

Entendimiento filosófico de la esquizofrenia

Marino PÉREZ ÁLVAREZ
Universidad de Oviedo

José M. GARCÍA MONTES
Universidad de Almería

Resumen

Una orientación filosófica en la esquizofrenia no sobra. Las teorías neuropsicológicas al uso todavía no ofrecen una explicación cabal, después de más de cien años, incluyendo la década del cerebro. Y lo que es todavía peor, ahora ni siquiera se proponen ofrecer al menos un entendimiento. Así que ni explicación ni comprensión. Ahora bien, sin un entendimiento que se haga cargo de la experiencia y de la conducta que supone el trastorno llamado *esquizofrenia*, difícilmente se puede alcanzar una explicación que merezca el nombre de científica (por mucho vestuario cientí-forme con el que se presente). El entendimiento que se propone aquí retoma la tradición de la fenomenología, de acuerdo con los nuevos desarrollos que, a pesar de las tendencias dominantes, siguen activos en la psiquiatría y la psicología clínica. Se replantea la esquizofrenia como un trastorno básicamente de la auto-conciencia y del sentido común. En este sentido, se ofrecen unos apuntes de fenomenología aplicados a los síntomas negativos, las alucinaciones y los delirios. Bien entendido, en todo caso, que se considera la esquizofrenia como una figura unitaria (no un cuadro) dentro de ser variable su configuración.

Palabras clave: fenomenología, crisis del sentido común, hiperreflexividad, síntomas negativos, alucinación, delirio.

Abstract

Among approaches to schizophrenia, the philosophical perspective has every right to be taken into account. Current neuropsychological theories have yet to provide a sound explanation, after more than 100 years, including the Decade of the Brain. And worse still, they no longer even set out to offer an understanding. So we are left with neither an explanation nor an understanding. But without an attempt to comprehend the experience and behaviour involved in the disorder called 'schizophrenia', there is scarce likelihood of achieving an explanation worthy of being called 'scientific' (however well dressed up in the clothing of scientific forms). The understanding we propose here takes up the

Dirección del primer autor: Facultad de Psicología, Universidad de Oviedo. Plaza Feijoo s/n. 33003 Oviedo, España. *Correo electrónico:* marino@correo.uniovi.es.

Agradecimientos: Esta trabajo se ha realizado dentro del marco del proyecto de investigación SEJ2005-00455/PSIC.

Recibido: enero 2006. *Aceptado:* mayo 2006.

phenomenological tradition, in accordance with the new developments that, in spite of the dominant tendencies, continue to be active in psychiatry and clinical psychology. Schizophrenia is reappraised as a disorder basically affecting self-awareness and common sense. Thus, we apply a phenomenological approach to the negative symptoms, hallucinations and delusions. Bearing in mind, naturally, the consideration of schizophrenia as a unitary concept (not a set of symptoms), albeit variable in its form.

Key words: Phenomenology, Crisis of Common Sense, Hyper-reflexivity, Negative Symptoms, Hallucination, Delusion.

El anuncio de un entendimiento filosófico de la esquizofrenia puede parecer él mismo delirante, habida cuenta la asunción comúnmente establecida de que se trata de una enfermedad neurobiológica (o del cerebro, por más señas) y, en todo caso, propia del dominio científico, psiquiátrico-psicológico, no del filosófico. El caso es que el mayor conocimiento que se tiene del cerebro no se corresponde con saber más acerca de la esquizofrenia. La cantidad de datos y correlatos acumulados sobre la neurobiología de la esquizofrenia más parece un montón de ellos que, propiamente, un conocimiento acumulativo.

Han pasado cien años de historia científica de la esquizofrenia, incluyendo la *década del cerebro* a finales del siglo XX, y no se conoce a ciencia cierta ninguna causa ni siquiera *marcador biológico* de esta presunta *enfermedad cerebral*. Al ver la cantidad de causas que se barajan (Broome, Woolley, Tabraham, Johns, Bramon, Murray, Pariante, McGuire y Murray, 2005) no se puede por menos que recordar lo que dijera Kart Jaspers acerca de que *Cuántas más causas son señaladas, tanto menos es nuestro conocimiento causal* (Jaspers, 1913-1946/1977, pág. 520). El refinamiento técnico (*scanner*, resonancia magnética nuclear, electroencefalografía computarizada, cámara de positrones, neuroimagen) permite encontrar correlatos allí donde se busquen, pero todavía no se sabe por dónde es mejor abrir la cabeza si,

por ejemplo, por el lóbulo frontal o por el hipocampo, lo que recuerda a un historiador de la esquizofrenia la querrela sobre el lado adecuado para abrir un huevo, que oponía en Lilliput a los que apoyaban abrir por la punta grande a los que optaban por la punta pequeña (Garrabé, 1992/1999, pág. 285).

Esta apreciación incluye, por supuesto, la neuropsicología de la esquizofrenia, tratando de integrar las numerosas variables psicológicas implicadas. Modelos de este tipo como, por ejemplo, el propuesto por Gray, Feldon, Rawlins, Hemsley y Smith (1991), puede que en su afán integrador terminen por confundir lo relevante con lo irrelevante. Como dicen unos comentaristas de este modelo, refiriéndose a la conclusión relativa a la dificultad de los esquizofrénicos para seleccionar los estímulos relevantes, cabría preguntarse si es que los autores mismos no sufrirán *una capacidad disminuida para distinguir entre lo relevante y lo irrelevante, y que esto les haya llevado a desarrollar complejos delirios tratando de ver los mecanismos cerebrales subyacentes a la esquizofrenia* (Pilowsky y Murray, 1991, pág. 41). En esta misma línea es elocuente el propio título del por lo demás documentado libro de Mary Boyle (2002) preguntando si el discurso que sostiene el concepto de esquizofrenia no será él mismo un delirio científico. En este sentido, los investigadores debieran tener la precaución que tuvo Freud después de explicar el *caso Schreber* cuando dijo que el futuro decidirá si

su teoría tiene más delirio del que él quisiera o el delirio más verdad de la que otros creen hoy posible (Freud, 1911/1981, pág. 94).

Por su parte, no es de esperar que, al concluir la actual *década de la conducta*, la esquizofrenia resulte explicada, a pesar de la fundada propuesta de Richard Bentall (2003). Tampoco sería de esperar que fuera así en el supuesto de que la década siguiente fuese declarada la *década de la filosofía*. Si fuese así, podría ser *higiénico* para las propias explicaciones científicas, plagadas como están de problemas filosóficos, pero tampoco sería de esperar de la filosofía una explicación alternativa, entre otras cosas porque lo suyo sería más bien ofrecer un *entendimiento* (más modestamente que explicación), el cual sirva, si acaso, como prolegómenos a la psicopatología futura que quiera presentarse como ciencia.

La testificación de la historia y de la antropología

Por lo pronto, sería bueno empezar por tomar nota de la lección que da la historia de la locura. A este respecto, son de tener presentes las tres conclusiones de la *historia de la locura* de Michel Foucault (1961/1970). La primera sería que la locura sólo se da en sociedad, de modo que no sería algo que *brotara* del cerebro ni, por tanto, dable a la *mirada clínica*, por mucha neuroimagen que haya. De acuerdo con la segunda, la locura toma distintas figuras en función del trato social (los *insensatos* ante la razón del siglo XVIII, lo *alienados* ante la autoridad moral del médico en el siglo XIX, y los *esquizofrénicos* ante la mirada neurobiológica del siglo XX), de modo que no se ve dónde pueda estar el progreso psiquiátrico. Porque, según la tercera, la locura siempre se sale con la suya, de manera que a la postre la

clínica tiene que justificarse ante ella por no entenderla.

