

# En los límites de la identidad

## El caso de los «delirios extraños»

Mario ROSSI MONTI\*

### RESUMEN

*Introducción: A partir del estatuto privilegiado del que gozan los denominados delirios extraños en el DSM-IV, el autor expone que este término incluye en su interior experiencias incluidas como síntomas schneiderianos de primer rango. Mediante una descomposición del síntoma muestra que no se trata de una expresión preconcebida sino probablemente el resultado de un recorrido. Del análisis de los organizadores de los trastornos del yo, junto con las experiencias de influencia y alienación, propone el autor como hipótesis si el alivio de la experiencia delirante tuviera que ver con la posibilidad de recuperar o desplazar aspectos de la propia mente no expresables de otro modo y, también, la función de facilitación protésica que desempeñaría el delirio.*

**PALABRAS CLAVE:** Delirio. Esquizofrenia. DSM-IV. Psicopatología. Fenómenos y procesos psicológicos.

\* Psiquiatra. Profesor Extraordinario de Psicología Clínica.

Correspondencia: Dr. Mario Rossi Monti. Profesor Extraordinario de Psicología Clínica (Universidad de Urbino), Psicoanalista (Sociedad Psicoanalítica Italiana), via G.Vico 13-50136 Firenze, Italia. Correo electrónico: [m.rossimonti@uniurb.it](mailto:m.rossimonti@uniurb.it)

RECIBIDO: 15-10-2007

ACEPTADO: 28-3-2008

## **At the limits of identity: the case of bizarre delusions**

### **SUMMARY**

*Introduction: Given the privileged status of so-called «strange delirium» in the DSM-IV, the author claims that this term includes experiences such as first rank Schneider symptoms. He examines the symptom to show that it is not a preconceived term but probably the result of a whole evolution. By analysing the organisation of disorders of the self, along with experiences of influence and alienation, he proposes the hypothesis that the relief of delusions may have to do with the possibility of recovering or displacing elements of the mind, inexpressible in any other way, and also the prosthetic role played by delusions.*

**KEY WORDS:** Delusion. Schizophrenia. DSM-IV. Psychopathology. Psychological phenomena and processes.

### **DELIRIOS DE ALTO PESO ESPECÍFICO**

En el ámbito del criterio sintomatológico para el diagnóstico de esquizofrenia del DSM-IV<sup>1</sup> los delirios extraños gozan de un estatuto privilegiado. Tanto es así que desde el punto de vista de su relevancia para el diagnóstico constituyen delirios de alto peso específico. Es más, mientras habitualmente son necesarios al menos dos de los síntomas enumerados en el criterio sintomatológico del DSM-IV, tales como delirios, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento groseramente desorganizado o catatónico, síntomas negativos, la presencia de un delirio extraño es suficiente por sí misma para satisfacer el criterio A para el diagnóstico de esquizofrenia. «Los delirios que expresan una pérdida de control sobre la mente y sobre el cuerpo (por ejemplo, aquellos incluidos entre ‘los síntomas de primer-rango’ en la clasificación de Schneider) son generalmente considerados extraños (...) Si los delirios son juzgados extraños, este único síntoma es suficiente para satisfacer el Criterio A para la esquizofrenia».<sup>1</sup> Pero, ¿qué se entiende exactamente por delirios extraños?

En el lenguaje del DSM la categoría de los delirios extraños está caracterizada por un particular contenido inverosímil, incomprensible y que no se puede derivar de la experiencia de la vida ordinaria. El ámbito de los delirios extraños incluye, sin embargo, en su interior un núcleo de experiencias que la psicopatología europea y en particular la Escuela de Heidelberg han descrito tradicionalmente como síntomas schneiderianos de primer rango.<sup>2</sup> Por lo demás ya Kraepelin<sup>3</sup> había indicado como síntoma característico de la demencia precoz «la sensación de que los propios pensamientos son influidos». Por los mismos años Eugen Bleuler<sup>4</sup> le había atribuido un valor diagnóstico determinante al fenómeno del bloqueo del pensamiento y del robo del pensamiento. La dicción «robo del pensamiento» es tan apropiada —escribía Bleuler—

que es acogida inmediatamente por los pacientes: «Si a la pregunta: ‘¿Ha sufrido usted un robo del pensamiento?’, el paciente responde enseguida que sí y si después, eventualmente, describe qué entiende él por ello, entonces se puede hacer un diagnóstico de esquizofrenia con suficiente certeza. Al menos hasta ahora no nos hemos encontrado con ninguna excepción». A propósito del significado diagnóstico diferencial de los síntomas, Bleuler precisaba por otra parte que «la idea delirante de que los otros sepan lo que el paciente está pensando es prácticamente un signo patognomónico de esquizofrenia». Este conjunto de experiencias viene a constituir —en la vertiente impropriadamente denominada «positiva»— el núcleo duro del trastorno esquizofrénico.

La mayor parte de las experiencias que Kurt Schneider había distinguido pragmáticamente como altamente características de la esquizofrenia constituyen, por lo tanto, un subconjunto de la categoría delirios extraños. Así pues no hay que sorprenderse ante el hecho de que la mayor parte de los estudios sobre la fiabilidad del síntoma delirio extraño conduzcan a resultados altamente contradictorios: contradictorios porque el conjunto sometido a examen es un conjunto muy heterogéneo (Tabla 1) es decir, formado por la unión de delirios de contenido extraño (en el sentido del DSM IV) y delirios extraños en sentido formal schneideriano, es decir, basados en experiencias específicas de alteraciones de los límites del yo. En este sentido estos estudios no tienen en cuenta el hecho de que existen: (1) delirios extraños que no caen dentro del ámbito de los síntomas de primer rango schneiderianos; (2) delirios extraños que caen dentro del ámbito de los síntomas de primer rango schneiderianos. Esto ha llevado, por ejemplo, a Tanenberg-Karant y cols.,<sup>5</sup> a demostrar la escasa fiabilidad diagnóstica del constructo «delirio extraño» que sería menor con respecto a la del constructo schneideriano «síntoma de primer rango». No tengo intención de detenerme en este lugar sobre el problema de la reductibilidad o no de las experiencias descritas por Schneider dentro de la categoría de «delirio». Prefiero intentar una descomposición del síntoma delirios extraños (en el sentido del DSM-IV) para mostrar de cerca que no se trata de una expresión preconcebida sino más bien del posible resultado de un recorrido.

