaba del lado de la ironía del sujeto, el segundo lo ubica como una ironía del mundo, remarcando cómo la polis quiso borrarlo; he aquí un punto importante: ironía del sujeto o del mundo, el efecto que ello tuvo en Sócrates tiene que ver con su práctica como ironista, en tanto se pone en juego la intencionalidad; esto no podríamos pensarlo para la práctica irónica del esquizofrénico, donde no podríamos hablar de intencionalidad.

Lacan, en la referencia antes mencionada, sitúa que el esquizofrénico esta fuera del discurso y ataca radicalmente el lazo; el goce en la práctica esquizofrénica se encuentra desregulado mientras que, en lo que hace a la práctica del ironista, el goce puede fijarse ya que éste se mantiene con un pie dentro del discurso. Figuras ilustres

como Borges o el Don Juan de *Diario de un seductor*⁴ pueden pensarse como ironistas; no esquizofrénicos, sino ironistas.

Conclusiones

La esquizofrenia ha sido abordada desde diferentes enfoques y teorizaciones. Si bien muchas características propias de esta presentación han variado, muchas otras se han mantenido; probablemente las distintas discusiones en torno de cómo denominarla y en qué campo ubicarla permanecen actuales. El psicoanálisis pudo enriquecer la observación rigurosa y magistral de los psiquiatras clásicos, grandes semiólogos con una descripción casi inmejorable de la fenomenología de la esquizofrenia. El aporte de las teorías psicoanalíticas- puntualmente las de Freud y Lacan- fue ir en busca de los mecanismos mismos con una perspectiva estructural, lo cual nos permite poder pensar en lecturas complementarias a las aportadas por el saber psiquiátrico. Fovet y colaboradores publicaron un trabajo en 2016 donde exponían cómo, mediante una técnica de retroalimentación térmica adosada a un resonador magnético, pacientes esquizofrénicos con alucinaciones auditivas refractarias a todo tipo de tratamiento antes conocido lograban domeñar y hasta en algunos casos hacer desaparecer sus alucinaciones (Fovet, T; Orlov, N; Dyck, M; Allen, P; Mathiak, K y Jardi, R., 2016). Así como revolucionario, dicho trabajo vio una serie de críticas en lo que hacía a la medición propia de algunos programas de los resonadores, lo cuales en vez de contemplar un umbral de error máximo de 5% presentaban niveles de hasta 70% y 80% (Eklund, A; Nichols, T; Knutsson, H., 2016). Si bien luego, el propio Eklund y sus colaboradores- autores del trabajo anterior-, tuvieron que subsanar y revisar sus conclusiones en otro trabajo después de algunas críticas (Kessler, D; Angstand, M y Sripada, C., 2017; y Cox, R; Chen, G; Glen, D; Reynolds, R y Taylor, P., 2017), esto no quitaba a las investigaciones realizadas con neuroimágenes el efecto que habían conseguido en las alucinaciones de estos pacientes. Esta hiancia generada entre la aplicación y las razones teóricas nos invita, desde el psicoanálisis, a interrogar el estatuto de ello para poder abordar desde la posición analítica esta presentación.

Podemos concluir que:

- Las alucinaciones auditivas pueden tener lugar tanto como algo disruptivo (Kraepelin, E. 1909-1913, *op cit*) así como también como un intento de curación (Freud, S. 1911, *ob cit* y Freud, S. 1924a, *op cit*).
- Hay una posición propia del sujeto esquizofrénico que es la de la ironía, diferenciándola de la del ironista. (Lacan, J. 1966, *op cit*, y Alomo, M. 2012, *op cit*).
- Desde el nacimiento mismo de esta categoría diagnóstica y tipo clínico su conformación siempre ha estado en el foco de las discusiones; los autores coinciden en muchos puntos, diferenciándose normalmente en el

recorte realizado: algunos ponen en primer lugar el *blocking* (Bleuler, E. 1911, *op cit*), otros la pérdida de contacto vital con la realidad (Minkowski, E. 1927, *op cit*), otros el punto de fijación libidinal (Freud, S. 1911, *op cit*) y otros su condición frente al desenganche y enganche del lazo social (Lacan, J. 1966, *op cit* y Alomo, M. 2012, *op cit*).

