

Las fases iniciales de la psicosis. ¿Se han olvidado de Klaus Conrad?

The early phases of psychosis. Has Klaus Conrad been forgotten?

PEDRO A. MARINA GONZÁLEZ

Psiquiatra. Centro de Salud Mental de la Eria, Oviedo, España.

Correspondencia: pedro.marina.gonzalez@gmail.com

Recibido: 09/11/2022; aceptado con modificaciones: 06/03/2023

Los contenidos de este artículo están bajo una Licencia Creative Commons CC BY-NC-SA 4.0 (Atribución-No Comercial-Compartir igual).



Resumen: Las primeras fases de la psicosis han sido objeto de atención psicopatológica, con especial empuje a partir de las aportaciones de Jaspers y su escuela. Tradicionalmente, se sabe que la evaluación de estas fases requiere de una exploración clínica atenta y cuidadosa. Sin embargo, a principios de este siglo una corriente de entusiasmo biomédico llevó al convencimiento de que era posible identificar a las personas en riesgo de psicosis mediante biomarcadores. De esta forma se podrían aplicar medidas preventivas para evitar su progresión. Los programas de fases iniciales o de primeros episodios se extendieron profusamente. Los promotores de estos programas hicieron tabla rasa del saber psicopatológico previo y buscaron en un espacio natural donde no encontraron nada. Las claves para entender la psicosis están en la vivencia, no en los biomarcadores. Klaus Conrad hizo aportaciones indispensables para identificar y describir los fenómenos vivenciales que aparecen en las primeras etapas de la psicosis. A pesar del tiempo transcurrido desde

entonces y de los hallazgos neurocientíficos, conservan vigencia y actualidad.

Palabras clave: psicosis, primeros episodios, fenomenología, experiencia en primera persona.

Abstract: The first phases of psychosis have been the object of psychopathological attention, with special emphasis from the contributions of Jaspers and his school on. It is traditionally known that the evaluation of these phases requires an attentive and careful clinical examination. However, at the beginning of this century a current of biomedical enthusiasm led to the conviction that it was possible to identify people at risk of psychosis by means of biomarkers. In this way, preventive measures could be applied in order to avoid progression. Early-stage or first-episode programs spread widely. The promoters of these programs made a clean slate of previous psychopathological knowledge and searched in a natural space in which they found nothing. The keys to understanding psychosis are in the experience, not in biomarkers. Klaus Conrad made essential contributions to identify and describe the experiential phenomena that appear in the early stages of psychosis. Despite the time that has passed and neuroscientific contributions, they remain valid and up-to-date.

Key words: psychosis, first episodes, phenomenology, first person account.

INTRODUCCIÓN

DICEN QUIENES ESTUVIERON en la 3rd International Early Psychosis Conference, celebrada en septiembre de 2002 en Copenhague, que la International Early Psychosis Association (IEPA) reunió a su elenco de expertos con la certidumbre de que en los años siguientes sería posible modificar el curso natural evolutivo de las psicosis. El objetivo era reducir el tiempo de psicosis no tratada (DUP por sus siglas en inglés: *Duration of Untreated Psychosis*) mediante programas que se extendieran por todo el mundo para acortar dicho tiempo y sus efectos deletéreos, neurodegenerativos y neurotóxicos sobre el cerebro. De este modo, el pronóstico de las personas con psicosis mejoraría radicalmente en los aspectos clínico-psicopatológicos y funcionales. Imperaba el optimismo y abundaba el dinero¹.

A partir de ese momento se desarrolló una extraordinaria labor en programas y actividades preventivas y asistenciales, origen y apoyo de numerosos proyectos de investigación, en los que participan profesionales de la salud mental, del ámbito de la educación, agentes sociales, medios de comunicación, educadores, asociaciones de madres y padres, y, por supuesto, personas con signos premórbidos, prodrómicos o con primeros síntomas psicóticos. También la industria farmacéutica. Su éxito es

tal que apenas queda estrategia o plan de salud mental que no incluya un programa de fases iniciales o al menos de primeros episodios psicóticos, principalmente en los países desarrollados.

LAS FASES INICIALES DE LA PSICOSIS EN CLAVE BIOMÉDICA

Los principales objetivos de los referidos programas y actividades destinados a la detección y el tratamiento precoz de la psicosis son: reducir o prevenir la progresión o empeoramiento de los síntomas y/o del síndrome subyacente, así como de la neuropatología y de los cambios neurobiológicos asociados; reducir o prevenir la morbilidad psiquiátrica secundaria (depresión, ansiedad, suicidio, uso de sustancias); reducir o prevenir el deterioro funcional; reducir o prevenir el estrés y trauma asociado a medidas de tratamiento involuntario; reducir el estigma; minimizar el impacto en procesos normales de desarrollo y disminuir los costes personales, familiares y sociales de la enfermedad².

El procedimiento consistiría en identificar a todas las personas en “riesgo” de presentar una psicosis, clasificarlas según un estadio en relación con dicho riesgo y aplicar las medidas preventivas y/o terapéuticas oportunas para evitar la progresión hacia un estadio más avanzado.

El estadiaje iría desde un estadio 0, para aquellos con un supuesto incremento estadístico del riesgo de padecer una psicosis, donde estarían familiares de primer grado de personas diagnosticadas de psicosis, a otro, cuya expresión numérica varía según los programas, para quienes han presentado un primer episodio psicótico clínicamente establecido.

Las medidas a aplicar según el estadio serían: psicoeducativas, tanto para el implicado como para la familia, entrenamiento en habilidades cognitivas, prevención o reducción del consumo de sustancias, terapia cognitivo-conductual, estrategias de rehabilitación funcional y tratamientos psicofarmacológicos.

Los promotores de esta propuesta radicalmente biomédica, que considera la psicosis como una enfermedad natural, igual que la diabetes o la artritis, se basan en una serie de consideraciones que no han podido ser ratificadas. Entre ellas, la existencia de biomarcadores precoces para cada estadio de los trastornos psicóticos: neuroimagen, neurocognición, electrofisiología, citoquinas, endofenotipos, etcétera. O que a través de ensayos clínicos se podrían perfilar los tratamientos psicológicos, farmacológicos o combinados más adecuados y eficaces para cada grupo particular de riesgo³.