Tabla 1. Delirios extraños del DSM-IV.

<b>Delirios extraños</b>	
Delirios centrados en fenómenos que la cultura del sujeto considera totalmente inverosímiles (DSM-IV)	
Delirios extraños desde el punto de vista de la falta de verosimilitud de su contenido <i>Un hombre está convencido de estar embarazado.</i>	Delirios extraños en sentido formal o <i>schneideriano</i> : permeabilidad de los límites del yo. <i>Un hombre está convencido de que otra persona le está introduciendo pensamientos en la cabeza.</i>

## ORGANIZADORES DE LOS TRASTORNOS DE LOS LÍMITES DEL YO

¿Cuáles son los organizadores de base de las experiencias descritas por Schneider<sup>2</sup> como trastornos del Yo? Se han tomado fundamentalmente en consideración cuatro conceptos organizadores:

- Pérdida de la mismidad
- Pasividad
- Permeabilidad de los límites del yo
- Sentido de la inmediatez

Con *pérdida de la mismidad* se hace referencia a la pérdida del sentido de pertenencia a uno mismo de los propios pensamientos, es decir, a la sensación de que los pensamientos que a una persona se le «meten en la cabeza» no sean suyos, no le pertenezcan. A pesar de que a un paciente obsesivo «se le metan en la cabeza» pensamientos que lo trastornan fuertemente y que él es el primero en reconocer como «absurdos», éste no reniega de su origen: no advierte la sensación de que no sean suyos. Tiene, al contrario, la sensación precisa de que los pensamientos le pertenecen, están localizados en su mente, son (aún si inexplicablemente) generados por él: a pesar del absurdo patente y de la extrañeza del contenido, la persona se siente obligada (por sí misma) a pensarlos. No es éste el caso de la crisis de la mismidad. La crisis de la mismidad se produce, en cambio, cuando una persona tiene la experiencia de que los pensamientos que «se le meten en la cabeza» no le son simplemente extraños («como si» no fueran suyos) sino que, al contrario, declara que tales pensamientos no le pertenecen: no son suyos.

El organizador psicopatológico de la *pasividad* indica la experiencia de pérdida del sentido de la actividad con respecto a los propios pensamientos, afectos o movimientos (o algunos de ellos), en referencia a la crisis del sentimiento de actividad de la conciencia de obrar.<sup>7</sup> La pasividad implica la pérdida (más o menos acentuada) de la experiencia de «hacer» los propios pensamientos, ya sea en el sentido de que el curso de los propios pensamientos es sentido como influido por un agente externo, ya sea en el sentido (en el polo extremo de la oscilación del *continuum*) de que los pensamientos no son sentidos como fruto de su propia actividad de pensamiento sino más bien preconfeccionados, «hechos» por una agencia externa: «hechos» por otros. De ahí el uso en la psicopatología alemana del término *Gemacht* que es justamente el participio pasado del verbo hacer. En este nivel extremo la crisis de la conciencia de obrar viene a coincidir con la pérdida de la mismidad de los propios pensamientos: en el sentido de que aquellos pensamientos sentidos como «hechos» por otros, a pesar de que sean claramente localizados en el propio interior, son también vividos como no pertenecientes a sí mismo.

Con *pérdida de los límites del Yo* se hace referencia al hecho de que todos los trastornos del Yo, es decir, robo, influencia del pensamiento, y todas las experiencias

«hechas» descritas por la psicopatología schneideriana pueden ser conjuntamente reagrupadas y consideradas «bajo el ángulo visual común de la permeabilidad de la 'barra Yo-Ambiente', es decir, de la pérdida de los límites del Yo, de la disolución de sus contornos». <sup>2</sup> Con estas consideraciones Schneider deja por un momento aparte preocupaciones de carácter nosográfico, abre una ventana a un nivel más profundo en el que la permeabilidad de los límites del Yo, entendida como aquel estado de difluencia de los límites entre mundo interno y mundo externo que está en el fondo de las experiencias de influencia se configura como un posible organizador psicopatológico. Andrew Sims <sup>8</sup> ha tratado de extender la intuición schneideriana a todos los síntomas de primer rango sosteniendo que incluso la percepción delirante está implicada en una pérdida de los límites del yo en el sentido de que el sujeto «se engancha» a una idea o a un significado estrechamente personal, es decir a una característica intrínseca del sí mismo, a percepciones que se originan fuera del sí mismo. Pero más allá de la posibilidad o no de extender este modelo a todos los síntomas de primer rango, me parece que la intuición schneideriana es importante puesto que rompe la disposición tradicionalmente pragmático-diagnóstica de la psicopatología clínica a favor de importantes consideraciones patogenéticas.

Se efectúa en este caso una fractura de aquella experiencia tácita que acompaña nuestra vida cotidiana y que proporciona la tranquilizadora sensación de que nuestro pensamiento está sellado y no es directamente accesible a los otros. La influencia en sí misma no es ciertamente una característica de la vida esquizofrénica; forma parte de la vida normal; a todos nos influyen y todos nos influimos. Pero la diferencia consiste en el hecho de que esta influencia recíproca transita a través de la conciencia de obrar de cada uno; es decir, se funda en el sentimiento de pertenencia a sí mismo de los propios actos psíquicos y debe poder contar con un sentimiento de la intimidad del yo a partir del cual cada uno tiene la seguridad tácita de que la intimidad de los propios pensamientos es inviolable. La influencia esquizofrénica, en lugar de por todo esto, se caracteriza justamente por una «pérdida de la intimidad del yo». <sup>9</sup> Esta condición tácita que está en el fondo de nuestra vida psíquica constituye una adquisición evolutiva que sale a la luz en la época en que el niño adquiere la capacidad de decir la primera mentira; en dicha ocasión —con un cierto estupor— cada uno tiene la experiencia directa del hecho de que existe la posibilidad de disociar con «éxito» lo que se tiene en la mente de lo que se comunica, lo que se piensa de lo que se dice, sin posibilidad de ser cogidos en falta. Desde este punto de vista el hecho de ser incapaces de decir una mentira puede tener que ver con una adquisición incompleta de la propia identidad y autonomía: «sin duda hay muchas circunstancias en las que existen buenas razones para no decir mentiras, pero la incapacidad de decirlas no es la mejor de estas razones». <sup>10</sup>

La pérdida de los límites del Yo constituye precisamente una representación de carácter espacial de la crisis de la intimidad del Yo.

