

el rescate y la memoria



Kurt Goldstein: El concepto de estructura en Neurología y Psiquiatría

Norberto Aldo Conti

Kurt Goldstein Nació en Kattowitz, Alemania, en 1878 y falleció en Nueva York, EE.UU., en 1965. Enseñó neurología y psiquiatría en Königsberg y Frankfurt y luego fue Director del Departamento de Neurología del Hospital de Berlín, pero en 1935, ante el avance del nazismo, debió emigrar a los EE.UU., donde se radicó y trabajó en las universidades de Columbia y Harvard.

Tanto en Alemania como en EE.UU. tuvo una intensa actividad académica y científica con numerosas publicaciones, cursos y conferencias. A su etapa europea corresponde la obra *La estructura del organismo* (1934), la cual constituye una de las primeras referencias en el vasto campo de los desarrollos de entreguerras en torno a los conceptos de *forma, estructura y totalidad*, siguiendo los lineamientos de la teoría de la forma, *Gestalttheorie*, iniciada hacia 1910 por Max Wertheimer (1880-1943), Wolfgang Köhler (1887-1967) y Kurt Koffka (1887-

1941). En efecto, bajo esa influencia Goldstein sostendrá en esta obra que el organismo funciona como un todo y la enfermedad lo modifica en su totalidad; eso implica que la respuesta del organismo a una afección o lesión cerebral no será parcial según una zona de lesión, sino que será una adaptación global a la nueva situación; de esta manera, origina el campo conceptual de lo que se dio en llamar *neurología globalista*, y al cual también colaboraron en cimentar A Gelb, H. Head, J. Lhermitte y K. Lashley.

Ya en EE.UU. entra en contacto con otros notables exiliados como es el caso de Jacob Sergi Kasanin (1897-1946), quien llega en 1915 y luego de recibirse como médico se dedica a la psiquiatría y el psicoanálisis, siendo conocido por su artículo sobre el concepto de trastorno esquizoafectivo (1933) y también por una gran cantidad de artículos acerca de diferentes aspectos de la esquizofrenia.

Invitado por Kasanin, Goldstein concurre a la Convención de la *American Psychiatric Association* del 12 de mayo de 1939 en Chicago, Illinois y participa en un Simposio sobre *Lenguaje y Pensamiento en la esquizofrenia* que luego fue recogido en una publicación de 1958 con el mismo título; el mismo tuvo a los siguientes participantes con las respectivas ponencias: Harry Stack Sullivan, "El lenguaje en la esquizofrenia"; Kurt Goldstein, "Enfoque metodológico para el estudio del desorden del pensamiento esquizofrénico"; Jacob Sergi Kasanin, "La perturbación del pensamiento conceptual en la esquizofrenia"; Norman Cameron, "Análisis experimental del pensamiento esquizofrénico"; John Benjamin, "Un



Kurt Goldstein

método para distinguir y valorar los desórdenes formales del pensamiento en la esquizofrenia"; S. J. Beck, "Errores de la percepción y la fantasía en esquizofrenia"; E. Von Domarus, "Las leyes específicas de la lógica en la esquizofrenia" y Andras Angyal, "Perturbaciones del pensamiento en la esquizofrenia".

Es esta ponencia de Goldstein en Chicago el texto que hoy presentamos a nuestros lectores; hemos querido enmarcar muy brevemente al mismo con algunas pinceladas del autor y el contexto de su producción y no quisiéramos dejar de enfatizar la importancia que tuvo en el desarrollo de la noción de estructura en psiquiatría y los alcances que ella ha tenido en la psiquiatría del pasado siglo XX.

El breve comentario de Kasanin a este artículo en la publicación de 1958 nos parece la mejor forma de adentrarnos en el tema:

"En este trabajo el Dr. Goldstein ha señalado la naturaleza esencial de las perturbaciones intelectuales del habla esquizofrénica que su método experimental revela, y ha comentado

también el hecho de que en ambos casos, en el orgánico y en la esquizofrenia, existe un cambio fundamental en los límites entre la figura y el fondo. En otras palabras, existe una desaparición de los límites normales entre el ego y el mundo, una especie de fusión cósmica que encuentra expresión en las muchas aseveraciones y expresiones de los pacientes.