Así pues, toda la compleja y elaborada estructura preventiva y asistencial de las fases iniciales de la psicosis está construida sobre unos presupuestos inconsistentes e inestables, de modo que: no hay instrumentos fiables para evaluar y detectar los

estadios prodrómicos de la psicosis, tampoco se sabe el tiempo que se han de aplicar las medidas preventivas en cada persona adscrita a un estadio y, lo que es más importante, dada la amplia variabilidad casuística, al no contar con criterios de selección inequívocos, no hay ninguna certeza respecto a que las personas seleccionadas vayan a desarrollar ineludiblemente una psicosis y tampoco que las intervenciones frenen la transición a psicosis en individuos vulnerables³. Sin olvidar las dudas éticas que implica intervenir sobre personas, muchas de ellas menores de edad, sin un diagnóstico, basándose en la sospecha de una potencial evolución a una psicosis, con todo el impacto sobre la autoestima y el estigma.

Por otra parte, las principales bondades reconocidas a estos programas nada tienen que ver con los efectos preventivos sobre el supuesto daño cerebral. Las personas incluidas en ellos valoran el apoyo personalizado que proporcionan para los desafíos cotidianos: relaciones sociales, empleo, vivienda, etc., agradecen, en el caso de los jóvenes, que estén ubicados fuera de las instituciones psiquiátricas “convencionales” y destacan la alta calidad en las relaciones con el equipo asistencial (disponibilidad del personal y continuidad de la relación) como clave en el proceso de recuperación⁴⁻⁶.

Nos encontramos, pues, una vez más en psiquiatría, con la reiterada tendencia a hacer como quien habiendo perdido las llaves en una calle mal iluminada las busca exclusivamente en el espacio alumbrado por una farola, dando interminables vueltas sin hallarlas. Indaga donde hay luz, pero ahí no está lo que busca.

MÁS ALLÁ DEL MÉTODO CIENTÍFICO: OTRAS CLAVES PARA ENTENDER Y ESTUDIAR LA PSICOSIS

Buscar donde hay luz es una constante en la corriente principal de la psiquiatría y el método científico-natural como fuente de explicación de las psicosis. A pesar de que este método ha tenido un enorme desarrollo en este siglo gracias a la genética y las neurociencias, los importantes y numerosos estudios realizados no han podido establecer ninguna relación directa entre genes, estructura o función del SNC y psicosis no orgánica^{7, 8}.

No obstante, no se cesa en el empeño. Continúa habiendo propuestas y teorías que intentan reunir datos acerca de la relación entre funciones mentales, neurofisiopatología y trastornos. Lo cierto es que, una vez aceptados los presupuestos, la ciencia trabaja denodada y empecinadamente para encontrar el defecto, con la convicción obstinada de que ahí está, aunque se resista a dar la cara. Es cuestión de tiempo y de recursos acabar dando con él. Pero nadie sabe cuánto tiempo, ni cuántos recursos habrá que emplear.

Pero, en paralelo a la corriente principal, esencialmente biomédica, existen otras que recogen la tradición clínica y fenomenológica en psiquiatría y estudian el proble-

ma desde otra perspectiva. Acercarse a estas corrientes permite, por un lado, poner en suspenso la obstinación investigadora, desprenderse de la tela de datos (la sobreabundancia de datos no es sinónimo de conocimiento) y plantear el tema desde un lugar diferente, salir del terreno de la prueba, que no conduce a ningún sitio, y entrar en el del argumento. Y, por otro, recuperar toda la experiencia y conocimiento acumulado por los grandes psicopatólogos que han hecho a lo largo de los años contribuciones de absoluta vigencia para la comprensión de las psicosis. No en vano, como propuso von Feuchtersleben en 1847: solo a las ciencias empíricas se les debía permitir descartar el pasado como una mera historia de errores. Para las otras ciencias (entre las que se incluye la psiquiatría), “la historia de una ciencia es realmente la ciencia en sí” (citado por Berrios y Porter⁹).

Los modelos biomédicos imperantes para la explicación de los trastornos mentales, con todo su poder e influencia, dan por sentado, aunque no siempre se explicita, que la esencia de lo psíquico, o al menos de la alteración psíquica, es biológica. Sin embargo, ninguna de las teorías de la mente basadas en esta premisa, los monismos materialistas o reduccionistas, ni tampoco las funcionalistas, han podido demostrar tal hipótesis¹⁰. No obstante, la psiquiatría naturalista hace caso omiso de este hecho y mantiene su empeño explicativo.

Estudiar la conducta humana y, en especial, la conducta alterada implica adentrarse en la singularidad irreductible de la vida del ser humano, inasequible al método científico natural tan fructífero para el resto de las especialidades médicas. Como dijo Valenciano Gayá en su discurso de ingreso en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia en 1960: “La unión de todas las ciencias que se ocupan del ser humano, anatomía, fisiología, etc., nunca podrá construir o reconstruir al hombre, su unidad y peculiaridad dentro de los objetos naturales o biológicos. Esta unidad y peculiaridad es previa a todas las visiones parciales y a toda investigación y enunciado científico-natural que en él o de él se hagan. Y solo sobre su base poseeremos la raíz única de que pueda partir la psiquiatría como un todo y cada ciencia parcial encontrará su lugar, su valor, perspectiva y justificación. Sin tal base, resultarán ser no otra cosa que un conglomerado de ciencias que no saben alrededor de qué se agrupan e ignoran su más auténtica tarea”¹¹. Han pasado más de sesenta años y aún seguimos en este estado.

No obstante, son muchos los autores que como Henri Ey llegan a la conclusión de que no se puede reducir el delirio (quintaesencia de la psicosis) a un fenómeno puramente mecánico o a una causalidad psíquica: “El proceso de la enfermedad mental por más biológico que sea tiene siempre cierto sentido existencial”¹².