A estos tres primeros organizadores que forman parte de la psicopatología clásica, Wolfgang Blankenburg <sup>11</sup> ha propuesto añadir el *sentido de la inmediatez* del efecto advertido. Es precisamente este tipo de sensación la que lleva a los esquizofrénicos a

poner su experiencia al abrigo de la «magia» y a describirla con un vocabulario traído de este mismo ámbito. Esta cualidad de incontrovertible evidencia subjetiva no concierne además solamente a los fenómenos de «recibir-hecho» sino también a toda aquella gama de fenómenos, más raros pero también bastante descuidados por la psicopatología, que están centrados en un anómalo saber-«hacer»; como «controlar directamente o incluso ‘hacer’ por ejemplo, el tráfico vial, el tiempo o el comportamiento de otros hombres». Existe, en fin, otro lado de los así llamados delirios extraños (para retomar el término hiperinclusivo del DSM IV, que ha quedado en la sombra y que atañe a las experiencias de actividad en el ámbito de los trastornos del Yo.<sup>12,13</sup> El enfoque sobre este lado «oscuro» pone en cuestión la idea de que la pérdida de la mismidad, la debilidad del sentido de actividad o la impotencia («sentido de desautorización») sean los elementos decisivos de los trastornos de los límites del Yo. En efecto, «en la sensación de saber ‘hacer’ y ‘dominar’ (que no tiene menos parte en los trastornos del Yo que aquella otra del recibir ‘hecho’) no sólo no está presente alguna disminución (más bien un aumento) de la sensación de actividad, sino ni siquiera algún daño (más bien una ampliación) de la ‘mismidad’». <sup>11</sup> Ya sea en la experiencia del «recibir-hecho» ya sea en aquella otra del «saber-hacer» la relación Yo-mundo resulta cualitativamente transformada en un modo característico y la alteración del límite entre «mío» y «tuyo» (y el modo en que este límite es superado) representa el elemento decisivo. Aquello que Blankenburg considera del todo esencial en ambos casos es «la inmediatez del tipo de ‘actuar’ advertido en el paciente: ‘ser’ y ‘actuar’ confluyen el uno en el otro». <sup>11</sup>

## INFLUENCIA Y ALIENACIÓN

¿En qué relación están estos organizadores entre sí? Hace veinte años Koehler<sup>14</sup> retomando una intuición de Strauss,<sup>15</sup> propuso una remodelación de los síntomas de primer rango schneiderianos distinguiendo tres ámbitos (*delusional continuum*, *passivity continuum*, *sense-deception continuum*) en cuyo interior los tradicionales síntomas de primer rango pasaban a ser considerados como puntos situados a lo largo de un *continuum* clínico operacional. El *passivity continuum*, en particular, se extiende desde una sensación genérica de acción exterior hasta experiencias de influencia, imposición y sustracción del pensamiento: desde la experiencia de influencia de los propios actos psíquicos de parte de fuerzas externas hasta la verdadera y propia alienación en la que los actos psíquicos no son advertidos como propios (Tabla 2). El organizador fuerte del *continuum* está representado por la pasividad. En efecto, en el esquema de Koehler se observa que a partir de F5 (Tabla 2): (1) permanece de fondo en todo el *continuum*; (2) la permeabilidad de los límites del Yo está siempre presente en el sentido de que una fuerza externa viola los límites del Yo bien dirigiendo y guiando el curso de los pensamientos (influencia) bien incluso introduciendo en la mente contenidos de pensamiento preformados y ajenos (alienación); (3) la pérdida de la

mismidad aparece sólo desde un cierto punto en adelante del *continuum* (a partir del nivel que, en el esquema de Koehler se indica con F8); (4) el sentido de inmediatez del cual habla Blankenburg se constituye (a partir de F5) con la sensación de «certeza» que el sujeto advierte y que permanece de fondo a todo el *continuum*. En el *continuum* descrito por Koehler quedan en cambio todavía en la sombra las experiencias de actividad en el ámbito de los trastornos de los límites del Yo. Queda además por comprender cómo estas experiencias se articulan con aquellas tradicionalmente descritas en la psicopatología del *Gemacht*. Una hipótesis es que las experiencias de actividad constituyan una fase de expansión de la mismidad y una inflación de la conciencia de obrar en la cual se efectúa una difluencia del Yo que se acompaña de la experiencia de no tener límites y, por lo tanto, de disolverse. Esta condición, a diferencia de la experiencia de influencia o alienación que pueden prolongarse e incluso estabilizarse en el tiempo, tiende a autolimitarse, manifestándose sólo transitoriamente y de una manera aguda: ya sea porque pueda traducirse en un comportamiento suicida como tentativa extrema de contener la disolución,<sup>16</sup> ya sea porque pueda volcarse hacia la vertiente más conocida de los trastornos de los límites del Yo, en la cual la difluencia del Yo encuentra una contención y se restablece la experiencia de un Yo por más que controlado por fuerzas externas.

