

El proceso esquizofrénico. Forma hebefrénica¹

Alfred Hoche²

Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, vol. 15, N° 3, marzo de 2009, págs. 168 a 181.

Introducción

Alfred Erich Hoche nació el 1 de agosto de 1865 en Wildenhain, Torgau, junto al Elba, en el noroeste del estado de Sajonia, recordado lugar de nacimiento de Friedrich der Weise (Federico el Sabio) en 1463. Murió el 16 de mayo de 1943 en Baden-Baden.

En Strassburg, en 1872, dos años después de que Alsacia fuera anexada al Imperio Germano, una cátedra de psiquiatría se estableció en la recién fundada universidad, donde se nombró como primer profesor a Richard von Krafft-Ebing (1840-1902) de 32 años. Pichot (1983) destacó el hecho de que de los 29 profesorados de psiquiatría en Alemania, 21 se establecieron antes de 1880 y 14 de ellos (la mitad del total) entre 1860 y 1880. Por ello, la segunda mitad del siglo XIX marcó el auge de la neuropsiquiatría en Alemania y los países germanoparlantes. Aparecieron la descripción de la hebefrenia por Ewald Hecker (1843-1909) en 1871 y de la catatonía por Karl Ludwig Kahlbaum (1828-99) en 1874. Un año después, Friedrich Jolly (1844-1904), de tan solo 29 años de edad, se convirtió en el suce-

sor de Krafft-Ebing como profesor en Strassburg. En 1890, cuando Jolly aceptó el nombramiento en la Charité de Berlín, fue sucedido por Karl Fürstner (1848-1906), un estudiante de Carl Westphal (1833-90), quien permanecería en Strassburg desde el 1 de abril de 1891 hasta su muerte. Previo a su nombramiento, Fürstner había sido director del departamento de psiquiatría en Heidelberg. Con él llegó desde Berlín, como asistente, Alfred Erich Hoche, quien escribió su tesis doctoral con Wilhelm Erb (1840-1921), para convertirse en profesor universitario junto con Fürstner. En Heidelberg, toma contacto directo Karl Kleist, con sus ideas.

El 27 de junio de 1902, Hoche fue nombrado Profesor de Psiquiatría de la Universidad de Freiburg, en Breisgau, donde trabajó hasta 1933. Tomó en matrimonio a Hedwig Goldschmidt, de origen judío. Como resultado de ello, presentó su renuncia en 1933 como profesor, adelantándose a un humillante despido por la nueva ley racial sobre la función pública. Después de 1933 ya no trabajaba como psiquiatra, su amor a la literatura se trasladó a la publicación de poemas bajo el seudónimo de Alfred Erich.

Estudió la fisiología y patología de la médula espinal y se dedicó a la psiquiatría forense. Su trabajo sobre las vías aberrantes de la

1 Traducción: Daniel Buschiazzo, Luis Roldán, médicos residentes de psiquiatría y psicología médica del H.I.G.A. Dr. Oscar Alende de Mar del Plata.

2 Director de la Clínica Psiquiátrica de Freiburg.

vía piramidal corticonuclear, cuyo trayecto sería demostrado años más tarde en nuestro país, por Braulio Moyano, tuvo tanto reconocimiento que Flechsig llamaría a las fibras aberrantes "fascículo de Hoche". Tuvieron gran influencia sus trabajos sobre nosología y sus maravillosas descripciones psiquiátricas. Fue, junto con Wernicke, uno de los mayores oponentes de Kraepelin y, luego, de Freud.

Su pensamiento no contempla la posibilidad de la clasificación de enfermedades mentales en compartimentos estancos, y en este punto fue crítico acérrimo de Kraepelin y de su visión dicotómica de las Psicosis. El otro punto fundamental es su moderación frente a las posturas localizacionistas y antilocalizacionistas de la época. Aceptaba por tanto que si bien ciertas funciones psíquicas podían restringirse a un área cerebral particular, otras más complejas involucrarían un funcionamiento difuso y global. En el artículo publicado en 1912 "Die Bedeutung der Symptomenkomplexe in der Psychiatrie" ("El significado de los complejos sintomáticos en psiquiatría") dejó sentada otra noción básica de su pensamiento. Establece la existencia de arquetipos, reacciones preformadas, estereotipadas, comunes a todos los seres humanos las cuales surgen frente a distinto tipo de agresión sin importar su causa; las cuales además carecen de anatomía patológica específica. Estas características de su obra muestran claramente que su preocupación, y lo que más tarde sería su legado, no fue aislar hechos particulares, específicos, sino que se orientó hacia el conocimiento de temas generales y fundamentales.

Gran semiólogo, sus descripciones clínicas, nos permiten aún hoy, a pesar de las barreras del tiempo y del idioma, nutrirnos de sus observaciones, para lo cual ponemos humildemente a vuestra disposición la siguiente tra-

ducción de un fragmento de su contribución al "Trattato di Psichiatria", de Otto Binswanger en su traducción al italiano, publicado en 1928.

El proceso esquizofrénico

Mientras en las formas de imbecilidad y de idiocia se detiene el desarrollo mental que sucede en el primer período de la vida, y mientras en otros cuadros de debilidad psíquica la causa es claramente una lesión orgánica del cerebro, describiremos aquí un grupo de anomalías de la vida mental que, si bien presentan manifestaciones multiformes y características psicológicas particulares diversas entre sí, tienen en común el desarrollo de la enfermedad en la edad puberal o poco después, o, en la primera mitad de la vida, y, en la mayor parte de los casos desemboca en un estado demencial de grado variable.

En la historia de la psiquiatría el método con el que se estableció el concepto de demencia precoz tiene precedentes y es muy interesante desde el punto de vista teórico.

El conocimiento clínico de la anomalía psíquica ha generado los progresos más importantes, toda vez que los investigadores lograron distinguir entre los cuadros de estado puramente sintomáticos y la verdadera unidad nosológica.