- La gran mayoría de los autores ubican un mecanismo causal de la esquizofrenia donde se genera una ruptura: en Kraepelin es la “pérdida de la unidad interior” (Kraepelin, E. 1909-1913, *op cit*), en Bleuler es la *Zerspaltung* (Bleuler, E. 1911, *op cit*), en Minkowski es la “pérdida del contacto vital con la realidad” (Minkowski, E. 1927, *op cit*), en Leonhard –siguiendo a Wernicke- es la teoría de la sejunción (Leonhard, K. 1957, *op cit*), en Freud es la ruptura generada entre la representación cosa y la representación palabra (Freud, S. 1915b, *op cit*) y en Lacan es la posición y defensa irónica (Lacan, J. 1966, *op cit*) efecto de la forclusión (Lacan, J. 1955-1956, *op cit*).
- Para hacer un abordaje efectivo y riguroso a la luz de las investigaciones en neuroimágenes con pacientes esquizofrénicos (Fovet *et al.* 2016, *op. cit*) es elemental hacer un rastreo del concepto en vías del trabajo investigativo en relación a la categoría de esquizofrenia.
- No se han encontrado pruebas concluyentes en relación a un basamento orgánico-causal de la esquizofrenia. Continúan aún las posturas contrapuestas de quienes estaban y están a favor de una causalidad orgánica (Kraepelin, E. 1909-1913, *op cit*; Bleuler, E. 1911, *op cit*; Leonhard, K. 1957, *op cit*; Crow, T.J. 1985, *op cit*.) y de quienes apuestan a una causalidad psíquica (Lacan, J. 1946, *op cit*). Otros autores apuestan a un fuerte protagonismo de lo psíquico pero sin descuidar el carácter orgánico en juego. (Minkowski, E. 1927, *op cit*; Freud, S. 1939, *op cit*).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Alomo, M. (2012). *La elección irónica. Estudios clínicos sobre la esquizofrenia*. Buenos Aires: Letra Viva, 2012.
- Alomo, M. (2013). *Clínica de la elección en psicoanálisis. Libro II: Por el lado de Lacan*. Buenos Aires: Letra Viva, 2013.
- Bercherie, P. (1986). *Los fundamentos de la clínica: Historia y estructura del saber psiquiátrico*. Buenos Aires: Manantial, 2014.
- Bleuler, E. (1911). *Demencia Precoz. El grupo de las esquizofrenias*, Buenos Aires: Hormé, 1960.
- Conrad, K. (1958.). *La esquizofrenia incipiente. Intento de un análisis de la forma del delirio*. Ávila: Alambra, 1963.
- Cox, R., Chen, G., Glen, D., Reynolds, R. y Taylor, P. (2017). “fMRI clustering and false positives rates”. *Current Issue, vol. 114, n°17*.
- Crown, T.J. (1985) “The two-syndrome concept: origins and current status”. *Schizophr Bull.* 1985, 11: 471-86.
- Eklund, A., Nichols, T., Knutsson, H. (2016). “Cluster Failure: Why fMRI inference for spatial extent hace inflated false-positive rates”. *Proceeding of the National Academy of Science of the USA*, vol. 113.