El Dr. Goldstein ha señalado la diferencia entre el pensamiento del esquizofrénico y el pensamiento de una persona afectada de una enfermedad orgánica del cerebro. Además del extremo sincretismo del pensamiento esquizofrénico, existe una proyección de sus propias ideas en sus expresiones y su actividad. Cuando se les da una tarea, lo hacen tan pobremente como una persona con enfermedad cerebral, pero la actividad del esquizofrénico es más variada debido a que su mundo es mucho más amplio y más animado que el del caso orgánico. El esquizofrénico anima a las cosas, las embellece, juega con ellas, proyecta a sí mismo dentro de ellas, y crea algo bastante diferente de lo que es el producto de la actividad ordinaria del paciente con cerebro lesionado" ■

Enfoque metodológico para el estudio del desorden del pensamiento esquizofrénico (1939)*

Dr. Kurt Goldstein

Creo que se progresará en la investigación de la esquizofrenia por medio del uso de los mismos procedimientos metodológicos que son característicos de la reorientación de la psicopatología en general. El nuevo enfoque no es una teoría arbitraria y nueva; por el contrario, se ha desarrollado necesariamente del análisis de observaciones que se han registrado en pacientes con defectos orgánicos cerebrales. La vieja orientación de la psicología tendía a explorar los síntomas individuales o los síndromes en sí; la más reciente, considera cada fenómeno en relación al individuo como un todo. El problema de la personalidad total del paciente, tal como se nos presenta en sus aspectos tanto corporales como mentales, ha venido a ocupar el centro de nuestro interés científico. El síntoma no se considera más como una consecuencia o un defecto, sino también como una expresión de la tendencia del organismo a ajustarse –a pesar de su defecto– al mundo exterior, de la mejor manera posible, dadas ciertas condiciones.

De las experiencias con pacientes con lesiones corticales, se ha deducido un procedimiento metodológico especial, que se mostró adecuado para el estudio del cambio de la conducta como un todo: la aplicación de ciertos tests de distribución (*Zuordnungs tests*). Este método ha revelado que debemos distinguir dos clases de conducta humana, la abstracta y la concreta, y que un cambio definido en la conducta, una deterioración de la conducta abstracta, es característico de los pacientes con lesiones corticales.

Estas actitudes, o conductas, no son equipos o hábitos mentales adquiridos por un individuo, ni tampoco representan aptitudes especiales tales como la memoria o la atención. Son, más bien, niveles de capacidad de la personalidad total, cada uno de los cuales ofrece las bases para todas las acciones en un cierto plano de referencia en relación a la situación del mundo exterior.

La actitud concreta es realista. En esta actitud, nos abandonamos y nos ligamos a la experiencia inmediata de una situación o cosa dada en su particular carácter único. Nuestro pensamiento y nuestra acción están dirigidos por las demandas inmediatas hechas por un aspecto particular del objeto o de la situación en el medio ambiente.

En la actitud abstracta, transgredimos los aspectos dados específicamente o la impresión sensorial inmediata; nos abstraemos de las propiedades particulares. Nos orientamos en nuestra acción por un punto de vista más conceptual, ya sea una categoría, una clase, o un significado general bajo el cual cae el particular objeto que tenemos por delante. Nos desligamos de una impresión dada, y las cosas individuales representan para nosotros una muestra accidental o un representante de una categoría. Por lo que esta actitud es también llamada la actitud categórica o conceptual. La actitud abstracta es básica para la habilidad:

1. Para asumir voluntariamente un estado mental.
2. Para pasar voluntariamente, de un aspecto de la situación a otra.
3. Para tener en cuenta simultáneamente varios aspectos.
4. Para aprehender lo esencial de una totalidad dada; para descomponer un total dado en partes y para aislarlas voluntariamente.
5. Para generalizar; para abstraer propiedades comunes; para planear ideacionalmente; para asumir una actitud hacia el “mero posible”, y para pensar o actuar simbólicamente.
6. Para desligar nuestro ego del mundo exterior.

La conducta abstracta es la más activa; la concreta, la más pasiva. Las arriba mencionadas potencialidades no son prerequisites para la conducta concreta.

* Tomado de: Kasanin, JA. Language and Thought in Schizophrenia, University of California Press, 1958.

Debemos distinguir varios grados de conducta, tanto abstracta como concreta. Existen varios grados de conducta abstracta que corresponden al grado de complejidad que envuelve la acción en cuestión. Por ejemplo, se requiere un especial alto grado de conducta abstracta para el acto consciente o volitivo de la dirección de una acción cualquiera, y para explicárselo a uno mismo o a los demás. Se necesita un menor grado de conducta abstracta para la conducta conceptual, si no es acompañada por la conciencia de lo que se está haciendo. El pensamiento simbólico o metafórico y la conducta de todos los días pueden ser considerados como un ejemplo especial de la conducta recién mencionada.

Esta gradación se aplica también a la conducta concreta. La manera más concreta de tratar una situación o cosa es reaccionar sólo ante una de sus propiedades.

El individuo normal combina ambas actitudes y es capaz de variar de una a otra a voluntad, de acuerdo con las demandas de la situación. Algunas tareas pueden ser realizadas solamente en virtud de la actitud abstracta; para otras, la actitud concreta es suficiente.