En efecto, la locura es inseparable de contexto social, incluyendo las prácticas clínicas. En este sentido, como muestra Roy Porter (1987/1989) en su historia social de la locura, la psiquiatría tiene su punto ciego, al tratar de ver la enfermedad o el demonio dentro del paciente, sustrayéndose del papel social que representa y arrogándose un *supuesto saber* objetivo, por el que convierte en objeto al sujeto que habla. Como dice Porter, la psiquiatría ha adquirido la costumbre de no escuchar a los locos (pág. 57). En su lugar, escucha al fármaco (*escuchando antipsicóticos*, parece ser la consigna). Si se escuchara a los pacientes, se vería que sus delirios tienen sentido. Esto es precisamente lo que ha hecho Porter con casos de locura históricos, que han dejado sus narraciones (entre ellos Schreber). *Lo que las narraciones de los pacientes subrayan de modo especial* –dice Porter– *son los demonios de fuera, entre los que puede figurar, como ejemplo definitivo, el propio psiquiatra que lleva un manicomio, con sus técnicas y su entorno* (pág. 43).

La cuestión es que Porter ofrece tanto una comprensión de la experiencia vital como una explicación de las razones personales que han llevado a la locura, porque la locura pide una explicación en términos de razón-vital o razón histórica (para decirlo ahora en palabras de Ortega) y no en términos de causa biológica (a pesar de que ésta fuera la esperanza de Jaspers). Referida a la locura, como a cualquier otro *trastorno mental*, la explicación no es más científica por ser en términos neurobiológicos. Antes bien, puede estar reduciendo el fenómeno a sus partes más in-significantes. Así, la esquizofrenia de la neurobiología actual es un cuadro abstracto, en el que el ser humano, el yo o la persona está expropiada de la propia

condición de *estar-en-el-mundo*, de ser un yo con sus circunstancias y, en fin, de ser una persona. Por el contrario, si la esquizofrenia se conceptualiza en términos del yo y de su formación cultural, dice Horacio Fabrega (1989), numerosos asuntos relevantes cobran un nuevo sentido. En la perspectiva de la antropología del yo se vería, como hace ver Fabrega, lo lejos que está la esquizofrenia de ser el tipo natural y el cuadro abstracto según la hace pasar la psiquiatría de orientación biológica.

Con la testificación de la historia y de la antropología en contra de esa arrogación de la esquizofrenia como cosa de la neurobiología, se quiere introducir la filosofía, no como una alternativa más sino como una propedéutica para su mejor entendimiento. Como quiera que sea, las aportaciones de la filosofía no se han de esperar tanto de filósofos propiamente como de clínicos orientados filosóficamente (no desorientados).

Suspensión de las convenciones clínicas

Se empezará por decir algo elemental y, por tanto, fundamental. Se trata, de acuerdo con Otto Dörr (1995), de *una concepción de la locura como legítima posibilidad de ser-hombre, como algo inherente a la condición humana, idea que no es ajena ni a la Antigüedad Clásica ni al Renacimiento, pero sí, y totalmente, al Racionalismo y la Ilustración* (pág. 106). Siendo la neurobiología como es un exponente actual de ese racionalismo ilustrado, se entiende el extravío de las neurociencias al tratar con la locura. Ni que decir tiene que, para nada, se está aquí denostando la razón, entre otras cosas, porque para decir esto hay que razonar. Es más, la propia locura, incluyendo el delirio, tienen sus razones. Para decirlo de una forma irónica, valga la célebre paradoja de Chesterton (en *Ortodoxia*), según

la cual *loco no es el que ha perdido la razón, sino el que lo ha perdido todo, todo menos la razón*. En este sentido, de acuerdo con Dörr, *el delirio puede incluso que sea más bien el producto de un exceso que de una falta de racionalidad* (pág. 113). En todo caso, la locura no sería una mera deficiencia, sino un camino posible del ser humano, de manera que *tendremos que preguntarnos –dice Dörr– por las leyes que rigen esa modificación que va de una existencia normal a una existencia psicótica, de un opinar sobre las cosas, con mayor o menor acierto, a un delirar [...]* *Porque si la locura no es una mera enfermedad orgánica que ataca al hombre con esa ceguera al sentido que puede poseer una enfermedad infecciosa o, hasta donde hoy se sabe, también el cáncer, tendríamos que poder encontrar en la historia personal del sujeto que deviene loco elementos que hagan de alguna manera comprensible el extravío desde un camino ‘normal’ y común, a un camino extraviado, excéntrico y solitario* (págs. 106-7) (véase también Dörr, 2005).

A este respecto, se hace necesario plantear lo normal y lo patológico. Para ello nada mejor que el planteamiento de Georges Canguilhem (1966/1971) titulado precisamente *Lo normal y lo patológico* (véase también Le Blanc, 1998/2004). En esencia, viene a decir Canguilhem que lo patológico no es un caso que se haya de medir respecto de una norma que supuestamente estableciera lo normal. Por lo pronto, lo patológico no implica defecto de norma, sino una configuración nueva del organismo, una adaptación posible de lo viviente a la implantación de otras normas debidas a alteraciones del medio. Aquí, la cuestión de base es la relación entre la vida y la norma. La vida implica potencialidad de obrar sobre el medio, re-configurando su propia estructura, no de una forma mecánica sino, precisamente, orgánica, adaptativa y

creadora de norma (*normatividad vital*, dice Canguilhem). En este sentido, los fenómenos patológicos no serían sino variaciones de lo normal, normales, dada la potencialidad creadora del organismo, sin perjuicio de que la apertura de unas posibilidades cierre otras y aun conlleve sus restricciones. *La mayor o menor reducción de esas posibilidades de innovación*, -dice Canguilhem- *mide la gravedad de la enfermedad. En cuanto a la salud, en sentido absoluto, ésta sólo es la indeterminación inicial de la capacidad para instituir normas biológicas* (pág. 149).

La enfermedad sería, entonces, antes que nada (antes que su conceptualización médica), una experiencia vivida que revela el esfuerzo de todo ser viviente por mantenerse vivo y establece un nuevo comportamiento global del organismo (por mucho que se concrete en un órgano). La enfermedad como experiencia vivida no sería sino la expresión de una *errancia*, de la susceptibilidad de desorden de las normas, de la posibilidad de errar y de la consiguiente necesidad de un re-orden como sea. Es así que Canguilhem propone el errar como un nuevo concepto en patología. La fundamentación de este concepto la estableció, de alguna manera, si se permite invocar a un poeta, Fernando Pessoa cuando dijo *vivir me parece un error; un error metafísico de la materia* (*Libro del desasosiego*, 99). Por lo que aquí respecta, su relevancia en relación con la esquizofrenia la pone de relieve ya el propio título, *El delirio, un error necesario*, de Carlos Castilla del Pino (1998). En fin, como diría otro psiquiatra, en este caso Luc Ciompi, *el delirio sería la organización, a otro nivel, de la desorganización de un sistema normal* (citado por Bodei, 2000/2002, pág. 109).

La cuestión es que lo normal es romper las normas establecidas e instituir otras nuevas (Canguilhem, 1966/1971). Consi-

guientemente, la crisis es norma de vida, expresión y a la vez resolución de un conflicto (entre unas normas y otras). El concepto de crisis es probablemente el más cabal para conceputar los desórdenes (*disorders*) psiquiátricos o psicológicos, debido ya no sólo a la ambigüedad antedicha (como problema e intento de solución) sino a la pluralidad de contextos en los que es adecuado (médico, económico, político, ideológico, social), cuya heterogeneidad, por cierto, quizá no sea ajena a los propios desórdenes o trastornos psicológicos.

Este replanteamiento de la locura, en particular, como una posibilidad humana (y no como una presunta enfermedad del cerebro) y de lo patológico, en general, como una crisis de normas (y no como una anomalía), que aquí se da por elemental, viene a suponer, sin duda, una crítica del saber médico-psiquiátrico al uso acerca de la esquizofrenia. Como quiera que sea, esta crítica se propone como una suerte de *puesta entre paréntesis* o suspensión de las convenciones clínicas, de manera que permita la *vuelta a las cosas mismas*, a los fenómenos, que es el primer y único mandamiento de la fenomenología. Así, pues, sería la fenomenología la filosofía convocada en primer lugar para el entendimiento filosófico de la esquizofrenia (Parnas y Zahavi, 2000; Sass y Parnas, en prensa; Schwartz y Wiggins, 2004; Wiggins, Schwartz y Spitzer, 1992).