El más bello ejemplo de este método de síntesis científica es la doctrina concerniente a la parálisis general progresiva, obra de los autores franceses (Esquirol, Georget, Laségue, Falret, Baillarger). Se ha intentado aplicar este método a otras formas de alienación mental y ha servido para unificar el cuadro de la demencia precoz.

Hoy sabemos que no existe perturbación psíquica que no se manifieste en la parálisis general progresiva. En su curso pueden ob-

servarse estados de depresión melancólica, formas de exaltación maníaca, fases de delirium, ideas delirantes, etcétera. Estos síndromes que presentan una aparente analogía con formas melancólicas, maníacas o delirantes simples no pueden confundirnos, aquí se tratan de cuadros episódicos o fases particulares que de ninguna manera son esenciales para el diagnóstico de la demencia paralítica. El diagnóstico se confirma por los síntomas orgánicos del sistema nervioso y, en el campo psíquico, por un progresivo deterioro del individuo, mientras los síndromes mencionados ut supra resultan simples particularidades del curso morbozo y no son esenciales. Nuestra suposición queda confirmada por el desenlace letal común y por los clásicos datos anatomopatológicos. Lamentablemente en ninguna otra afección mental las circunstancias se han presentado igualmente favorables para la definición patogenética y nosológica. En el estado actual de las investigaciones no estamos en condiciones de reportar datos anatomopatológicos constantes en otras enfermedades mentales y esto vale también y especialmente para la demencia precoz.

La evolución y desenlace son también más variados en la demencia precoz que en la parálisis progresiva.

En lugar del término demencia precoz, que por varios aspectos no se corresponde con todas las características de esta forma morboza, Bleuler propuso el término esquizofrenia. Otros autores también han tenido en cuenta este fenómeno de naturaleza psicológica que encontró su expresión en esa palabra y hablaron de demencia disecante, disociativa, sejuntiva³. Contra estas denominaciones se puede objetar aquello que se ha dicho para la demencia precoz: no se puede designar con el término demencia a un proceso patológico en actividad, sólo a un estado psíquico que ya alcanzado su conclusión y es estacionario. Además no es apropiado el uso de esta palabra para designar a aquellos individuos que no se han demenciado. En nuestras descripciones adoptaremos el término "esquizofrenia" como equivalente de la demencia precoz.

En todos los procesos morbosos correspondientes a la esquizofrenia se pueden distinguir síntomas primarios y síntomas secundarios. Con esta distinción no se intenta señalar que los últimos se originen en los primeros,

3 Sejunción es un término introducido por Karl Wernicke en su "Grundriss der psychiatrie" publicado en 1900. Esta obra fue traducida al español por el Prof. Dr. Diego Outes en el año 1996 y estos son fragmentos de dicha traducción:

"...Denominamos este proceso de relajación o disolución con el nombre de Sejunción y no podremos evitar ver en esta palabra un defecto, una interrupción o separación en la continuidad que determina la falla de determinadas actividades asociativas. En el cerebro diferentes imágenes y complejos imaginativos no sólo forman un simple sistema dispuesto en paralelo sino que se agrupan en numerosas anudaciones de las que nace, finalmente, la unidad del yo que, en última instancia, depende solamente de las actividades asociativas".

"...la hipótesis de la Sejunción nos ofrece la clave para la interpretación tanto de las alteraciones mentales agudas como de las crónicas al menos para los síntomas más importantes de las mismas a los que podemos comparar con los síntomas "focales" de las enfermedades cerebrales".

Wernicke consideraba a la Sejunción como el fenómeno común de las diferentes psicosis y la definía como la ruptura de las líneas asociativas que generaban un relajamiento en la estructura de la personalidad que conducía a la disociación del individuo.

Otto Gross nació en Graz en 1877 y murió en Berlín en 1920. Fue discípulo de Wernicke, escribió extensamente sobre aspectos variados de las psicosis orgánicas y funcionales y propuso reemplazar el término "dementia praecox" por el de "dementia sejuntiva".

se trata de remarcar que los síntomas primarios son las expresiones genuinas de la enfermedad mientras que los secundarios representan manifestaciones mórbidas inconstantes y cambiantes en los diferentes individuos, por ejemplo, las alucinaciones, las ideas delirantes, las anomalías de la afectividad y del humor, etcétera. (En la parálisis general progresiva el signo cardinal de la enfermedad es la demenciación progresiva, todos los otros datos son secundarios, accesorios).

Los síntomas esquizofrénicos originales son las manifestaciones de un proceso que tiende a disgregar la personalidad psíquica del individuo, de este modo no viene a representar más una unidad, ya que queda descompuesto en sus elementos constitutivos. Varias son las manifestaciones que indican este resultado. Las principales son las siguientes: las alteraciones en el curso del proceso ideativo, de modo que el individuo acepta por buenas -incluso aquellas conclusiones del pensamiento que son erradas desde el punto de vista de la lógica, permaneciendo insensible a las contradicciones intrínsecas de su razonamiento; la pérdida de la relación normal entre la representación y los sentimientos, de la cual resultan la desafectividad y la apatía que son tan características de la esquizofrenia; una manera de actuar a la que le falta una verdadera finalidad o una iniciativa propia; la manifestación de actos impulsivos y por lo tanto carente de una elaboración intelectual o afectiva; y otros fenómenos todavía, análogos a aquellos arriba mencionados, y que tienen por característica común la disociación entre las diversas facetas de la vida psíquica, definida

por algunos autores con expresiones tales como "ataxia intrapsíquica"⁽⁴⁾.

