

Bleuler y Freud: crónica de una escisión anunciada.

Bleuler and Freud: chronicle of a spit foretold.

Nicolás Landriscini Marín

Psicoanalista, París.

Resumen: Este trabajo es una contribución a la historia de la categoría clínica de la esquizofrenia. En concreto, abordaremos aquí el momento de su bautizo por parte de Bleuler así como la controversia que tendrá lugar entre éste último, Jung y Freud acerca de su estatuto nosológico y de su causalidad.

Trataremos de mostrar que, a pesar de la inspiración que Bleuler encuentra en algunos de los textos de Freud, sus concepciones respectivas de la causalidad de la locura se oponen diametralmente: Bleuler sostiene una causalidad cognitiva y orgánica de la esquizofrenia, mientras que Freud subvierte el campo de la psicopatología al introducir la noción de un sujeto que está atravesado por un conflicto entre su libido y su yo.

Palabras clave: Bleuler, Freud, esquizofrenia, escisión.

Abstract: This work is a contribution to the history of the clinical category of schizophrenia. Specifically, here we will address the time of its baptism by Bleuler, and the controversy that took place between the latter, Jung and Freud about his nosological status and causality.

We will try to show that, despite Bleuler was inspired by some of Freud's texts, their respective conceptions on the causation of madness are diametrically opposed: Bleuler proposes a cognitive and organic causation of schizophrenia, while Freud subverts the field of psychopathology by introducing the notion of an individual that is going through a conflict between his libido and his ego.

Key words: Bleuler, Freud, schizophrenia, split.

En 1911, Eugen Bleuler, a la sazón director del mítico asilo suizo Burghölzli, publica una monografía titulada *Demencia precoz o grupo de las esquizofrenias*, libro que resultará determinante para la psiquiatría del siglo XX. Resultado de largos años de investigaciones en el ámbito de la clínica de las psicosis, Bleuler propone en dicho trabajo una revisión conceptual de la categoría kraepeliniana de demencia precoz a partir de sus presupuestos teóricos asociacionistas. El libro contiene asimismo una aplicación particular a la esquizofrenia de los mecanismos de formación del inconsciente, descubiertos por

Freud en la clínica de la neurosis y en la psicología del sueño.

Procedamos primero a precisar los presupuestos asociacionistas mencionados. Bleuler había sido alumno de Wundt, un teórico de la **psicología asociacionista** que, junto con Galton, había configurado un test de asociación de palabras cuyo objetivo era despejar las leyes que rigen los procesos de asociación de ideas. El procedimiento es el siguiente: se le presenta al sujeto una serie de palabras seleccionadas previamente y se le pide que responda con las palabras que le vienen



espontáneamente a la mente. A continuación, se analizan las respuestas en función de una serie de criterios preestablecidos y se sacan conclusiones acerca de su funcionamiento psíquico.

Bleuler incorpora este test al conjunto de investigaciones llevadas a cabo en su servicio sobre la demencia precoz. Será concretamente C. G. Jung, por entonces su ayudante, el que realizará el trabajo en cuestión. En un texto titulado *Psicología de la demencia precoz*, de 1907, Jung refiere las anomalías en las respuestas de los pacientes a la existencia de *complejos de representaciones cargados emocionalmente*, los cuales se manifiestan mediante cadenas de asociación fijas. Jung y Bleuler van a atribuir a dichos complejos un papel determinante en la expresión de cada síntoma. ¿Cómo van a abordar la cuestión? Pues bien, procediendo a una aplicación de los mecanismos freudianos de las formaciones del inconsciente: así, un neologismo constituye una condensación de varias significaciones complexuales; una respuesta inadaptada supone un desplazamiento con respecto a la significación original; un delirio representa las necesidades afectivas o los temores del sujeto; etc.

Una vez captado el papel jugado por las asociaciones, podemos introducir la concepción bleuleriana de la esquizofrenia. Desde el punto de vista nosológico, e incluso podríamos decir etimológico, la introducción del término le permite a Bleuler desplazar los criterios de cronicidad, precocidad y debilitamiento inherentes a la demencia precoz kraepeliniana y remplazarlos por el interés colocado en la dinámica psíquica subyacente en estos casos: “Llamo a la demencia precoz esquizofrenia porque, como espero demostrarlo, la escisión de las funciones psíquicas más diversas es una de sus características más importantes” (Bleuler, 1911).