La vuelta a los fenómenos clínicos

¿Cuáles son los fenómenos, las cosas mismas que se han de entender a propósito de la esquizofrenia? Serían, ante todo, ciertas alteraciones de la conciencia concernientes al sentido de sí-mismo y del mundo. Las alteraciones del sentido de sí-mismo, de la identidad personal o de la *ipseidad* en tér-

minos de Ricoeur (1990/1996), tienen dos aspectos que, si bien parecen contradictorios, son en realidad complementarios: la hiperreflexividad y la disminución del sentido del yo (Parnas, 2003; Sass, 1992; Sass, 2003a; Sass y Parnas, en prensa).

La hiperreflexividad se refiere a una auto-conciencia exagerada en la que se hace presente la propia estructuración dinámica de la conciencia que normalmente pasa desapercibida por implícita. Esta estructuración dinámica fue definida por la fenomenología clásica (Husserl; Merleau-Ponty) como un sistema de *intencionalidad operativa* o *arco intencional*. Como dice Maurice Merleau-Ponty (1945/1975): *la vida de la conciencia –vida cognoscente, vida del deseo o vida perceptiva– viene subtendida por un ‘arco intencional’ que proyecta, alrededor nuestro, nuestro pasado, nuestro futuro, nuestro medio contextual humano, nuestra situación física, nuestra situación ideológica, nuestra situación moral o, mejor, lo que hace que estemos situados bajo todas esas relaciones. Es este arco intencional lo que forma la unidad de los sentidos, la de los sentidos y de la inteligencia, la de la sensibilidad y la motricidad. Es este arco lo que se ‘distiende’ en la enfermedad* (pág. 153). La hiperreflexividad supone, entonces, una transformación del *arco intencional* o articulación de uno con el mundo. Viene a ser la toma de conciencia de la infraestructura del funcionamiento psicológico. Es como si el *sistema operativo* cobrara presencia respecto de las operaciones que ha de realizar.

El fenómeno de la hiperreflexividad se ofrece como una experiencia de la vida en tercera persona. Uno llega a estar cada vez más implicado en el seguimiento (monitorización) de su propia vida (*a veces soy consciente de cada paso al andar, veo los pensamientos que tengo*). La hiperreflexividad no es tanto

un proceso intelectual como la toma de una conciencia exagerada del funcionamiento psicológico implícito (una especie, se podría decir, de reversión figura/fondo).

El problema de la hiperreflexividad tiene que ver con ese *extraño duplicado empírico-trascendental* que es el hombre moderno, según Foucault, *un ser tal que en él tomará conocimiento de aquello que hace posible el conocimiento* (Foucault, 1966/1988, pág. 310). Esta duplicidad es la propia de la conciencia: subjetiva trascendental (condición de posibilidad del conocimiento y experiencia del mundo) y objetiva empírica (condicionada ahora por las propias posibilidades del mundo). Así, como dice Sass, el mundo externo, que se supone objetivo, llega a ser subjetivo y des-realizado, mientras que el yo interior, que se supone subjetivo, llega a ser objetivo y reificado: en tanto me concentro sobre el mundo, éste parecerá mi mundo, pero en tanto me concentro más directamente sobre mis pensamientos, estos parecerán tener existencia propia. De esta manera, en el reino de la locura como en el del modernismo encontraríamos, inextricablemente unidos, un solipsismo que ensalza a la mente y des-realiza al mundo y una auto-objetivación que rebaja al sujeto de su papel trascendental hasta cosificarlo (Sass, 1992, pág. 338).

Por su lado, la disminución del sentido del yo se refiere a una alteración de la experiencia de sí mismo consistente, a menudo, en la sensación de pasividad y automatismo. Supone de alguna manera una crisis de la unidad y de la agencia del yo. Stanghellini (2004a) ha identificado dos formas de disminución del sentido del yo, formuladas en términos de *cuerpos-sin-alma* (*cyborgs*) y de *espíritus-sin-cuerpo* (*scanner*). Mientras que la primera consistiría en experiencias tales como *me siento distante de mí mismo, cuando hago algo no soy consciente de lo que estoy*

haciendo, no soy consciente de la presencia de mi propia persona, la segunda consistiría en experiencias como el mundo es una ilusión porque es visto a través del cerebro, la mente es como una cámara fotográfica, fui yo mismo una cámara. Esta alteración del sentido de sí-mismo implica obviamente al sentido del mundo. No se trata de la alteración de un supuesto yo aislado sino de la alteración de todo un yo-social.

Estas formas de existencia (*cuerpos-sin-alma, espíritu-sin-cuerpo*) vienen a representar otra versión del dualismo moderno, en este caso el del alma/cuerpo. Por un lado estaría el cuerpo desalmado (*cyborg*) y, por otro, la conciencia incorpórea (*scanner*), de un lado la pura materialidad y de otro la pura conciencia. Esta dualidad es, como recuerda Stanghellini (2004a, pág. 155), el *eidos* fundamental tanto de la esquizofrenia como de la modernidad.

Ambos aspectos, la hiperreflexividad y la disminución del sentido del yo constituyen toda una crisis del sentido común (Stanghellini, 2001). El sentido común, aunque es un tema tradicional, no resulta fácil de definir debido a su propia condición de ser más un trasfondo imperceptible sobre el que se está que un fenómeno que se ofreciera a la vista, excepto cuando entra en crisis, como podría ser el caso en la esquizofrenia. [De ahí que la esquizofrenia podría ser un paradigma para entender procesos humanos básicos (Jenkins, 2004)] De todos modos, se podría decir que el sentido común es el mundo dado por hecho, todo aquello con lo que se cuenta sin mayor cuestionamiento, sin tener que pensarlo, por implícito y dado por supuesto. El sentido común estaría constituido por las creencias. *El lenguaje vulgar* –dice Ortega– *ha inventado certeramente la expresión ‘estar en la creencia. En efecto, en la creencia se está, y la ocurrencia se tiene y se sostiene. Pero la*

creencia es quien nos tiene y sostiene a nosotros (Ortega y Gasset, 1934/1986, pág. 25).

La esquizofrenia como crisis del sentido común

Como quiera que sea, esta objetivación de la propia estructura dinámica que articula a uno-con-el-mundo (hiperreflexividad) y la alteración del sentido del yo como sujeto de la experiencia (despersonalización) comportan toda una crisis del sentido común o pérdida de la auto-evidencia natural. No en vano se ha propuesto una psicopatología del sentido común a propósito de la esquizofrenia y, en general, de la experiencia psicótica (Blankenburg, 2001; Stanghellini, 2001; 2004a). De hecho, como dijo Kant (1799/1991): *El único síntoma universal de la locura es la pérdida del sentido común y el sentido privado lógico que la reemplaza* (págs. 140-1). Por lo demás, la psiquiatría clásica ya estaba en ello, desde el autismo destacado por Bleuler a la pérdida de contacto con la realidad de Minkowski como características de la esquizofrenia.

La experiencia subjetiva de la esquizofrenia confirma esta crisis del sentido común. Los estudios muestran la experiencia de un cambio dramático en la manera de percibir el mundo y de experimentar el funcionamiento del yo en el comienzo del trastorno (Cutting y Dunne, 1989). Como señalan estos autores, no se trata tanto de la alteración de una función mental como de un cambio cualitativo en la *gestalt* o configuración de la experiencia, diríamos, de estar-en-el-mundo. A este respecto, es interesante recordar el análisis clásico de Klaus Conrad (1958/1997). Como se recordará, Conrad distingue cinco fases en la formación de la esquizofrenia: las fases de *trema*, *apofánica*, *apocalíptica*, de *consolidación* y *residual*. El *trema*, término tomado

del teatro (relativo a la tensión de los actores al entrar en escena), es un estado de ánimo consistente en inseguridad, tensión, angustia, inhibición, desconfianza, sensación de que *algo pasa*, acciones sin sentido como si se estuviera fuera de situación y perdiendo los papeles, etcétera. La fase apofánica supone ya la revelación del mundo anteriormente pre-sentida como algo extraño y la revelación también del propio yo a sí mismo, dando lugar a una especie de reversión figura/fondo. La fase apocalíptica supondría ya la desintegración y, por su parte, la fase de consolidación sería la reinstalación en el delirio como *arreglo psicótico* de la situación dada. Finalmente, la fase residual se refiere a posibles residuos de inseguridad vital después de una reversión de la crisis si bien cabe una recuperación completa (véase Möller y Husby, 2000).