Las incongruencias bizarras de la psique esquizofrénica nos dejan perplejos frente a estos cuadros, para los cuales el hombre normal carece de comprensión. En otras enfermedades mentales logramos identificarnos hasta un cierto punto en la vida interior del paciente. Así, por ejemplo, el estado depresivo del melancólico, la exaltación del maniaco, las perturbaciones de la conciencia de los individuos presos del delirium, el carácter suspicaz del paranoico, constituyen todos ellos estados de ánimo y actitudes mentales, que son accesibles a nuestra comprensión psicológica por la experiencia de nuestra vida psíquica normal o por un acto de transposición mental voluntaria. Por lo tanto la influencia de estos estados morbosos sobre la capacidad y sobre los actos de los enfermos es previsible y calculable. Ninguna de estas consideraciones rige para los estados esquizofrénicos. Generalmente resulta imposible hacerse una idea clara de aquello que sucede en el interior del enfermo y a menudo nos quedamos sorprendidos por lo imprevisto de las manifestaciones externas con las cuales se revela la perturbación mental. Son notables las declaraciones de los pacientes curados o de los otros, que se encuentran en remisión, de las cuales se concluye que ellos mismos -a diferencia de lo que sucede en otras psicosis- no logran comprender sus propios hechos psíquicos.

Las otras particularidades del cuadro que son más frecuentes se presentarán en la descripción de las formas particulares.

4 Erwin Stransky nació en Viena en 1877 y falleció en 1962. Fue un investigador de la neurología y la psiquiatría. En su artículo de 1904 "Zur auffassung Symptome der Dementia Praecox" ("Sobre la comprensión de ciertos síntomas de la demencia precoz") desarrolla su noción de ataxia intrapsíquica. Esta hace referencia a la incoordinación entre las funciones intelectuales y emocionales del cerebro.

Los principales modos de evolución del proceso esquizofrénico son la hebefrenia, la catatonía y la forma paranoide.

Los cuadros simples están emparentados entre sí por formas de transición.

Entre la hebefrenia y la catatonía existe una mayor afinidad intrínseca que entre estas dos formas y la demencia paranoide. Para el médico tiene importancia el poder diagnosticar un caso particular como esquizofrenia, la clasificación en uno de los diferentes síndromes tiene valor relativo, además estos no se pueden considerar una adquisición definitiva de la clínica. Algunas escuelas psiquiátricas tienden hoy a extender los límites de la esquizofrenia más allá de lo justificable por los hechos objetivos. Este error metodológico que se repite cada vez que la clínica logra delimitar un nuevo cuadro morboso, es luego corregido por el ulterior desarrollo nosográfico.

Forma hebefrénica

El término hebefrenia fue introducido en psiquiatría por Kahlbaum y Hecker y es hoy utilizado generalmente, por más que no sea con la misma extensión atribuida a él por los autores arriba mencionados.

Por hebefrenia se entiende un proceso morboso, el cual, iniciándose en la época de la pubertad, conduce a través de un desarrollo lento, aunque a veces algo más rápido, a un estado de debilidad mental. La esencia de la afección no cambia, ya sea que el proceso morboso evolucione de la forma más simple como un deterioro progresivo y silencioso, o que evolucione de modo más vivaz, acompañado de cuadros sintomáticos depresivos, de excitación, de pasajera ideación delirante, etcétera. El concepto diagnóstico tampoco se modifica por el resultado, que puede ser la demencia completa, pero que puede represen-

tar una disminución apenas evidente de las facultades intelectuales y afectivas. Todas estas manifestaciones pueden subsistir en múltiples graduaciones y formas de transición y pueden sucederse en varias fases incluso en el mismo enfermo.

Análogamente a lo que se observa en la imbecilidad -aquí el cuadro patológico adquiere una impronta especial de infantilismo psíquico porque la detención del desarrollo intelectual se manifiesta a una edad precoz-, también la hebefrenia tiene algunos rasgos característicos, inherentes a su irrupción en los años de la crisis puberal. Este rasgo mental, que es propio de la pubertad y que por lo tanto no pertenece al proceso morboso como tal, puede faltar cuando la alteración esquizofrénica comienza en una época posterior. Las características psíquicas puberales presentes en la hebefrenia serían las siguientes: inclinación a la fantasiosidad, exagerado concepto del propio yo, la tendencia a ocuparse de los más oscuros problemas del ser, la predilección por las frases altisonantes y amaneradas, por los juegos de palabras y las bromas pueriles, etc. Algunas de estas manifestaciones adquieren una magnitud todavía más notable por los factores mórbidos que aquí se agregan.

El cuadro hebefrénico presenta una serie de síntomas psíquicos comunes con la forma catatónica y con la demencia paranoide. Estos fenómenos ponen en evidencia los vínculos por los que están unidas estas formas, a pesar de las aparentes diferencias exteriores.

La conciencia queda más o menos lúcida, exceptuando los estados episódicos de excitación. La orientación en tiempo y espacio permanece conservada. La atención y el interés por los hechos externos sufren, a veces, una notable disminución. La memoria de fijación y de evocación puede permanecer inal-

terada o ligeramente dañada por mucho tiempo. El curso ideativo resulta alterado por un proceso morboso que es patognomónico para esta forma, la disociación psíquica. El trastorno consiste en una distractibilidad aumentada, en una disgregación de las conexiones intrínsecas existentes entre las diversas representaciones, y un imprevista interpolación de fragmentos del pensamiento en el curso ideativo.

Esta disociación del pensamiento se manifiesta tanto en los discursos como en los escritos de los enfermos. Reportamos aquí, como muestra, la carta de un hebefrénico a su familia, el contenido se resume en última instancia al simple deseo del enfermo de volver a su hogar.