Es precisamente en este espacio que se abre entre lo natural y lo existencial donde se expresa la clínica de la psicosis (y de los trastornos mentales en general), así que para apreciarla y entenderla es necesario mirar al tiempo al objeto y al sujeto, calibrando y enfocando adecuadamente para evitar distorsiones y tergiversaciones. En psiquiatría,

tan importante como el saber científico-natural es saber escuchar al paciente. Necesitamos la experiencia en primera persona para traducirla en conceptos de tercera persona. Solo en este orden podemos llegar a comprender y tratar lo que les pasa a las personas^{4,13}. Esto implica un cambio de modelo y poner fin al despotismo psiquiátrico: todo por el paciente, pero sin el paciente.

FENOMENOLOGÍA DE LA PSICOSIS

Es propio del proceder fenomenológico tener presente que la conciencia solo existe en nuestra experiencia, por lo tanto, que la conciencia siempre es única e intransferible. Los datos, incluido el *big data*, nunca aportarán nada acerca de la conciencia de otro. Para acceder a ella solo lo podemos hacer a través de la experiencia de quien corresponda. La práctica profesional en salud mental implica estar atentos a la experiencia del paciente.

Son muchos los psicopatólogos que, en esta línea, han hecho notables aportaciones al estudio de la psicosis. Siguiendo la estela de su iniciador, Jaspers, a través de la escuela de Heidelberg, con Mayer-Gross, Beninger, Gruhle y K. Schneider, pasando por Conrad o Minkowski, hasta los nuevos representantes de la psiquiatría fenomenológica, como Parnas, Sass, Fuchs, Stanghellini, Rossi Monti, Pelegrina, Tononi, Varela y Thompson, entre otros. Sin olvidar en nuestro medio, aunque no todos fenomenólogos, a Valenciano Gayá, Cabaleiro Goas, Martín Santos, López Ibor, Castilla del Pino, Ramos Gorostiza, Rejón Altable, Fernando Colina, José María Álvarez o Marino Pérez, también entre otros destacados.

Aunque desde hace mucho tiempo se ha comprendido que la experiencia asunto de la psiquiatría es compleja, no siempre se aborda teniendo en cuenta su complejidad, es decir, apreciándola en su totalidad¹⁴. Lamentablemente todo el saber y conocimiento atesorado en este sentido es habitualmente ignorado por la corriente principal en psiquiatría como algo desfasado o bien descalificado desde prejuicios científicistas que consideran que el método de las ciencias naturales, basado en los datos, es el atajo de acceso a dicha experiencia.

En este contexto, en pleno auge del estudio y observación de las fases iniciales de la psicosis, las indispensables aportaciones de Klaus Conrad para identificar y describir como un todo aquellos fenómenos vivenciales que aparecen en las primeras etapas de la psicosis¹⁴⁻¹⁶ no se han tenido en cuenta.

KLAUS CONRAD, UN REFERENTE EN EL ESTUDIO FENOMENOLÓGICO DE LA PSICOSIS

Klaus Conrad (1905-1961) fue profesor de psiquiatría y neurología, así como director de la Clínica Universitaria de Enfermedades del Sistema Nervioso de Gotin-

ga (Alemania) desde 1958 hasta su fallecimiento. Considerado un excelente clínico e investigador, que combinaba un sólido conocimiento de la patología cerebral con una profunda capacidad de observación y reflexión psicopatológica, sus valientes y novedosos modos de enseñanza en psiquiatría introdujeron cambios en la psicopatología fenomenológica de su tiempo¹⁷.

En 1958 publica, bajo el título de *La esquizofrenia incipiente*¹⁸, los resultados de un estudio realizado con material reunido entre 1941 y 1942 a partir de 107 casos de varones ingresados en el hospital militar con el diagnóstico de esquizofrenia, cuyas propuestas y hallazgos fueron y siguen siendo un referente. El caso Rainer fue el caso individual analizado con más exactitud, complementado con el resto de los casos que conforman además el material estadístico.

Conrad fue alumno de Julius Wagner von Jauregg, catedrático de Psiquiatría en Viena (1893-1928), Premio Nobel de Medicina en 1927, y de Otto Potzl, representante de la escuela vienesa de psiquiatría, aunque llegó a pertenecer a la Sociedad Psicoanalítica de Viena. Según los biógrafos, Conrad también estuvo muy influido por el pensamiento de John Hughlings Jackson, neurólogo inglés, pero su investigación sobre la esquizofrenia incipiente queda enmarcada por el pensamiento de Jaspers (1883-1969) y la escuela de Heidelberg, a los que trata de complementar y superar con una comprensión de los delirios que no se circunscribe a la alteración de ciertas funciones psíquicas. Para ello se apoyará en la teoría de la Gestalt. En concreto, en la topología de Kurt Lewin. Buen conocedor de la psicología de la Gestalt, la aplicó también a otros temas objeto de su estudio, como las afasias y las psicosis sintomáticas¹⁷.

Este marco teórico desde el que va a organizar la observación y los hallazgos lo presenta Conrad en el prólogo del libro en un ejercicio epistemológico habitual en la época. Ejercicio que, sorprendentemente, hoy en día se ha perdido, aunque se echa de menos. La psiquiatría no tiene un paradigma científico unitario (con capacidad explicativa de todos los fenómenos que estudia), por lo que cualquier trabajo de investigación, revisión o intervención debería enunciar previamente el marco teórico que lo sustenta para facilitar su comprensión.

LA ESQUIZOFRENIA INCIPIENTE

Conrad titula el apartado del prólogo, donde contextualiza el estudio y explica el porqué y a dónde quiere llegar con el mismo, “La situación actual”. Al leerlo podemos comprobar que el escenario que describe es muy parecido al presente, con una radical separación entre los puntos de vista explicativos y comprensivos de la psicosis⁴, lo que sitúa el conocimiento psicopatológico, o bien lejos de la historia de la persona (en su naturaleza), o bien tan cerca, tan enredada en la historia singular, que impide cualquier generalización.