Nótese que este análisis *gestáltico* presenta la esquizofrenia conforme a una figura con distintas configuraciones (fases), dadas en un proceso temporal, y no como un cuadro. Frente a la sincronía de un cuadro nosográfico, la figura tiene diacronía y de ahí la consideración de fases del trastorno incluyendo su retorno. Se trataría, en todo caso, de *fases* que ellas mismas serían figuras completas de por sí, no trozos ni trazos a expensas de completar un cuadro. En este sentido, la noción de *fase* podría ser engañosa, en la medida en que dé a entender, y de hecho lo da, un proceso patogénico cual supuesta entidad endógena que se fuera desplegando cuando, en realidad, el proceso de *llegar a ser esquizofrénico* es esencialmente social e interpersonal, no una consecuencia inevitable de síntomas primarios ni de anomalías neuroquímicas (Estroff, 1989). A este respecto, se cuenta con estudios que muestran que el proceso de *llegar a ser un esquizofrénico* comporta un doble juego de papeles:

por un lado el desenrolamiento social y, por otro, el enrolamiento clínico (Estroff, 1993; Lally, 1989). Aunque la tentación sea pensar que el desenrolamiento social deriva de un proceso patógeno motivo del enrolamiento clínico, lo que se sugiere es que el *proceso esquizofrénico* quizá tenga tanto de uno como de otro. En todo caso, lo importante a señalar ahora es que las prácticas clínicas, lejos de ser neutras, están implicadas de alguna manera en la construcción de la experiencia de enfermedad (Barrett, 1988; Estroff, 1993; Estroff, Lachicotte, Illingworth y Johnston, 1991); Lally, 1989; Vanthuyne, 2003).

Si la experiencia subjetiva de la esquizofrenia supone una crisis del sentido común, su recuperación supone la reconstrucción precisamente del sentido del yo como agente activo y responsable (Davidson y Strauss, 1992). Esta recuperación del sentido del yo viene a confirmar la transformación yo-mundo en que consiste básicamente el trastorno esquizofrénico.

En definitiva, este planteamiento fenomenológico presenta la esquizofrenia de la siguiente manera.

- 1) Presenta la esquizofrenia como un trastorno de la conciencia y, en particular, de la identidad personal (*ipseidad*), cuyas alteraciones características serían una suerte de hiperreflexividad por la que toma presencia la propia articulación de uno con el mundo y una concomitante disminución del sentido del yo como sujeto de la experiencia.
- 2) Presenta esta alteración de la conciencia como una crisis del sentido común, la cual supone tanto una pérdida de la autoevidencia natural, como la consiguiente reinstalación en una nueva normatividad aunque sea conforme a una lógica solipista.

- 3) Presenta esta crisis como una transformación (de la relación de uno con el mundo y consigo mismo) que lleva su tiempo, de manera que se ha de entender en una perspectiva biográfica.

Implicaciones de este planteamiento

La presentación de la esquizofrenia de acuerdo con este planteamiento tendría las siguientes implicaciones.

a) La esquizofrenia constituiría una figura unitaria, por más que su configuración sea elusiva. Esta figura unitaria se entiende como una *gestalt* o configuración que toma distintas formas de acuerdo precisamente con un proceso de transformación en el que serían decisivas la persona y sus circunstancias. Esta transformación psicótica consistiría en distintas organizaciones (de patrones de experiencias y conductas) con diversos grados de estabilidad temporal. En todo caso, se trataría de formas que ellas mismas tendrían pleno sentido, obviamente, dentro del contexto biográfico de la persona de que se trate (Parnas, 2003; Sass, 2003a; Sass y Parnas, en prensa).

b) Las convenciones clínicas al uso sobre la esquizofrenia merecerían un repaso. Al menos, el entendimiento fenomenológico (*gestáltico* y holístico) ofrece una visión de la esquizofrenia distinta de la usual, cuya visión resulta hoy, permítase decirlo, tanto o más necesaria que nunca. Por lo pronto, la esquizofrenia no consistiría en una serie de síntomas en función de un cuadro. Es más, la propia noción de cuadro nosográfico no tendría sentido ni para el clínico ni para el paciente (otro que el de dar juego a una estadística fantasmagórica). De hecho, frente a la noción de cuadro se propone la de figura o *gestalt*.

Por otro lado, la consideración de los síntomas como entidades autónomas respecto del supuesto cuadro (el cual buena parte de la misma clínica al uso trataría de superar mediante la reivindicación de los síntomas), no se entenderían en base a supuestos mecanismos específicos. Para empezar, porque estos supuestos mecanismos específicos que, según lo más avanzado en el campo serían de naturaleza neuropsicológica, tendrían que partir de la experiencia psicótica y, en todo caso, ser compatibles con ella. A este respecto, no se ve cuál sería el mecanismo específico, por ejemplo, de la autoconciencia, del sentido común o del sentido del yo como sujeto de la experiencia, siendo como son fenómenos globales en los que está implicado todo el ser-en-el-mundo. Aparte de esto, los síntomas psicóticos pueden ser varios y variables en el tiempo, incluyendo su reversibilidad independiente de intervenciones neurobiológicas, de manera que se habrían de postular otros tantos mecanismos específicos dando cuenta, a su vez, de las conexiones entre ellos, tanto de su estropeamiento (en cascada o simultáneo) como de su auto-arreglo.

La cuestión es que la propia experiencia psicótica quizá no sea cosa de mecanismos (sin perjuicio de los correlatos neurobiológicos implicados), sino de transformaciones de las relaciones de uno con el mundo, cuyas condiciones de posibilidad están en la propia naturaleza abierta y en el carácter constructivo del ser-humano. Sin duda, estas transformaciones se habrán de comprender mejor y de estudiar más, pero no se ve que ello provenga del empeño por los mecanismos neurobiológicos. Antes bien, este empeño puede que esté llevando a delirios científicos (según se ha insinuado en la introducción). [Para una crítica desde la perspectiva fenomenológica de los modelos neuropsicológi-

cos véanse, por ejemplo, Gallagher (2000), referida en particular al modelo de Frith, y Mundt (1990), referida en este caso al modelo de vulnerabilidad]. Si antes se ha propuesto una suspensión como *puesta entre paréntesis* de las convenciones clínicas para dar cabida a plantear desembarazadamente una fenomenología radical de la esquizofrenia, la tentación sería ahora darle a tal suspensión el sentido de suspenso si no fuera más prudente dejarlo en repaso.

c) La propia fenomenología requeriría de un mayor énfasis contextual, que sitúe los fenómenos clínicos, en este caso, las experiencias-y-conductas psicóticas, en relación con las circunstancias personales, como corresponde a su mismo predicamento. Ciertamente, la fenomenología no se queda en la descripción de los fenómenos, sino que pretende también su explicación. Una explicación que, por la propia naturaleza de los fenómenos, ha de tener un carácter genético y constructivo, referido a cómo se constituye o construye la experiencia del mundo. Sin embargo, aquí la fenomenología no es suficientemente radical, por cuanto esta experiencia del mundo parece obra de un yo auto-originario. Es en este sentido en el que se reclama un mayor énfasis contextual. Al fin y al cabo, el mundo es co-relativo del yo que lo experimenta, por no decir previo a su experiencia y, por tanto, condición de posibilidad de la misma. En rigor, sería el mundo el que constituye al yo o sujeto pero, como quiera que la constitución del mundo es función también del sujeto, por más señas, un sujeto operante, mejor sería hablar de una relación dialéctica (inter-conductual).