"Me siento obligado a escribirles por última vez esta breve carta. Con el objeto de conveniencia y de una digna conclusión me dirijo a ustedes con la querida prédica de ayudarme a irme cuanto antes de este sitio indigno. Mis tareas me obligan a justificar con máxima exactitud la pureza y perfección de mi estilo. Siento latir la sangre caliente en mis venas, todos los nervios y todos los tendones tienden a desvincularse de los tentáculos. Está en mí el vencer todas las pulsaciones que nacen en mi cerebro Y me es tácito el justificar la situación según ciencia y conciencia, declarándoles con palabras consoladoras

ser yo una criatura inatacable sepultada en este pantano. Mi Cielo me ha prometido hacerme llegar en altísima medida la fuerza para someter ahora del Omnipotente y de Sus Tropas Angélicas por negar el apetito a esta vida terrestre infernal. Esta negación es para mí un gran secreto que se encubre en los extremos del Médico Sanitario no sólo Clínico ayudante. He desistido por esto de interrogarlo sobre el argumento del alta. La dirección de este alto Instituto les dará un parecer.

Paolo vuestro afectuosísimo"⁽⁵⁾

El poder crítico va disminuyendo gradualmente. A veces se forman ideas delirantes descoloridas y fugaces, de contenido oscuro y extravagante, que muchas veces no están acompañadas por el tono afectivo que corresponde. En esta disociación entre las representaciones y el tono afectivo se revela un progresivo embotamiento del sentir y de la vida afectiva en general, que desemboca en un estado de desafectividad hacia la familia, en una apatía completa y en una disminución de la moralidad y de la sensibilidad estética. En muchos casos, además de las reacciones afectivas escasas en relación a las representaciones y a los hechos vividos, se observan aquellas que no están en absoluto en consonancia con las circunstancias externas; por ejemplo, los enfermos se echan a reír alegremente por motivos que debieran dar tristeza. Pero es

5 *"Io mi sento obbligato a scrivervi per un'ultim volta questa breve letrera. A fin de bene e di una digna conclusione mi rivolgo a voi colla preghiera charrisima di aiutarmi ad andarmene quanto prima da questo brutto sito. Le mie faccende me costringono a giustificare con máxima esatezza la purezza e perfezione del mio stile. Mi sento pulsare il sangue caldo nelle mie vene, tutti i nervi e tutti i tendini tendono a svincolarsi dai tentacoli. Sta in me di vincere tutte le pulsazioni che nascono dal mio cervello E mi è tacito di giustificare la situazione secondo scienza e coscienza, dichiarandovi con parole consolanti essere io una criatura inatacabile sepulta in questa palude. Il Cielo mio m'ha promesso di farmi pervenire in altissima misura la forza doma ormai dell'Onnipotente e delle Angeliche Sue Schiere per negare l'appetito a questa vita infernale terrestre. Ciò nullameno è per me un gran segreto quel che si cela negli estremi del Medico Sanitario nonché Clínico Aiutante. Ho abbandonato perciò ad interrogarlo su questo argomento delle dimisión. La direzione di questo alto Istituto vi dara un parere.*

Paolo vostro affezionatissimo"

verdad que, a veces, se trata de una simple reacción mímica inadecuada de carácter automático. El humor de estos enfermos es lábil. Sin ningún motivo, o por motivos que no lo justifican, los pacientes pueden pasar en brevísimo tiempo de la más desenfadada alegría a la más profunda depresión y viceversa. Un estado de exaltación alegre, al cual se agregan los signos del deterioro intelectual y las actitudes particulares de la psique puberal forman, unidas, aquellos cuadros de fatuidad y de insulsa necesidad que son tan característicos de la demencia precoz.

En cuanto a la evolución de la hebefrenia, no pocas de estas formas, y especialmente aquellas que se desarrollan sin signos aparentes de alienación mental, son subestimadas por la familia, por los educadores e incluso por los médicos; o, por lo menos, juzgadas por mucho tiempo erróneamente. En consecuencia son necesarias "correcciones" que no son en absoluto oportunas. Raramente y en determinadas ocasiones se pueden observar estas formas iniciales o frustradas en el manicomio.

Generalmente el inicio de la enfermedad evoluciona lentamente, de modo solapado. Puede darse, por ejemplo, que un joven inteligente y dotado de bellas posibilidades de desarrollo comience a perder su impulso y que se manifiesten en él los signos de una detención de la evolución psíquica, continuando bien rápido un evidente decaimiento intelectual, que las personas cercanas suelen atribuir a poca voluntad, a holgazanería, a descarrilamientos de otro género o a causa orgánica (en los varones se imputa al onanismo excesivo y prolongado, en las jóvenes se culpa a los procesos fisiológicos de la pubertad). Si un paciente es observado por alguien competente, éste notará que la insuficiencia mental se va delineando por el concurso de toda una serie de disturbios psíquicos, por ejemplo, el agotamien-

to fácil y la distractibilidad, una incapacidad para concentrarse en sus pensamientos, falta de iniciativa y de firmeza, el debilitamiento de las facultades críticas, en fin, un debilitamiento de los sentimientos más elevados. En muchos casos los enfermos tienen, por un tiempo, la viva conciencia de la incapacidad intelectual que se está por instaurar en ellos. Esta sensación de la propia insuficiencia es sostenida por varios síntomas subjetivos como por ejemplo la cefalea, resplandores delante de los ojos, sensaciones vertiginosas y de vacuidad interna, y una intensa depresión psíquica que deriva de estos. En otros casos la perturbación va emparentada desde el principio a un estado de indiferencia obtusa, por el cual el sujeto se vuelve refractario a cualquier reproche. Las reprimendas vienen más bien recibidas con la máxima despreocupación, o bien les oponen excusas fútiles o una resistencia indolente. Los trabajos son usualmente comenzados pero no son terminados. Los enfermos son capaces de estar sentados por horas con la pluma en la mano sin decidirse a escribir una línea. Otras veces descuidan hasta las cosas más elementales y omiten vestirse, lavarse, etcétera.

La causa de este estado mental se busca no raramente en las circunstancias externas, o se atribuye a escasa aptitud para la profesión elegida. Entonces se intenta un cambio, se realizan experimentos y pruebas diversas en varias direcciones, las cuales terminan en fracaso, hasta que la familia logra comprender que todas estas desdichas encuentran sus motivos en una anomalía mental del sujeto.