En la patología de los pacientes con lesiones cerebrales, la conducta está desintegrada de una manera tal, que la capacidad para la conducta abstracta se encuentra dañada: el individuo está más o menos reducido a un nivel de concretismo y solamente puede realizar aquellas tareas que pueden llevarse a cabo de una manera concreta.

Con el objeto de evitar un entendimiento erróneo, es necesario remarcar que el proceso de desintegración de la conducta concreta, no previene la aparición de ideas y pensamientos; lo que realmente afecta y modifica es la manera en que se los manipula y acciona. Se originan pensamientos, pero solamente se hacen efectivos de una manera concreta: así como el paciente no puede tratar los objetos del mundo externo en un esquema de referencia conceptual, así trata a las ideas simplemente como cosas que pertenecen a un objeto o a una situación. Los conceptos, los significados, las categorías –diferentes de las relaciones situacionales de medio y finalidad– están fuera de su alcance.

Una vez que esto se toma en cuenta, muchos síntomas conocidos de casos orgánicos se hacen más comprensibles, y se descubren muchos nuevos que han permanecido escondidos al enfoque antiguo. Esto era de especial valor para la investigación de la afasia y de la agnosia.

Pienso que la investigación en la esquizofrenia debe tomar una ruta similar, y que el lenguaje y el pensamiento de los esquizofrénicos se harán más comprensibles solamente cuando apreciemos el cambio de la conducta total del paciente. Vigotsky fue el pionero que adoptó nuestros procedimientos conceptuales y metodológicos generales, en un intento de determinar el fundamental cambio mental en la esquizofrenia. Él también, utilizó para sus estudios un test de distribución, que es una modificación de un test creado por un psicólogo, N. Ach. Este test, ahora llamado el test de Vigotsky, se hizo conocido en este país por las publicaciones de Kasanin y Hanfmann. Vigotsky creyó que el cambio que encontró

en los esquizofrénicos era similar a la deterioración de la actitud hacia lo abstracto, que nosotros encontramos en casos orgánicos. Inclinado a atribuir el cambio a un resultado de una deterioración de los procesos del pensamiento, habló de una deterioración del “pensamiento de conceptos”. Kasanin y Hanfmann confirmaron los hallazgos de Vigotsky en un mayor número de pacientes y trataron de aplicar el test de Vigotsky sobre una base cuantitativa. Debido a que, en mi opinión, este cambio de la personalidad no se refiere sólo al pensamiento, prefiero hablar de un cambio en la conducta total y considerar la deterioración del pensamiento como una expresión especial de este último.

Veo con satisfacción que Hanfmann, en una de sus últimas publicaciones, sobre la base de una examinación muy cuidadosa de un caso de esquizofrenia, está de acuerdo conmigo en que “la reducción de la pérdida de la actitud categórica (que su paciente mostraba) ha de considerarse, no como un cambio dentro de la esfera intelectual solamente, sino como una perturbación en el funcionamiento del organismo total. Las perturbaciones intelectuales y emocionales son, probablemente, solamente dos manifestaciones de un cambio básico”. Cameron, confirmando los hallazgos de Hanfmann y Kasanin, concluye que “la tendencia del esquizofrénico a mantener su actitud concreta” es fuerte.

A pesar de la utilidad del test de Vigotsky para la investigación de los esquizofrénicos, prefiero aquellos tests que nosotros introducimos para el examen de casos orgánicos irreversibles, y aquellos que mis colaboradores y yo mismo hemos desarrollado y mejorado subsecuentemente. Estos tests me parecen más simples que el test de Vigotsky y, por lo tanto, se aplican más fácilmente a los pacientes. Están descritos en parte, en uno de los primeros artículos que firmamos con Gelb, y por nuestros alumnos en Alemania. En este país los tests han sido empleados en investigaciones por mis colaboradores Bolles y Nadel, y por nosotros. Scheerer y nosotros hemos publicado una detallada descripción de los mismos. De acuerdo con los estudios de Vigotsky, Kasanin, Hanfmann, y de Bolles y nosotros, está fuera de duda que *un marcado concretismo es característico* de la conducta de los esquizofrénicos, por lo menos de un grupo de ellos.