Con todo, la fenomenología tiene más su-
puesta que puesta en ejercicio esta relación dialéctica. Una consecuencia de ello es tal

vez su propensión a recaer en explicaciones neurobiológicas cuando se trata de indagar la raíz última o primordial de la experiencia psicótica. Así, en efecto, las explicaciones últimas tratan de hacer pie en alguna supuesta *irritación basal*, *hipótesis neuroevolutiva* o *saliencia aberrante* (Kapur, 2003), cuando lo suyo sería ir a la raíz en la que se constituye la experiencia, la cual presupone el mundo y, en fin, todo un contexto interpersonal (social verbal). No se trataría de negar los posibles *síntomas básicos aberrantes*, cuando fuera el caso, pero tampoco se darían por supuestos en todos los casos. Es más, aun dadas tales *irritaciones básicas*, no serían los eventos neuronales *per se* los causantes del trastorno psicótico, sino la experiencia que se tenga de ellos. Como señalan Sass y Parnas (en prensa), a este respecto, la experiencia subjetiva puede jugar un papel causal importante en las progresivas transformaciones de un desarrollo esquizofrénico.

Pues bien, como se decía, la experiencia presupone el contexto dentro del cual tiene el sentido que tiene. La experiencia se constituye en las prácticas sociales. Se aprehende en la propia familiaridad con el mundo alrededor, aunque no se enseñe formalmente. Lejos de ser un epifenómeno neuronal, la experiencia psicótica se constituye en relación con el mundo, cuyas condiciones sería necesario estudiar. Se harían necesarios estudios en varios contextos para dilucidar estas condiciones. Estudios del contexto histórico-cultural, como el de Louis Sass (1992), donde se muestra la afinidad entre el modernismo y la esquizofrenia (así se vería, por ejemplo, que la pérdida de la auto-evidencia natural es un fenómeno moderno). Así, se señalaría la personalidad esquizoide característica de la sociedad occidental como patrón cultural de la esquizofrenia (Pérez Álvarez, 2003a). En este sentido, la esquizofrenia sería la forma

que toma la locura en la cultura moderna (Pérez Álvarez, 2003b). [Acaso lo universal sea alguna forma de locura, cuya universalidad, por cierto, quizá tenga más que ver con la propia universalidad de las normas (no hay culturas que no tengan normas) que con la universalidad de la biología (Pérez Álvarez, 2003b)].

Se harían necesarios también, claro está, estudios del contexto histórico-biográfico donde se pongan (y de hecho se ponen) de relieve las prácticas sociales por las que se aprehende (más que aprende) la experiencia psicótica. Se señalarían diversos estudios, empezando por los de Ronald Laing y colaboradores, donde habrían encontrado que, *sin excepción alguna* (en más de cien casos), *la experiencia y la conducta denominadas esquizofrénicas no son más que una estrategia especial inventada por la persona para poder vivir en una situación insoportable*, situación ésta, dice Laing, que es imposible ver estudiando por separado a las personas implicadas (Laing, 1967/1983, pág. 101). Entre estos diversos estudios (aparte de los de Laing) figuran aquellos que analizan el papel de las prácticas verbales en la articulación de la experiencia de la enfermedad mental (Vanthuyne, 2003). Se vería cómo las prácticas sociales proporcionan las palabras, las ideas, las imágenes, las acciones y los sentimientos con los que las personas con condiciones discapacitantes (*irritaciones básicas*) reconstruyen sus vidas (Estroff y cols., 1991). Aunque las estructuras narrativas resultantes son heterogéneas (por ejemplo, de corte psiquiátrico, emocional, político), tiene especial relevancia señalar aquí el *dialecto psiquiátrico* a la hora de definir la experiencia y establecer la carrera de la esquizofrenia. Su relevancia es tal que está en vías de convertirse en el *idioma universal* de la esquizofrenia, haciéndola así afectivamente

universal pero, más que nada, por implantación ecuménica de las prácticas clínicas. El punto es que las propias prácticas clínicas, como conformadoras de la experiencia de enfermedad (Barrett, 1988; Berkenkotter y Ravotas, 2002), deberían comparecer ante un análisis fenomenológico-contextual.

Las investigaciones así como la práctica clínica de acuerdo con una fenomenología contextual se podrían llevar a cabo mediante alguna forma de narrativa, que daría lugar a una auténtica historia clínica y, en su caso, a un análisis existencial o a un análisis funcional de la conducta dependiendo del *entrenamiento* del clínico. No se trata de pedir nada del otro mundo, sino de entender lo que le pasa a la gente. Como dice Byron Good (1994/2003), *la atención crítica debería centrarse en las actividades 'formativas' a través de las que se constituye la enfermedad, se conforma como el objeto de conocimiento y control, se imbrica en la experiencia y en la vida social, y es transformada a través de terapias y de la 'labor de la cultura'* (Good, 1994/2003, pág. 304). Desde luego, una tal perspectiva se compadece mejor con los problemas que presenta la gente que su despiece en unos cuantos ítems y la consiguiente descontextualización de la vida personal concreta *por mor* de una biología impersonal abstracta.

Aunque esta exposición no pretende ser un *prêt à porter* terapéutico, no se dejaría de señalar su afinidad con las terapias que tienen su base en la aceptación (García Montes, Pérez Álvarez, Cangas, 2006, en este mismo volumen). De todos modos, se plantearán, a continuación, a título indicativo, ciertos *síntomas psicóticos* en los términos fenomenológicos que se vienen proponiendo. Se verá que no se trata de nada insólito pero se reconocerá que tampoco es lo usual de las convenciones clínicas.

Apuntes de fenomenología (a propósito de los *síntomas negativos*, de las alucinaciones y de los delirios)

I. *Los síntomas negativos* (pobreza del lenguaje, aplanamiento afectivo, apatía, falta de voluntad, retirada del mundo práctico) se ofrecen, según quiere indicar su nombre, como carencia o defecto de funciones y actividades normalmente esperables. Siendo así, parecen excusar, si es que no contradecir, la perspectiva fenomenológica. En efecto, esta presunta negatividad se presta a cancelar el interés por el *lado subjetivo* y a la vez a tomarla como síntoma de defectos biológicos básicos. Nada que objetar si así fueran las cosas. Sin embargo, los llamados *síntomas negativos*, lejos de revelar ausencias y vacío, están acompañados por una variedad de alteraciones experienciales *positivas* (Sass, 2000; 2003b). En este sentido, puede que las conductas que se dan a la observación no dejen intuir fácilmente el *lado subjetivo*. Desde luego, las entrevistas psiquiátricas al efecto impiden de todo punto su transparencia. Como dice Josef Parnas (2003), la negatividad es a menudo consecuencia de una inadecuada y uniformada entrevista psiquiátrica. Como quiera que sea, los *síntomas positivos* podrían estar representando una retirada *positiva* protectora frente a una realidad de otra manera abrumadora o insoportable. Podrían ser incluso acciones inhibidas, inconsistentes, inadecuadas socialmente, o tener una estructura paradójica, auto-contradictoria o ambigua pero, al fin y al cabo, acciones y reacciones (no nada) que por ser tales no carecerían de función (por más que ésta sea dis-funcional).

En términos de la *crisis del sentido común*, anteriormente planteada, no sería difícil de ver cómo la hiperreflexividad y la despersonalización podrían llevar a o con-llevar

los *síntomas negativos*. Así, por ejemplo, la conciencia explícita de asuntos normalmente desapercibidos puede retener y entretener a uno con su propia auto-presencia, en vez de facilitar la interacción con *lo* demás. De hecho, se ha observado una alta correlación entre *síntomas negativos* y *perplejidad*, una característica de varios *síntomas positivos* (Sass, 2003a, pág. 257). Por su parte, la disminución del sentido del yo es correlativa de la correspondiente disminución del sentido de las cosas del mundo alrededor. De hecho, se podría hablar aquí de una *actividad autística*, siguiendo a Eugène Minkowski (invocado a este respecto por Parnas, 2003, pág. 234).