El *continuum* descrito por Koehler tiene, pues, como fondo la pasividad (en sus diversos grados) y una permeabilidad aumentada de los límites del Yo que puede avanzar hasta la pérdida de los límites en la cual el Yo es alienado, sentido como terreno de incursión de fuerzas extrañas que asumen la posesión. En esta progresión dinámica un paso extremadamente significativo es aquel caracterizado como pérdida de la mismidad. Este elemento, de hecho, hace de línea divisoria entre la experiencia de influencia de los propios pensamientos, sin pérdida del sentimiento de su pertenencia (aquellas experiencias en las que el paciente sabe que sus propios pensamientos, sentimientos, impulsos, actos de voluntad o sensaciones somáticas son controladas o impuestas por alguna agencia externa a él: «alguien me constriñe a pensar algo, pero estos pensamientos son y permanecen míos»)<sup>14</sup> y las verdaderas y propias experiencias de alienación en las que el paciente tiene conciencia de que los pensamientos que se le meten en la cabeza no le pertenecen, no son suyos, son pensamientos generados por otro agente de pensamiento e introducidos a la fuerza dentro de él. Mientras en la experiencia de influencia de los propios pensamientos hay algo que se le hace a la persona, pero este algo consiste en la influencia de pensamientos que continúan siendo vividos como propios, como pensamientos autogenerados por el sujeto, obligado a plegarse a las influencias de fuerzas extrañas, en el caso de la alienación el sujeto no hace sus propios pensamientos sino que se le meten en la cabeza pensamientos que no reconoce como suyos en cuanto su paternidad pertenece a otros. La distinción entre influencia y alineación de Taylor y Heiser<sup>17</sup> ha sido retomada por Fulford<sup>18</sup> y por Stephens y Graham.<sup>19</sup>

La crisis de la mismidad parece, por tanto, efectuarse o coincidir con el pasaje entre experiencias de influencia y experiencias de alienación, pasaje en el que se produce la pérdida de la sensación de ser agente generador de una parte de los «propios» pensamientos. De ahí a vivirlos como pensamientos originados por una fuente externa,

como el producto de un agente pensante externo que los inoculara en la mente, el paso es breve. Este segundo momento, sin embargo, puede pensarse como distinto, como fruto de una tentativa autoexplicativa de una experiencia anómala, en la estela del modelo del delirio que fue formulado a partir de principios de los setenta por Brendan Maher.<sup>20</sup> Queda pendiente el problema de por qué los pensamientos que un sujeto halla en su propia cabeza pero que no reconoce como fruto de su propia intencionalidad no puedan igualmente ser categorizados como propios. La falta del sentimiento de ser agente de los propios pensamientos, en efecto, no coincide necesariamente con la crisis del sentimiento de pertenencia a sí mismo de los propios pensamientos. Si es verdad que advertimos como propios actos psíquicos de los que somos iniciadores activos, es también verdad que advertimos como propios actos psíquicos de los que no nos sentimos promotores voluntarios: habitualmente sentimos inmediatamente como propios también pensamientos, sentimientos o movimientos «involuntarios», que nos ocurren o se nos cuelan en nuestra mente (la «intrusión» repetitiva de un fragmento musical en el curso del pensamiento puede ser un ejemplo). Así pues la pérdida del sentimiento de ser agente de los propios pensamientos no justifica por sí misma la pérdida de la mismidad.

Quizás sería necesario enfocar mejor este concepto de pérdida de la mismidad, en el sentido de que, si se aplica de una manera reduccionista y sin atención al riesgo de cambiar una parte por el todo, acaba por ocultar una realidad más compleja. Un poco como cuando, adhiriendo a la idea difusa de que el delirio es una creencia fija e inquebrantable, se subestiman las oscilaciones en las que delirio e *insight* van de la mano.<sup>21,22</sup> Del mismo modo, tras la aplicación indiferenciada del organizador psicopatológico pérdida de la mismidad se oculta una realidad más articulada por, al menos, dos razones: en primer lugar por el hecho de que la pérdida de la mismidad atañe a contenidos específicos del pensamiento (sentimientos y movimientos) y no a la globalidad de la experiencia que continúa siendo sentida como propia; en segundo lugar por el hecho de que estos contenidos específicos no gozan completamente de la propiedad de no ser advertidos como propios, sino que son sentidos al mismo tiempo como propios y no-propios: generados por otro pensador pero capaces de meterse en la mente del sujeto del mismo modo en que una llave entra en su cerradura.

Una diferencia importante entre la experiencia de influencia y la experiencia de alienación se refiere a cómo el sujeto se representa al otro,<sup>19</sup> es decir a aquél que actúa a distancia sobre la propia mente. En la influencia el otro ejercita su influencia concertando un trato, en el sentido de ser agente de los propios pensamientos del sujeto mismo gracias a una mediación con él: el sentimiento de ser agente de los propios pensamientos está manipulado, sometido a vínculos pero no está invalidado.

En la alienación, en cambio, (por ejemplo en la experiencia de inserción de los pensamientos) el sujeto siente que el otro ha producido un pensamiento en su lugar y se lo ha introducido en su cabeza. No ha sido manipulado en el pensar algo, sino que más bien su sentimiento de ser el agente de sus propios pensamientos ha sido completamente superado. El sujeto no reconoce en sí mismo intencionalidad alguna por aquellos pensamientos que hallan expresión en su mente, siente, muy al contrario, que esta



intencionalidad se encuentra más allá de los límites de su Yo, en otro agente pensante generador de dichos pensamientos. Desde este punto de vista la alienación efectúa una desresponsabilización del sujeto y una fuerte responsabilización de un hipotético «otro».

## DOS OBSERVACIONES CLÍNICAS

Llegado este punto quisiera introducir dos observaciones obtenidas de la clínica que son patrimonio común de quienquiera que se encuentre con la patología psicótica y el delirio. Se trata de aspectos de la fenoménica clínica que están tomados de la relación terapéutica pero que frecuentemente son dejados a un lado, un poco como retazos, retales que no se toman en consideración dentro del cuadro global.

La primera observación. Se ha puesto siempre de relieve como en las fases de inicio del delirio, el momento de la revelación delirante o de la sucesiva construcción de un delirio se acompaña de un sentimiento de alivio; de una detersión de la angustia que caracteriza la atmósfera predelirante, en la cual todos los valores se tambalean y la vida misma se vuelve invivible. Precisamente a esta dramática experiencia se enlaza el elevado riesgo de suicidio en estas fases matriciales de la psicosis. La adquisición de una neorealidad delirante representa desde este punto de vista un intento de encontrar un punto firme al que aferrarse. En este pasaje crucial se da un apego específico del paciente a su delirio; una disposición a aferrarse al delirio y a no abandonarlo, como si fuese una suerte de refugio extremo: «y así ellos aman su delirio como a sí mismos. Este es el secreto.» (Freud, 1895) Además la pseudoexplicación delirante de una experiencia de alienación, si por un lado se acompaña de la terrible y angustiosa sensación de no ser ya el amo siquiera en la propia casa, por el otro se acompaña de un sentimiento de alivio y de desreponsabilización. He encontrado la confirmación de esta última impresión en las páginas que Wolfgang Blankenburg le ha dedicado a la psicopatología de la experiencia del Yo. Blankenburg<sup>11</sup> relata muy brevemente la situación de un paciente cuyas acciones, sentimientos y pensamientos no sólo eran continuamente influidos, guiados y controlados, sino también robados y «hechos» en su lugar por una mujer, de la que él oye la voz en una modalidad alucinatoria. Contrasta la vivencia del paciente: por un lado advierte todo esto como algo que lo inhabilita y lo desautoriza de sus facultades; por el otro vive con alivio el hecho de que se le descargue de cualquier responsabilidad por sus acciones, sentimientos y pensamientos.