En lo que respecta al cuadro clínico, su descripción apenas difiere de la semiología kraepeliniana. Ahora bien, la categoría tomará con Bleuler una extensión nosográfica tal, que acabará fagocitando y/o ninguneando a gran parte de las otras categorías clínicas, hasta el punto de convertirse ella misma en paradigma de la enfermedad mental, cosa que por otra parte el mismo Bleuler había reprochado a la paranoia de haber sido hasta entonces.

Tratemos ahora de penetrar un poco más en la arquitectura de la teoría. Su punto neurálgico es pues la *spaltung*, traducido al español como *escisión*, *disociación* o *disgregación* de las funciones psíquicas, consecuencia de un debilitamiento o aflojamiento primario de las asociaciones.

La concepción bleuleriana de la mente, recordémoslo, se basa en el asociacionismo, doctrina que considera el funcionamiento psíquico normal a partir de una asociación de representaciones jerárquicamente subordinadas al logro de una representación-meta final. Por ejemplo, el escritor subordina la composición de su frase a la estructura del capítulo, el cual es a su vez compuesto teniendo en cuenta la arquitectura final del libro, etc. Pues bien, es esta misma función la que, con mayor o menor intensidad, está según Bleuler alterada en todos los casos de esquizofrenia. Resulta de ello una disociación generalizada del pensamiento, el lenguaje, las emociones y la voluntad que da lugar a la panoplia de las manifestaciones de la enfermedad.

Ahora bien, el estatuto de esta escisión es extremadamente equívoco y controvertido. ¿Por qué? Porque ella no es un fenómeno clínico observable, sino una suposición teórica deducida de las manifestaciones sintomáticas. He ahí todo el *quid* del asunto.

Antes de considerar el problema clínico en cuestión, hagamos una breve observación de carácter genealógico respecto a la *spaltung*.

La escisión es un concepto cuya historia es paralela al de la afasia. En 1874 C. Wernicke había propuesto el término de *sejunción* para explicar la sintomatología de las afasias. Es sabido que la afasia es una patología que provoca perturbaciones selectivas en el interior de la facultad del lenguaje, pudiendo por ejemplo afectar la función motora pero no la sensorial o viceversa. Wernicke pensaba poder referir las diversas disociaciones de la facultad del lenguaje a sendas lesiones particulares del cerebro. Propuso entonces la *sejunción* como mecanismo que provoca una ruptura de los vínculos asociativos, un debilitamiento de la arquitectura de la personalidad que puede ir hasta “una disociación del individuo, al punto de permitir, en un sujeto lúcido, la coexistencia de términos incompatibles

entre sí” (citado por Hulak, 2006). Dicho esto, Wernicke va a proceder a una pura y simple transposición de este modelo de las afasias al conjunto de la patología mental, transposición que será muy criticada entre otros por el mismo Freud, por ser considerada demasiado mecanicista e insuficiente para explicar la diversidad de los trastornos psiquiátricos.

El concepto de *spaltung*, que resultaría de un déficit primario que disgrega el proceso mental, fue forjado por Bleuler a partir de la *sejunción* de Wernicke.

Entonces, a partir de la consideración de la *spaltung* como núcleo estructural de la enfermedad, Bleuler va a proponer una descripción de la sintomatología declinada en dos series de oposiciones, cada una de las cuales tiene un estatuto teórico distinto.

La primera oposición, de raigambre más bien fenomenológica, tiene un objetivo diagnóstico: opone los **síntomas fundamentales**, que son específicos, permanentes y patognomónicos, a los **síntomas accesorios**, los cuales son inespecíficos y contingentes.

La segunda oposición, de orden más bien especulativo, tiene una razón de ser patogénica: opone los **síntomas** llamados **primarios**, que son necesarios y considerados como el indicio del proceso patológico orgánico, a los **síntomas secundarios**, los cuales, contingentes y psicógenos, constituyen una reacción de la mente del enfermo al proceso patológico, incluso un intento subjetivo de restitución.

La descripción de los síntomas accesorios, efectuada con todo lujo de detalles y ejemplos, retoma a *grosso modo* la semiología kraepeliniana: alucinaciones, ideas delirantes, trastornos del lenguaje y de la escritura, síntomas somáticos, catatónicos y otros síndromes agudos.