En otro grupo de casos el empobrecimiento mental lento y progresivo se desarrolla con manifestaciones externas más vivaces. Esto sucede especialmente en aquellos casos en los que subsisten una excitabilidad e inquietud aumentadas, por lo que los pacientes se sien-

ten empujados al abuso de alcohol, a las risas y a los conflictos en los lugares públicos, a hacer gastos insensatos, a todo tipo de excesos, de bribonadas y de extravagancias, etcétera.

Uno de mis enfermos, por ejemplo, depositaba una corona sobre la tumba de los Caídos de las jornadas de Marzo, no más de media hora después de tener relaciones sexuales en una casa de tolerancia con la vieja portera del lugar. Poco más tarde pedía a su padre, por medio de una postal, la liquidación completa de la herencia correspondiente por parte materna. Se informó después cuánto tiempo sería menester para convertirse en un "hombre célebre" y se puso inmediatamente al trabajo, comenzando a estudiar de memoria textos de libretos de ópera. Naturalmente terminó su brillante carrera en el manicomio.

Aunque, por fin, en aquellos casos en los cuales la enfermedad no llega con un conflicto clamoroso, la inquietud interna sí revela la inestabilidad interna de su vida, el cambio frecuente de hogar, de ocupación, de profesión, etcétera.

Los enfermos muestran una preferencia especial por las "Bellas Cartas". Los escritos negligentes que estos producen, pone de relevancia con particular evidencia una muy notable característica de la hebefrenia: la falta de conexión interna, la manía de despertar impresiones con el uso de frases enfáticas y recargadas, la escasa facultad de juicio. Como

ejemplo, reportamos aquí un fragmento de la "filosofía original" de un sujeto hebefrénico agitado:

"El mundo y el yo completamos un cambio, formamos parte de un único Ser, fui hecho para un solo fin, y formé el hombre. No se puede concebir el mundo sin el hombre. No se puede concebir al hombre sin el mundo, y no ha de ser el mundo sin el hombre. El hombre no ha nacido para el mundo, mas el mundo ha sido creado para el hombre. Sin el hombre el mundo no tendría algunos sentidos. Todo el suyo se clava completamente en la aparecida del hombre. El hombre constituye la verdad de significado de la tierra. El reconoce que la madre tierra tiene un alcance, que se reanuda en las palabras: "formo el hombre". El mundo es una cosa inofensiva (hablo siempre de el material), niebla y parecido impostor, el hombre pero, es la moneda, el que da su valor y el significado, el da eso, que constituye para él. El Ser que viene del Cielo, busca a la Humildad en la Tierra. El Humilde, el soltando, adquiere a la Virtud. Él es libre de egoísmo, de soberbia y vanidad y de esta ignorancia prepotente que se dice: yo su yo. El se reconoce para un hombre Dios Gracia, se clava misión del perfecto entre el Divino y Humano"⁽⁶⁾, y continúa con cosas por el estilo.

Luego, cuando a estos enfermos se les concede hablar, desarrollando este u otro género, aparece evidente el sentimiento aumen-

⁶ *"Il mondo e l'io si completano a vicenda, fanno parte di unico Essere, sono i meci per un solo fine, e formano l'uomo. Non si può concepire l'uomo senza. L'uomo non è nato per il mondo. Ma il mondo è creato per l'uomo. Senza l'uomo il mondo non avrebbe alcun senso. Esso ebbe il suo completamente colla comparsa dell'uomo. L'uomo costituiste il vero significato Della terra. Ei riconosce che la madre-terra ha uno scopo, che si riassume nelle parole: "io formo l'uomo". Il mondo è una cosa inocua (parlo sempre di quello materiale), nebbia e parvenza ingannatrice, l'uomo però, che lo valuta, gli dà il suo valore e significato, gli dà quello, che esso costituiste per lui. L'Essere che viene dal Cielo, cerca Umiltà in Terra. L'Umile, soltanto, acquista Virtù. Egli è libero da egoismo, superbia e da vanità e da quella ignoranza prepotent che si dice: io sono io. Ei si riconosce per un uomo Deo Grazia colla missione del perfetto connubio fra il Divino e l'Umano".*

tado de la propia personalidad, su actitud complaciente y teatral, el modo de hablar afectado y patético, acentuado por una sonrisa de superioridad, que es obsequiada al interlocutor.

Otro grupo de formas hebefrénicas viene representado por casos en los cuales la decadencia del intelecto se acompaña de un estado depresivo que posee un colorido principalmente hipocondríaco. El onanismo es una de las ideas hipocondríacas que ocupa los puestos principales en la imaginación de estos enfermos, sea que ellos se abandonen realmente a tales excesos, sea que estos excesos existan solamente en la mente enferma.

La mayor parte de estos individuos realizan los conocidos opúsculos (pequeñas descripciones escritas) con quejas de las consecuencias funestas del onanismo siendo muy sugestionables de los síntomas descritos allí. He visto repetidas veces sujetos hebefrénicos del grupo hipocondríaco que se presentaban acusando una tendencia morbosa de índole homosexual, tendencia que luego de un examen atento, resulto ser falsa.

Otros acusan extrañas sensaciones orgánicas: solo duermen a "medias" o por "autosugestión del hueso sacro", tienen "una sensación panteística en torno al corazón", sufren de "asma derivada del occipital". Las empujadas de los dientes se vuelven "magnéticas", dificultando la apertura de la boca - y otras extrañezas del género.- En otros hebefrénicos es digno de notar, además la poca consistencia de sus descripciones, que se limitan a reiterarse varias veces sobre pocos puntos, mantenidas con tenaz resistencia. Suelen hablar de "debilidad", de "sangre podrida", de "nervios destruidos" y de otros disturbios similares, mas no se puede inducir una descripción de qué es lo que realmente sienten o padecen. Muchos sí, se ponen a escribir pro-

lijas e inconclusas elucubraciones teóricas, en las cuales se reproduce una confusión de cosas leídas y mal entendidas, enlazadas con cualquier nexo mezquino de índole personal.