Ciertamente, el *lado subjetivo* de los así llamados *síntomas negativos* no es fácil de captar ni de estudiar, debido a su propia condición replegada y autista. Es más, ni siquiera sería fácil de *expresar* por parte del propio paciente, aunque se lo propusiera. De todos modos, se cuenta con los escritos de Antonin Artaud que, de forma excepcional, han dejado constancia de la experiencia-y-conductas que constituyen buena parte de los *síntomas negativos* de la esquizofrenia. Los escritos de Artaud fueron diligentemente estudiados por Louis Sass (2000; 2003b), de manera que, como muestra este autor, vienen a revelar fehacientemente el negativo experiencial de los *síntomas negativos* que parece estar velado a las prácticas clínicas al uso.

II. *Las alucinaciones verbales* consistirían en la objetivación mórbida del diálogo interno, por la que se rompe el silencio con el que dicho diálogo se da normalmente (Stanghellini y Cutting, 2003). El diálogo consigo mismo en silencio, lo que habitualmente se denomina pensar, es sobre todo una actividad verbal por medio de la cual uno sopesa argumentos y piensa acerca de los asuntos que le conciernen. La alucinación ocurriría, entonces,

cuando este pensar llega a ser objeto explícito de la conciencia, pasando de ser un *medio* para otros objetivos a adquirir la condición de *objeto* con características perceptivas. Siendo así, quizá fuera más apropiado enfatizar el aspecto productivo (verbal) que el perceptivo (auditivo), diciendo *alucinación verbal*, si bien cuando se dice *oír voces* el verbo *oír* ya conlleva una cierta *acción verbal*.

La singularidad de las voces es que no viniendo de ningún otro sitio que de uno mismo no se reconocen como propias sino que resultan ajenas. Las voces son auto-evidentes (*soy yo quien está oyendo las voces*). La cuestión es que no sería yo quien las está produciendo, cuando es el caso que no hay otra fuente que uno mismo. Se da, pues, una objetivación de sí mismo (oír sus propios pensamientos) y a la vez una enajenación (tomar las voces como algo ajeno). Consiguientemente, las alucinaciones serían ejemplo tanto de hiperreflexividad (autoconciencia exagerada) como de despersonalización (sentido disminuido del yo como sujeto agente de la experiencia). Se trataría, en todo caso, de un trastorno de la autoconciencia, consistente en la ruptura entre el sentido de la subjetividad (tener la experiencia de las voces) y el sentido de la agencia (no experimentarlas como propias) (Graham, 2004; Stephens y Graham, 2000).

Las voces tienen similitud con la inserción del pensamiento. Ambos casos se caracterizan por el sentido de subjetividad sin el de agencia, por lo que serían igualmente *experiencias enajenadas*. Su diferencia puede estar en la mayor o menor *ruptura* que supongan con respecto a la *corriente de conciencia*. Mientras que las voces supondrían, por lo común, una mayor ruptura (del mismo modo que las *vozes* de los otros pueden sorprender y controlar a uno), la inserción del pensamiento podría suponer tal vez una ruptura menor (en correspondencia con la

variabilidad más acostumbrada del curso del pensamiento). Por otra parte, las voces (y la inserción del pensamiento) tienen también su similitud con los pensamientos obsesivos, pero la diferencia es que en estos últimos el sentido de la agencia está integrado al de la subjetividad (al punto incluso de *pasarse* de responsabilidad). Quiere decir que la continuidad entre obsesiones, inserción del pensamiento y voces no está en la realidad tan cuadrículada como dan a entender los cuadros clínicos. En todo caso, serían decisivas las creencias que se tuvieran acerca, por ejemplo, de la peligrosidad y necesidad de control de los propios eventos privados (García-Montes, Pérez-Álvarez, Soto-Balbuena, Perona Garcelán y Cangas, 2006), lo que resituía de nuevo el problema en el contexto de las prácticas sociales.

La ruptura en la unidad de la conciencia, entre el sentido de subjetividad y de agencia, lejos de ser una simple rotura o avería de supuestos mecanismos psicológicos, sería una estrategia humana (muy humana) inherente a la propia potencialidad de la conciencia, dadas las circunstancias. Por lo que respecta a las voces, sobre ser un problema, no dejan de ser a la par un intento de solución. Así, las voces pueden tener diversas funciones auto-regulativas para el propio sujeto, relativas a consejos, advertencias, toma de decisiones, apoyos ante dificultades, compañía y, cómo no, a censuras, críticas y auto-inculpaciones. Perona (2004) distingue dos funciones principales: la función socio-emocional consistente en una evitación experiencial en la que, por ejemplo, un trastorno emocional toma la forma de una discusión entre el sujeto y *otra persona* y la función socio-instrumental consistente, en este caso, en una suerte de sustitución auto-regulativa de la propia conducta verbal habitual como, por ejemplo, cuando las voces censuran o ani-

man determinadas actuaciones. De acuerdo con Perona (2004), aunque las alucinaciones son siempre soluciones parciales llegando a ser incluso más problema que solución, no dejan de tener sentido dentro del contexto histórico personal del sujeto. Aunque voces de locura son también voces de razón (Leudar y Thomas, 2000). Las alucinaciones de los pacientes tienen sus razones de ser que la razón de los clínicos debiera comprender en vez de tratar de eliminarlas.

III. *Los delirios* consistirían, ante todo, en una transformación de la experiencia por la que alguien se instala en una concepción solipsista del mundo (Parnas y Sass, 2001; Stanghellini, 2004a). Este instalarse *en* tiene el sentido de *estar en* una creencia, distinto de tener una idea, según Ortega. La creencia en la que sea está, por más que delirante, no deja de tener sentido para la persona que la sostiene o, mejor se diría, que es la propia creencia la que sostiene a la persona. Se trataría, en todo caso, de una nueva constitución de la realidad resultante de la transformación de la relación yo-mundo, por la que se abdicaría del sentido común a favor de una lógica privada, diría Kant, pero, aunque privada, no sin lógica ni método. A diferencia de la lógica del sentido común (que establece límites a la *razón*), la lógica del delirio es *ab-soluta*, es decir, suelta, desatada, desbordante. No en vano *delirio* viene de *de-lirar*, sobrepasar la *lira*, el surco de lo sembrado, con lo que ello comporta de explorar más allá de la línea como de salirse de riego (Bodei, 2000/20002). Así, el delirar no puede carecer de cierto método. *Polonio* ya había observado que *Hamlet*, aunque loco, *no deja de hablar con cierto método* (*Hamlet*, II, 209).

El delirio en tanto concierne al estatus de la realidad tiene una carácter ontológico, si quiera fuera porque pone de relieve la propia

fragilidad de la auto-conciencia (Stanghellini, 2004a, pág. 201). Aún más, el delirio pone al descubierto la presunta obviedad del mundo de todos (Bodei, *op. cit.*, pág. 121). Si el sentido común establece la realidad firme sobre la que se sostiene la vida para la mayoría de la gente, respondiendo a la necesidad de sentido y, así, proporcionando seguridad ontológica, el delirio no dejaría igualmente de responder a la necesidad de sentido, en este caso, cuando la seguridad de estar-en-el-mundo se torna inseguridad ontológica. La inseguridad ontológica (Winnicott; Laing) no se refiere tanto al efecto de eventos vitales estresantes (de alta puntuación en un cuestionario) como a la experiencia de un sentimiento de desfundamiento radical, preocupación de no ser, encuentro con la nada o vacío ontológico, donde no falta la intuición de amenaza, destrucción, aniquilación, junto con la sensación de que todo es extraño, indescribible, misterioso, incontrolable (Stanghellini, 2004a, pág. 189). En todo caso, el delirio vendría a ser una forma de reinstalación en la seguridad, una operación de seguridad (Sullivan), aunque sea a costa de la adopción de un sistema de falso yo (Laing).