Muchas de las peculiaridades de la conducta de los esquizofrénicos se hacen comprensibles cuando se consideran como expresiones de su anormal concretismo. La conducta concreta significa que en nuestra conducta y actividad estamos gobernados, en un grado anormal, por los estímulos del mundo externo que se nos presentan, y por las imágenes, ideas y pensamientos que actúan sobre nosotros en un determinado momento. Los síntomas que surgen de esta actitud son la acción y el pensamiento autísticos, y existe una ligazón anormal a los estímulos del mundo externo, siempre que éstos pertenezcan al dominio de la realidad que el paciente experimenta. El mundo de los esquizofrénicos está determinado, en una medida patológica, por sus propios sentimientos y pensamientos, y por su capacidad para reaccionar. En com-

paración con el normal, la demarcación entre el mundo externo y su ego está más o menos suspendida o modificada. Aquí se encuentra uno de los orígenes de las ilusiones. Los objetos que impresionan al paciente no son los mismos que impresionarían a una persona normal, en una situación dada. Solamente experimenta objetos a los cuales puede reaccionar del único modo en que es capaz, esto es, del modo concreto. No considera al objeto como parte de un mundo externo, ordenado y separado de sí mismo, como lo hace la persona normal.

La descripción de Hanfmann de un caso de esquizofrenia contiene un gran número de ejemplos que muestran que el paciente está ligado a la realidad que vivencia, de una manera patológicamente concreta. Al igual que nuestros pacientes con lesiones orgánicas irreversibles, la paciente de Hanfmann estaba incapacitada para "hacer una suposición irreal, o aceptar una situación ficticia como tal, expresada ya sea en una frase, un cuento o un cuadro". Debido a que estaba limitada a su conducta concreta, la paciente reaccionó en el test de "la pelota y el campo", con una declaración de que ella no ha perdido una pelota; y en el test de la distribución de objetos puso el pescado con los vegetales, porque "el pescado va con puré". También, las reacciones de los pacientes de Hanfmann en el test de terminación de Healy, muestran una ligazón patológica a la "realidad". El esquizofrénico elige siempre bloques con cuadros que muestran una relación concreta con la parte del cuadro que él vivencia en ese momento. Otra expresión de esta actitud consiste en que el paciente considera habitualmente a la gente del cuadro, como si estuviera en el proceso de realizar una acción definida. Para él, las personas aparecen como moviéndose o señalando algo que es habitualmente contrario a la situación real en la que están presentadas en el cuadro.

La realidad que pertenece a la actitud concreta es más dinámica que estática. Los pacientes tienen una marcada tendencia a hacer algo. (Si un individuo se ve atraído anormalmente por la actividad de otro individuo, no notará, por supuesto, el hecho de que su conducta no corresponde a la situación "real"). De la misma manera, los esquizofrénicos prefieren las situaciones de actividad. Aquí, como en otras ocasiones, las actitudes personales se manifiestan, a menudo, de la misma manera que en las reacciones de los pacientes orgánicos. El paciente pone un caballo en la pieza porque "hay un niño, y el niño desea un caballo; desea viajar". Completa los cuadros de acuerdo a la similitud o igualdad, de la misma manera que los pacientes orgánicos con deterioración de la actitud abstracta lo hacen en el test de distribución, esto es, de acuerdo a la relación concreta, y, especialmente, de acuerdo al uso. Dice, "veo tres niños, y por lo tanto pongo a uno más con ellos. Deberían ser todos niños, niños, niños". La relación del paciente hacia el tiempo también muestra definitivamente el carácter concreto. Un paciente esquizofrénico de Hanfmann dijo: "Las ocho y media, es la hora de levantarse" o "la hora en que el sol sale". Estas respuestas son exactamente del mismo tipo que las de los pacientes orgánicos. Uno de mis pacientes, al preguntársele qué hora es, dijo: "Debe ser después de las 4, porque las 4 es la hora del té". Otro paciente dijo: "Son

las 12 porque a esta hora mi amigo se va de la pieza, y se está retirando ahora".

Este concretismo también encuentra su expresión en el lenguaje de los esquizofrénicos. El análisis revela que muchas de las muy extrañas palabras que los pacientes utilizan, se hacen comprensibles cuando se las considera en relación a la situación concreta que el paciente vivencia en el momento, y que quiere expresar en palabras. Existe en su lenguaje, una ausencia de palabras genéricas que significan categorías o clases. O cuando usan tales palabras, el análisis muestra que, para el paciente, éstas no corresponden a generalizaciones. Encontramos que esto es también valedero para los pacientes afásicoamnésicos.