Pero por poca sea la consistencia que ellos tengan, respecto a sus relatos, de perturbaciones, sin embargo, las ideas hipocondríacas adquieren -seguido del hundimiento general de la facultad volitiva- una influencia enorme sobre su actuar, y lo que pueden ofrecer, por ejemplo el pretexto de necesitar confinamiento en la cama, que puede durar meses e incluso años. Puedo citar la oportunidad que tuve de visitar un estudiante hebefrénico, que había pasado durante más de cinco semestres la mayoría de su tiempo en la cama, para reparar la consecuencia de una... ¡"excesiva fatiga"! De las formas que se manifiestan con ideas delirantes hipocondríacas muy complejas, nos queda todavía por hablar el capítulo de la demencia paranoide. Muchos de estos casos, que se pueden observar incluso en la práctica ambulatoria -y entre los que son frecuentes, relativamente, los estudiantes- pasan bajo el diagnóstico de neurastenia y vienen con tratamientos ¡hidroterápicos y eléctricos!

No faltan en estos cuadros las ideas obsesivas de contenido monótono, y en menor frecuencia los síndromes histeriformes.

Más, si bien, las formas simples hasta ahora descritas tienen en general un desarrollo lento, ni siquiera en estas se puede afirmar que el curso del fenómeno evolucionará siempre de forma suave y uniforme.

Si bien puede haber remisiones y agudizaciones morbosas accesorias, no influyen en la detención o avance del desarrollo de la enfermedad, y no es posible con los métodos actuales de diagnóstico encontrar algún signo seguro que nos brinde un indicio de cómo será la evolución ulterior del mal. Al inicio del proceso no se podrá establecer de manera con-

fiable (probabilísticamente hablando) un pronóstico, siendo difícil establecer si la afección progresará hasta un grado avanzado de demencia, o si puede esperarse tan solo una modesta disminución de la eficiencia psíquica. Existen, indudablemente, casos excepcionales, en los cuales el médico permanece sorprendido por la desaparición completa de todas las manifestaciones morbosas, exceptuando alguna extrañeza psíquica que existiera previamente a la aparición del episodio hebefrénico.

A los casos hasta aquí descritos, los cuales se encuentran en el extremo en donde el curso es relativamente simple, contrapongo otros, los cuales, -sin prejuicio de la línea psicológica fundamental, la cuál continúa siendo la misma- un desarrollo muy amplio de los estados episódicos y de la aparición de disturbios mentales múltiples y complejos. La variabilidad e inconstancia de los cuadros vuelve superfluas y arbitrarias cada subdivisión en formas fijas individuales. En estos casos muy complejos falta a menudo el comienzo lento y subclínico; por el contrario irrumpe en escena bruscamente, en forma tumultuosa, con el cuadro sintomático de una psicosis, que tiene a veces como causa detonante un evento particular, por ejemplo, un examen, una operación, el compromiso de boda, etcétera. Al lado de una fuerte depresión o de una agitación con insomnio, de estados ansiosos, de ideas de culpa, de tendencias suicidas, aparecen alucinaciones que se extienden a todos los campos sensoriales y que pueden tener un contenido terrorífico y ofensivo, o por el contrario agradable y placentero. En general los disturbios psicosensoresiales de mayor prevalencia que ellos tienen se encuentran en la esfera táctil (la sensación de sentir descargas eléctricas, de mantener relaciones sexuales, etcétera) o de la esfera gustativa (venenos).

Paralelamente a estas alucinaciones e ilusiones -y correspondientes a estos fenómenos por su contenido y colorido- se desarrollan de las ideas delirantes, entre las cuales se encuentran representadas toda la variedad clínica hasta aquí descrita. En los enfermos de sexo masculino en los que prevalecen las representaciones delirantes hipocondríacas, estas revelan el final del comienzo del estado de debilidad mental. De este modo puede desarrollarse el cuadro en el que aparece la paranoia hipocondríaca: el cuerpo va descomponiéndose en su interior, los parásitos hicieron su nido en el cerebro, el intestino y el hígado van disolviéndose, la comida cae en una gran cavidad, el tufo cadavérico y los bacilos que derivan del proceso de putrefacción apestan el ambiente, lo únicamente oportuno sería eliminar aquel ser abyecto, culpable él de todos sus males, que derivan de la blenorragia o el onanismo. Estos enfermos son peligrosísimos para sí mismos, tienden a las automutilaciones y al suicidio y con frecuencia son citóforos. Es extraño el escaso colorido afectivo con que los enfermos cuentan todas estas alteraciones horribles e inauditas y como se deslucen con rapidez el cuadro delirante hipocondríaco, dejando como residuo permanente un estado de defecto mental.

En las formas hipocondríacas de la hebefrenia, como también en los estados más complejos que pueda tener esta afección, es necesario no dejarse engañar por el comportamiento al parecer apático e indiferente del enfermo: el estado de apatía puede ser interrumpido repentinamente por episodios de ansiedad y de excitación o de estados confusionales con enturbiamiento de la conciencia, durante los cuales no son raros los actos impulsivos y violentos.

Además de los cuadros hipocondríacos existen también formas que se asemejan, por

ejemplo, a un estado de exaltación maniaco o a un amencia. Otras veces se observa el desarrollo de ideas delirantes de grandeza. No obstante en la mayoría de estos cuadros se superponen a las perturbaciones esquizofrénicas fundamentales, y es fácil observar, con un examen atento, las características de la enfermedad originaria.