Comienza recordando que la psiquiatría, como ciencia, se encuentra en una crisis. Habiendo sido durante mucho tiempo una hija algo retrasada de la medicina científico-natural, existió la esperanza, dice, de compensar la ventaja que le llevaban el resto de las disciplinas médicas a través de una maduración acelerada. Sin embargo, con la aparición de las propuestas psicoanalíticas, la psiquiatría pasó a ser también una ciencia comprensiva, no solo explicativa. De este modo, considera que se rompe la unidad de la psiquiatría, dando origen a una psiquiatría académica, que pretende explicar las modalidades psíquicas anormales por la función cerebral, y a una psiquiatría psicoanalítica, con un método comprensivo.

Y reflexiona: “No se puede comprender por qué no había de reclamar el mismo interés científico el hombre como sujeto que el hombre como objeto. Si nuestro interés concierne al hombre enfermo mental en general, ¿por qué habría de pretender la ciencia estudiarlo solo en su ser-objeto y no en su ser-sujeto?”¹⁸, p. 22.

Pero al acercarse a lo subjetivo se aprecia la dificultad de mantener ambos puntos de vista, aunque se amplía la manera de ver y entender la esquizofrenia. La falta de unos referentes inequívocos suscita la crisis permanente de la psiquiatría, al tiempo que la enriquece. Los psiquiatras se ven compelidos a tomar una decisión: intentar comprender las vivencias de los enfermos a partir de su biografía o explicarlas a partir de procesos neurobiológicos del organismo. La primera alternativa es considerada menor por quienes tienen una acendrada formación biomédica, mientras que la segunda ofrece una visión reduccionista alejada de la complejidad del ser humano.

Por otro lado, la mirada subjetiva, inevitable y necesaria, permite ver la esquizofrenia en el conjunto de la vida de un ser humano y, de este modo, apreciarla también como algo distinto de una enfermedad. Asoma entonces como una forma de fracaso humano, una de las numerosas posibilidades de incumplimiento de la existencia como tarea.

Conrad aprecia la fortaleza del método analítico-existencial desarrollado por Binswanger para estudiar y comprender la vivencia de los enfermos a partir de su biografía, pero le preocupa que al tratarse de un procedimiento cuyo objeto es el individuo, siempre único e irreplicable, no permite la comparación ni la generalización. Entiende, pues, que esta perspectiva hace perder pie científico. El método analítico-existencial nos acerca a la persona, pero nos aleja de la esquizofrenia.

De otro lado, constata que el prometedor desarrollo de la psicopatología propiciado por Jaspers quedó estancado en poco tiempo al orientar las estrategias hacia la comprensión de los delirios como alteración de pretendidas funciones psíquicas. Y dice, en una afirmación de absoluta vigencia, “como si las percepciones, representaciones, ideas y cogniciones fueran funciones elementales netamente separables en las que habrían de descomponerse necesariamente los fenómenos del delirio”¹⁸, p. 28.

Tal evolución de las cosas entiende que dejaba expeditas dos alternativas: “darnos por satisfechos con la enumeración de síntomas «esquizofrénicos» más o menos específicos, con la esperanza de su explicación en términos de patología cerebral, esto es, en último término física, y dejar con ello lo esquizofrénico allí donde ha permanecido desde Jaspers, como algo en general incomprensible, o bien, seguir las directrices de la antropología fenomenológica, lo que significa renunciar a impulsar la psicopatología como ciencia”¹⁸, pp. 28 y 29.

Ambas opciones le parecen un reiterado y empobrecedor más de lo mismo que no permitiría avanzar en el estudio y la comprensión de la psicosis. De ahí su propuesta: una tercera vía, el análisis gestáltico. Porque todo lo vivido está configurado (*gestalten*) y el análisis de hechos fenoménicos es siempre un análisis de configuraciones. Pretende, por tanto, a partir de la vivencia de cada persona con esquizofrenia, identificar aquellos fenómenos que comparten en su manera de estar en el mundo.

Señala: “Queremos hacer el intento de abordar de nuevo lo psicopatológico psicológicamente. Nos parece tan equivocado creer que se ha explicado la esencia de una alucinación al registrar su correlación somática en la imagen eléctrica cerebral como pensar que se ha logrado claridad respecto a ella cuando se cree haber comprendido su sentido a partir del proyecto de mundo de esta existencia. Ambos caminos se salen de lo propiamente psíquico: en un caso hacía lo infrapsíquico, esto es, lo *físico*, y en el otro hacía lo ultrapsíquico, esto es, lo *metafísico*. Pero la psicopatología es, en primer lugar y esencialmente, psicología aplicada”¹⁸, p. 31.

Sabe que “análisis psicológico” puede significar muchas cosas diferentes, así que lo concreta en someter a estudio los hechos fenoménicos puramente como tales para analizarlos en su configuración tomando la teoría de campo de Lewin. Según este, el comportamiento es el resultado de una totalidad de interacciones entre hechos que comprenden un mismo campo dinámico. Las circunstancias o condiciones en cualquier parte del campo se ven influidos y dependen de todas las otras partes del campo. Este campo psicológico es también conocido como el espacio que comprende la vida del individuo y su entorno psicológico o de comportamiento, que son los hechos que afectan a la conducta o pensamientos del individuo en un momento dado en el tiempo. La influencia del campo psicológico sobre la conducta es tal que Lewin considera que llega a determinarla: si no hay cambios en el campo, no habrá cambios en la conducta.

Lewin afirma que la teoría del campo determina cuáles son las conductas posibles y cuáles las imposibles de cada sujeto. El conocimiento del espacio vital nos permite predecir razonablemente qué hará la persona. Toda la conducta, o por lo menos toda conducta intencional, es motivada: la impulsan tensiones (diferencia entre las metas propuestas y el estado actual de la persona), la mueven fuerzas (causa de las acciones, la motivación), la dirigen valencias (el valor de las acciones: positivas

o negativas) y tiene metas. (Para una conceptualización topológica del espacio vital psicológico como caracterización del campo psicológico en cuanto que campo fenoménico véase Fuentes Ortega¹⁹).