La segunda observación concierne al hecho de que los pacientes delirantes tratan sus delirios como creencias a las que, sin embargo, asignan un estatuto particular. Quien se haya ocupado de indagar el estatuto de la «creencia» delirante ha podido verificar cómo el delirante creyendo intensamente en su propio delirio es al mismo tiempo consciente del particular modo de su creer.<sup>23-25</sup> Me refiero al hecho de que un rasgo distintivo del mundo delirante «es la extraña tendencia de estos pacientes a conceder una gran importancia a sus delirios mientras parecen, no obstante, experimentar mismos delirios, en algún sentido, como irrelevantes o irreales».<sup>23</sup>

Tabla 2. Propuesta de Koehler de continuum de la pasividad.<sup>14</sup>

<i>Continuum de pasividad</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ F4 <i>Passivity Mood</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El sujeto experimenta que «está sucediendo algo» en su mundo interno en el sentido de que él es más o menos consciente de que algo está amenazando la integridad de su sí mismo o de aspectos de sí mismo, pero sigue sin estar seguro de qué se trata o de qué le está sucediendo.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ F5 <i>General Experience of Influence</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La experiencia es como en F4 pero ahora el sujeto está seguro de que existe un cierto control o influencia general que está siendo ejercitada sobre él desde el exterior.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ F6 <i>Specific Experience of Influence</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La experiencia es como en F5 pero ahora el sujeto ha adquirido la seguridad respecto a qué áreas específicas del yo (por ejemplo <i>sus propios</i> pensamientos, sentimientos y etc.) son controlados o influidos por una fuerza externa.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ F7 <i>Experience of Influenced Depersonalization</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ En este nivel se efectúa una combinación de la más común experiencia de despersonalización del sí mismo (o de aspectos del sí mismo como pensamientos, sentimientos, etc.) con la experiencia específica de influencia arriba mencionada.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ F8 <i>Positive Experience of Alienation</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La experiencia es como en F6 pero ahora el sujeto está seguro de experimentar «positivamente» pensamientos, sentimientos, etc., que le son completamente ajenos o extraños: que son, pues, definitivamente <i>no suyos propios</i> y que le son impuestos desde fuera (por ejemplo: inserción del pensamiento)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ F9 <i>Negative-Active Experience of Alienation</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La experiencia es como en F6 pero ahora el sujeto está seguro de ser «negativamente» consciente del hecho de que ha perdido <i>sus propios</i> pensamientos, sentimientos, etc., puesto que se los han sustraído activamente desde fuera (por ejemplo: robo del pensamiento)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ F10 <i>Negative-Passive Experience of Alienation</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La experiencia es como en F6 pero ahora el sujeto está seguro de ser «negativamente» consciente del hecho de que ha perdido <i>sus propios</i> pensamientos, sentimientos, etc., puesto que de algún modo se le han difundido o perdido contra su propia voluntad en el mundo externo (por ejemplo: difusión del pensamiento)</li> </ul>

Giovacchini<sup>24</sup> ha descrito el mismo fenómeno como la paradoja del oxímoron: el delirante parece moverse dentro de un oxímoron; por un lado está profundamente implicado en una duda ontológica y está convencido, por ejemplo, de ser la persona de la que dependen los destinos del mundo, por el otro vive al mismo tiempo una existencia de «portero» que no entra en colisión con la primera, manteniendo una doble orientación hacia la realidad.<sup>7</sup> Mientras, por un lado el delirio se sitúa en el centro de la vida de la persona y se concreta en creencias que son reafirmadas a la fuerza, por el otro parece que el sujeto esté en grado de tratar estas creencias como creencias diversas a las habituales. Un poco como sucede con las alucinaciones auditivas, donde es muy frecuente oír contar a los pacientes que las alucinaciones son voces concretas que el sujeto oye en el espacio, pero que al mismo tiempo son voces diversas

de las voces «reales» que se oyen habitualmente: voces, pero voces distintas de las otras. La idea delirante es, en este sentido, una creencia que goza de un estatuto particular: no se siguen las consecuencias, no se explicitan las implicaciones, casi como si las personas fuesen oscuramente conscientes del hecho de que la creencia delirante es una suerte de artificio: algo que no funciona pero que es forzoso utilizar.

En un experimento mental Dennett<sup>26</sup> ha supuesto la existencia de un instrumento mediante el cual escribir en el lenguaje del cerebro. De este modo sería posible introducir en el cerebro de una persona una nueva y falsa creencia del tipo «tengo un hermano mayor que vive en Cleveland». La inscripción de esta creencia pondría en movimiento, sin embargo, una suerte de reacción en cadena a través de la cual se modificarían e integrarían toda una serie de otras creencias (¿cuántos años tiene? o, si yo era hijo único ya no lo soy, etc.). Para la conservación de un mínimo de coherencia lógica sería necesario proceder a una reorganización global de la red de creencias. El hecho es que la creencia delirante no comporta en absoluto esta reorganización global; es más, las creencias delirantes y las creencias no-delirantes como hace notar Young,<sup>25</sup> se disponen más bien a lo largo de un *continuum* y coexisten las unas junto a las otras. Estas consideraciones deberían al menos invitar a la prudencia a aquellos que, al amparo del imperativo de la operacionalización de los síntomas se obstinan en tratar el delirio como un bloque compacto y monolítico de creencias inquebrantables que se apodera totalmente de la vida mental de un individuo. Considerar el delirio sólo desde el punto de vista de un síntoma corre el riesgo de hacer precisamente el juego al delirio, es decir, de contribuir a fijar la experiencia en un bloque aparentemente compacto y monolítico permaneciendo ciegos a las posibilidades de captar las continuas pulsaciones de un fenómeno que, en cambio, tiene vida propia y que tiene mucho que ver con el ambiente relacional en que está inscrito y es observado. Por lo demás también la psicopatología clásica al definir y cristalizar en la percepción delirante la verdadera esencia del delirio, no dejaba de observar cómo la absoluta certeza y la incorregibilidad del delirio no subsisten en todos los casos y sobretodo en cada estadio del trastorno: «la posibilidad de la duda está dada para muchos esquizofrénicos, incluso en estadios tardíos».<sup>27</sup>