El concretismo en el lenguaje de los esquizofrénicos se evidencia, especialmente, en las investigaciones hechas con nuestros tests. Por ejemplo, en el test de la distribución de colores, uno de nuestros pacientes eligió varias tonalidades de verde, pero al hacerlo lo llamó verde pavo real, verde esmeralda, verde oscuro, verde brillante, verde equet, verde campana, verde bebé. Se negó a decir que todos pueden ser llamados verde. Otra paciente dijo, en la misma situación: "Este es el color del césped de Virginia, éste es el color del césped de Kentucky, éste es el color de la corteza del árbol, éste es el color de las hojas". Las palabras que estos pacientes emplean para nombrar los colores pertenecen a una situación definida en la cual el color individual es vivenciado por el paciente. Los nombres de los colores no representan, como en las personas normales, la categoría a que pertenecen los colores individuales, sino, meramente, una propiedad individual de un objeto. Las palabras se han hecho "individuales", esto es, palabras que se ajustan solamente a una situación u objeto específicos. El carácter individual de la palabra es característico del lenguaje de los esquizofrénicos en general. La base para la elección de palabras se establece de acuerdo a la manera específica en la cual el paciente experimenta un cierto objeto o situación, una propiedad o un aspecto del objeto o de la situación. Esto explica por qué un paciente (descrito por Tuczek) llamó a un pájaro, "el canto"; al verano, "el calor"; al sótano, "la araña"; al médico, "la danza" (porque durante las visitas los médicos brincan alrededor de los profesores). Uno de mis pacientes dijo, en lugar de boca, "beso". Una palabra, cuando es empleada por un esquizofrénico, aparece como una parte de un objeto o de una situación, y no como un representante de éste, de la misma manera en que es usada por algunos pacientes con enfermedades orgánicas irreversibles. Cameron ha señalado recientemente este concretismo del lenguaje de los esquizofrénicos.

Estas peculiaridades del lenguaje han sido consideradas erróneamente como expresiones de un pensamiento simbólico o metafórico. Estoy de acuerdo con Storch, quien señala correctamente que el pensamiento simbólico pertenece a las formas superiores del pensamiento, que están habitualmente deterioradas en la esquizofrenia, y que los fenómenos que se observan son comprensibles desde el punto de vista de que estamos tratando con una muy concreta forma del pensamiento. La forma simbólica del pensamiento puede sugerirse, incorrectamente, debido a que

el aspecto "fisiognomónico" que corresponde a una actitud concreta juega a menudo un gran papel en la actitud del esquizofrénico hacia el mundo. La persona corriente, también es capaz, y está a veces tentada a experimentar y a ver las cosas de manera tal que las cualidades concretas, dinámicas y expresivas, oscurezcan sus propiedades objetivas; entonces habla de "colores chillones", de un "sonido áspero" o "delicado", de una "atmósfera invitante", de una "mirada fría", y similares. Cuando utilizamos el término fisiognomónico a este respecto, tomamos el nombre de la esfera de las expresiones faciales, y lo aplicamos a toda clase de experiencias sensoriales inmediatas. Las reacciones del esquizofrénico están determinadas en un alto grado, por su concretismo fisiognomónico. Por ejemplo, el paciente arriba mencionado llama al médico "la danza" porque, durante las visitas, los médicos brincan alrededor del profesor. Al principio, esta expresión nos parece extraña, pero se hace comprensible desde el punto de vista del realismo concreto fisiognomónico. Un ejemplo más es muy ilustrativo en este sentido. Un paciente esquizofrénico de Storch, que sufría de un delirio de persecución, miraba ansiosamente a la puerta que se movía y exclamaba: "*Da fressen mich die Türen*" (allí, las puertas me comerán). Es obvio que la apertura y el cierre de las puertas fueron experimentadas concretamente como la fisiognomía de la apertura de la boca de un animal, y por tanto tenían un carácter amenazador. No hay duda de que el carácter fisiognomónico de un objeto cambia ampliamente con las actitudes variables de la persona hacia el mundo, y de que también depende mayormente de las ideas que gobiernan a un individuo en un momento dado. Este hecho puede explicar la impresionante variedad de las experiencias fisiognomónicas del esquizofrénico y las palabras peculiares que utiliza.

Podemos entender el significado de una palabra individual solamente si conocemos la situación concreta a que pertenece para la persona que habla. En la esquizofrenia es realmente muy difícil encontrar la particular situación concreta a que pertenece una palabra hablada por el paciente. Si logramos encontrarla desaparecerá, en gran parte, la torpeza en la comprensión del lenguaje esquizofrénico: su lenguaje se hará comprensible, particularmente si tenemos en cuenta que muchas, de las experiencias de los esquizofrénicos difieren tan ampliamente de las de los individuos normales, que los canales ordinarios de la expresión verbal no son suficientes, ni tampoco apropiados, para la expresión verbal de estas experiencias. Esto es más cierto todavía, debido a que el lenguaje, en general, en nuestra civilización, es muy estereotipado y pobre en palabras para expresar la especificidad de las situaciones concretas.

El paciente está obligado, así, a crear un lenguaje que, aunque parezca extraño a la persona normal, es adecuado para sus experiencias. Pero ello hace que la comunicación entre el paciente y el médico, mientras se base en lenguaje, sea muy difícil.