A partir de estos presupuestos, Conrad desarrolla su estudio del delirio, cuyos hallazgos siguen siendo señeros, tanto en la identificación y descripción de etapas como en su denominación, para lo que se basa en los cambios que se producen en la estructura de la vivencia y no en criterios nosológicos como era y sigue siendo habitual²⁰. No obstante, el empeño de Conrad para fundamentar la psicopatología de una manera gestáltica y superar así la atomización en que había caído después de Jaspers solo pudo concretarlo en el delirio esquizofrénico¹⁴.

LAS CINCO ETAPAS DEL DELIRIO

Conrad distingue cinco etapas en el delirio, que denomina *trema*, *apofanía*, *apocalipsis*, *consolidación* y *residuo*. Estas etapas no son fases, sino estructuras del campo vivencial. Describiremos brevemente cada una de ellas para a continuación centrarnos en el *trema*, donde alcanza a reconocer y retratar las primeras expresiones de la psicosis, denotando una capacidad de observación y síntesis todavía no superadas. Además, las describe de un modo innovador, sugerente y didáctico, imprescindibles para poder expresar su sutileza. Las claves para entender la psicosis están en la vivencia, no en los biomarcadores.

La primera de las etapas es el *trema*. A partir de un determinado momento aparece en la persona una presión indeterminada, una sensación de tensión. Finalmente se agudiza, como si hubiera algo en el aire o como si algo fuera inminente. “Al decir que algo es «inminente», ello indica siempre un considerable estrechamiento del campo psíquico. Ya no somos libres. Ya no podemos movernos como hasta entonces. Ya no podemos decidir como antes. Nos encontramos atados, nuestro camino está estrechado y dirigido hacia lo inminente. Nos vemos compelidos a recorrerlo. Lo inminente es siempre positivo o negativo, nunca neutro. Jamás se nos aparece como algo irrelevante. Lo inminente es siempre significativo para nuestra vida, cambia algo en ella, crea de algún modo una situación nueva. Lo inminente impone barreras a nuestra existencia y conduce así a un aumento de tensión en el campo”¹⁸, p. 55.

A este aumento de la tensión lo denomina *trema*, palabra procedente del argot teatral (estado de tensión de los actores antes de entrar a escena). De este modo, elude el uso de términos nosológicos, que remiten al defecto, mediante el empleo de un vocablo que se refiere a la vivencia.

Actualmente se admite que la experiencia subjetiva del pródromo de psicosis está marcada por un sentimiento intenso de que algo muy importante está “a punto de suceder”¹⁶.

En la siguiente fase se despliega lo que estaba contenido: el delirio. Para Conrad, lo destacable no es la temática del delirio sino la transformación de la estructura de la vivencia. Se ha establecido la llamada conciencia de significación anormal²¹. Modo de vivencia que se extiende a todo, desde el percibir sensible al representar y a las cogniciones sin imagen y a los actos de pensamiento, y da a todo fenómeno una tonalidad totalmente nueva.

Opina que en psiquiatría se carece de un término que corresponda a este modo central de vivencia. Puesto que la vivencia delirante se acompaña siempre de la afirmación del enfermo de que sabe exactamente que ello es así y que no necesita ninguna demostración, el enfermo delirante se comporta como el hombre ante la revelación. Por eso elige para denominar esta fase el término *apofanía*.

El modo de vivencia apofánico se mantiene hasta el final del brote, explica Conrad. Sin embargo, hay un momento en el que la continuidad de sentido, alterada de modo apofánico pero conservada de forma que el enfermo es capaz de ver la situación como un todo, se pierde. La consecuencia será una inundación de imágenes asintácticas arquetípicas en las que ya no es posible reconocer una continuidad de sentido. Esta fase la denomina apocalíptica o del estadio de *apocalipsis*.

Aprecia Conrad que, tras la fase anterior, se produce habitualmente al cabo de cierto tiempo una mejoría espontánea. La *apofanía* puede cesar, al menos en algunos ámbitos, mientras que perdura en otros, considera. A esta fase de restitución la llama *consolidación*.

Finalmente, observa unos cambios en la personalidad que permanecen, “se anuncia aquí aquella alteración característica de la personalidad que suele designarse con la expresión poco bella e inexacta de defecto esquizofrénico. Nosotros nos circunscribimos a la denominación neutra de *residuo*”^{18, p. 63}.

EL TREMA

Recuperamos ahora las aportaciones en extenso que Conrad hace del trema. La primera fase de la esquizofrenia y donde se dan los fenómenos que acompañan a las primeras fases de la psicosis. Su apreciación requiere una exploración clínica atenta y cuidadosa. Es lo principal. Porque se trata de detectar cambios sutiles que se producen en la vivencia de la experiencia, cambios que ni quien los presenta sabe reconocer o identificar. Lo delicado y especial de este momento ha sido señalado también por otros autores, entre ellos Henri Grivois, que lo denomina “psicosis naciente”²². De nada sirven los marcadores, escalas o pruebas si no se está atento a la experiencia del paciente.

Conrad comienza su análisis con una observación que conserva vigencia⁴: las formas de comienzo del brote esquizofrénico son tan diversas que, en realidad, solo

la terminación común en el “estado de defecto” específico esquizofrénico justifica designar con el mismo nombre formas patológicas tan distintas.

Siempre, remarca, se describen solo formas de comportamiento, rarezas a las que se atribuye un carácter incomprensible, como si *a priori* no hubiera esperanza de saber nada sobre ello. Por eso tiene tanta importancia el testimonio de aquellos enfermos que nos pueden contar algo de las vivencias que tuvieron en la época de inicio. E incluso cuando no nos dicen nada sobre los motivos, porque permanezcan ocultos para el propio enfermo, la exposición de su campo psíquico global en aquella época nos permite obtener algunas explicaciones.

En el resumen, al final del capítulo dedicado al *trema*, hace un compendio que resulta esclarecedor. Insiste en las dificultades de los propios afectados por encontrar la palabra clave para expresar su estado de ánimo. Y dice que unos lo intentan describir como presión o tensión, como inquietud o angustia, a veces también como alegre animación. Otros lo experimentan como culpa o pecado, como si tuvieran pendiente un castigo o hubiesen cometido un crimen. Otros se sienten inhibidos, desanimados, abúlicos, abandonados y desesperados (constante riesgo de suicidio). Por último, otros pacientes viven en una densa atmósfera de desconfianza frente a un mundo circundante hostil.