- Federn, P. (1956). *La psicología del yo y las psicosis*. Buenos Aires: Amorrortu, 1984.
- Fovet, T., Orlov, N., Dyck, M., Allen, P., Mathiak, K. y Jardi, R. (2016). "Translating Neurocognitive Models of Auditory-Verbal Hallucinations into Therapy: Using Real-time fMRI-Neurofeedback to Treat Voices". *Front Psychiatry*, 2016; 7:103.
- Freud, S. (1895a). "Manuscrito H: La paranoia". En *Obras Completas*, vol. I (pp. 246-252). Buenos Aires: Amorrortu, 2007.
- Freud, S. (1895b). "Manuscrito G. Melancolía". En *Obras Completas*, vol. I (pp. 239-246). Buenos Aires: Amorrortu, 2007.
- Freud, S. (1911). "Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente (Schreber)". En *Obras Completas*, vol. XII (pp. 1-76). Buenos Aires: Amorrortu, 2007.
- Freud, S. (1915a). "Introducción del narcisismo". En *Obras Completas*, vol. XIV (pp. 65-98). Buenos Aires: Amorrortu, 2007.
- Freud, S. (1915b). "Lo inconciente". En *Obras Completas*, vol. XIV (pp. 153-213). Buenos Aires: Amorrortu, 2007.
- Freud, S. (1917). "Complemento metapsicológico a la doctrina de los sueños". En *Obras Completas*, vol. XIV (pp. 215-234). Buenos Aires: Amorrortu, 2007.
- Freud, S. (1916-1917). "Conferencias de introducción al psicoanálisis. Conferencia XVI: Psicoanálisis y psiquiatría". En *Obras Completas*, vol. XV (pp. 223-243). Buenos Aires: Amorrortu, 2007.
- Freud, S. (1924a). "Neurosis y psicosis". En *Obras Completas*, vol. XIX (pp. 151-160). Buenos Aires: Amorrortu, 2007.
- Freud, S. (1924b). "La pérdida de la realidad en la neurosis y en la psicosis". En *Obras Completas*, vol. XIX (pp. 189-198). Buenos Aires: Amorrortu, 2007.
- Freud, S. (1939). "Esquema de psicoanálisis". En *Obras Completas*, vol. XXIII (pp. 133-209). Buenos Aires: Amorrortu, 2007.
- Freud, S., Jung, C.G. (1906-1914). *Correspondencia*. Madrid: Tau-rus, 1978.
- Hegel, F. (1807). *La fenomenología del espíritu*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica. 2015.
- Jaspers, K. (1913). *Psicopatología general*. México D.F.: Fondo de cultura económica, 2014.
- Kessler, D., Angstadt, M. y Sripada, C. (2017) "Reevaluating "cluster failure" in fMRI Using nonparametric control of the false discovery rate". En *Current Issue*, vol. 114, n°17.
- Kierkegaard, S. (1844). *Diario de un seductor: El arte de amar*. Buenos Aires: Andrómeda, 2004.
- Kraepelin, E. (1909-13). *La demencia precoz*. Buenos Aires: Polemos, 1996.
- Lacan, J. (1931). *De las psicosis paranoica y su relación con la personalidad*. México: Siglo XXI, 1976.
- Lacan, J. (1936). "Más allá del principio de realidad". En *Escritos 1* (pp. 81-98). Buenos Aires: Siglo XXI, 2008.
- Lacan, J. (1946). "Acerca de la causalidad psíquica de la locura". En *Escritos 1* (pp. 151-190). Buenos Aires: Siglo XXI, 2008.
- Lacan, J. (1955-6). *El Seminario. Libro III: Las psicosis*. Buenos Aires: Paidós, 2009.
- Lacan, J. (1957-8). *El Seminario. Libro V: Las formaciones del inconciente*. Buenos Aires, Paidós, 2010.
- Lacan, J. (1958). "De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de las psicosis". En *Escritos 2* (pp. 509-557). Buenos Aires: Siglo XXI Editores, 2008.
- Lacan, J. (1966). "Respuesta a los estudiantes de filosofía". En *Otros escritos* (pp. 221-230). Buenos Aires: Paidós, 2012.
- Lacan, J. (1971-1972). "Saber, ignorancia, verdad y goce". En *Hablo a las paredes* (pp. 13-46). Buenos Aires: Paidós, 2012.
- Lacan, J. (1972-1973). *El seminario. Libro XX: Aun*. Buenos Aires: Paidós, 2010.
- Lanteri-Laura G. (1998). *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne*. Paris: Editions du temps, 1998.
- Leonhard, K. (1957). *Clasificación de las psicosis endógenas y su etiología diferencial*. Buenos Aires: Polemos, 1999.
- Miller, J.A. (1993). "Ironía". En *Uno por Uno. Revista Mundial de psicoanálisis. Edición Latinoamericana*, marzo/abril, n°34, pp.6-12.
- Minkowski, E. (1927). *La esquizofrenia: psicopatología de los esquizoides y los esquizofrénicos*. Buenos Aires: Paidós, 1980.
- Schneider, K. (1963). *Patopsicología clínica*. Madrid: Paz Montalvo, 1975.
- Silva Ibarra, H. (2012). *La esquizofrenia. De Kraepelin al DSM -V*. Santiago de Chile: Mediterráneo.2012.

NOTAS

¹Con la excepción del psicoanálisis.

²Muchas de las cartas de la primera época giran en torno del trabajo de Jung "Sobre la psicología de la demencia precoz", y más adelante, se pone en evidencia la fascinación que ambos tenían por las memorias de Schreber. En una demostración de la enseñanza que éste le dejó, Freud dice en la carta que envía el 22/4/1910: "Pero lo dejo a un lado, (hablando de un libro de Havelock Ellis) para las vacaciones, al igual que al maravilloso Schreber, al cual deberían haber nombrado profesor de psiquiatría y director de un centro psiquiátrico".

³Si uno va al texto del filósofo de Stuttgart encuentra todas las formas de locuras que Lacan teoriza en relación a la pasión de lo imaginario; en lo que refiere a la contradicción en la autoconciencia, nos encontramos con la ley del corazón y el desvarío de la infatuación, y un poco más adelante en el texto con el alma bella. Para ampliar Hegel, F. (1807). *La fenomenología del espíritu* (pp.216-224 y pp.382-384). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica. 2015,

⁴El don Juan de Kierkegaard muestra de manera excelente los recursos y prácticas del ironista; por tomar alguno de los ejemplos más gráficos: "Un don Juan seduce a las muchachas y después las abandona; pero su placer no está en abandonarlas, sino en seducirlas; no puede, pues, decirse que esto sea crueldad en absoluto". En Kierkegaard, S. (1844). *Diario de un seductor: El arte de amar*. (p. 143). Buenos Aires: Andrómeda. 2004.