En esta línea, el delirio cumpliría funciones adaptativas para la persona, llegando a ser incluso una realidad preferida (Roberts, 1991). Así, mientras que la vida antes del delirio es valorada negativamente (en términos de sin sentido, de soledad, de inferioridad, de desesperación, de pérdida), la vida dentro del delirio cobra un valor positivo (relativo al sentido de identidad, del deber, de responsabilidad, de libertad, de entusiasmo, de intereses, de paz), y la vida fuera del delirio (si, por ejemplo, se descubriera que es falso), volvería a ser negativamente valorada, incluso algunos temerían volverse locos (Roberts, 1991). Consiguientemente, lo que importa para entender el delirio no es tanto el delirio mismo

como lo que le precede (como dijera Bumke, citado por Stanghellini, 2004a, pág.185), es decir, la transformación de la experiencia en la que consiste la nueva visión del mundo. A este respecto, el delirio hecho y derecho no se da de una vez ni brota espontáneamente sino que supone una transformación de la experiencia y de la conducta, transformación que, por cierto, se suele dar al hilo de la formación de la identidad personal-y-social en la adolescencia. En este sentido, lo que se llama *esquizofrenia* sería propiamente una patología evolutiva o, más específicamente, una patología de la formación del individuo (Stanghellini, 2004b).

Entre los antecedentes de lo que podría constituir más adelante todo un delirio se encuentran perturbaciones en la percepción del yo (sentirse espectador de sí mismo, sentimiento de ser irreal), preocupaciones en torno a ideas sobrevaloradas (analizando cada cosa en la que se piensa, planteando cuestiones metafísicas), trastornos de tipo neurótico (depresión, ansiedad obsesiones, inquietud, irritabilidad), así como una serie de conductas de des-enrolamiento social (abandono escolar, intereses idiosincrásicos, cambio en la apariencia global) (Möller y Husby, 2000). Entre cuyos antecedentes podrían figurar también las alucinaciones, en particular, cuando los niños y adolescentes que las tienen atribuyen su experiencia a causas externas y se sienten controlados por las voces que oyen (Escher, Romme, Buiks, Delespaul y van Os, 2002). La cuestión es que no puede pasar desapercibida, como una mera observación, la afinidad entre la problemática de la adolescencia (en torno a la formación de la identidad personal) y la temática de la esquizofrenia (relativa a la auto-conciencia, en el sentido apuntado) o, dicho estrechando todavía más la afinidad, entre la crisis de identidad de la adolescencia y la crisis de sentido

común de la esquizofrenia. La pregunta sería por qué la esquizofrenia se desarrolla a partir de finales de la adolescencia (Harrop y Trower, 2003). La respuesta no puede andar lejos de las vicisitudes de la persona en su dialéctica entre la individualidad y las instituciones sociales que la conforman (García Montes y Pérez Álvarez, 2003; Stanghellini, 2004b).

Una dialéctica, ésta, que se puede volver dramática, y aun trágica, cuando la *razón individual* no se aviene con la razón común. *Por eso, comprender el delirio en el plano teórico significa, indisolublemente, -dice Bodei- dotarlo de historia y transformarlo según la biografía de cada cual, contrastándolo dentro de una contraintuitiva pero realísima "ley individual", del sistema de reglas que se manifiesta en cada persona* (cfr. Simmel) (Bodei, 2000/2002, pág. 116). Según Georg Simmel (1918/2001), la *ley individual* se refiere a la trayectoria única que es la vida de cada cual, aun teniendo que desempeñarse dentro de la *ley racional-universal* que organiza y permite a la propia vida individual. El punto es que, aun necesitando la vida formas objetivas que permitan su realización, estas formas pueden terminar por oponerse a la misma vida que de suyo es variable, ilimitada y continua. La *ley individual* nace de la propia continuidad de la vida, cuya esencia (característica o tragedia, como se prefiera) es ir más allá de sí misma, establecer sus límites y sobrepasarlos, rebasarse a sí misma, *delirar*. Esta *ley individual* tiene su normatividad aunque no coincida con las normas comunes. Como dice Simmel, *nuestro obrar necesita siempre legalidad pero no siempre leyes* (pág. 125). Al fin y al cabo, como recuerda Simmel, si todos los hombres fueran perfectos (Fichte) o felices (Tolstoi) serían iguales.

En fin, el delirio se ofrece como una posibilidad humana (Dörr). Las condiciones de tal posibilidad no son otras que la propia

condición abierta del ser-humano, no siempre conforme con el mundo ni coincidente consigo mismo. Ya no sería que el delirio sea humano, sino demasiado humano, diría Nietzsche (en cuya línea se sitúa esa concepción de la locura como posibilidad humana, vía Simmel, Jaspers, Canguilhem, Dörr). Como dijera Sigmund Freud, a propósito del caso Schreber: *El delirio, en el cual vemos el producto de la enfermedad, es en realidad la tentativa de curación, la reconstrucción. Esta es conseguida mejor o peor después de la catástrofe, pero nunca completamente. El mundo ha sufrido 'una profunda modificación interior', según las palabras del propio Schreber* (Freud, 1911/1981, pág.85).

Referencias

- Barrett, R.J. (1988). Clinical writing and the documentary construction of schizophrenia. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 12, 265-299.
- Bentall, R.P. (2003). *Madness explained. Psychosis and human nature*. Londres: Penguin.
- Berkenkotter, C. y Ravotas, D.J. (2002). Psychotherapists as authors: microlevel analysis of therapists' written reports. En J. Z. Sadler (Ed.), *Descriptions and prescriptions. Values, mental, disorders, and the DSMs* (págs. 251-268). Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Blankenburg, W. (2001). First steps toward a psychopathology of 'common sense'. *Philosophy, Psychiatry, and Psychology*, 8 (4), 303-315.
- Bodei, R. (2000/2002). *Las lógicas del delirio. Razón, afectos, locura*. Madrid: Cátedra.
- Boyle, M. (2002). *Schizophrenia. A scientific delusión?* (2ª Ed.). Londres: Routledge.
- Broome, M.T., Woolley, J.B., Tabraham, P., Johns, L.C., Bramon, E., Murray, G.K., Pariante, C., McGuire, P.K. y Murray, R.M. (2005). What causes the onset of psychosis. *Schizophrenia Research*, 79, 23-34.
- Canguilhem, G. (1966/1971). *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Castilla del Pino, C. (1998). *El delirio, un error necesario*. Oviedo: Nobel.
- Conrad, K. (1958/1997). *La esquizofrenia incipiente*. Madrid: Tricastela.
- Cutting, J. y Dunne, F. (1989). Subjective experience of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 15 (2), 217-231.
- Davidson, L. y Strauss, J.S. (1992). Sense of self in recovery from severe mental illness. *British Journal of Medical Psychology*, 65, 131-145.
- Dörr, O. (1995). *Psiquiatría antropológica. Contribuciones a una psiquiatría de orientación fenomenológico-antropológica*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
- Dörr, O. (2005). Aproximación al tema del delirio como una posibilidad humana. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 32 (3), 135-142.
- Escher, S., Romme, M., Buiks, A., Delespaul, P. y van Os J. (2002). Formation of delusional ideation in adolescents. *American Journal of Medical Genetics (Neuropsychiatric Genetics)*, 114, 913-920.
- Estroff, S.E. (1989). Self, identity, and subjective experiences of schizophrenia: in search of the subject. *Schizophrenia Bulletin*, 15 (2), 189-196.
- Estroff, S.E. (1993). Identity, disability, and schizophrenia. The problem of chronicity. En S. Lindenbaum y M. Lock (Eds.), *Knowledge, power and practice. The anthropology of medicine and everyday life* (págs. 247-286). Berkeley: University of California Press.