La aplicación de los tests mencionados adelantará nuestro entendimiento del pensamiento y habla esquizofrénicos porque nos ayudarán a descubrir las especiales situaciones concretas en las que el paciente vive. A menudo es muy difícil, si no imposible, encontrar, por medio de la conversación directa, o de la investigación de capacida-

des aisladas, algo acerca de las ideas, alucinaciones y sentimientos que gobiernan la conducta del paciente. Durante la ejecución de los tests de actividad, estos factores se hacen visibles accidentalmente, e incidentalmente, sin la intención consciente por parte del paciente. Es característico de la deterioración de la actitud abstracta, que el sujeto no sea capaz de darse a sí mismo una explicación de lo que está haciendo, y por lo tanto no es sino natural que sea incapaz de comunicar sus experiencias interiores por medio de una descripción espontánea. Sin embargo, estas experiencias interiores pueden hacerse manifiestas en sus acciones concretas, porque ellas pertenecen a la situación, y se originan sin un esfuerzo deliberado, del cual el paciente está privado por su condición patológica.

El nuevo enfoque ha descubierto que el mayor concretismo de los pacientes es una de las congruencias de la conducta de los esquizofrénicos y los pacientes con lesiones corticales. Aquí me gustaría señalar una similitud más, por lo menos. Como hemos explicado en otra parte, la modificación en la capacidad de actuación en los casos orgánicos se hace comprensible si los consideramos, además de una secuela de una distorsión de ciertas capacidades, como un cambio de conducta correspondiente al funcionamiento de partes del sistema nervioso que han sido aisladas del total, debido a un defecto anatómico. Las funciones de las partes aisladas varían de una manera definida, siguiendo reglas definidas. Si se reconocen estas reglas del cambio en el funcionamiento, muchos de los síntomas de los pacientes se hacen comprensibles de una manera unitaria. Estas modificaciones representan los síntomas positivos, segregados hace muchos años por Hughling Jackson, de los síntomas negativos, síntomas producidos directamente por la destrucción de estructuras.

La observación de pacientes con lesiones orgánicas nos ha hecho descubrir algunas formas de cambio, características de las condiciones de aislamiento. ¿Podemos señalar algunas de estas características? Los umbrales de excitabilidad han cambiado, y los pacientes están obligados, de una manera más o menos compulsiva, a responder a cualquier estimulación; existe una inestabilidad anormal y una rigidez de las reacciones (9); existen, especialmente, signos de desorganización de la relación normal figura-fondo. Una secuela del aislamiento es el anormal concretismo y los fenómenos concomitantes de la deterioración de la conducta abstracta. Los fenómenos descritos en los esquizofrénicos como una debilidad en la capacidad de concentración, *Gedanken-abreissen*, rigidez y distractibilidad, una reacción forzada a las singularidades, contaminación –todos estos fenómenos y otros–, los observamos en idéntica forma en pacientes orgánicos como en esquizofrénicos, y pueden ser entendidos, de la misma manera, como fenómenos de aislamiento.

Me llevaría demasiado lejos, elaborar acerca de la forma de aislamiento peculiar a la naturaleza de la patología esquizofrénica. Me gustaría mencionar solamente algunos ejemplos que ilustren la influencia de este aislamiento. Si un esquizofrénico dice: "Todas las cosas en las que pienso se van de mí", o "Cada cosa dentro de mí

cambia continuamente”, o se queja, como uno de los pacientes de Storch: “Mis pensamientos están tan confundidos, todo tambalea, nada está fijo, uno no puede agarrarse a nada”, nos estamos enfrentando con el fenómeno de la inestabilidad.

Si un paciente, además de quejarse del cambio de todas sus experiencias, revela también una gran fijación a ciertos hechos, nos encontramos con un fenómeno muy conocido en casos orgánicos. He tratado de explicar que la distractibilidad y la fijación anormal son expresiones del mismo cambio funcional bajo condiciones diferentes. Si otro paciente dice: “Uno no sabe lo que está por venir, uno se siente completamente impotente”, nos encontramos con la misma ligazón anormal a los estímulos, que es un síntoma característico de los casos orgánicos.