Incluso en los estados demenciales momentáneamente estabilizados, la particularidad psicológica mencionada anteriormente, nos permite reconocer el origen del defecto mental. A veces el enfermo mantiene durante toda su existencia una misma pedertería obstinada, que lo preserva, hasta cierto punto al menos, de una degradación que deriva de la grave debilidad de juicio por la cuál se encuentra afectado.

Anexamos lo escrito por una maestra, inteligente y muy culta, enferma por 19 años, pocos meses después de su matrimonio. La carta va dirigida a su marido:

"Los traseros tararean constantemente a mi alrededor, mientras que las moscas lo hacen en su compañía.

Es una existencia monótona la que usted lleva aquí, que habría creído que tuve que ser compartida de usted con entusiasmo en el Tabernáculo que sería el Nicho asignado a nosotros con el lugar igual; el

movimiento del por eso santo del mismísimo monumental, el santo de los santos, usted y el suyo monumentales habría podido ser también encontrar sentido del matrimonio el antipodal reflejo universal; el camino universal del antipodal, igual reflejado...Pero usted huya, huya siempre, huya, y hacia qué objetivo no se le sabe...no sea que mi presencia tiene a las plagas, en la marca de la esclava esta la de la matrona, ni puedo volver aún a estar con ustedes ni patrón y esclavo juntos. Pasarán otras horas que no cuentan e ignotas, mientras que llega para el éter, a que diferentemente le observo, la sonrisa enigmática de Gino D'Alba, ni puedo ahora pronosticar el vuestro futuro. Este que importa es dejar cada uno a su Fe, a su Culto y nosotros (que ahora que muchos años pasaron de forma emocionante e imprevisible) recobramos repito el lugar contrastado de insuficientes antepasados para los contemporáneos y los futuros, la posición nuestra también contrastada de antepasados de la misma familia no proporcionan a la contemporánea y póstuma Mujer, a la madre, a la sucesora (¿abuela?) Teresa Rivelli⁽⁷⁾.

Los síntomas somáticos de la hebefrenia no tienen una característica suya propia. El

⁷ "Itafani mi ronzano insistentemente intorno, mentre le mosche sarrano in vostra compagnia.

È un'esistenza monotoma che qui conducete che io avrei creduto dovesse essere condivisa da voi con entusiasmo nel Tabernacolo che sarebbe statu assegnato con la Nicchia pari; sicchè muovendosi i medesimi Santi Monumentali, le Santi Monumentali istesse, avreste potuto trovar pur voi e le vostri consorte il sentiero universale antipodiale riflesso; la strada universale antipodale, riflessa pari.... Ma voi fuggite, fuggite, fuggite sempre, e verso quale meta non si va...Non vi alletta la mia presenza per questa plaghe, nè quella Della matrona, nè io posso tornar ancora ad essere con voi e patrono e schiavo insieme. Passerano altre ore non contate ed ignote, mentre giungeper l'etere, a voi altrimenti noto, il sorriso enigmatico di Gino D'Alba; nè posso ora pronosticare il futuro vostro. Quel che importa è di lasciar ciascuno alla propria FEDE, ognuna al proprio Culto e noi ripigliare (che ormai più di undici anni sono passati per Vicente emozionati ed imprevedute) ripigliare ripeto il posto contrastato da antenati insufficienti per i contemporanei e i futuri, la posizione nostra pure contrastata da antenate Della medesima specie non proporcionate alle contemporanee e postume Moglie, mamma, suocera (nonna?) Teresa Rivelli".

sueño a menudo se perturba, el peso del cuerpo se encuentra sometido a fuertes oscilaciones, que se manifiestan secundariamente a la alternancia de los estados psíquicos. Una serie de casos revela anomalías en la secreción del sudor, a la cual acompaña a menudo una alteración del olor del cuerpo. A veces se observa hiperfunción de las glándulas sebáceas con lo que se desarrollan erupciones cutáneas acneiformes. Las menstruaciones se hacen irregulares o cesan. En algunos casos se pueden observar temblores y contracciones fibrilares. No es raro aumentada excitabilidad mecánica de los troncos nerviosos. De algunas perturbaciones particulares de las reacciones pupilares, no características de la hebefrenia en particular, sino de todas las formas de demencia precoz en general, se explicarán en el capítulo sobre catatonía. Por lo que se refiere al diagnóstico, las formas simples de hebefrenia en la práctica no se reconocen por largo tiempo y escapan a veces enteramente de la observación. Dada la gran variedad de cuadros y decursos que puede tener, hay que pensar en la posibilidad de un proceso esquizofrénico en todos los casos en los cuales se manifiestan perturbaciones psíquicas y nerviosas, aunque sea ligero, durante el tiempo puberal y en los años que suceden. Esto vale sobre todo para la neurastenia y para los estados hipocondríacos neuroasteniiformes. El diagnóstico pondrá acento sobre los principales síntomas psíquicos arriba descritos, que se precipitan en un decaimiento de la inteligencia, la abolición de toda iniciativa, el hundimiento de los sentimientos más elevados. Se añaden a continuación las características psicológicas que son particulares de la edad puberal, mientras que la lucidez permanece generalmente conservada y la memoria no sufre de graves alteraciones. Para la delimitación del cuadro frente a la

neurastenia, por otro lado, lo que importa es la falta de una verdadera causa que explique el agotamiento nervioso y la obstinada persistencia de las perturbaciones, que siguen siendo refractarias a los cuidados más racionales.

En el diagnóstico diferencial ante las fases iniciales de las formas depresivas de las psicosis circulares debe darse el máximo de relieve al hecho de la incongruencia en hebefrenia, del estado afectivo de las representaciones que acompañan. En cuanto a la catatonía, una delimitación neta entre las dos formas es a veces arbitraria, puesto que, como ya se dijo, en un mismo individuo los síntomas hebefrénicos pueden superponerse a los catatónicos.