- Estroff, S.E., Lachicotte, W.S., Illingworth, L.C. y Johnston, A. (1991). Everybody's got a little mental illness: accounts of illness and self among people with severe, persistent mental illness. *Medical Anthropology Quarterly, New Series*, 5 (4), 331-369.
- Fabrega, H. (1989). On the significance of an anthropological approach to schizophrenia. *Psychiatry*, 52, 45-65.
- Foucault, M. (1961/1970). *Historia de la locura en la época clásica*. México: FCE.
- Foucault, M. (1966/1988). *Las palabras y las cosas. Una arqueología de las ciencias humanas*. México: Siglo XXI.
- Freud, S. (1911/1981). Paranoia. En *Paranoia y neurosis obsesiva* (págs. 7-99). Madrid: Alianza.
- Gallagher, S. (2000). Self-reference and schizophrenia. A cognitive model of immunity to error through misidentification. En D. Zahavi (Ed.), *Exploring the self. Advances in consciousness research* (págs. 203-239). Amsterdam: John Benjamins.
- García Montes, J.M. y Pérez Álvarez, M. (2003). La reivindicación de la persona en la esquizofrenia. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3 (1), 107-122.
- García Montes, J.M., Pérez Álvarez, M. y Cangas, A. (2006). Aproximación al abordaje de los síntomas psicóticos desde la aceptación. *Apuntes de Psicología (en este mismo volumen)*.
- García Montes, J. M., Pérez Álvarez, M., Soto Balbuena, C., Perona Garcelán, S. y Cangas, A. J. (2006). Metacognitions in patients with hallucinations and obsessive-compulsive disorder: the superstition factor. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1091-1104.
- Garrabé, J. (1992/1999). *La noche oscura del ser. Una historia de la esquizofrenia*. México: FCE.
- Good, B.J. (1994/2003). *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*. Barcelona: Bellaterra.
- Graham, G. (2004). Self-adscription. Thought insertion. En J. Radden (Ed.), *The philosophy of psychiatry. A companion* (págs. 89-105). Oxford: Oxford University Press.
- Gray, A.J., Feldon, J.N.P. Rawlins, Hemsley, D.R. y Smith, A.D. (1991). The neuropsychology of schizophrenia. *Behavioral and Brain Sciences*, 14, 1-20.
- Harrop, C. y Trower, P. (2003). *Why does schizophrenia develop at late adolescence? A cognitive-developmental approach to psychosis*. Nueva York: Wiley.
- Jenkisn, J.H. (2004). Schizophrenia as a paradigm case for understanding fundamental human processes. En J.H. Jenkins y R.J. Barrett (Eds.), *Schizophrenia, culture, and subjectivity. The edge of experience* (págs. 29-61). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Kapur, S. (2003). Psychosis as a state of aberrant salience: a framework linking biology, phenomenology, and pharmacology in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 161 (1), 1323.
- Laing, R. D. (1967/1983). *La política de la experiencia*. Barcelona: Crítica.
- Lally, S.J. (1989). 'Does being in here mean there is something wrong with me?' *Schizophrenia Bulletin*, 15 (2), 253-265.
- Le Blanc, G. (1998/2004). *Cangulhem y las normas*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Leudar, I. y Thomas, P. (2000). *Voices of reason, voices of insanity. Studies of verbal hallucinations*. Londres: Rotledge.

- Merleau-Ponty, M. (1945/1975). *Fenomenología de la percepción*. Barcelona: Península.
- Möller, P. y Husby, R. (2000). The inicial prodrome in schizophrenia: searching for naturalistic core dimensions of experience and behavior. *Schizophrenia Bulletin*, 26 (1), 217-232.
- Mundt, C. (1990). Concepts of intentionality and their application to the psychopathology of schizophrenia –a critique of the vulnerability model. En M. Spitzer y B. A. Maher (Eds.), *Philosophy and psychopathology* (págs. 34-43). Nueva York: Springer-Verlag.
- Ortega y Gasset, J. (1934/1986). *Ideas y creencias*. Madrid: Alianza.
- Parnas, J. (2003). Self and schizophrenia: a phenomenological perspective. En T. Kircher y A. David (Eds.), *The self in neuroscience and psychiatry* (págs. 217-241). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Parnas, J. y Sass, L. (2001). Self, solipsism, and schizophrenic delusions. *Philosophy, Psychiatry, and Psychology*, 8 (2-3), 101-120.
- Parnas, J. y Zahavi, D. (2000). The link: philosophy–psychopathology–phenomenology. En D. Zahavi (Ed.), *Exploring the self. Advances in consciousness research* (págs. 1-16). Amsterdam: John Benjamins.
- Pérez Álvarez, M. (2003a). The schizoid personality of our time. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3 (2), 181-194.
- Pérez Álvarez, M. (2003b). Esquizofrenia y cultura moderna. En A. J. Cangas, y J. Gil Roales-Nieto (Eds.), *Avances en la etiología y tratamiento de los trastornos del espectro esquizofrénico* (págs. 31-40). Granada: Némesis.
- Perona, S. (2004). A psychological model for verbal auditory hallucinations. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4 (1), 129-153.
- Pilowsky, L. y Murray, R. M. (1991). Why don't preschizophrenic children have delusions and hallucinations? *Behavioral and Brain Sciences*, 14, 41-42.
- Porter, R. (1987/1989). *Historia social de la locura*. Barcelona: Crítica.
- Roberts, G. (1991). Delusional belief systems and meaning in life: a preferred reality? *British Journal of Psychiatry*, 159, 19-28.
- Ricoeur, P. (1990/1996). *Si mismo como otro*. Madrid: Siglo XXI.
- Sass, L.A. (1992). *Madness and modernism. Insanity in the light of modern art, literature, and thought*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Sass, L. (2000). Schizophrenia, self-experience, and the so-called 'negative symptoms'. Reflections on hyperreflexivity. En D. Zahavi (Ed.), *Exploring the self. Advances in consciousness research* (págs. 149-182). Amsterdam: John Benjamins.
- Sass, L.A. (2003a). Self-disturbance in schizophrenia: hyperreflexivity and diminished self-affection. En T. Kircher y A. David (Eds.), *The self in neuroscience and psychiatry* (págs. 242-271). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Sass, L. (2003b). 'Negative symptoms', schizophrenia, and the self. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3 (2), 153-180.
- Sass, L. A. y Parnas, J. (en prensa). Explaining schizophrenia: the relevance of phenomenology. En M. Chung, W. Fulford y G. Graham (Eds.), *The philosophical understanding of schizophrenia*. Oxford: Oxford University Press.
- Schwartz, M.A. y Wiggins, O.P. (2004).

- Phenomenological and hermeneutic models. Understanding and interpretation in psychiatry. En J. Radden (Ed.), *The philosophy of psychiatry. A companion* (págs. 351-363). Oxford: Oxford University Press.
- Simmel, G. (1918/2001). *Intuición de la vida. Cuatro capítulos de metafísica*. Buenos Aires: Altamira.
- Stanghellini, J. (2001). Psychopathology of common sense. *Philosophy, Psychiatry, and Psychology*, 8 (2-3), 201-211.
- Stanghellini, J. (2004a). *Disembodied spirits and deanimated bodies. The psychopathology of common sense*. Oxford: Oxford University Press.
- Stanghellini, G. (2004b). Psychopathological roots of early schizophrenia: adolescent vulnerability, hebephrenia and heboidophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 17, 471-477.
- Stanghellini, J. y Cutting, J. (2003). Auditory verbal hallucinations –breaking the silence of inner dialogue. *Psychopathology*, 36, 120-128.
- Stephens, G.L. y Graham, G. (2000). *When self-consciousness breaks. Alien voices and inserted thoughts*. Cambridge, Mass.: The MIT Press.
- Vanthuyne, K. (2003). Searching for the words to say it: the importance of cultural idioms in the articulation of the experience of mental illness. *Ethos*, 31 (3), 412-433.
- Wiggins, O.P., Schwartz, M.A. y Spitzer, M. (1992). Phenomenological/descriptive psychiatry: the methods of Edmund Husserl and Karl Jaspers. En M. Spitzer, F. Uehlein, M.A. Schwartz y C. Mund (Eds.), *Phenomenology, language and schizophrenia* (págs. 46-69). Nueva York: Springer-Verlag.