## ALIENACIÓN Y FACILITACIÓN

Cuando se habla de alienación (en la forma por ejemplo de un delirio de inserción del pensamiento) uno se queda deslumbrado por un fenómeno imposible de concebir: alguien inocular sus pensamientos en la mente de otro, viola un espacio similar a una pequeña habitación de la parte de atrás de la casa, que habitualmente, todos nosotros vivimos como sellada. Pero la ceguera inducida por el fenómeno parece hacer olvidar el hecho de que la experiencia de inserción del pensamiento se basa precisamente en la posibilidad de conservar la sensación global de que los demás pensamientos son y permanecen propios; a partir del propio pensamiento de que otro esté inoculando pensamientos ajenos en la propia mente. En este sentido hablar de alienación pone el

acento sólo sobre una vertiente del fenómeno, creando la ilusión de que los trastornos del Yo en la esquizofrenia estén caracterizados por la pérdida global de ciertas funciones y no, en cambio, por una particular reorganización.

Respecto a ciertos contenidos de pensamiento el punto de observación se restringe: aquella pequeña habitación de la parte de atrás de la casa que preserva la más profunda intimidad del Yo se ha reestructurado dramáticamente: el sentido de la subjetividad del propio pensamiento (yo lo pienso) retrocede. La crisis de la conciencia de actividad, la crisis de la mismidad y la permeabilidad de los límites del Yo reestructuran drásticamente al yo. Al sujeto se le meten en la cabeza pensamientos no pensados, pensamientos que otros han pensado por él. Pero el sentido de subjetividad del propio pensamiento no se pierde totalmente. El paciente nos está comunicando que le ha quedado a disposición un espacio muy reducido, un último reducto desde el que mirar aquello que sucede, en aquella que, una vez, era su mente. Es, desde este observatorio, desde el que el paciente puede «hacer» un pensamiento que es suyo, un pensamiento que le pertenece: otro me está inoculando en la cabeza sus pensamientos. La capacidad de reconocer a un intruso y de declarar la intrusión sobrevenida presupone, en fin, la conservación de un punto propio de observación. En una situación global caracterizada por la crisis de la conciencia de actividad, la crisis de la mismidad y la permeabilidad de los límites del Yo, este espacio deviene el lugar que conserva un bien precioso: el sentimiento de ser sujeto activo, agente del propio pensamiento.

Observada desde ese punto de vista la mente se ha convertido en tierra de incursiones, un ámbito en el que el sujeto se topa con pensamientos que tienen un origen ajeno y que gozan de una doble propiedad:

— Por una parte son propios en el sentido espacial del término: son advertidos como algo que sucede en el interior de la propia mente, es decir están localizados en el interior de los límites del propio yo. Como escriben Stephens y Graham: «los pacientes no están en absoluto confusos con respecto a dónde se manifiestan los pensamientos, los sitúan dentro de los límites de sus historias psicológicas»<sup>28</sup> incluso si no los reconocen como propios y los viven como cuerpos extraños.

— Por la otra no son propios en un sentido generativo, en el sentido de que no son «hechos» por el sujeto sino por una entidad externa.

Así, en la inserción del pensamiento se produce una situación en la que la presencia de ciertos pensamientos en la propia mente es reconocida a condición de que su origen sea desconocido: los pensamientos se hacen presentes en el interior de la propia mente (y efectivamente son propios en el sentido espacial) pero son tomados como provenientes de fuera en tanto en cuanto son generados por otro «pensador». En cuanto pensamientos separados de su pensador, estos pensamientos comportan una alta desresponsabilización del sujeto que los reconoce en su interior y que puede lamentarse de su extrañeza, limitándose a la función de huésped no responsable de su contenido. Su paternidad, en fin, es rechazada. Un poco como si se dijese a un hijo adoptivo: tú perteneces a mi familia pero no eres hijo mío.

Harry Frankfurt<sup>29,30</sup> ha introducido una distinción entre sentimiento de subjetividad del pensamiento y sentimiento de ser agente (*agency*) del mismo. Existen dos modos en los que una persona puede experimentar un pensamiento como algo que le pertenece o no le pertenece:

— Puede reconocer el pensamiento como perteneciente (o no perteneciente) a la propia historia psicológica, es decir como algo que sucede en el interior (o más allá) de los límites del propio yo: éste es el sentimiento de subjetividad de un pensamiento.

— Puede experimentar el pensamiento como algo que él piensa (fruto de la propia actividad) o simplemente como algo que le sucede; esta distinción se basa en el sentimiento de ser (o no) agente de los propios pensamientos, es decir, en el hacer la experiencia o no de la propia capacidad de hacer o de generar un pensamiento.

En la alienación, según Stephen y Graham,<sup>19</sup> estos dos componentes, habitualmente unidos entre sí se disgregarían el uno del otro: se produciría así una disociación entre quién es el sujeto a quien se le vienen a la mente los pensamientos y quien es el agente de los pensamientos.