Y recuerda que el *trema* contiene algo de todos estos rasgos vivenciales y, aunque por razones didácticas hemos tenido que separarlo, todo ello se encuentra contenido en este extraño estado de ánimo.

Esta fase, que apenas se reconoce nunca como trastorno patológico, conduce a una pérdida de libertad. Ya no puede moverse libremente en el campo, sino que se siente rodeado de barreras, limitado e incapaz de comunicarse con los otros, de los que comienza a separarle un abismo. Se encuentra rechazado a un mundo que es solo el suyo y del que ya no puede “salir”.

Y en la lenta elevación de esta afectividad basal atormentadora, el campo circundante adquiere un nuevo rasgo fisonómico extraño que nunca había tenido hasta ahora. Para el que lo vivencia tiene un aspecto frío y hostil, como si hubiera sido juzgado y condenado.

Estas apreciaciones de Conrad son equivalentes a las que se recogen en la actualidad cuando se presta atención a la experiencia del paciente en las fases iniciales de la psicosis: se caracterizan por temas existenciales centrales que abarcan desde la pérdida del sentido común, perplejidad y falta de inmersión en el mundo con contacto vital comprometido con la realidad, mayor relevancia y sensación de que algo importante está a punto de suceder, perturbación del sentido del yo y necesidad de ocultar las tumultuosas experiencias internas^{4, 22}.

La separación didáctica para el estudio del *trema* la hace en cinco apartados.

a) *Conductas sin sentido*

Conrad parece encontrar algo común en el inicio de todos los casos: la vivencia de presión. Algo está a punto de suceder, aunque el individuo es incapaz de precisar qué puede ser exactamente¹⁶. A continuación, un acontecimiento que implica un aumento de la tensión del campo puede propiciar una conducta sin sentido.

Y la conducta sin sentido que se desencadena a partir de un aumento de dicha presión tiene su origen en lo que Conrad denomina una “destrucción o desintegración de la estructura de la situación”, de modo que la persona deja de tener presente lo que denominamos reglas del juego, que no son leyes escritas, aunque se trata de *realidades* en nuestras vidas²³. Se saltan las barreras que nosotros, los sujetos sanos, respetamos tan estrictamente como si fueran muros infranqueables²⁴. Se hace algo inadecuado a la situación: “una conducta que no es adecuada a la situación la calificamos de loca”^{18, p. 83}.

Conrad argumenta que esta destrucción total de la estructura de situación es la única posibilidad de acabar con el aumento de la tensión. Se produce un cortocircuito, quizá para evitar una catástrofe devastadora. En ocasiones la sobrepresión desaparece y se restablece la estructura de situación.

b) *La depresión inicial*

Conrad comienza este apartado afirmando que el aumento de la afectividad basal puede alcanzar grados enormes y entonces aparece generalmente con el colorido de la angustia, que puede crecer hasta la angustia de muerte, o bien con el colorido de la depresión, melancolía con tedio vital, pero sobre todo con la tonalidad de la culpa.

Afirma que el *trema* puede adoptar el carácter de una depresión endógena. Dice que el número de procesos que comienzan con los síntomas de una distimia endógena es notablemente alto. No siempre se consiguen descripciones exactas de las vivencias. Con mucha frecuencia solo se habla de depresión, inhibición, incapacidad de decisión, de que no se puede participar en la conversación, de que se siente oprimido, malhumorado, de no poder quitarse de la cabeza las ideas de suicidio²⁵.

Y para que se puedan comprender los radicales cambios que se producen en las personas en el contexto de la tonalidad de culpa, explica los fenómenos que acontecen alrededor de ella usando como modelo ilustrativo el campo de vivencias de un asesino: “Imaginemos”, dice, “que alguien ha incurrido en una grave culpa, por ejemplo, un asesinato. Supongamos, además, que ha logrado borrar las huellas hasta el punto de que no tiene que temer ser descubierto ¿Qué podemos decir de su campo de vivencias? En primer lugar, que algo ha cambiado irreversiblemente,

y nunca más podrá volver a su estado anterior. Sin embargo, el mundo parece ser el mismo. La silla y la mesa, los árboles y las nubes son los mismos que antes. Aun así, todo es distinto: *su relación* conmigo, el autor, ha cambiado. [...] Me quedo fuera de este mundo, ya no me siento cobijado y seguro en él. Y entre los hombres que me encuentro y yo se ha abierto un *abismo*. Ya no puedo ir hacia ellos, están en otra orilla que no puedo alcanzar. [...] Los veo «al otro lado», atendiendo a sus ocupaciones como si nada hubiera ocurrido. Pero yo no puedo estar «con ellos», ya no puedo «participar», ya no pertenezco a ellos, me he quedado fuera del nexo con el todo”¹⁸, pp. 88 y 89.

Estudios empíricos han confirmado que esta organización de la personalidad de “sentirse como un extraño” y aislado puede presentar características cualitativamente similares a la psicosis, y estar asociada a un mayor riesgo de desarrollar posteriormente el trastorno²⁶. Por otro lado, metaanálisis recientes han confirmado que la soledad es un dominio experiencial central durante la psicosis subclínica²⁷.

c) *Factores reactivos*

Este apartado le sirve a Conrad para poner de manifiesto que, si bien se admite que pueden desarrollarse psicosis esquizofrénicas directamente a partir de situaciones de conflicto, apenas lo encuentra en sus casos. “Con seguridad, esto está en relación con la uniformidad, la rigidez y homogeneidad del campo vivencial de lo militar”¹⁸, p. 95.

Deducimos que se refiere a conflictos externos que necesiten de decisiones libres, sin embargo, se sabe que el medio militar es propicio para brotes psicóticos.

El final del apartado le sirve para introducir la diferencia entre desconfianza normal y delirante.

d) *La desconfianza*

Este es otro de los fenómenos que Conrad encuentra en las fases iniciales de la psicosis y que los pacientes habitualmente manifiestan: los lugares o personas conocidos se vuelven extraños y pierden su familiaridad, adquiriendo a menudo una connotación “sombria” o amenazadora^{4, 25, 28-30}.