La pérdida de la constancia y de la precisión en la concepción de la estructura de los objetos es igualmente característica de los esquizofrénicos y de los pacientes orgánicos. En los pacientes orgánicos esta pérdida está producida por una deterioración de la formación normal figura-fondo. Una organización saludable de las experiencias del mundo exterior está basada en nuestra habilidad para diferenciar entre aquellos aspectos que son esenciales en una situación dada y aquellos que no lo son. Los primeros aspectos están en un primer plano de la percepción, del pensamiento y de la acción, como “figuras”. Lo que no es esencial en el momento, está en el “fondo”. Esta organización está basada en dos actividades: en una, hacemos abstracción de los numerosos aspectos que pueden surgir en el momento; en la otra, tenemos que suplementar relaciones que no están fenomenológicamente presentes. Ambas demandan una actitud abstracta. Cualquier deterioración de la capacidad de abstracción perturba la discriminación normal entre lo esencial y lo no esencial de una situación dada, entre figura y fondo. Cuando, por ejemplo, el vidrio de una ventana aparece como la parte esencial de nuestra experiencia, en vez de la pared o el marco, o, en otras palabras, cuando el vidrio es la figura y la pared o el marco es el fondo, ello se debe a que el “significado” de la ventana, en este momento, está representado por el vidrio transparente. Sin embargo, lo que realmente experimentamos es mucho más que esto. Aunque percibimos el marco, el color, las manchas de tierra de la ventana, y aun encontramos algún obstáculo a nuestra visión en el sentido de que el vidrio puede obscurecer la claridad del mundo exterior, no necesitamos prestar atención a todos estos fenómenos no esenciales. Ubicamos inmediatamente el vidrio, o los objetos que percibimos a través del vidrio, en el primer plano. Ello está determinado por el significado de la transparencia del vidrio para la situación total del momento. Esta manera normal de experimentar presupone una actitud definida del individuo hacia el mundo. Si prestáramos atención a todos los diferentes fenómenos, sin mucho énfasis diferencial, desaparecería entonces el carácter de la ventana, el vidrio no sería ya la figura, y los netos límites sobre los que se basa nuestro mundo ordenado dejarían de ser precisos, y nuestro mundo estaría en la confusión.

Ello ocurre en la enfermedad orgánica y en la esquizofrenia. Cameron observó que una de las “más impresionantes características” de los pacientes esquizofrénicos era su “incapacidad para mantener límites adecuados”. Debido a esta deficiente formación de figura-fondo, los objetos y las situaciones que pueden ser aprehendidos como objetos concretos aparecen anormalmente en el primer plano, y, en correspondencia, el paciente da una respuesta que aparece, para la persona normal, como un reconocimiento defectuoso. Muchas ilusiones y delirios de los esquizofrénicos se originan de esta manera. Debemos apreciar en tales pacientes, la vaguedad de los límites entre la figura y el fondo –la inversión, esto es, la aparición, en el primer plano, del fondo en lugar de la figura, y la fluctuación súbita y casi permanente entre la figura y el fondo– si es que deseamos entender muchos síntomas. Uno de los síntomas más aparentes es la vaguedad o desaparición de los límites normales entre el ego y el mundo externo, que encuentra su expresión en muchas expresiones o acciones de los pacientes. Es más difícil descubrir el origen de estos síntomas en la esquizofrenia que en los pacientes orgánicos. El mundo “normal” de los esquizofrénicos no está cambiado de acuerdo al cambio de sus ideas; los fenómenos entran en su percepción y determinan para él un reconocimiento sobre el que nosotros no sabemos nada; de ahí que sea difícil entender su conducta.

Como ejemplo del cambio de la relación normal entre la figura y el fondo, me gusta citar la expresión siguiente de una paciente de Fischer: “El aire está todavía aquí, el aire entre las cosas de la pieza, pero las cosas mismas no están más aquí”. Esta defectuosa organización de la figura y el fondo puede traer objetos inapropiados, o aspectos de éstos, al primer plano y privar así al mundo del paciente de su constancia normal.

Debemos limitarnos a estas pocas ilustraciones. Creo que desde el punto de vista aquí ofrecido, muchos síntomas extraños del paciente se hacen inteligibles. Podemos entenderlos como reacciones proporcionales al mundo transformado de los esquizofrénicos, un mundo que es patológicamente concreto y desprovisto de la interpretación abstracta. Este punto de vista toma en consideración el cambio “formal” en el proceso de la esquizofrenia. Si bien yo remarco este punto, no dejo de advertir el problema de por qué sobre la base de este defecto, algunas veces una idea y algunas veces otra, ocupan el primer plano. Éste, sin embargo, es un problema que no podemos tratar aquí.

Al remarcar las similitudes entre las modificaciones de la conducta de los esquizofrénicos y de los casos orgánicos, no quiero que se interprete erróneamente que considero que la esquizofrenia es simplemente una enfermedad orgánica. Desde mi posición general, considerando la relación cuerpo-mente, me siento inclinado a asumir que cambios funcionales equivalentes pueden ser producidos por desórdenes tanto orgánicos –esto es, cambios estructurales o químicos– como también mentales. No puedo discutir el problema aquí. Me gustaría solamente señalar que podemos considerar las modificaciones de la actividad en los esquizofrénicos y en los que

sufren de enfermedades orgánicas como equivalentes con respecto al cambio en la función. Sin embargo, sería prematuro sacar conclusiones con respecto a la posible identidad del proceso subyacente. El hecho de que en ambos casos existen –además de las similitudes– diferencias esenciales, debería hacernos cautelosos.