Pero el hecho es que también el pensamiento que se siente como introducido en la mente del sujeto psicótico es, en cierta medida, «suyo» aunque sólo sea por el hecho de que ha sido introducido con éxito en su mente. Ese pensamiento, en efecto, no está allí por casualidad, no ésta allí por equivocación. No se trata de una experiencia de sorpresa y de extrañeza análoga a aquella de quien encontrase en su propio buzón una carta no dirigida a él y que por tanto no le pertenece. El pensamiento introducido con éxito es, en cambio, inequívocamente advertido como algo que está ahí precisamente para él, con ese sentido de llamada y de apelación que caracteriza las más auténticas experiencias psicóticas. Se trata de la experiencia inequívoca de que ese pensamiento tiene, en cualquier caso, una cierta relación con el sujeto. También porque, precisamente, por el hecho de advertir este pensamiento en el interior del propio espacio mental, el sujeto tiene un acceso directo a la experiencia interna, de manera análoga a lo que sucede con sus propios pensamientos. Estas inserciones son sentidas como estrechamente referidas a la persona, altamente específicas, concernientes a su sí mismo. Su contenido se configura desde el inicio para el sujeto como el fruto de una actividad inteligente y personalmente relevante: estos pensamientos cuya paternidad se niega significan, en fin, algo para la persona que les da hospedaje. Significan algo precisamente para la persona que está ahí. En la espléndida descripción del caso Suzanne Urban, Ludwig Biswanger,<sup>31</sup> apunta que los pensamientos impuestos a la enferma no son nunca referidos como pensamientos neutros sino en cambio como «todo lo contrario a la verdad» y lo más distantes que se pueda uno imaginar de las convicciones reales de la paciente —como Suzanne Urban se afana en proclamar reiteradamente y con irritada indignación. Cada paciente en estas condiciones insiste en el hecho de que estos pensamientos no son suyos: son pensamientos de algún otro, son propiedad de algún otro que los ha generado en su lugar; de estos pensamientos algún otro es el responsable.

En este sentido, en la alienación se produce una situación en la que un pensamiento no pertenece al sujeto pero al mismo tiempo le pertenece. Ya sea en el sentido espacial (puesto que está situado en el interior de los límites de mis pensamientos) ya sea porque tiene una alta pertinencia, una elevada atracción precisamente para esa persona que está ahí; le atañe muy de cerca. A pesar de que el pensamiento no sea reconocido como agénticamente propio, éste es inmediatamente advertido como intencional y como referido al sujeto: *tua res agitur*. Pero se trata del producto y de la filiación de una entidad pensante externa. Los pensamientos que se le imponen no tienen solamente para el paciente la cualidad de lo hecho sino también de lo hecho para él.

En la escena del delirio interviene un segundo agente intencional: productor, autor, generador de algo extremadamente significativo para el sujeto. Por lo demás, ¿cómo podría ser de otro modo? Nosotros, en calidad de observadores, hablamos de la idea de que la experiencia que el paciente tiene de su funcionamiento mental refleja su modo de organizar el pensamiento; esta entidad influenciante, que, en las configuraciones extremas toma por añadidura la forma de una máquina de influir, naturalmente no es otra cosa que un producto de la mente del sujeto mismo. Victor Tausk,<sup>32</sup> autor de un espléndido ensayo *Über die Entstehung des «Beeinflussungsapparates» in der Schizophrenie* [Sobre la génesis de la «máquina de influir» en la esquizofrenia], había formulado la hipótesis, a partir del análisis psicopatológico del caso Natalija, de que el aparato constituyera un estadio evolutivo de un síntoma (el delirio de influencia) que es posible observar también sin la idea delirante de la máquina. Tausk había descrito en Natalija el paso a través de una serie de etapas connotadas por sentimientos de transformación de las propias funciones psíquicas o de partes del propio cuerpo cuyo origen venía progresivamente atribuido al exterior o en última instancia se explicaba con la acción de una máquina de influir manejada por enemigos. La máquina de influir constituye la «manifestación más avanzada» de un *continuum* de experiencias que se origina a partir de una serie de «quejas» —escribe Tausk— que se refieren a la percepción de una transformación y de un cambio de sí mismo, de las propias funciones psíquicas y del propio cuerpo. A partir de estas «quejas» que tienen a menudo un carácter cenestopático, la progresión a lo largo del *continuum* que lleva hacia el delirio de influencia y la máquina de influir respondería por lo general a la necesidad de encontrar una causa a los cambios que dominan la vida del sujeto, en una suerte de actitud paracausal en la que como escribe Benedetti: «las necesidades restitutivas de la mente humana son evidentemente tan intensas que frente a ellas palidecen las necesidades de racionalidad y la verosimilitud y la integración social se sacrifican a la necesidad de salvaguardar (o de intentarlo) la propia integración intrapsíquica».<sup>33</sup>

La alienación esquizofrénica no se caracteriza solamente por la nadificación del sujeto sino también por la aparición en el horizonte de un segundo sujeto intencional en competencia, que no sustituye pero sí hace a un lado la subjetividad del paciente volviéndolo al mismo tiempo impotente. En sustancia el otro del delirio, a veces por medio de un instrumento tecnológicamente avanzado<sup>34</sup> actúa directamente y sin mediación sobre la mente (o sobre el cuerpo) del sujeto relegando su subjetividad. El sujeto se siente expropiado de algunas áreas de su funcionamiento o en todo caso

obligado a una suerte de cohabitación forzada con otro sujeto agente manteniendo, sin embargo, la conciencia extraordinaria de la situación.

A pesar de esta condición de soberanía limitada el sujeto permanece de todos modos como la sede de la autoconciencia, el punto de observación desde el cual asistir a lo que está sucediendo. En efecto, para decir que un pensamiento ajeno se ha introducido en los propios pensamientos es necesario mantener firmemente un punto de observación sobre los propios pensamientos, poder hacer previamente una operación de objetivación de los propios pensamientos. Sólo conservando un punto de observación desde el que mirar lo que sucede en su mente (o en su cuerpo) el paciente puede decir que alguien ha introducido en su mente pensamientos que no son suyos.

En este sentido el modelo de Stephens y Graham<sup>28</sup> según el cual se produciría una disociación entre el sentimiento de la propia subjetividad (quien es el sujeto a cuya mente acuden los pensamientos y el sentimiento de sí como agente de los pensamientos) si por un lado aborda una cuestión esencial del problema, por el otro descuida un aspecto no menos importante. Efectivamente se corre el riesgo de oscurecer el hecho de que esta es una representación parcial del fenómeno; en el sentido de que no toma en cuenta el hecho de que el paciente mantiene el sentido de la propia subjetividad y el sentimiento de ser agente de los propios pensamientos por lo menos en la medida en que afirma y proclama que se le han metido en la cabeza pensamientos que no son suyos. Si se descuida este aspecto, este reducido e incómodo espacio en el que el paciente se ha refugiado, se permanece dentro de un modelo deficitario de la psicosis en el que se olvida que la alienación representa también una facilitación:<sup>35</sup> el aligeramiento y la liberación parcial a través de la cual se delega en un segundo agente (que funciona un poco como una extensión protésica) la capacidad de objetivar y cosificar los pensamientos cuya paternidad ha sido imposible asumir directamente.