Para su caracterización, utiliza un concepto que considera crítico para la identificación fenoménica del delirio: la transposición, una de las ocho leyes o principios de la Gestalt. Mientras la persona es capaz de realizar el cambio de sistema de referencia, aunque solo sea de forma transitoria, de ver la situación con los ojos de los demás, de encontrarse con ellos en un mundo común, podrá ser desconfiado, pero no está enfermo.

“La estructura del campo del que desconfía”, dice, “podemos representárnosla como la estructura del campo del sujeto angustiado que camina por un bosque oscuro. En la oscuridad, donde no se puede ver, y tras los árboles, «están» al acecho, sin que sepamos qué es lo que acecha. Es algo totalmente indeterminado, es el acecho mismo. *El espacio intermedio* entre lo visible y lo que está detrás, todo aquello inaprensible, ya no es seguro [...] Lo que nos hace temblar no es el árbol ni el arbusto que vemos, no es el susurro de las copas de los árboles ni el ulular de la lechuza que oímos, sino todo lo que constituye el fondo”¹⁸, pp. 97 y 98.

Y más adelante señala:

“Lo mismo ocurre con la desconfianza. No nos mueve *lo que* dicen o hacen los hombres, sino lo que *no* dicen y lo que hacen en secreto a nuestras espaldas. Lo que pretenden hacer, lo que maquinan, lo que comentan entre ellos cuando no estamos. El fondo ha adquirido propiedades enteramente nuevas, distintas de las que hasta entonces tenía, puesto que hasta entonces no necesitábamos prestarle atención [...] Ahora esta *neutralidad del fondo se ha perdido*”¹⁸, p. 98.

e) *El humor delirante*

Es una sutil alteración que todo lo penetra. Hay algo en el ambiente. Lo característico del humor delirante es la expresión “pasa algo, pero no sé qué es; dígame usted qué es lo que pasa...”¹⁸, p. 102. Los individuos se sienten asaltados por acontecimientos dirigidos personalmente a ellos, acompañados de una fuerte necesidad de desentrañar su oscuro significado^{23, 31}.

Dice Conrad que apenas existe un solo caso de esquizofrenia incipiente en que falte totalmente esta vivencia característica. Pero advierte que puede pasar desapercibida porque las formas vivenciales no se pueden medir ni contar como si fueran signos objetivos.

Para explicar la situación pone el ejemplo de alguien a quien se le oculta una mala noticia que todos los demás conocen. Nota algo. Es el conjunto de pequeñísimos rasgos imperceptibles del campo circundante, la fisonomía de la situación (gestos, caras, comentarios...), lo que ha adquirido un rasgo nuevo y extraño. En el semblante de la situación se refleja la desgracia de la que los demás ya están informados, pero sobre la que no le quieren informar. Este desastre es algo más que una desgracia ordinaria. Es ni más ni menos que la puesta en cuestión de la propia existencia.

“Que el enfermo mental, como cualquier persona”, dice, “viva en su propio mundo no es en el fondo ningún descubrimiento nuevo. No obstante, que con ello se haya hecho innecesaria toda separación entre objeto y sujeto es algo que no me entra en la cabeza. Nos quedan, pues, dos posibilidades:

Si el señor X se despierta en un mundo oscuro, sin luz, y ante sí no tiene más que una pared negra y sin iluminar, puede ser que este ser-en-un-mundo-sin-luz sea consecuencia de que unas gruesas cortinas impiden que penetre en la habitación la débil claridad de una noche sin luna. Pero si comprueba que en el mismo instante sus prójimos viven, al parecer, a la luz del sol, es decir, que es «objetivamente» de día, también podría sospechar que durante la noche se ha quedado ciego. Su «mundo» (en el sentido de la analítica existencial), tanto en uno como en otro caso, estaría sin luz, pero en el primer caso la alteración del campo óptico (objetivo) estaría condicionada por el oscurecimiento, mientras que en el segundo caso lo estaría por un cambio en la estructura de su vivencia, esto es, la ceguera.

Si ahora el señor Y ve el mundo con una fisonomía que le pone a él mismo en cuestión, de nuevo esto podría deberse, o bien a que en realidad (objetivamente) su existencia esté puesta en cuestión por una sentencia de muerte, o bien a que se ha producido un cambio en la estructura de su vivencia, lo que significa, a su vez, una puesta en cuestión (*humor delirante*). Naturalmente, existe una diferencia en la medida en que, en el caso del campo oscuro, el propio enfermo era capaz de efectuar esta comprobación y este contraste, mientras que en el segundo caso ya no está en condiciones de hacerlo, porque el cambio de estructura que se ha producido en él ha eliminado la posibilidad de una reflexión crítica, que el ciego está todavía en condiciones de realizar.

Mientras que el ciego es capaz de realizar la «transposición» al mundo de luz de los otros y así darse cuenta de que está ciego, tal “transposición” ya no le es posible al enfermo delirante. *Precisamente en esto radica la esencia del delirio*¹⁸, pp. 104 y 105.

CONCLUSIONES

Los intentos de reconocer los primeros estadios de una psicosis por biomarcadores han fracasado, poniendo de manifiesto que los fenómenos que acompañan a la psicosis no se registran en el cerebro, sino en la vivencia. Las señales de un funcionamiento mental propio de la psicosis solo se pueden captar a través de la experiencia de quien las vive.

Los profesionales de la salud mental deben aprender a reconocer estas señales teniendo conocimiento de cuáles son las vivencias más habituales en estos casos y prestando especial atención al relato en primera persona de los pacientes.

El entrenamiento en esta habilidad requiere práctica clínica, estudio de casos clínicos que recojan la experiencia del paciente y las lecturas de los textos psicopatológicos de referencia. El desafío es identificar las vivencias compartidas en los estados previos a la psicosis y darles una explicación psicopatológica.

En este sentido, el trabajo de Klaus Conrad tiene absoluta vigencia y contiene un eminente magisterio. Estudió las vivencias de cada persona con esquizofrenia con

la finalidad de identificar aquellos fenómenos que comparten en su manera de estar en el mundo.