El pronóstico es desfavorable en la mayoría de los casos. Kraepelin encuentra, sobre la base de su compilación estadística, que de los casos acogidos en los asilos, el 75% presentan una evolución a grave demencia, mientras que en el 17% se tienen una decadencia psíquica más ligera y en un 8% solamente, curación. Es necesario, sin embargo, no olvidar que en un número bastante considerable de casos más ligeros los pacientes no vienen en general recuperados al Manicomio, de modo que, en la práctica, el número de los casos que evolucionaron en un grado ligero de debilidad mental, o de aquéllos "recuperados", es ciertamente mayor. Naturalmente, en caso de declarar curado a un individuo, se deberá tener en cuenta la posibilidad de recaída, que puede aparecer hasta después de varios años de aparente curación.

Del lado forense se deberá evaluar en primer lugar el grado de debilidad mental, evitando dejarse inducir en error por la presencia de un patrimonio mnemónico que puede ser incluso discreto. Es necesario ser prudentes en admitir una responsabilidad penal in-

cluso en casos en los que la facultad de juicio parece solo un poco debilitada. La naturaleza de la afección hebefrénica es tal, por las disociaciones psíquicas sorprendentes que se pueden tener en ella, que se justifica a falta de otro diagnóstico comprobado la aplicación del artículo 46 del C.P.

Para la evaluación civil no pueden establecerse normas generales.

Interesa especialmente la presentación de formas hebefrénicas en relación con el servicio militar. La edad en la cual los jóvenes son subordinados a las obligaciones militares es propensa al desarrollo de la hebefrenia. De hecho, una parte no tan pequeña entre los reclutas que son poco educables e indisciplinables (un número no desdeñable de los que desobedecen, son malignos, simuladores, desertores), deberían considerarse para un examen más atento, debido a que pueden padecer hebefrenia. Del estado mental de estos individuos no se tiene siempre la debida cuenta en los procedimientos disciplinarios y penales.

De una cura verdadera y propia de la hebefrenia no tiene por caso hablar, siendo por ahora desconocidos las causas de la afección. La cuestión principal que se impone al médico está en la necesidad al menos de hacer recobrar al enfermo en un establecimiento. En los casos simples, en los cuales los pacientes no tengan manifestaciones tumultuosas, la posibilidad de obtener para el paciente otro modo de descanso, cuyo cerebro enfermo añora, y que no sea la hospitalización en el Asilo, puede ser una opción. Para lograr mayor alcance, el médico debe influir en primer lugar en sobre el familiares, para inducirlos a desistir de intentos pedagógicos varios, todos los cuales son inconvenientes e incluso

crueles. Debe explicárseles que aquí no se trata de mala voluntad, de indolencia, de depravación moral, sino de una verdadera enfermedad, por la cual el paciente no es responsable y sobre la que voluntad no está en condiciones de influir. Después de haber conseguido este primer objetivo, se deberá aconsejar descanso y el completo cuidado, con trabajos diarios, la compañía permanente, que coloca al enfermo en condiciones higiénicas favorables, buena nutrición y un tratamiento hidroterápico en grado ligero. Bajo la acción de estos factores curativos podremos alcanzar la mejoría del caso de la cual es quizá aún susceptible.

En los casos, en los cuales se llega a detener el proceso, o en las curaciones con defecto, es preciso encontrar para el enfermo un campo de actividad que corresponde a su disminuida eficacia de trabajo, para la cual pueda volverse útil un empleo manual o incluso algún modesto trabajo mental, guiado por otra persona.

Como la experiencia diaria nos enseña, es una cosa muy dolorosa para los padres deber renunciar a los ambiciosos planes para ellos (los enfermos, sus hijos) concebidos, me refiero al futuro ahora interrumpido por la enfermedad sobrevenida: es por esto que el médico actúa en interés de su joven paciente, cuando para él es conveniente reducir a un nivel más modesto las exigencias de los padres.

Agradecemos al Dr. Darío Rojas por su colaboración invaluable, por sus consejos y su paciencia, al Dr. Mariano Outes por su generosidad humana y científica, a la Dra. Mabel Morales por su espíritu docente.

Bibliografía

- Binswanger O, Trattato di Psichiatria, Milan, Casa Editrice Dottor Francesco Vallardi, 1928.
- Wernicke K, Tratado de Psiquiatría, Buenos Aires, Ed. Polemos, 1996.
- Cutting J, Shepherd M, The clinical roots of the schizophrenia concept. Translations of seminal european contributions on schizophrenia, Cambridge, Cambridge University Press, 1987.
- Dening R, Dening T, Dening, Berrios G, The significance of symptom complexes in psychiatry. Introduction, History of Psychiatry, Sep 1991; vol. 2: pp. 329 - 333.
- Hoche A, Die Bedeutung der Symptomenkomplexe in der Psychiatrie (The significance of symptom complexes in psychiatry), History of Psychiatry, Sep 1991; vol. 2: pp. 334 - 343.



El complementario y su psicópata,

Hugo Marietan, Editorial Ananké, junio de 2008

ISBN 978-987-1510-01-6

Estudio de casos sobre personas que padecen a los psicópatas cotidianos.

Técnicas de asistencia para terapeutas que atiendan parejas, padres, hijos y subordinados de psicópatas. ¿Cómo identificar a un psicópata, cómo diferenciarlo de un neurótico? ¿Cómo diferenciar a una complementaria de una mujer desechada?

Dijo Juan Carlos Goldar: «El doctor Hugo Marietan tiene, para estas cuestiones, un talento envidiable. He vivido más de cuarenta años entre psiquiatras, y no he conocido a nadie tan sagaz para penetrar en las relaciones del psicópata. “El complementario y su psicópata” es la obra de un experto».

Distribuidora Editorial Atlante Argentina SRL Junín 827 1113 Buenos Aires, 4961 6506, 4963 7141 mail atlante@ar.inter.net y editorial.ananke@gmail.com. También en <http://www.libreriapaidos.com> y Librería Salerno