Por su parte, los síntomas fundamentales son cuatro: trastorno de las asociaciones y de la afectividad, ambivalencia y autismo, este último definido por Bleuler como la tendencia a replegarse en el mundo de la fantasía en oposición a la realidad. Señalemos solamente que exceptuando el trastorno de las asociaciones, los otros tres síntomas fundamentales no gozan de un

reconocimiento unánime en el mundo de la psiquiatría, al ser considerados como no exclusivos de la esquizofrenia.

En cuanto a las formas de la enfermedad, recordaremos sólo que Bleuler propone dos nuevas, que añade a las tres formas aisladas y descritas por Kraepelin, a saber: la esquizofrenia paranoide, la hebefrenia y la catatonía. Se trata de:

- 1) La esquizofrenia simple, caracterizada por una presencia exclusiva de síntomas fundamentales sin ningún accesorio (lo cual, hablando con propiedad, supone la ausencia de síntomas verificables).
- 2) La esquizofrenia latente, que no presenta ningún signo (ni siquiera un síntoma fundamental), agrupando más bien a las personalidades bizarras, caprichosas, irritables, solitarias, etc. Se trata en este caso de una categoría de naturaleza más bien sociológica o caractereológica.

Esta tipología bleuleriana está en el origen de una extensión ilimitada y monomaniaca de la esquizofrenia, y será progresivamente retomada, declinada y aderezada por autores posteriores, dando lugar a conceptos tan espurios como “reacción esquizofrénica”, “biotipo esquizofrénico”, “personalidad esquizoide”, etc., con los que ya no se sabe muy bien lo que se quiere designar.

Para terminar con Bleuler, abordemos la cuestión de la **causalidad de la enfermedad**, a la cual él nos introduce con la oposición entre los síntomas primarios y secundarios, la cual, como indicábamos más arriba, es de orden más especulativo que fenomenológico.

Los síntomas primarios emergen directamente del proceso patológico orgánico: son su indicio mismo. Ahora bien, “hoy en día no conocemos aún con certeza los síntomas primarios” (Bleuler, 1926). Con lo cual, la especificación del proceso patológico brilla evidentemente por su ausencia. Eso sí, se lo afirma con gran determinación. Como quiera que sea, el debilitamiento de las asociaciones, quintaesencia de la enfermedad, es citado por Bleuler como síntoma primario principal. Los trastornos afectivos, la ambivalencia y el autismo son, por su parte, secundarios, si bien fundamentales.



En cuanto a los síntomas secundarios, constituyen la reacción de la mente del enfermo a los acontecimientos externos e internos, y son por tanto psicógenos. En realidad, constituyen la mayor parte de la sintomatología: trastornos afectivos, autismo, ambivalencia, trastornos de la memoria y la orientación, ideas delirantes, alucinaciones. Al ser psicógenos, se les supone contener un sentido a descifrar, y esta es la parte más freudiana de la obra, en la que vemos a Bleuler aplicar los mecanismos de las formaciones del inconsciente al desciframiento de los síntomas esquizofrénicos. Sin embargo, como lo indica Alfredo Zenoni (2009), este interés por el desciframiento, lejos de estar en continuidad con las hipótesis freudianas sobre la causalidad libidinal de la locura, no era sino el reverso de un proyecto clínico cuya ambición era reconducir toda la sintomatología a un trastorno fundamental, de naturaleza al fin y al cabo cognitiva, mental o intelectual, a saber, la *spaltung* o trastorno de la asociación de ideas.

Pasemos ahora a Freud. Como veremos, él consideraba el fenómeno clínico de la disociación como el efecto de un proceso de eliminación activa al cual dio el nombre de defensa o represión, que era para él sinónimo de inconsciente. Para Freud el inconsciente es una instancia que cristaliza el conflicto entre dos fuerzas opuestas en el interior del sujeto, a saber, por un lado la pulsión y por el otro el yo.