AGRADECIMIENTOS

A Juan Manuel García Haro, psicólogo clínico de los servicios de salud mental en Asturias, atento y erudito, por sus generosas y sabias aportaciones.

A las contribuciones del grupo de psicopatología de la Sociedad Asturiana de Filosofía en la sesión de 3 de junio de 2022 dedicada a Klaus Conrad y su estudio del delirio, que enriquecieron los fundamentos de este artículo.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Segarra R. Antecedentes históricos y marco conceptual actual. En: Segarra R (director). Abordaje integral de las fases iniciales de la psicosis. Una visión crítica. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2014; pp. 1-22.
- 2 McGorry PD, Allott K, Jackson HJ. Diagnosis and the staging model of psychosis. En: Jackson HJ, McGorry PD (Eds.). The recognition and management of early psychosis: A preventive approach. Nueva York: Cambridge University Press, 2009.
- 3 Segarra R, Delarze L. El pródromos y su tratamiento. Estadiaje de las psicosis. Aproximaciones dimensionales sintomáticas sobre las mismas. En: Segarra R. (dir.). Abordaje integral de las fases iniciales de la psicosis. Una visión crítica. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2014; pp. 49-65.
- 4 Fusar-Poli P, Estrade A, Stanghellini G, Venables J, Onwumere J, Messas G, et al. La experiencia vivida de la psicosis: una revisión de abajo a arriba coescrita por expertos por experiencia y académicos. *World Psychiatry* 2022; 21:168-188.
- 5 Harris K, Collinson C, das Nair R. Service-users' experiences of an early intervention in psychosis service: an interpretative phenomenological analysis. *Psychol Psychother.* 2012; 85:456-469.
- 6 Van Schalkwyk GI, Davidson L, Srihari V. Too late and too little: narratives of treatment disconnect in early psychosis. *Psychiatric Q.* 2015; 86:521-532.
- 7 Schizophrenia Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium. Biological insights from 108 schizophrenia-associated genetic loci. *Nature.* 2014;511(7510): 421-427.
- 8 Van Os J, Rutten BP, Poulton R. Gene-environment interactions in schizophrenia: review of epidemiological findings and future directions. *Schizophr Bull.* 2008;34(6):1066-1082.
- 9 Berrios G, Porter R. Introducción. Berrios G, Porter R (eds). Una historia de la psiquiatría clínica. Madrid: Editorial Triacastela, 2012; p. 13.
- 10 Beorlegui C. Filosofía de la mente: visión panorámica y situación actual. *Revista de Ciencias Sociales y Humanidades* 2007;111: 121-160

- 11 Valenciano Gayá L. El delirio paranoide y la razón vital. En: Demetrio Barcia (comp.). Esquizofrenia, cuadros afines y cuadros delirantes. Madrid: ELA, 1996; pp. 493-511.
- 12 Ey H. Estudios sobre los delirios. Madrid: Editorial Triacastela, 1998.
- 13 Kidd IJ, Medina J, Pohlhaus G. The Routledge handbook of epistemic injustice. London: Routledge, 2017.
- 14 Ramos Gorostiza P, Rejón Altable C. El esquema de lo concreto. Una introducción a la psicopatología. Madrid: Editorial Triacastela, 2002.
- 15 Bove P, Parnas J. Schizophrenic delusions: a phenomenological approach. *Schizophr Bull.* 1993; 19(3):579-597.
- 16 Mishara AL. Klaus Conrad (1905–1961): Delusional mood, psychosis, and beginning schizophrenia. *Schizophr Bull.* 2010; 36(1): 9-13.
- 17 Ploog DW. Klaus Conrad (1905-1961). *Hist Psychiatry* 2002; 13 (51 Pt 3):339-357.
- 18 Conrad K. La esquizofrenia incipiente. Ensayo de un análisis gestáltico del delirio. Madrid: Fundación Archivos de Neurobiología, 1997.
- 19 Fuentes Ortega JB. Kurt Lewin: significado psicológico de la concepción topológica del espacio vital. En: Ferrándiz A, Huici C, Lafuente E, Morales FJ (coords). Kurt Lewin (1890-1947). Una evaluación actual de su significación para la psicología. Madrid: UNED, 1993; pp. 155-174.
- 20 Jäger M, Frasch K, Becker T. The crisis of the operational diagnostic approach in psychiatry. *Nervenarzt.* 2008;79(3):288-294.
- 21 Jaspers K. Psicopatología general. México, DF: Fondo de Cultura Económica, 1993.
- 22 Trouvé S. First-episode psychosis and centrality in the work of psychiatrist Henri Grivois: A dialog with phenomenological psychopathology. *Psychopathology.* 2022; 1-8.
- 23 Humpston CS. Perplexity and meaning: toward a phenomenological “core” of psychotic experiences. *Schizophr Bull.* 2014; 40:240-243.
- 24 Jordan JC. First person account: schizophrenia – adrift in an anchorless reality. *Schizophr Bull.* 1995; 21:501-503.
- 25 Herrig E. First person account: a personal experience. *Schizophr Bull.* 1995; 21:339-342.
- 26 Parnas J, Licht D, Bove P. Cluster A personality disorders: a review. En: Maj M, Akiskal HS, Mezzich JE (eds). *Personality disorders.* Chichester: Wiley, 2005; pp. 1-74.
- 27 Leathem LD, Currin DL, Montoya AK, Karlsgodt KH. Socioemotional mechanisms of loneliness in subclinical psychosis. *Schizophr Res.* 2021; 238:145-151.
- 28 Palit S. Schizophrenia and vision of my life. *Schizophr Bull.* 2016; 42: 867-869.
- 29 Sips R. Psychosis as a dialectic of aha- and anti-aha-experiences. *Schizophr Bull.* 2019; 45:952-955.
- 30 Xia J. Onset schizophrenia. *Schizophr Bull.* 2020; 46:749-750.
- 31 Weiner S. The details in schizophrenia. *Schizophr Bull.* 2018;44:707-709.