Un paso atrás hacia los dos «retales» clínicos antes citados y una conclusión que plantea una hipótesis de trabajo. Se podría tratar de pensar (1) si el alivio no tendría algo que ver con la posibilidad de recuperar o mejor de desplazar, mediante la aparición en escena de un segundo agente intencional (o hasta de un aparato mecánico impersonal) un aspecto de la propia mente no expresable de otro modo y que ha sido secuestrado; (2) si el estatuto particular de las creencias delirantes podría vincularse con una función de facilitación protésica desempeñada por el delirio.<sup>36,37</sup>

## BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed. (DSM-IV). Washington DC: The Association Press; 1994.
2. Schneider K. *Clinical Psychopathology*. New York: Grune & Stratton; 1959.
3. Kraepelin E. *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte* (8° ed.). Leipzig: Barth; 1909-1915.
4. Bleuler E. *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*. Leipzig – Wien: Franz Deuticke; 1911.
5. Tanenberg-Karant M, Fennig S, Ram R, Krishna J, Jandorf L, Bromet E. Bizarre delusions and first-rank-symptoms in a first admission sample: a preliminary analysis of prevalence and correlates. *Compr Psychiatry*. 1995;36:428-34.
6. Rossi Monti M, Stanghellini G. *Psicopatologia della schizofrenia. Prospettive metodologiche e cliniche*. Milano: Cortina; 1999.
7. Jaspers K. *Allgemeine Psychopathologie*. Berlin: Springer Verlag; 1959.
8. Sims A. An overview of the psychopathology of perception: first rank symptoms as a localizing sign in schizophrenia. *Psychopathology*. 1991;24:369-74.
9. Minkowski E. *Traite de psychopathologie*. Paris: P.U.F.; 1966.
10. Laing RD. *The divided self. An existential study in madness and sanity*. London: Pelican; 1965.
11. Blankenburg W. Zur Psychopathologie des Ich Erlebens Schizophrener. In: Spitzer M, Uehlein FA, Oepen G, editors. *Psychopathology and Philosophy*. Berlin: Springer; 1988.
12. Rossi Monti M, Stanghellini G. Influencing and being influenced: the other side of "bizarre delusions". 1. Analysis of the concept. *Psychopathology*. 1993;26:159-64.
13. Stanghellini G, Rossi Monti M. Influencing and being influenced: the other side of "bizarre delusions". 2. Clinical investigations. *Psychopathology*. 1993;26:165-9.
14. Koehler K. First rank symptoms of schizophrenia: questions concerning clinical boundaries. *Br J Psychiatry*. 1979;134:236-48.
15. Strauss JS. Hallucinations and delusions as points on continua function. *Arch Gen Psychiatry*. 1969;21:581-6.
16. Nakaya M. On the delusional experience of controlling other persons in acute schizophrenics. *Psychopathology*. 1993;26:279-85.
17. Taylor M, Heiser J. Phenomenology: an alternative approach to diagnosis of mental disease. *Compr Psychiatry*. 1971;12:480-6.
18. Fulford KWM. *Moral theory and medical practice*. Cambridge: Cambridge University Press; 1989.
19. Stephens GL, Graham G. *When self-consciousness breaks. Alien voices and inserted thoughts*. Cambridge Massachusetts-London: MIT Press; 2000.
20. Maher BA. Anomalous experience in everyday life: its significance for psychopathology. *The Monist*. 1999;82(4):547-70.
21. David AS. Insight and psychosis. *Br J Psychiatry*. 1990;156:798-808.
22. Gillett G. Insight, delusion and belief. *Philosophy, Psychiatry and Psychology*. 1994;4:227-36.
23. Sass L. *The paradoxes of delusion: Wittgenstein, Schreber and the schizophrenic mind*. Ithaca-London: Cornell University Press; 1994.
24. Giovacchini P. Schizophrenia and oxymorons. *Bull Menninger Clin*. 1995;59:333-44.
25. Young AW. Delusions. *The Monist*. 1999;82(4):571-89.
26. Dennett DC. *Brainstorms. Philosophical Essays on Mind and Psychology*. Denver: Bradford; 1978.
27. Schneider K, Huber G. voce: Deliri. In: *Enciclopedia medica*. Firenze: USSES; 1975. p. 2041-71.
28. Stephens LG, Graham G. Self consciousness, mental agency, and the clinical psychopathology of thought insertion. *Philosophy, Psychiatry and Psychology*. 1994;1:1-12.
29. Frankfurt H. Identification and Externality. In: Rorty AO, editor. *The identities of persons*. Berkeley and Los Angeles: Univ. of California Press; 1976.
30. Frankfurt H. *The importance of what we care about*. Cambridge: Cambridge University Press; 1988.
31. Binswanger L. Studien zum Schizophrenieproblem: Der Fall Suzanne Urban. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*. 1952;LXIX,LXX, LXXI.
32. Tausk V. Über die Entstehung des "Beeinflussungsapparates" in der Schizophrenie. *Internat. Zeitschr. für ärztl. Psychoan.* 1919;5:1-33.
33. Benedetti G. *Alienazione e personazione nella psicoterapia della malattia mentale*. Torino: Einaudi; 1980.
34. Kraus A. Phenomenology of the technical delusion in schizophrenics. *Journal of Phenomenological Psychology*. 1994;25(1):51-69.
35. Gehlen A. *Man in the age of technology*. New York: Columbia University Press; 1980.
36. Rossi Monti M. *Macchine e deliri bizzarri*. Paper at the Congress: Il caso della Schizofrenia. Un incontro tra culture cliniche differenti (Prato, 3 giugno, 2000).
37. Rossi Monti M. *Tecnologia del delirio*. In: Caretti V, La Barbera D. (a cura di) *Psicopatologia delle realtà virtuali*. Milano: Masson; 2001.