En la correspondencia entre Freud y Jung, que se desarrolla entre 1906 y 1914, encontramos el taller de un arduo debate acerca del estatuto y las relaciones recíprocas de la paranoia y la demencia precoz. Leemos ahí a un Freud reticente a aceptar la validez de la demencia precoz, a la cual opone la preeminencia de la paranoia, considerada por él “un verdadero tipo clínico”, así como el paradigma de la psicosis. ¿Por qué? Pues bien, porque a diferencia de la demencia precoz, la paranoia obliga a tomar en consideración el hecho de que la ausencia de déficit o de demencia no impide a un ser humano estar loco. Dicho de otro modo, la paranoia pone perfectamente en evidencia según Freud que no es en el déficit de inteligencia o en la incapacidad de síntesis del yo, sino en los avatares y destinos de la libido que debemos buscar la causa de la locura.

En sus cartas a Jung, vemos a Freud abordar la demencia precoz siempre en relación a o por contraste con la paranoia.

Precisemos primero el lugar que ocupa el concepto de represión en la doctrina de Freud: consecuencia necesaria del conflicto permanente entre los intereses del yo y la meta pulsional, la represión es postulada al principio por Freud como un mecanismo de defensa inherente a la condición humana. Ahora bien, está la represión y está su reverso, a saber el retorno de lo reprimido, pues ninguna represión es lograda completamente. Una vez planteado esto, Freud construye la psicopatología psicoanalítica proponiendo, para cada una de las estructuras clínicas, un mecanismo psíquico específico que cristaliza y encauza el retorno de lo reprimido: por ejemplo la conversión en la histeria, el desplazamiento en la neurosis obsesiva o la proyección en la paranoia.

En su debate con Jung y Bleuler, Freud va a proponer una clínica diferencial de la paranoia y la demencia precoz a partir del funcionamiento diferente de la represión y del alcance distinto de la regresión en cada una de las dos entidades.

Proponemos aquí en dos fórmulas condensadas un bosquejo de las primeras teorizaciones de Freud al respecto.

En la paranoia, la libido es reprimida y retorna a continuación a nivel del estadio narcisista del desarrollo libidinal, en el cual la relación al objeto se mantiene. El sujeto paranoico testimonia de ello mediante la reconstrucción de una nueva relación con el objeto realizada gracias a la proyección y al delirio, que es el intento de curación que lo caracteriza.

En la demencia precoz, en cambio, la libido es reprimida y retorna a un nivel más precoz del desarrollo libidinal, en el cual la relación al objeto ha sido abolida, a saber: el autoerotismo. El intento de reconstrucción de un vínculo con el objeto tiene lugar en este caso mediante el mecanismo alucinatorio, pero el proceso resulta menos exitoso porque el registro especular del narcisismo no es operante en la esquizofrenia.

En lo que respecta a la controversia con Bleuler, hay un punto que quisiéramos destacar. Se

trata de las relaciones entre el **autoerotismo** y el **autismo**. Hemos visto que Bleuler propone al autismo como uno de los síntomas fundamentales de la esquizofrenia. Lo define como un repliegue del sujeto en el mundo interno de su fantasía que lo aleja de la realidad. Se trata pues de un trastorno del pensamiento y, eventualmente, también del comportamiento. Por otra parte, Bleuler mismo explica haber forjado el concepto a partir del de autoerotismo de Freud, pero abstrayéndose de sus connotaciones sexuales, de las cuales él no quería saber nada. Recordemos aquí al pasar que Jung desarrollará más tarde su concepto de introversión a partir del autismo de Bleuler.

Este punto cristaliza efectivamente el abismo radical que hay entre Freud por un lado y Bleuler y Jung por el otro. ¿Por qué? Pues bien, porque el autoerotismo freudiano no es solamente un concepto de carácter eminentemente sexual, sino que también define un modo de goce que está *más acá* del registro de la fantasía o la introversión. Para Freud, el repliegue en el mundo de la fantasía o la introversión caracterizan a la relación de objeto mantenida por el neurótico tras la operación de la represión. El neurótico retira la investidura libidinal de los objetos en la realidad (reprime), pero la conserva en el mundo de la fantasía. En el caso de la esquizofrenia, la relación al objeto está abolida: el registro de la fantasía o la introversión no son operantes y son reemplazados por el retorno del goce a nivel del cuerpo fragmentado. El autoerotismo es pues un estadio del desarrollo libidinal previo a la formación del yo y por tanto al funcionamiento de la fantasía.