Por falta de espacio, sólo puedo mencionar aquí unas pocas características que pueden ser adecuadas para demostrar, en principio, estas diferencias. Permítaseme ejemplificarlas por medio de la diferencia en la deterioración de la actitud abstracta, en los dos estados patológicos.

El nivel y el tipo de concretismo en la esquizofrenia no es idéntico al de los casos somáticos. Los casos somáticos exhiben una desintegración en dirección a lo concreto que es simplificada y vacía. La situación del esquizofrénico es bastante diferente, debido a su diferente tipo de concretismo. Esto se evidencia bien, por ejemplo, en la actividad de ambos tipos de pacientes con mi test de los bloques. En los casos somáticos la más remarcable deficiencia para reproducir el modelo con los bloques consiste en la dificultad de descomponer la configuración, y en la determinación del procedimiento por la simple percepción de configuración dada. El tipo de error cometido es bastante consistente con la simplificación del somático, y es de esta manera comprensible.

La actividad del esquizofrénico sufre deficiencias similares, pero en adición a su concretismo perceptivo, el esquizofrénico desarrolla su propio modelo para agrupar los bloques, debido a que entran sus ideas personales e influyen la actividad. Esto introduce un aspecto totalmente diferente, desde que la agrupación de los bloques representa una proyección de su pensamiento personalizado y las asociaciones originadas por los modelos presentados. Desde que las últimas varían continuamente, los tipos de errores son mucho menos consistentes y más individuales. Esto se relaciona con el hecho de que el mundo de los esquizofrénicos es más rico y más animado en ideas personalizadas que el del paciente somático. Puede verse, por otro importante síntoma, que el cambio de la personalidad en los esquizofrénicos se expresa en un nivel diferente de concretismo, esto es, por la anteriormente mencionada prevalencia del así llamado aspecto fisiognomónico de las percepciones.

Debería ser claro, por estos ejemplos, que se trata de diferencias intrínsecas entre el concretismo esquizofrénico y somático. El problema, por supuesto, necesita más estudio, pero me parece que las características esquematizadas más arriba tiende a mostrar que una investiga-

ción más íntima y una comparación de estas dos características pueden ofrecer un conocimiento más profundo de la naturaleza de la esquizofrenia.

Anteriormente existían muchas discusiones acerca de los síntomas primarios y secundarios de la esquizofrenia: de un cambio fundamental, primario, y de fenómenos secundarios, que debían de ser considerados como reacciones psicológicas al cambio primario de la personalidad, esto es, como expresiones de una lucha por parte de la psique patológicamente modificada, con las demandas del medio ambiente. El cambio primario era considerado como un núcleo somático, a consecuencia del cual aparecían síntomas corporales y mentales (por ejemplo, los fenómenos catatónicos o la perturbación de las asociaciones); o se lo concebía como un cambio mental (por ejemplo, una insuficiencia de la actividad mental, una ataxia intrapsíquica o una división de la personalidad, y así sucesivamente).

El cuadro clínico de la esquizofrenia contiene síntomas que pueden sugerir su origen en una función perturbada de algún aparato cerebral, particularmente del lóbulo frontal y los ganglios subcorticales, y también síntomas que se interpretan mejor como reacciones psicológicas. Debido a la similitud entre el defecto en la abstracción discutido arriba y el defecto hallado en pacientes somáticos, puede tenderse a asumir que existe un cambio somático primario en los esquizofrénicos. Sin embargo, el mayor concretismo de los esquizofrénicos puede también ser considerado como un escape del organismo de un conflicto intolerable, una protección contra el peligro de una seria catástrofe. Muchos síntomas encontrados en enfermedades “orgánicas” como también psicológicas, son inteligibles desde este punto de vista. Por ahora, no es posible arribar a una decisión definitiva acerca de si la deterioración de la actitud abstracta en la esquizofrenia es un fenómeno primario o secundario. Me gustaría agregar que un fenómeno secundario puede ser fijado, siempre que no exista la posibilidad de suprimirlo. Esto es muy pertinente a la terapéutica.

Creo que el valor del nuevo enfoque metodológico puede ser apreciado por lo que he dicho aquí, aunque haya ofrecido solamente una ejemplificación fragmentaria. Este enfoque parece apropiado para emancipar de la especulación, la investigación del pensamiento y el lenguaje de la esquizofrenia, y ponerla sobre una sólida base de investigación empírica. Estamos solamente en los comienzos de tal investigación. El nuevo enfoque me parece tan promisorio como lo ha probado en la psicopatología orgánica ■