Para terminar, vamos a evocar la última referencia significativa de Freud a la clínica de la esquizofrenia. Se trata de la noción de **lenguaje de órgano**, que será retomada por Lacan a partir de su concepto de discurso.

En su texto “Lo inconsciente”, Freud subraya el uso peculiar del lenguaje que presentan ciertos sujetos esquizofrénicos. Se detiene particularmente en un ejemplo, el caso Emma A., que toma prestado de Víctor Tausk. Se trata de una joven paciente esquizofrénica que es internada en una clínica tras una fuerte disputa con su novio. Se queja de que sus “ojos no están dere-

chos, están torcidos (*verdrehen*)” reprochando a su novio no poder comprenderlo por mostrarse éste diferente cada vez: “es un hipócrita, un torcedor de ojos (*Augenverdrehen*, simulador), él le ha torcido los ojos, ahora ella tiene los ojos torcidos, esos ya no son más sus ojos, ella ve ahora el mundo con otros ojos”. En la ilación del pensamiento del esquizofrénico, domina un elemento cuyo contenido es una inervación corporal, o, más precisamente, la sensación de ésta. Freud precisa que en este ejemplo “la relación con el órgano (con el ojo) se ha constituido en la subrogación de todo el contenido de sus pensamiento. El dicho esquizofrénico tiene aquí un sesgo hipocondríaco, ha devenido *lenguaje de órgano*” (Freud, 1915).

El ejemplo ilustra asimismo cómo el sujeto esquizofrénico expresa a cielo abierto lo que el neurótico habría reprimido. Freud observa con gran agudeza clínica que un sujeto histérico en el mismo caso habría torcido real y convulsivamente los ojos, es decir que su cuerpo habría encarnado el contenido de la representación por mediación de la metáfora sin que el sujeto pudiera establecer conscientemente el vínculo en cuestión. Por el contrario, en el caso del esquizofrénico no es la cosa (el cuerpo) la que está *contaminada* por la palabra (eso es la conversión) sino la palabra la que está *contaminada* por la cosa (lenguaje de órgano).

En su comentario, Freud explica que el síntoma esquizofrénico muestra un predominio de la representación de palabra sobre la representación de cosa. La representación de palabra no logra reprimir la representación de cosa, la cual está investida libidinalmente. La cosa retorna entonces a nivel de la palabra, operando una intrusión a nivel de la palabra. En términos lacanianos, podríamos decir que el síntoma muestra que la combinación significativa no produce un significado nuevo (metáfora), sino que se transforma en lenguaje de órgano.

¿Cómo se produce esto? Recordemos que en la esquizofrenia la investidura libidinal del objeto (las cosas) ha fracasado. Sin embargo la investidura libidinal de la palabra es mantenida, y este mantenimiento constituye él mismo un intento de restablecimiento, un esfuerzo de restitución de la relación al objeto perdido. Sólo que el



sujeto no alcanza a captar más que el aspecto verbal del objeto. *Ha perdido las cosas, sólo le quedan las palabras*: ese es, a mi entender, el sentido de la célebre fórmula de Freud según la cual el esquizofrénico trata las palabras como cosas, fórmula que Lacan retomará y traducirá a

sus términos diciendo que para el esquizofrénico todo lo simbólico es real.

Nicolás Landriscini

París, diciembre 2013.

Contacto

Nicolás Landriscini Marín

11, rue de la Tour d'Auvergne • 75009 París • Francia

nicolandri@hotmail.com

Bibliografía

Álvarez, J.M.: “La invención de las enfermedades mentales”. Editorial Gredos, 2008.

Bleuler, E.: “Demencia precoz: el grupo de las esquizofrenias”. Editorial Horme Paidós. Buenos Aires 1993.

Bleuler, E. y Claude, H.: “La schizophrénie en débat”. Editorial l’Harmattan, París 2001.

Freud, S.:

- “Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa” (1896).
- “Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Demencia paranoideas) descrito autobiográficamente (1912).

- “Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico” (1914).

- “Introducción al narcisismo” (1914).

- “Lo inconsciente” (1915).

Obras Completas. Amorrortu editores. Buenos Aires, 1996.

Freud, S., Jung, C.G.: “Correspondencia”. Editorial Trotta S.A., Madrid 2012.

Zenoni, A.: “L’Autre pratique clinique”. Editorial Ères, París 2009.